LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1867

PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8

—

1867

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

Imprimerie A.-E. ROCHETTE
Boul. Montparnasse, 72-80.

…ue de l'Université, 8
HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

AUX

…nne hors de Paris
Messageries et chez les Libraires.
…affranchies sont refusées.

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

…essants à la malade. Pouls plein et fort, … du ventre, ce qui empêche l'explora…

…s ; céphalalgie, agitation extrême.
…r la région abdominale ; cataplasmes …thine, 30 centigrammes en 6 pilules. …-marquée des phénomènes douloureux. …ngue humide, sans enduit ; constipa…es.

…, 28. Douleurs abdominales ; consti… suite de 10 grammes d'huile de ricin. …tion, 32. Chaleur à la peau ; langue …ougeurs plaquées de la face ; tendance …que la malade se découvre ; douleurs …nbaire et hypogastrique ; lochies jau…

…à l'hypogastre.
…que, les accidents prennent plus de … typhoïde, ce qui rend très-probable …ne. Pouls fréquent, respiration à 44. …evient sèche et dure, rouge à la pointe … les membres ; agitation, délire con… hébétée ; lèvres fuligineuses ; narines …lontaires.

…oma, le 10 décembre 1866.
…*après la mort.* — 1° Pas de traces …hérences peu nombreuses de la tumeur …e. Pas de liquide séreux ou purulent, …s la cavité abdominale proprement …s, qui paraissent anciennes, dans la …e l'utérus et sur ses parties latérales. …s, en particulier au niveau du col

…eux volumineux, du poids de 230 …n étant de 170 grammes). Leur sur… plus grande partie de son étendue, …sculaires fines et étoilées. (Mélange …nce granuleuse, deuxième degré de

…se continue dans la profondeur de …e suivant son bord convexe.
…é fait par MM. Cornil et Ranvier. Ils …ient remplies de granulations grais…ndantes, en quelques points, que le

…icale sont distendus à tel point, qu'ils …liformes. C'est la densité de cette … à la substance corticale son aspect

…les méninges cérébrales et des pou…

…du cœur.
…me.
…s.
… les parenchymes.

…**tumeurs ovariques.**

…s kystes, dont deux sont situés à

…*e l'ovaire droit.*

…*Aspect extérieur et rapports.* —

En effet, pour M. Lorain, l'état génital, qui comprendrait la blennorrhagie, serait, par rapport au rhumatisme, une cause soit prédisposante, soit déterminante, qui rentrerait, ou peu s'en faut, dans le cadre des causes banales.

Toutes les formes de rhumatismes en pourraient également résulter, et rien par conséquent soit dans la marche, soit dans les symptômes, soit dans les lésions de tissus, rien ne distinguerait les arthrites qui seraient dues à cet état génital.

M. Hervieux ne pouvait adopter cette partie de la doctrine de M. Lorain ; mais il ne serait pas éloigné d'admettre l'assimilation proposée entre le rhumatisme des femmes en couche et le rhumatisme blennorrhagique. En effet, chez la femme en couche comme chez la femme blennorrhagique, on trouve des granulations soit utérines, soit vaginales ; chez l'une et chez l'autre il existe un écoulement qui se ressemble parfaitement dans les deux cas.

On peut donc supposer que ces causes semblables peuvent également avoir pour résultat le même rhumatisme spécifique.

Maintenant le mode de production de ce rhumatisme, le

dont on peut rapprocher un cas de paralysis *agitans* hémiplégique (salle Saint-Michel, n° 22).

Enfin, au n° 15 de la salle Saint-Michel, un exemple des plus remarquables de circulation veineuse supplémentaire, développée à la suite d'une tumeur du foie, et ramenant le sang des membres inférieurs aux veines axillaires et mammaires internes. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Tumeurs multiples des ovaires dites par inclusion fœtale.

(Observation recueillie par M. CHANTREUIL, interne du service.)

Marie M..., multipare, âgée de vingt-huit ans.

Sa première grossesse et son premier accouchement se passèrent naturellement. Depuis cette époque, il se serait développé un kyste de l'ovaire droit, pour lequel elle est allée à l'hôpital Lariboisière.

Pendant le cours de sa seconde grossesse, elle eut de la constipation et des douleurs abdominales continuelles. Cependant l'accouchement eut lieu naturellement, le 25 novembre 1866. L'enfant vivant pesait 2500 grammes. Aucun accident jusqu'au 30 novembre. A partir de ce jour, douleurs abdominales et lombaires tellement aiguës,

En ouvrant l'abdomen, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, de forme ovoïde, occupant la partie inférieure droite de cette cavité. Elle présente une fluctuation superficielle, et profondément une résistance assez marquée.

Son grand axe mesure	23	centimètres
La largeur de sa base	20	—
— de son sommet	15	—

Son poids est de 2 kilogrammes 690 grammes.

Sa direction est oblique de haut en bas et de droite à gauche.

Son sommet répond à l'hypochondre droit ; sa base plonge dans le grand bassin et occupe la fosse iliaque droite, la région hypogastrique et une partie de la fosse iliaque gauche. L'ovoïde n'est pas régulier, parce que à la réunion de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs, il porte un étranglement circulaire à reflet bleuâtre qui lui donne la forme d'une gourde. Les parois sont, à l'extérieur, lisses, d'un blanc brillant, et offrent çà et là des arborisations vasculaires.

En soulevant la tumeur dans sa totalité, on s'aperçoit qu'elle est reliée à l'utérus par un pédicule sur lequel elle repose, et qui n'est autre chose que la trompe et le ligament de l'ovaire allongé, aplati et tordu vers sa partie moyenne. La longueur de ce pédicule est de 11 centimètres.

Le kyste volumineux refoule vers le diaphragme les viscères contenus dans la cavité abdominale, de sorte que la cavité thoracique est très-diminuée dans ses dimensions verticales. Il est situé dans un

MALADIES OU LE SOUS-NITRATE DE BISMUTH EST INDIQUÉ

Les premiers médecins qui ont employé le sous-nitrate de Bismuth lui ont cru les propriétés médicamenteuses les plus variées comme les plus actives, et l'ont adressé à une foule de maladies. Ainsi, les uns l'ont appliqué dans la gale pour adoucir la mordacité des ulcères et consumer leur sérosité superflue. D'autres s'en sont servis contre la gratelle parce qu'il mange les acides et les sels qui fomentent cette maladie. On l'a prescrit aussi pour les maladies nerveuses et même pour le mal de dents; il est vrai que cette dernière idée est de Hahnemann. On administrait ce médicament à très-petites doses, 1 gramme dans les vingt-quatre heures tout au plus, et l'on ne prenait point pour le préparer les précautions auxquelles on s'astreint maintenant. Aussi M. Trousseau parut-il bien osé quand, sur l'avis de Bretonneau, il prit sur lui de hausser singulièrement la dose de ce remède. Aujourd'hui la chose paraît toute naturelle, ainsi que nous allons le voir.

Gastralgie simple ou chlorotique. — C'est la maladie dans laquelle le sous-nitrate de Bismuth produit les plus incontestables effets. « Que de fois, dit M. Monneret, j'ai vu des femmes épuisées par leur grossesse récente, par des couches pénibles ou par un long allaitement, et qui ne pouvaient plus digérer sans violentes douleurs, reprendre, par l'emploi du Bismuth, leurs forces et pouvoir manger des aliments solides sans difficulté ! » L'éminent professeur a constaté les mêmes effets chez des malades en proie à des leucorrhées chroniques et à des cancers utérins récents ou incurables. On doit combattre avec la crème de Bismuth tous les troubles de la digestion et toutes les anomalies dispeptiques que l'on peut considérer comme symptômes ou comme complications de maladies plus graves ; c'est ainsi qu'il est efficace contre les coliques rebelles qui tourmentent les phthisiques. Les gastralgies hystériques et hypochondriaques s'amendent rapidement sous l'influence de ce remède, ainsi que les troubles de la digestion que l'on observe chez les militaires d'Afrique qui ont été en proie aux fièvres intermittentes chroniques. Toutes les dyspepsies dans lesquelles on rencontre une perversion de l'appétit et des douleurs quelquefois extrêmes cèdent aisément aux premières doses de Bismuth, mais elles reparaissent avec la même facilité, et il faut poursuivre l'emploi du sel pour prévenir toute rechute.

Diarrhée simple, entérorrhée. — Il n'y a pas un seul médicament qui soit mieux approprié à la nature de ce mal, plus facile à employer et plus rapidement suivi de succès que le sous-nitrate de Bismuth; toute diarrhée, soit de l'enfant, soit de l'adulte, cède à ce remède, employé seul et non pas associé à la magnésie, à l'opium ou au charbon, ainsi que plusieurs médecins ont coutume de faire. Lorsque le sous-nitrate n'agit pas du premier coup il faut en continuer l'emploi, et poursuivre, lors même que le mal a cessé complétement. On l'administrera avec avantage lorsque la diarrhée est chronique ou symptomatique d'une diathèse.

Chez les enfants nouveau-nés qui sont en proie à la diarrhée que provoque le lait appauvri et aqueux d'une mère malade il est souverain. Chez les enfants rachitiques dont la diarrhée est entretenue par une ulcération simple ou tuberculeuse, chez les enfants qui offrent tous les signes d'un ramollissement chronique du gros intestin, il modère le flux intestinal et réduit les selles des deux tiers, sinon complétement.

Lorsque la diarrhée est le résultat de la dentition ou d'une phlegmasie peu intense, la guérison est la règle et marche avec une assez grande rapidité, grâce à l'administration du sous-nitrate. Quand il existe des vomissements et tous les signes d'une gastro-entérite, les symptômes, d'abord amendés ou suspendus, reparaissent au bout de quelque temps. Pourtant M. Monneret a observé quelques guérisons chez des nouveau-nés qui avaient une diarrhée opiniâtre et des vomissements depuis cinq semaines.

Il améliore aussi et prolonge l'existence des phthisiques, dont la mort est, comme on le sait, très-accélérée par certaines lésions intestinales et les diarrhées qui en sont la suite.

Il peut arriver quelquefois que l'usage prolongé de sous-nitrate de Bismuth amène une constipation et un serrement du ventre; il est bon de combattre ces symptômes par des moyens appropriés.

Remarquons ici que la diarrhée est la maladie contre laquelle le Bismuth a peut-être le plus d'action, et que c'est précisément à celle-là que les médecins anciens et modernes ont négligé d'opposer le Bismuth.

Entérorrhagie. — Si la perte de sang est grande, on doit tout d'abord se soucier de l'arrêter. Les boissons acidulées et les lavements sont indiqués, mais rien n'est comparable au sous-nitrate de Bismuth. Nous l'avons vu souvent employé avec un succès dont n'approche pas celui qu'on dit obtenir avec les astringents dans les entérorrhagies graves, de la fièvre typhoïde, de l'entérocolite érythémateuse ou ulcéreuse, dans la dysenterie et dans plusieurs cas de cancer de l'intestin. M. Monneret, avec 60 ou 70 grammes de sous-nitrate, a enrayé instantanément les accidents inflammatoires et les flux dans plusieurs dysenteries aigues. Ce remède n'a aucun des inconvénients qu'on a reprochés aux styptiques et aux acides administrés pendant quelque temps.

Entérocolite. — Le sous-nitrate de Bismuth employé contre les divers symptômes d'entérocolite fait cesser les sécrétions anormales de liquides ou de gaz et prépare l'intestin à recevoir les aliments doux et féculents qu'on doit s'efforcer de donner pour combattre le marasme. Tout en permettant une absorption modérée et par suite une nutrition, il empêche l'action irritante des aliments, la neutralise pour ainsi dire et protége la muqueuse.

Cholérine. — C'est surtout en temps d'épidémie que le sous-nitrate est appelé à rendre de grands services, et les pharmaciens, qui trouvent en lui un médicament d'une action sûre aussi bien qu'innocente dans son administration (quelle qu'en soit la dose), obtiennent souvent ainsi des cures dont le médecin, pourrait se faire honneur.

Un grand nombre de médecins, et en outre MM. Barth, Horteloup, Vigla, ont administré avec succès le sous-nitrate de Bismuth dans la diarhée prémonitoire du choléra, et nous eroyons pour notre part qu'il agit plus certainement que la magnésie, récemment employée par M. Trousseau.

Le sous-nitrate de Bismuth a été particulièrement préconisé en Russie et en Pologne; le Dr Léo, de Varsovie, l'a présenté comme un véritable spécifique du choléra-morbus. On a employé avec beaucoup de succès contre la cholérine la crème de Bismuth du Dr Quesneville, et c'est même sous cette forme qu'on a administré la plupart du temps le Bismuth dans ces dernières épidémies.

Blennorrhagie, uréthrite. — Auguste Bazin et Caby ont prouvé, par de nombreuses observations, que le sous-nitrate de Bismuth guérissait sûrement les blennorrhagies aiguës et chroniques, et que ce médicament n'offrait pas les dangers des autres injections. La moyenne du traitement est de douze jours, et ces médecins sont arrivés à cette conclusion que la blennorrhagie traitée de cette façon est guérie d'autant plus rapidement qu'elle est plus ancienne.

Les médecins militaires se sont emparés avec enthousiasme de cette médication, qui réussit à merveille sans exiger un dosage minutieux.

A l'infirmerie de Saint-Lazare, un grand nombre de femmes ont été soumises au traitement bismuthé, et cela pour leur plus grand bien et pour la plus grande gloire de leurs médecins.

Leucorrhée. — Le sous-nitrate de Bismuth, projeté en quantité considérable sur le col utérin pour y former une couche épaisse, est le meilleur remède employé aujourd'hui contre la leucorrhée soit aigüe, soit chronique; on l'applique avec grand succès contre les leucorrhées des femmes publiques.

Végétations. — Il est quelquefois avantageux de les dessécher et de les flétrir au moyen du sel de Bismuth.

Plaques muqueuses. — M. Monneret recommande le sous-nitrate de Bismuth pour guérir les plaques muqueuses. Topique inoffensif et inerte, ce sel agit ici de la manière la plus sûre sur les plaques muqueuses répandues à la surface du corps en les protégeant contre l'irritation extérieure et en les immobilisant pour ainsi dire.

Métrite. — En associant des applications de sous-nitrate de Bismuth à la cautérisation, M. Monneret est parvenu à guérir les métrites granuleuses les plus rebelles.

Chlorose. — En améliorant les fonctions gastriques on améliorera les nutritions et par suite la chlorose. Le sous-nitrate de Bismuth a produit de bons effets, administré d'une manière réitérée et pour ainsi dire introduit dans le régime des chlorotiques.

M. le Dr Quesneville nous a proposé oralement une très-judicieuse explication des bons effets du Bismuth dans certaines chloroses. D'après lui, ce sel, en absorbant l'hydrogène sulfuré qui se forme en grande abondance chez les chlorotiques, empêcherait cet hydrogène sulfuré de s'emparer du fer des globules pour former le sulfure de fer, et par conséquent s'opposerait de la sorte à l'appauvrissement du sang.

Pneumatose. — Lorsque cette maladie est causée par une lésion intestinale ou qu'elle est symptomatique d'une altération du foie, des poumons ou de tout autre viscère, il ne faut pas songer à lui opposer le Bismuth; mais, quand elle est idiopathique, il doit lui être opposé à titre d'absorbant, et l'on en obtient de bons effets.

Erythème. — L'érythème avec suintement séreux ou purulent est réprimé énergiquement avec le sous-nitrate de Bismuth. Il n'y a pas de médicament qui guérisse plus sûrement l'intertrigo des personnes grasses, des enfants malpropres ou des nourrices.

Ecthyma. — Le sous-nitrate de Bismuth sera employé comme topique concurremment avec les poudres de quinquina, de tan, de sulfate d'alumine et des compresses de vin aromatique. En général, le sel de Bismuth peut être employé comme poudre inerte dans un grand nombre de maladies de la peau.

Ce que nous avons dit sur la manière dont le Bismuth nous semble agir dans l'organisme et les faits qui viennent d'être exposés dans ce chapitre font prévoir que la place du Bismuth dans la thérapeutique n'est point pour nous celle qu'on lui a généralement attribuée. Nous ne saurions être ni de l'avis de MM. Trousseau et Pidoux, qui le placent parmi les contro-stimulants, ni de l'avis de ceux qui en font un astringent ou un antispasmodique.

A notre avis, le sous-nitrate de Bismuth a deux grandes propriétés : 1° celle d'absorber les gaz sulfurés, les plus abondants dans les maladies et aussi les plus nuisibles; 2° d'agir comme topique sur les surfaces où on l'envoie, de protéger les tissus, de neutraliser l'irritation, en se mélangeant aux humeurs morbides, et de paralyser les sécrétions intestinales en oblitérant mécaniquement des vaisseaux.

Nous n'avons pas cité toutes les maladies contre lesquelles on l'a successivement proposé et employé, nous n'avons énuméré que les principales; elles sont assez nombreuses pour qu'il soit permis de dire que ce médicament est certainement l'un des plus utiles et des plus faciles à manier de toute la matière médicale. »

Telle est la thèse qui, soutenue à Paris, en pleine Faculté de Médecine, sous la présidence et avec le concours d'éminents Professeurs, consacre ce médicament comme un des plus utiles et des plus sûrs de la thérapeutique.

En remplaçant une préparation agissant mal, difficile à prendre, dont le malade se dégoûte vite, que les enfants ne veulent prendre à aucun prix; par notre *Crème de Bismuth*, qui est le même médicament, mais sous un état moléculaire différent, qui en triple les propriétés actives, les médecins n'échoueront jamais dans l'administration du sous-nitrate de bismuth.

Dr QUESNEVILLE.

8180 Imp. Renou et Maulde, rue de Rivoli, 14

N° 1. — JEUDI 3 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 3 JANVIER 1867. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JANVIER 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

I. — Depuis quelque temps M. Préterre préconise, comme anesthésique, le protoxyde d'azote. Il vient de faire connaître à l'Académie des sciences les résultats qu'il en a obtenus.

A ce sujet, M. Chevreul a rappelé les expériences infructueuses de Proust et de Vauquelin, et M. Dumas a fait ressortir les inconvénients qu'offrirait, dans la pratique usuelle, l'emploi d'un gaz si difficile à obtenir parfaitement pur, et qui entraîne d'ordinaire avec lui du deutoxyde d'azote, substance éminemment dangereuse et toxique.

II. — A la Société médicale des hôpitaux, la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique nous semble bien près d'être épuisée.

Elle n'aura pas été sans enseignement pour ceux qui l'ont suivie, car la question soulevée par M. Peter était plus vaste qu'elle ne semblait l'être au premier abord.

Il est souvent difficile de savoir laquelle des deux affections qui coïncident chez le même sujet joue le rôle de cause par rapport à l'autre; mais cette difficulté n'existe pas en ce qui touche la blennorrhagie et les arthrites qui souvent l'accompagnent. La blennorrhagie vient du dehors; on sait comment elle se produit, on ne pouvait donc supposer qu'elle fût une conséquence de l'arthrite, et il était naturel de penser qu'elle en était la cause.

Mais ce n'était pas tout.

La blennorrhagie pouvait agir à la manière des causes banales, qui provoquent une maladie sans influer sur elle, une fois produite; ou, tout au contraire, à la manière des causes spécifiques qui dominent l'affection locale qu'elles ont fait naître, lui impriment leur cachet et lui communiquent une nature et des caractères spéciaux.

C'était là surtout le point douteux qu'il s'agissait de mettre en lumière.

A la dernière séance, M. Hervieux, comme précédemment M. Fournier, a soutenu que le rhumatisme blennorrhagique était une arthrite spécifique qui différait essentiellement du rhumatisme articulaire proprement dit; et il a surtout insisté sur ce fait, jusqu'alors négligé dans la discussion, que l'écoulement blennorrhagique et l'arthrite de même cause étaient liés l'un à l'autre d'une manière intime; de telle sorte que l'arthrite, se développant alors que l'uréthrite était le plus intense et l'écoulement le plus abondant, avait pour effet de suspendre momentanément l'un et l'autre, sauf à les laisser reparaître lorsqu'elle se calmait elle-même.

Cette opinion sur la nature de l'arthrite blennorrhagique devait conduire M. Hervieux à repousser les théories de M. Lorain, au sujet de l'état génital.

En effet, pour M. Lorain, l'état génital, qui comprendrait la blennorrhagie, serait, par rapport au rhumatisme, une cause soit prédisposante, soit déterminante, qui rentrerait, ou peu s'en faut, dans le cadre des causes banales.

Toutes les formes de rhumatismes en pourraient également résulter, et rien par conséquent soit dans la marche, soit dans les symptômes, soit dans les lésions de tissus, rien ne distinguerait les arthrites qui seraient dues à cet état génital.

M. Hervieux ne pouvait adopter cette partie de la doctrine de M. Lorain; mais il ne serait pas éloigné d'admettre l'assimilation proposée entre le rhumatisme des femmes en couche et le rhumatisme blennorrhagique. En effet, chez la femme en couche comme chez la femme blennorrhagique, on trouve des granulations soit utérines, soit vaginales; chez l'une et chez l'autre il existe un écoulement qui se ressemble parfaitement dans les deux cas.

On peut donc supposer que ces causes semblables peuvent également avoir pour résultat le même rhumatisme spécifique.

Maintenant le mode de production de ce rhumatisme, le rôle qu'y pourraient jouer soit l'absorption des sécrétions morbides, soit l'action réflexe : tout cela ne nous a pas paru bien clair dans la pensée de M. Hervieux.

Il nous a même semblé qu'il ne niait point, soit la diathèse strumeuse ou lymphatique artificielle que M. Pidoux attribue comme conséquence presque forcée à la blennorrhagie, soit, comme le veut M. Féréol, l'influence d'une prédisposition individuelle pour créer de toutes pièces une diathèse, une maladie *totius substantiæ*, qui sans elle n'existerait pas.

Quoi qu'il en soit, nous ne voyons pas ce qu'il pourrait rester à dire après le discours de M. Hervieux sur le rhumatisme blennorrhagique.

Dans la supposition d'une nature spécifique, on a décrit ses caractères, sa marche et ses rapports avec l'écoulement. On a cherché à montrer de quelle manière la blennorrhagie pouvait ainsi agir à distance, soit qu'elle amenât seulement cet effet local, soit qu'elle modifiât puissamment l'ensemble de la constitution.

Dans le sens contraire, on a fait voir que la blennorrhagie, compliquée de rhumatisme, résultait souvent de causes qu'on ne saurait accuser, en aucune manière, d'être spécifiques. On a dit qu'il devait sembler, en conséquence, peu philosophique de supposer la spécificité des effets sans admettre celle de la cause; on a cité des affections, autres que la blennorrhagie, qui pourraient provoquer des rhumatismes tout à fait semblables.

Enfin nos lecteurs doivent avoir présentes à l'esprit des doctrines qui se sont produites à cette occasion, et qu'on ne saurait facilement classer : celle, par exemple, de M. Féréol, qui attribue la spécificité non point à la blennorrhagie, mais à l'individu blennorrhagique, pour ainsi dire : cet individu transformant par lui-même en maladie constitutionnelle et communicable un simple catarrhe, *et vice versâ*.

Sans se mêler à cette discussion, M. Guérard en a pris le prétexte pour signaler à ses confrères un fait très-rare.

Il s'agissait d'un homme qui, dans le cours d'un rhumatisme aigu proprement dit, a présenté plusieurs accès de violent délire durant au plus une demi-heure, et séparés par de longs intervalles de parfaite lucidité, sans mal de tête ni trouble cérébral. Le malade ne conservait pas la mémoire de ce qu'il avait fait durant ces accès.

Nous prions ceux de nos nombreux lecteurs qui auraient vu des faits semblables, de nous les faire connaître; car c'est ainsi que la *Gazette des Hôpitaux* a pu élucider déjà plus d'une question scientifique, en se faisant l'écho des médecins qui répondaient à son appel.

III. — A la Charité, dans le service de M. Pelletan, suppléé par M. Siredey, se trouvent en ce moment plusieurs malades curieux à des titres divers.

D'abord deux femmes et un jeune homme atteints de maladies d'Addison, et qui ont été présentés vendredi dernier à la Société médicale des hôpitaux.

Puis aux nos 13, 22 et 26 de la salle Saint-Basile, toute une série d'hémiplégies soit hystériques, soit hystéro-épileptiques, dont on peut rapprocher un cas de paralysis *agitans* hémiplégique (salle Saint-Michel, no 22).

Enfin, au no 15 de la salle Saint-Michel, un exemple des plus remarquables de circulation veineuse supplémentaire, développée à la suite d'une tumeur du foie, et ramenant le sang des membres inférieurs aux veines axillaires et mammaires internes. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Tumeurs multiples des ovaires dites par inclusion fœtale.

(Observation recueillie par M. CHANTREUIL, interne du service.)

Marie M..., multipare, âgée de vingt-huit ans.

Sa première grossesse et son premier accouchement se passèrent naturellement. Depuis cette époque, il se serait développé un kyste de l'ovaire droit, pour lequel elle est allée à l'hôpital Lariboisière.

Pendant le cours de sa seconde grossesse, elle eut de la constipation et des douleurs abdominales continuelles. Cependant l'accouchement eut lieu naturellement, le 25 novembre 1866. L'enfant vivant pesait 2500 grammes. Aucun accident jusqu'au 30 novembre. A partir de ce jour, douleurs abdominales et lombaires tellement aiguës, qu'elles arrachent des cris incessants à la malade. Pouls plein et fort, à 108. Tension et météorisme du ventre, ce qui empêche l'exploration de la tumeur.

Ni nausées, ni vomissements; céphalalgie, agitation extrême.

Dix ventouses scarifiées sur la région abdominale; cataplasmes laudanisés; extrait de térébenthine, 30 centigrammes en 6 pilules.

Le 2 décembre, détente très-marquée des phénomènes douloureux. Pouls à 88; respiration, 40. Langue humide, sans enduit; constipation; lochies rouges, non fétides.

Le 3, pouls à 76; respiration, 28. Douleurs abdominales; constipation. Pas de garde-robe à la suite de 40 grammes d'huile de ricin.

Le 4, pouls à 100; respiration, 32. Chaleur à la peau; langue rouge et sèche; météorisme; rougeurs plaquées de la face; tendance aux frissons toutes les fois que la malade se découvre; douleurs spontanées dans les régions lombaire et hypogastrique; lochies jaunâtres non fétides.

Application d'un vésicatoire à l'hypogastre.

Le 6. A partir de cette époque, les accidents prennent plus de gravité et revêtent le caractère typhoïde, ce qui rend très-probable l'existence d'une phlébite utérine. Pouls fréquent, respiration à 44. La langue d'abord poisseuse, devient sèche et dure, rouge à la pointe et sur les bords. Douleurs dans les membres; agitation, délire continuel; décubitus dorsal, face hébétée; lèvres fuligineuses; narines pulvérulentes. Évacuations involontaires.

Cette femme meurt dans le coma, le 10 décembre 1866.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — 1° Pas de traces de péritonite, autres que les adhérences peu nombreuses de la tumeur ovarique que nous allons décrire. Pas de liquide séreux ou purulent, pas de fausses membranes dans la cavité abdominale proprement dite. On en trouve quelques-unes, qui paraissent anciennes, dans la cavité pelvienne, sur les faces de l'utérus et sur ses parties latérales.

2° Pus dans les sinus utérins, en particulier au niveau du col (phlébite utérine).

3° Les reins étaient tous deux volumineux, du poids de 230 grammes chacun (le poids moyen étant de 170 grammes). Leur surface lisse était décolorée dans la plus grande partie de son étendue, et entremêlée d'arborisations vasculaires fines et étoilées. (Mélange d'hyperhémie et de dégénérescence granuleuse, deuxième degré de M. Rayer.)

On voit que cette altération se continue dans la profondeur de l'organe, quand on fait une coupe suivant son bord convexe.

L'examen microscopique a été fait par MM. Cornil et Ranvier. Ils ont constaté que les cellules étaient remplies de granulations graisseuses très-fines et tellement abondantes, en quelques points, que le noyau était masqué.

Les tubes de la substance corticale sont distendus à tel point, qu'ils sont devenus variqueux, moniliformes. C'est la densité de cette infiltration granuleuse qui donne à la substance corticale son aspect d'un jaune opaque.

Rien dans les glomérules.

4° Congestion très-prononcée des méninges cérébrales et des poumons.

Caillots noirs dans les cavités du cœur.

5° Foie gras; rate rouge et ferme.

6° Pas d'ulcérations intestinales.

Pas d'abcès métastatiques dans les parenchymes.

Description des tumeurs ovariques.

Ces tumeurs consistent en trois kystes, dont deux sont situés à droite et un à gauche.

1° Tumeurs de l'ovaire droit.

A. TUMEUR VOLUMINEUSE. — *a. Aspect extérieur et rapports.* — En ouvrant l'abdomen, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, de forme ovoïde, occupant la partie inférieure droite de cette cavité. Elle présente une fluctuation superficielle, et profondément une résistance assez marquée.

Son grand axe mesure . . . . . . 23 centimètres
La largeur de sa base. . . . . . . 20 —
— de son sommet . . . . 15 —

Son poids est de 2 kilogrammes 690 grammes.

Sa direction est oblique de haut en bas et de droite à gauche.

Son sommet répond à l'hypochondre droit; sa base plonge dans le grand bassin et occupe la fosse iliaque droite, la région hypogastrique et une partie de la fosse iliaque gauche. L'ovoïde n'est pas régulier, parce que à la réunion de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs, il porte un étranglement circulaire à reflet bleuâtre qui lui donne la forme d'une gourde. Les parois sont, à l'extérieur, lisses, d'un blanc brillant, et offrent çà et là des arborisations vasculaires.

En soulevant la tumeur dans sa totalité, on s'aperçoit qu'elle est reliée à l'utérus par un pédicule sur lequel elle repose, et qui n'est autre chose que la trompe et le ligament de l'ovaire allongé, aplati et tordu vers sa partie moyenne. La longueur de ce pédicule est de 11 centimètres.

Le kyste volumineux refoule vers le diaphragme les viscères contenus dans la cavité abdominale, de sorte que la cavité thoracique est très-diminuée dans ses dimensions verticales. Il est situé dans un

creux parfaitement lisse, résultant de l'aplatissement qu'ont éprouvé tous les organes qui lui servent de coussin.

Ainsi le fond de l'utérus, au lieu d'être ellipsoïdal, est creusé de manière à recevoir le fond de l'ovoïde. Les intestins, le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite, sont particulièrement le siége de ce tassement.

b. Adhérences. — Il existe de légères adhérences de la tumeur à la paroi abdominale antérieure, et à l'épiploon qui recouvre sa moitié supérieure. Enfin il y a, en haut et un peu en arrière, une adhérence très-intime à la partie inférieure du colon ascendant, adhérence qui a lieu non pas directement, mais par l'intermédiaire d'un second kyste beaucoup plus petit que le précédent, et que nous allons décrire bientôt. Nous verrons alors quelle est la nature de cette adhérence.

c. Contenu. — En incisant les parois du kyste, on constate que celui-ci est rempli, en grande partie, par une matière jaunâtre, onctueuse, ressemblant à de la pâte d'amandes, en grumeaux très-épais et s'écrasant sous le doigt. Cette masse grumeleuse n'est autre chose que de la matière sébacée. Une petite portion de cette matière était en suspension dans une faible quantité de liquide interposé entre la masse centrale et les parois du kyste.

Ce qu'il y a d'intéressant, c'est la présence de cheveux châtains, nombreux, longs, pour la plupart, d'environ 15 centimètres, pénétrant dans la matière sébacée, et adhérents à la face interne du kyste; c'est la présence d'une dent également fixée à la paroi par une portion d'os; cette dent ressemble à une canine bien développée. On peut distinguer la couronne, le collet, la racine, l'alvéole, une portion de gencive, et de chaque côté deux bourgeons charnus.

B. Petite tumeur de l'ovaire droit. — On trouve encore à droite, et comme greffée sur la partie supérieure et postérieure du kyste que nous venons de décrire, mais n'ayant aucune communication avec lui, une petite masse ovoïde du volume d'une noix, non fluctuante et même assez résistante au toucher. En incisant cette petite tumeur, on trouve d'abord les parois kystiques, puis de la graisse jaunâtre, et enfin une substance crémeuse assez épaisse, entourant une portion osseuse qui, disséquée, ressemble à un maxillaire inférieur très-déformé. La partie moyenne porte un renflement prononcé; les extrémités se terminent par des pointes. On trouve encore des cheveux de même couleur que dans le grand kyste, mais moins longs; puis une dent cariée, noirâtre, et enfin un petit anneau cartilagineux ayant l'aspect d'une vertèbre. Ce qu'il est important de signaler, c'est la communication de ce kyste secondaire avec la portion la plus inférieure du colon ascendant. Une boucle de cheveux passait, en effet, de l'intérieur de la tumeur dans la cavité intestinale, à travers un orifice arrondi, parfaitement uni, et de 6 millimètres de diamètre environ.

2° *Tumeur de l'ovaire gauche.*

Enfin une troisième tumeur existe du côté gauche. Elle est ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule aplati; sa surface, lisse en général, présente quelques bosselures; elle est unie à l'utérus par un pédicule large et court, de quelques centimètres de longueur. Les parois du kyste sont formées par le tissu même de l'ovaire. Dans l'intérieur, on trouve encore de la matière sébacée blanchâtre entremêlée de cheveux, et enfin une masse dure, lobulée, de forme cubique, reliée aux parois du kyste par trois prolongements creux cylindriques, de couleur rougeâtre, partant de la face intérieure, et par un prolongement blanc, aplati, partant du centre de la face supérieure.

J'ai eu recours à l'obligeance de MM. Cornil et Ranvier pour déterminer la nature de ces différentes parties. Voici quel a été le résultat de leur examen :

« La masse dure lobulée est formée par un assemblage de trois ou quatre dents réunies les unes aux autres, d'une manière régulière, par des lamelles osseuses semblables à celles qui limitent les alvéoles dentaires. Sur un point de la masse on trouve une membrane, recouverte de poils, ayant l'aspect du derme. Dans le reste de son étendue, la masse est recouverte de tissu fibreux.

« Les prolongements qui relient cette masse dure à la partie interne du kyste, sont des espèces de sacs formés d'une membrane très-mince contenant dans son intérieur une matière molle, grisâtre, cérébriforme. Cette substance, délayée dans un peu d'eau, examinée au microscope, laisse voir des gouttelettes de myéline caractérisées par de doubles contours, quelques rares tubes nerveux et des cellules nerveuses en grand nombre. Certaines cellules ont des prolongements caractéristiques; elles sont bipolaires; les autres sont irrégulières de contour, et ne présentent pas ce prolongement; mais leurs dimensions, leur contenu pigmenté et le noyau volumineux qu'elles contiennent, se colorant fortement par une solution faible de carmin, les caractérisent suffisamment. La substance nerveuse est parcourue par un réseau vasculaire semblable à celui qu'on rencontre dans le cerveau : ramifications arborisées et gaînes lymphatiques manifestes. »

Il était curieux de rechercher la situation des ovaires et des trompes par rapport à ces tumeurs; il était intéressant de savoir comment avait eu lieu la dernière gestation. M. Gerbe, aide-naturaliste de M. Coste, professeur au Collége de France, a bien voulu m'aider dans cette recherche. A gauche, nous avons trouvé le pavillon de la trompe parfaitement libre, quoiqu'il y eût une adhérence du ligament large aux parois du bassin. Nous avons suivi, pour déterminer l'ovaire, son ligament suspenseur à l'utérus, qui était large et court, et le ligament qui l'unit au pavillon de la trompe; nous avons vu que ces ligaments aboutissaient directement au kyste; de plus, les parois de ce kyste contenaient des vésicules ovariennes. Nous avons trouvé le corps jaune de la dernière gestation et la cicatrice extérieure correspondante. Il est donc évident que c'est dans l'intérieur de l'ovaire que se sont développés les produits que nous venons d'étudier.

A droite, les recherches sont plus difficiles. Tout est dénaturé. Au premier aspect, il n'y a plus de traces d'ovaire; mais le pavillon de la trompe est libre. Les ligaments utéro-ovariens et tubo-ovariens aboutissent au kyste secondaire, de sorte qu'il est probable qu'à droite comme à gauche, c'est aux dépens du tissu ovarique que s'est formée la tumeur.

M. Gerbe croit qu'il s'agit, dans le cas qui nous occupe, de grossesses extra-utérines intra-ovariques. Mais je dois dire que la plupart des auteurs rangent ces tumeurs dans les produits classés par M. Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom de monstre endocymien, résultant de l'inclusion d'un œuf dans un autre œuf.

CAS TRÈS-CURIEUX DE FRACTURE DU CRANE

Avec enfoncement dans le cerveau des fragments osseux, dont l'un mesure quatre centimètres de long sur deux de large, et perte de substance cérébrale considérable. — Guérison au bout de six semaines.

(Observation recueillie par M. le Dr Piedanna).

(Communiqué à la Société de médecine pratique).

Le 18 juin dernier, C... Henri, âgé de 19 ans, cultivateur à Marchiennes, fut atteint au front par une ruade de son cheval.

Il faisait très-chaud, et les grosses mouches tourmentaient le cheval, qui dans un mouvement ramena la guide sous la queue; C... assis sur le devant de son chariot voulut la retirer sans descendre de voiture, c'est en se penchant qu'il fut atteint au front par une violente ruade qui le jeta inanimé sur la chaussée. Appelé en toute hâte, je le trouvai étendu sur le bord du trottoir, la tête baignait dans le sang, au milieu duquel on apercevait des grumeaux blancs, qu'en examinant de près, je reconnus être de la substance cérébrale. Le pouls battait lentement et très-faiblement, ayant soulevé la tête, j'aperçus une vaste plaie au-dessus du sourcil droit, à forme semi-elliptique, longue et large. Je portai le doigt dans la plaie, et reconnus une fracture du coronal entre la bosse frontale et l'arcade sourcilière, se terminant au bas de la ligne courbe qui circonscrit la concavité dépendant de la fosse temporale.

Ayant fait transporter avec beaucoup de précautions le jeune C... à son domicile, heureusement très-proche du lieu de l'accident, je le couchai sur le premier lit convenable, la tête légèrement plus élevée que le tronc, et procédai de suite au pansement et à l'extraction des fragments osseux enfoncés dans le cerveau; je lavai à grande eau avec précaution, j'enlevai des caillots parmi lesquels on voyait de la substance cérébrale, puis trois petites aiguilles; une quatrième beaucoup plus grande étant enfoncée profondément et obliquement, j'essayai de l'enlever avec des pinces à pansement, je ne pus y réussir; je tentai ensuite de la soulever avec ma spatule, je ne réussis pas mieux, car une convulsion violente et générale des membres se développa au moment où j'introduisais le petit bout de la spatule sous le bord interne du fragment. Ayant attendu quelques minutes, et ayant fait maintenir par des aides la tête ainsi que les bras et les jambes, je renouvelai ma tentative; j'y réussis alors, et j'amenai une énorme esquille. Il s'écoula beaucoup de sang et de substance cérébrale, que je puis évaluer, sans exagération, à la valeur d'une cuillerée à café. Je mis sur la plaie une compresse fenêtrée enduite de cérat camphré, et je recouvris la tête de compresses larges imbibées d'eau la plus froide possible, avec recommandation de renouveler les compresses toutes les cinq minutes. Je prescrivis une potion calmante antispasmodique, par cuillerée à bouche, et pour boisson une infusion froide de tilleul orangé.

Je revis mon blessé deux fois dans la soirée, il était toujours très-mal, face pâle, respiration faible, pouls lent et misérable. On avait de la difficulté à le faire boire, il y avait des vomissements, je fis promener des sinapismes aux extrémités.

Le lendemain 19 au matin, pas de changement sauf un peu plus de chaleur à la peau, le blessé a encore vomi, mais il a aussi uriné au lit, pouls mauvais, très-lent, respiration lente. Continuation des moyens prescrits, j'ordonne un lavement purgatif.

Dans la journée, deux vomissements, le lavement a amené plusieurs selles abondantes; le soir, fièvre manifestée seulement par une augmentation de chaleur et de la soif, le pouls reste à 42 pulsations.

Le 20, même état, fièvre, soif, vomissements, écoulement séro-sanguinolent par la plaie. Prescription : limonade, affusion froide, lavement.

Le 21 au matin, le pouls donne 45 pulsations, l'état général, sans présenter une sensible réaction semble cependant s'y disposer. Le blessé n'a pas vomi depuis douze heures, il boit assez facilement. J'examine la plaie qui laisse écouler du pus séro-sanguinolent, un caillot en obstrue la surface; pendant que je procède au pansement, la mère du jeune homme vient me demander en pleurant si son fils mourrait. A ma grande surprise, le malade qui jusque-là n'avait donné aucun signe de connaissance, ouvrit les yeux et dit lentement et clairement : *« Ma mère, ne pleurez pas, j'aurai du courage jusqu'au bout. »*

A partir de ce jour, mon blessé va de mieux en mieux, le pouls remonte à 50 pulsations, il est souvent assoupi et ne parle pas, lorsque je l'interpelle il ouvre les yeux mais ne me répond pas, il retombe ensuite dans son état de somnolence; la plaie suppure bien et le pus en est meilleur. Je continue le même traitement, et une diète sévère.

Vers le 30, l'amélioration est satisfaisante, le sommeil est moins profond, il ouvre les yeux et semble examiner ce qui se passe; il ne répond pas lorsqu'on lui adresse la parole.

Jusqu'au 6 juillet, l'état du blessé semble stationnaire, la plaie se remplit de bourgeons charnus, la suppuration en est excellente. A ma visite de ce jour, je lui demande de nouveau ou plutôt comme chaque matin, s'il me reconnait; à ma grande satisfaction, il me répond : « Bonjour monsieur Piedanna. » Depuis il parle quand on le questionne, toutefois je défends sévèrement les visites, et surtout de le faire parler.

Il me demande à manger au vingt-cinquième jour de l'accident; je lui accorde du bouillon, et de la panade.

Le lendemain, il me demande à fumer, ce que je défends, je lui accorde un lait de poule qu'il digère très-bien, ainsi que les autres aliments légers que je lui permets. Je continue encore les affusions froides sur le front.

Au trentième jour, mon jeune homme me prie de lui donner plus à manger, et demande à se lever.

Enfin au quarantième jour, la plaie est presque entièrement cicatrisée; on voit les mouvements du cerveau à travers les téguments.

J'ai fait venir le jeune C... dans mon cabinet il y a peu de jours, je l'ai trouvé bien portant, ayant bonne mine, travaillant comme auparavant sans ressentir aucune douleur de tête, parlant aussi facilement qu'avant son accident, et ayant conservé entièrement la mémoire.

Ce cas de guérison très-heureux est curieux, à ce point de vue surtout que les blessures intéressant la partie antérieure de l'hémisphère cérébral, entraîneraient la perte de la parole; je crois me rappeler que M. Bouillaud a soutenu cette thèse devant l'Académie de médecine; voici un fait récent qui vient contredire son opinion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 décembre 1866. — Présidence de M. Bourdon.

La séance est ouverte à quatre heures moins le quart.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Deux ouvrages de M. le docteur Villemin, intitulés, l'un : *Phthisie et maladies qui la simulent*; l'autre : *Recherches sur la phthisie.*

2° Plusieurs numéros de diverses publications périodiques.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Maladie d'Addison. — **M. Siredey** présente trois individus atteints de maladies d'Addison, et qu'il a reçus à la Charité dans le service de M. Pelletan, suppléé en ce moment par lui.

Les observations de ces trois malades ont été recueillies avec soin par M. Follet, interne du service. En voici le court résumé :

1° La femme L., âgée de quarante-six ans, née à Tartas (Landes), entrée le 5 décembre, salle Saint-Basile, n° 23, malade depuis le mois de janvier, offre une teinte générale d'un brun grisâtre. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire; aucun membre de sa famille n'a été atteint de maladie bronzée, et ses deux enfants sont parfaitement blancs. Elle n'a fait que deux maladies : une variole à l'âge de dix ans, une fièvre typhoïde vers vingt ans. Elle n'a jamais pris de nitrate d'argent. Sujette aux migraines, et hystérique, brune de cheveux et de peau, comme les habitants du Midi; elle se portait bien du reste, lorsqu'il y a onze ou douze mois, elle a commencé à maigrir et à s'affaiblir; aujourd'hui elle se trouve réduite à un état d'émaciation extrême; elle peut à peine se tenir debout, et sa force ne dépasse pas 5 kilogr. au dynamomètre. Il existe des douleurs assez vives dans la région lombaire, surtout à droite, plus faibles dans la cuisse et la jambe, avec sensibilité à la pression. Les règles, qui dès le début avaient diminué d'abondance, ont cessé vers le mois de juin.

La coloration brune de la peau est surtout marquée sur le front, la partie postérieure du cou, la face dorsale des mains, principalement au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes.

Ensuite viennent la face, puis les reins, les fesses, la partie supérieure du dos.

Les membres inférieurs et supérieurs, la face antérieure du tronc, la paume des mains, offrent une coloration moins accusée; au niveau des genoux et des coudes, dans le sens de l'extension, la teinte est plus foncée; du reste, on ne trouve pas de ces plaques irrégulières de pigmentation qui ont été notées dans d'autres cas.

Quant aux muqueuses, les gencives sont bordées d'un liséré de 4 à 5 millimètres de hauteur; les lèvres sont également bordées d'une ligne noire étroite; la face interne des joues et la langue sont semées de plaques irrégulières presque noires, entre lesquelles on voit sur la langue un fin pointillé, très-foncé; le bord alvéolaire de la voûte palatine est sillonné d'un liséré noir, et sur le palais se voient deux plaques noires très-petites. Cette coloration foncée de certains points de la muqueuse buccale, rappelle l'apparence de celle de certains chiens de race.

Les grandes et les petites lèvres, le pourtour de l'anus sont d'une teinte très-foncée, que fait ressortir la pâleur du vagin et du col utérin.

Rien à noter du côté du cœur ou de la rate; le foie a un peu diminué de volume. La percussion de la région lombaire était insupportable d'abord, à cause de la sensibilité de cette région; maintenant, les douleurs se sont calmées, et on constate pour le rein droit une matité de 11 centimètres 1/2 en hauteur et de 8 en largeur, tandis que le rein gauche ne mesure que 10 1/2 sur 5 1/2; le droit est en outre situé plus haut que le gauche, contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire. Les urines contiennent des traces de cyannurine, d'albumine et de sucre.

Le sang, examiné par M. Cornil, n'a rien offert de particulier.

Obs. II. — X., femme de trente-cinq ans, Savoyarde, entrée le 25 déc., salle Saint-Basile n° 12, ordinairement bien portante, sauf quelques rhumatismes, a commencé à se bronzer il y a huit ans, mais n'éprouvait aucun autre dérangement de son état normal, lorsqu'elle fut prise, il y a trois ans, de toux continue avec alternance d'aggravations et de mieux-être.

Depuis trois mois les digestions se font très-mal; de l'amaigrissement, une faiblesse croissante, des vomissements fréquents, des palpitations habituelles sont venus compliquer la situation. 15 kilogr. au dynamomètre.

La teinte noire est surtout marquée sur le cou, le front, l'aréole mammaire, le ventre, le pourtour de la vulve; la coloration n'est pas uniforme, mais distribuée par piqueté sur les bras et même sur les jambes, lesquelles sont les parties les moins foncées du corps. Des plaques de rembrunissement très-évidentes existent au niveau des articulations; les muqueuses sont peu pigmentées, sauf celle de la voûte palatine et surtout celle des grandes et petites lèvres; l'iris est pigmenté des deux côtés par piquetés foncés assez abondants.

La menstruation est régulière, il n'y a pas de douleur dans la région lombaire, pas de bruit de souffle au cœur.

Au sommet du poumon droit on trouve quelques craquements et une légère diminution de sonorité. Les organes des sens fonctionnent bien.

Obs. III. — M..., 28 ans, pâtissier, entré le 19 décembre salle Saint-Michel n° 9, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents héréditaires a éprouvé il y a six mois, étant à Londres, quelques douleurs dans les jambes et de la faiblesse; en même temps son teint devenait bistré, ses digestions mauvaises, il eut quelques vomissements et de la gastralgie habituelle. Les douleurs dans les jambes ne sont pas très-vives, elles sont toutes spontanées; l'effort musculaire ne dépasse pas 27 kilogrammes au dynamomètre; la coloration brune n'est pas uniforme, elle est surtout marquée sur la face dorsale des mains et des

vant-bras, et la face postérieure du cou. Il existe sur ces parties de etits îlots beaucoup plus foncés que le reste, et la teinte s'accentue ncore au niveau des articulations dans le sens de la flexion.

La face et le dos présentent une teinte plus égale et plus pâle. Il xiste des plaques très-brunes, bien limitées, sur les régions trochanriennes et sur la face antérieure des genoux; des îlots pigmentaires lus ou moins larges sur les jambes, les cuisses et le ventre.

Quelques macules mal accusées se trouvent sur les lèvres, quelques laques noires sur la face interne des joues, une seule tache sur la ngue, et une autre sur le palais. La gastralgie a maintenant disparu insi que les vomissements, l'appétit est revenu, et les digestions sont onnes. Il y a de la constipation habituelle.

Ce que l'examen des divers organes révèle surtout de particulier, est un arrêt de développement du pénis qui n'a pas plus de 7 millimètres de diamètre et de 5 centimètres de longueur, encore une parie de cette longueur est-elle due au prépuce qui s'allonge au-devant u gland sur lequel il ne peut se rabattre.

Le scrotum presque effacé est entièrement vide; on ne trouve pas on plus de testicules vers les anneaux inguinaux; les seins sont un eu plus développés que la maigreur générale du sujet ne le comporte, uelques poils courts et rares se montrent au pubis. Le malade avoue es habitudes de masturbation qui n'ont jamais amené d'éjaculation, a eu quelquefois des désirs vénériens. La voix très-grêle, ressemble celle d'une femme.

Le sang examiné par M. Cornil n'a rien offert de particulier.

M. GUBLER se demande si la maladie bronzée ne tiendrait pas dans es trois cas à une tuberculisation des ganglions intervertébraux et ombaires où aboutissent les lymphatiques de l'intestin, comme il en vu un exemple chez un malade qui n'avait pas de tubercules dans s poumons. La tuberculisation pulmonaire semble évidente chez ne des malades de M. Siredey; la tuberculisation abdominale n'existerait-elle pas chez tous, et ne serait-elle pas la cause des troubles igestifs?

M. SIREDEY. Mes trois malades ont de la constipation, ce qui ne 'accorde guère avec l'idée d'une tuberculisation intestinale.

Suite de la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique.

M. HERVIEUX tient d'abord à faire ressortir les rapports intimes ui unissent l'écoulement blennorrhagique et le rhumatisme blennorhagique. Ainsi : 1° l'écoulement blennorrhagique précède le rhumatisme, qui souvent se montre alors que l'écoulement est dans la période d'acuité la plus grande;

2° Le rhumatisme semble lié à l'abondance de l'écoulement, à l'intensité extrême des douleurs pendant la miction, à la sensibilité exceptionnelle du sujet;

3° Une fois le rhumatisme développé, en général l'écoulement diminue et souvent même il disparaît, pour se reproduire quelquefois près la guérison du rhumatisme.

Par exemple, en 1859, à une époque où personne en France ne royait encore à la spécificité du rhumatisme blennorrhagique, M. Hervieux a dû soigner un jeune homme de vingt-cinq ans qui vait eu antérieurement un rhumatisme à la suite d'une première lennorrhagie. Il en avait contracté une seconde, et au douzième jour, lorsque l'affection était le plus intense, il prit un rhumatisme rticulaire, et l'écoulement se supprima. Lorsque, deux mois, après e rhumatisme, qui s'était localisé, se fut amendé, l'écoulement reparut; et cette observation attira l'attention de M. Hervieux à la fois ur l'aptitude spéciale qu'offrent certains individus à être pris de rhumatisme chaque fois qu'ils ont des blennorrhagies; sur la tendance les rhumatismes blennorrhagiques à se localiser; sur la liaison intime ui rattache dans ce cas le rhumatisme à l'écoulement.

Comme objections à cette spécificité du rhumatisme blennorrhagique on peut d'abord mettre en avant les coïncidences possibles, mais les rhumatismes articulaires qui pourraient se produire par suite l'une coïncidence dans le cours d'une blennorrhagie ne présenteraient pas les caractères des arthrites blennorrhagiques.

On pourrait aussi regarder ces arthrites comme des affections sympathiques, ou comme résultant d'une action réflexe, ainsi que l'admet M. Fournier; mais M. Hervieux ne croit pas que la blennorrhagie soit purement locale, il tend à y voir une maladie *totius substantiæ*, comme la vérole. C'est pourquoi il ne répugne pas à admettre, avec M. Pidoux, que dans certains cas il en résulte une sorte de diathèse lymphatique aiguë, une *scrofulade* de blennorrhagie, pour employer le mot que M. Ricord applique aux accidents strumeux développés parfois sous l'influence de la vérole.

Maintenant, le rhumatisme blennorrhagique peut-il être compris dans un cadre plus vaste et rattaché à l'état génital, suivant la théorie de M. Lorain? M. Hervieux ne saurait l'admettre dans les termes posés par M. Lorain.

D'abord cette affection des nouveau-nés, que M. Lorain compare au rhumatisme génital, en diffère essentiellement. M. Hervieux l'a souvent observée, et lui avait donné le nom de diathèse purulente des nouveau-nés. Elle est surtout caractérisée par des foyers purulents qu'on rencontre dans les articulations, dans le tissu cellulaire, dans les muscles; elle s'accompagne d'un appareil fébrile grave, avec altération des traits, diarrhée abondante, muguet, etc., toutes choses qui n'ont pas leurs analogues dans le rhumatisme blennorrhagique. Les symptômes diffèrent donc non moins que l'origine et les lésions anatomiques, car on trouve toujours, en pareil cas, du pus dans les articulations, chose exceptionnelle dans le rhumatisme blennorrhagique.

Quant au rhumatisme des femmes en couche, M. Hervieux en reconnaît plusieurs variétés.

1° Des rhumatismes articulaires vrais, généralisés, fébriles, s'accompagnant de sueurs, etc., et se produisant par coïncidence chez les femmes en couche;

2° D'autres douleurs articulaires, inhérentes à la phlébite et aux affections puerpérales, accompagnées d'un état typhoïde;

3° Enfin des arthrites puerpérales proprement dites; celles-ci, tout à fait analogues à l'arthrite blennorrhagique par leur tendance à se localiser, par leur apyrétisme, par leur terminaison généralement heureuse et les hydarthroses ou les ankyloses qui peuvent en être la suite.

M. Hervieux aurait voulu rechercher si dans ces cas, quelque blennorrhagie de la femme en couche ne serait pas la cause de l'arthrite. Mais il n'existe aucun moyen de distinguer l'écoulement lochial de l'écoulement blennorrhagique, et l'examen des organes génitaux fait voir, dans les deux cas, les mêmes granulations.

Peut-être pourrait-on supposer que ces deux écoulements, si analogues par leurs propriétés physiques, peuvent, lorsqu'ils sont absorbés, produire les mêmes effets articulaires.

Le rhumatisme génital comprendrait alors le rhumatisme blennorrhagique et celui des femmes en couche.

Les femmes enceintes ne sont pas dans le même cas, et les rhumatismes qui ont été observés chez elles peuvent tenir à diverses circonstances :

1° A la blennorrhagie même. M. Hervieux ne serait pas étonné qu'il en fût ainsi dans le 23e cas du mémoire de M. Lorain. Étant à l'hôpital Necker, il a observé 2 cas semblables chez des femmes arrivées, l'une au quatrième, l'autre au sixième mois de leur grossesse. La première guérit vite; la seconde, ayant accouché au huitième mois et demi, resta ankylosée;

2° A une arthrite antécédente, mal guérie, produite peut-être lors d'un accouchement antérieur, et réveillée pendant une nouvelle grossesse par une circonstance quelconque;

3° A une diathèse scrofuleuse. Le 22e cas de M. Lorain semble rentrer dans cette catégorie, car la malade en question est notée comme étant blonde et lymphatique. L'année dernière M. Hervieux avait soigné, à la Maternité, une femme lymphatique qui avait été prise, étant enceinte, d'une arthrite de l'épaule gauche; cette année la même femme, redevenue enceinte, présente une arthrite fongueuse du pied droit, et dans l'intervalle, on avait trouvé un engorgement scrofuleux des ganglions sous-maxillaires;

4° Enfin à la diathèse rhumatismale ou à une invasion accidentelle de rhumatisme aigu, car les femmes enceintes peuvent en être atteintes comme tout le monde.

Les mêmes observations s'appliquent aux nourrices, sauf que chez elles on pourra plus souvent rattacher leur rhumatisme au moment des couches. C'est ce qui est probable dans les 24e et 25e observations de M. Lorain.

En rattachant à l'état génital les rhumatismes de la puberté et de l'âge critique, en attribuant cette cause à des rhumatismes de toutes les formes, M. Lorain a tellement élargi son cadre, que les mots *rhumatisme génital* n'ont plus de sens précis, tandis qu'ils en auraient un très-clair si on les appliquait seulement au rhumatisme blennorrhagique et à celui des femmes en couche.

M. LORAIN proteste contre la supposition d'une blennorrhagie dans son 22e cas, dont le sujet était une femme mariée, très-morale, et que du reste il a examinée à cette époque.

M. HERVIEUX. Peut-être était-elle scrofuleuse?

M. LORAIN. Je n'ai rien observé qui pût me le faire croire.

M. HERVIEUX. Parfois les manifestations scrofuleuses éclatent d'emblée et sans avoir été soupçonnées jusque-là, comme il est arrivé chez cette femme enceinte, atteinte d'arthrite fongueuse du pied, dont j'ai déjà dit quelques mots.

M. RAYNAUD. Je viens entretenir la Société d'un cas très-curieux que je viens d'observer dans mon service, et qui rentre dans ce que M. Lorain appelle le rhumatisme génital.

Voici le résumé de cette observation :

La nommée B..., âgée de vingt-cinq ans, chapelière, entra, pour un kyste de l'ovaire, le 12 juillet 1866, au n° 22 de la salle Saint-Bernard.

Le lendemain, M. le professeur Piorry fit une ponction qui évacua environ 10 litres d'un liquide séreux.

Une seconde ponction fut faite le 14 août par M. Lancereaux, chef de clinique, et donna issue cette fois à 6 litres et demi de pus.

Le kyste se remplit de nouveau, et lorsque j'eus pris le service, pour empêcher la malade d'étouffer je dus continuer à employer la méthode palliative des ponctions.

Le 10 octobre, on retira ainsi 5 litres de pus, et je pratiquai une injection iodée qui provoqua des symptômes d'iodisme très-accusés.

Le 27, nouvelle ponction, nouvelle injection iodée, reproduction des accidents d'iodisme.

Le 7 novembre, la malade se plaint, pour la première fois, de douleurs articulaires très-vives surtout dans le genou et le pied droits; ces douleurs persistent jusqu'au 14, en envahissant successivement les articulations du membre supérieur et de la jambe gauches.

Le 14, elles occupent surtout le genou droit, le coude et le poignet gauches; ces articulations sont gonflées.

On pratique alors une cinquième ponction, qui n'est pas suivie d'injection iodée. Le lendemain, les douleurs avaient disparu.

Le kyste se remplit rapidement, et le 27 novembre, la malade se plaint de nouveau d'une vive douleur siégeant au poignet gauche. Bientôt plusieurs autres articulations sont envahies, et la malade ne peut faire presque aucun mouvement sans souffrir.

Le 4 décembre, l'oppression étant considérable, on fait une sixième ponction suivie d'une injection iodée, et le soir même, les douleurs si vives le matin, n'existaient plus. Les mouvements avaient repris leur liberté. Cette fois encore, la malade présenta des symptômes d'iodisme.

Onze jours après cette sixième ponction, de nouvelles douleurs reparurent d'abord dans un genou, puis dans l'autre.

Le 19, elles étaient très-vives, mais, avant la septième ponction, qui eut lieu le 20, on constata que cette fois elles s'étaient dissipées d'elles-mêmes. Un examen minutieux de toutes les articulations ne révéla rien d'anormal dans aucune d'elles.

La disparition des douleurs, immédiatement après chacune des deux précédentes ponctions, était-elle donc simplement le résultat d'une coïncidence? Leur disparition spontanée, la troisième fois, ne suffit pas pour le faire croire.

Si ces douleurs n'étaient pas un rhumatisme, malgré la tuméfaction des articulations envahies, qu'était-ce donc? un résultat d'iodisme?

Je ne sache pas qu'on ait jamais signalé rien de semblable comme effet de l'iode, et d'ailleurs, les douleurs se sont amendées malgré l'iodisme provoqué.

Pouvait-on dire que chez cette malade, qui a présenté des signes évidents de phthisie commençante, les douleurs dépendaient de la tuberculose?

Je ne le crois pas, car ce sont surtout des myosalgies et non des arthralgies qui se produisent dans la phthisie; et encore, est-ce dans une période de la maladie plus avancée qu'elle ne l'est chez notre malade.

Faut-il donc admettre dans ce cas un rhumatisme génital?

M. PETER. Je viens aussi d'observer un cas de rhumatisme génital dans les circonstances suivantes :

Une jeune femme de dix-sept ans et demi, vient à pied à l'hôpital, pour y faire une fausse couche, au troisième mois d'une grossesse. Le soir même ou le lendemain, je ne me rappelle pas bien exactement ce détail, car je raconte le fait de mémoire, la fausse couche a lieu sans grande douleur, sans hémorrhagie consécutive.

Le lendemain matin, à ma visite, je constate une fièvre intense, et pour l'expliquer rien absolument d'anormal du côté des organes génitaux, seulement sur la peau quelques papules d'érythème.

Le soir, l'interne constate un endolorissement des articulations scapulo-humérales. Le lendemain, des douleurs assez vives dans les coudes et dans les hanches; et à la visite du soir, une oppression tellement violente, que l'interne de garde, ignorant les antécédents, prescrit un vomitif.

Je trouvai le matin suivant du frottement péricardique, une matité plus étendue à la région précordiale, tous les signes d'une péricardite rhumatismale.

Le jour suivant, l'oppression plus grande encore, nous fit découvrir une pleurésie du côté gauche. J'employai le sulfate de quinine, les ventouses scarifiées, etc.; mais aujourd'hui, dixième jour de rhumatisme, il existe de l'endocardite, de la péricardite, une pleurésie double, un état cérébral à forme typhoïde avec délire nocturne, 112 pulsations par minute, de 40 à 40 degrés et demi dans l'aisselle, un érythème papuleux et des arthrites rhumatismales de plusieurs articulations.

Évidemment ici, entre la fausse couche et le rhumatisme, il y a eu, plus qu'une coïncidence : une corrélation bien accusée.

La diathèse rhumatismale a été évoquée par le traumatisme utérin; et il est permis d'en conclure qu'il existe des cas de rhumatismes liés à l'état génital, et néanmoins généralisés comme le rhumatisme ordinaire.

M. GUÉRARD. J'ai demandé la parole non pour prendre part à la discussion, mais pour demander l'avis de mes collègues sur un cas qui me préoccupe.

Je traite depuis plus d'un mois un jeune homme atteint de rhumatisme aigu, avec fièvre intense, endocardite, péricardite, pleurésie, qui persistent encore.

Tout d'un coup ce jeune homme, qui jusqu'alors n'avait présenté aucun symptôme cérébral, fut pris, pendant la nuit, d'un délire violent; il se leva sur son lit, agitant de sens et d'autre les articulations malades que la douleur immobilisait auparavant: on ne put que difficilement le contenir. Cet accès dura un quart d'heure ou une demi-heure, puis cessa, comme il était venu, subitement, sans même que le malade en gardât souvenir. De nouveaux accès tout à fait semblables se reproduisirent à intervalles assez rapprochés; le pouls était à 140, il y avait au moins 40 inspirations par minute. L'état s'était un peu amélioré depuis deux ou trois jours, lorsque hier le malade, repris d'un accès semblable, se leva et alla s'asseoir dans un fauteuil où il resta assez longtemps, et où il fut tout étonné de se trouver lorsque l'accès cessa: il ne se rappelait rien de ce qu'il avait fait dans ce délire. Depuis une quinzaine de jours il n'existe plus de manifestations rhumatismales du côté des articulations.

D'où peuvent venir ces accidents? Ce n'est pas ainsi que se produisent les cas de rhumatisme cérébral, ils ne se traduisent point par accès bien définis.

Je dois noter que l'agitation ayant été excessive, une nuit je fis donner, d'une manière incessante, du laudanum à très-petites doses. J'avais fait verser dans un verre un certain nombre de gouttes de laudanum, huit à dix, et autant de cuillerées d'eau, et je fis administrer une cuillerée à café de ce mélange toutes les cinq minutes. L'agitation fut calmée, et les accès de délire cessèrent pendant plusieurs jours.

M. GUBLER. Le cas de M. Peter ne m'a pas semblé bien net. Le rhumatisme y tenait-il réellement à la fausse couche? C'est peu probable. Il se serait produit à peu près six heures après l'avortement : c'est vraiment bien tôt pour être dû au traumatisme génital.

J'aimerais mieux renverser les termes et dire qu'ici l'avortement a été dû au rhumatisme. Sous l'influence de ce rhumatisme violent, déjà en puissance, la fausse couche s'est produite, et elle a mis pour quelques instants une sourdine aux manifestations rhumatismales; mais bientôt après celles-ci se sont développées pleinement.

M. PETER. J'ai dit que je citais ce fait de mémoire, et je suis loin d'être sûr que l'avortement ait eu lieu le jour de l'entrée. Je crois même qu'il s'est produit le lendemain seulement. Or, jusqu'alors la jeune femme était sans fièvre, bien portante du reste; elle est venue à pied à l'hôpital, elle a mangé de bon appétit. Si le rhumatisme eût préexisté, s'il eût été cause de la fausse couche, les choses ne se seraient point passées ainsi; on eût constaté de la fièvre, etc.

M. MOUTARD MARTIN. Ne peut-il pas se faire que la même cause ait provoqué la fausse couche et le rhumatisme? Une fatigue excessive, un refroidissement, etc., pourraient avoir ce double résultat; et, ainsi comprise, la coïncidence n'aurait plus rien que de très-ordinaire.

M. HERVIEUX. Si les fausses couches devaient être rangées parmi les causes de rhumatisme, comment se ferait-il que le rhumatisme articulaire soit chose si rare à la Maternité, où il se fait cependant chaque année un si grand nombre d'avortements?

M. BOURDON. Je voudrais dire deux mots sur la question que M. Guérard a posée.

Depuis que je me suis occupé de rhumatisme cérébral, j'ai reçu de divers confrères un si grand nombre de faits et d'observations détaillées qu'il y aurait là tous les matériaux d'un second mémoire plus long que le premier, si je trouvais le temps de le faire. Eh bien! une chose m'a frappé dans ces observations : c'est que presque toujours le rhumatisme cérébral a débuté brusquement par du délire et de l'agitation, survenant la nuit en général, sans qu'il y eut ni mal de tête, ni signes précurseurs d'aucun genre. Une fois déclaré, le rhumatisme cérébral peut guérir; j'en ai vu moi-même des exemples. Alors le délire cesse, ainsi que l'agitation; c'est le retour d'un nouvel accès qui est chose rare : ordinairement l'accès qui cesse ne se reproduit plus, et la guérison est définitive.

J'expliquerais le fait de M. Guérard par des fluxions rhumatismales momentanées qui se seraient faites sur le cerveau, comme elles se font parfois sur certaines articulations.

M. MAROTTE. Je puis difficilement admettre qu'une chose aussi grave que le rhumatisme cérébral puisse se produire, cesser et se re-

produire par accès. Je verrais plutôt dans le cas de M. Guérard un délire nerveux, que l'opium a pu calmer, comme d'ordinaire il calme, ou fait cesser le délire nerveux.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Vendredi dernier, à une heure, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, la séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux, et la nomination des élèves reçus internes ou externes à la suite du concours.

La séance était présidée par M. Husson, directeur général de l'Assistance publique.

Après l'allocution du directeur, trois discours ont été prononcés : le premier par M. le docteur Cruveilhier fils, au nom du jury de l'externat; le second par M. le docteur Blachez, au nom du jury de l'internat; le troisième par M. le docteur de Saint-Germain, au nom du jury des prix de l'internat.

Voici la liste des internes lauréats :

Première division (internes de 3e et 4e années) : Prix, médaille d'or, M. Lannelongue. — Accessit, médaille d'argent, M. Hayem. — Première mention, MM. Delens et Ledentu. — Deuxième mention, MM. Bouchard et Terrier.

Deuxième division (internes de 1re et 2e années) : Prix, médaille d'argent, M. Dieulafoy. — Accessit, livres, M. Lafaurie. — Première mention, MM. Lépine et Pilate. — Deuxième mention, MM. Landrieux, Lediberder et Noyet.

Nous avons publié, dans notre dernier numéro, la liste des internes. Voici celle des élèves nommés externes :

EXTERNAT. — 1. MM. Hubert-Valleroux, Monot, Muron, Bloch, Pozzi, Cauchoix, Moynac, d'Espine, Debove, Richelot.

11. MM. Leroy-Desbarres, Gripat, Thaon, Barety, Servain, Visca, Caussanel, Geslin, Caubet (Cyrille), Lamblin.

21. MM. Thorins, Baudelocque, Ribard, Picot, Ladevèze, Canot, Daulon, Troncin, Faneau de la Cour, Longuet.

31. MM. Dubreuil, Gontier, Taurins, Rioms, Vacherie, Helot, Heztier, Rabaut, Fabre.

41. MM. Galvain, Giraud, Lemoine, Ortel, Raynaud (Élie), Rigaud, Salmon, Thomas, Coras, Doens.

51. MM. Girodolle, Godinat, Janh Guèstel, Job, Lassalas, Moreau (Jules), Pineau, Scribe, Branubarger, Filhol.

61. MM. Challant, Barthozerswicz, Chailley, Comte, Chataignon, Maquerel, Menestrel, Ponroy, Huet, Bailly.

71. MM. Favier, Abadie, Alison, Castelain, Conyba, Dejeaune, Divet, Ferras, Lecacheur, Pelletier.

81. MM. Pouliot, Chopas, Barlemont, Weber, Hervey, Delaporte, Benochie, Cancalon, Daviot, Deroin.

91. MM. Labrousse, Regnault (Guillaume), Rossigneux, Regnier (Charles), Roztivint, Argire, Briand, Anché, Barthareq, Borel.

101. MM. Charpentier, Cousteneuve, Dubuisson, Ronnet, Fourmentin, Louboutin, Perbonski, Mazkonski, Paz, Pajolat.

111. MM. Soubise, Lucas-Championnière, Decorse, Klein, Barthez, Cadet dit Degrerains, Comperat, Héliot, Japiot, Druvart.

121. MM. Richard, Moulins, Trapenard, Ahmet-Nadim, Barborin, Bouyon, Dezautiers, Caubet (Marius), Capessat, Cristophini.

131. MM. Faillet, Lionnet, Sabatié, Mauvoisin, Mohammed Saïd, Petit (Henri-Charles), Rochette, Daltat, Vinot, Loranchet.

141. MM. Braive, Cadilhou, Nadaud, Peronne, Provost, Lagrange, Grangé, Lebel, Aguillon, Autun.

151. MM. Chapas, Duvart, Sot, Estochy, Hennequin, Larguier du Baucels, Rousset, Petit (Eugène), Pillot, Zambianchi, Merle.

161. MM. Leroy, Philippon, Pourcher, Allibert, Azzerouny, Bugier, Dusseris, Troude, Laurent (Jean), Petit (Alexandre).

171. MM. Raillard, Viardot, Romand, Lortat (Jacob), Navault, Malker, Robert, Brucy, Planchon, Collé.

181. MM. Ducoudray, Foderé, Jacquey, Jary, Laurens (Paul), Moreau (Louis), Rouhier, Zaboklicki, Reignier (Alexandre), Barbancey.

191. MM. Rillet, Billaton, Collinot, Hardouin, Leroux, Mabaut du Basly, Pauthier, Hobel, Yvar, Bayle.

201. MM. Le Doz, Vergue, Nancel, Laraison, Hotteinier, Gariel.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

46. Des causes de la mort subite, par M. Gustave-Albert Pône.

47. Des tumeurs anévrysmales des artères du cerveau, par M. Achille Gouguenheim.

48. Essai sur le phagédénisme dans la zone tropicale, par M. F. S. Philippe Aude.

49. Considérations sur les fractures de la colonne vertébrale, par M. Léon Reynaud.

50. Études sur l'étiologie de la pachyméningite hémorrhagique, par M. Léon Gorry.

51. Du chloroforme et de son emploi dans les opérations chirurgicales et obstétricales, par M. Félix Genty.

52. Considérations sur l'emploi du forceps, par M. Marc Dubayle.

53. Des fièvres larvées et de leur traitement, par M. Alexandre Vaissière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 29 décembre, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Lalluyeaux d'Ormay, Cotholendy, médecins principaux de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Mery, Martialis (Mérault), Jacolot, Marion, médecins de 1re classe de la marine; Lignières, médecin de 2e classe, Bories, pharmacien de 1re classe, et Sigaloux, pharmacien de 2e classe de la marine.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. le docteur Gayraud (Étienne-Magloire), agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé chef de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

M. Jassel (Jean-Georges), docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Boeckel, dont la démission est acceptée.

— A l'occasion du 1er janvier, S. Exc. le ministre de l'instruction publique a nommé :

Officiers de l'instruction publique : MM. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Bertolus, professeur à l'École médecine de Marseille ;

Officiers d'Académie : MM. Fonssagrives et Rouget, professeur la Faculté de médecine de Montpellier; Joire, professeur à l'École médecine de Lille; Lepetit, professeur à l'École de médecine Caen; Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux; Seu professeur à l'École de médecine de Marseille; Tessier, professeu l'École de médecine de Lyon; Reveilhe, médecin du Lycée impér de Nîmes; Degrusse médecin du lycée du Prince impérial; Ro médecin du collége d'Alais.

— Le mouvement suivant a eu lieu, à partir du 1er janvier, da les différents services chirurgicaux des hôpitaux de Paris.

MM. Richet, de la Pitié, passe à l'Hôtel-Dieu; — Voillemier, Saint-Louis, à la Pitié; —Foucher, de Saint-Antoine, à Saint-Loui — Dolbeau, du Midi, à Saint-Antoine; — Panas, de Lourcine, Midi; — Liégeois, des Enfants-assistés, à Lourcine; — Péan, Bureau central, aux Enfants-assistés.

— La Société médico-psychologique vient de procéder au reno vellement de son bureau pour l'année 1867.

Ont été élus :

Président, M. Paul Janet (de l'Institut); — vice-président, M. Br chin; — secrétaire général, M. Ch. Loiseau; — secrétaire, M. Mot — secrétaire adjoint, M. Achille Foville; — archiviste-trésorie M. Legrand du Saulle; — membres du comité de publicatio MM. Brierre de Boismont, Jules Falret et Auguste Voisin.

— La Société médicale du Louvre, dans sa dernière séance, a pr cédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1867.

Ont été élus : Président, M. Vidal (de Poitiers); vice-présiden M. Dolbeau; secrétaire, M. Adolphe Picard; secrétaire adjoin M. Vaucheret; trésorier, M. Vautier.

Cette Société se réunit le second mardi de chaque mois, dans un des salles de la Mairie du 1er arrondissement, à huit heures du soir.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance l'Hôtel de ville, le vendredi 4 janvier, à trois heures et demie précise

Ordre du jour : 1° Installation du bureau ;

2° Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1866, p M. Gros, secrétaire général ;

3° Rapport sur la candidature de M. L. Duchenne, par M. L. Blo deau ;

4° Le choléra de 1866, lecture par M. Boivet.

Hygiène des grandes villes, topographie et statistique médicales d département du Rhône et de la ville de Lyon, par MM. MARMY (d Coligny), médecin principal, chef de l'hôpital militaire des Coll nettes, et Ferdinand QUESNOY, médecin principal, chargé du se vice de santé des prisons militaires. In-8° de 586 pages. Prix : francs. — Paris, 1866, J. B. Baillière et fils.

Registres de médecins. — Comptabilité spéciale pour l'inscriptio des visites. — Registres pour 600 comptes, 8 francs; registres pou 800 comptes, 10 francs; registres pour 1000 comptes, 12 francs.— Agenda médical. — Papeterie CHAMOUIN, 29, rue Bonaparte.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. BROCA.

Trépanation du crâne pratiquée avec succès dans un cas de fracture avec enfoncement.

(Observation recueillie par M. JOLLY, interne du service.)

Jacques D..., quatorze ans, fumiste, est entré, le 15 septembre 1866, salle Saint-Christophe, n° 11.

Le malade a reçu sur la tête une planche tombée d'un troisième étage. Au moment de son entrée, il est dans la résolution la plus complète.

A travers une plaie du cuir chevelu, située à la région fronto-pariétale gauche, on voit sortir un morceau de substance cérébrale de la grosseur d'une petite noisette, parfaitement reconnaissable, et formée des substances blanche et grise. Le doigt, introduit dans la plaie, pénètre à une profondeur d'environ 2 centimètres, on sent le cerveau à nu.

Il y a en outre une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec un déplacement qui paraît avoir son siége dans l'articulation du poignet et qui se réduit spontanément pendant qu'on l'examine.

Le 16, à la visite, le coma est un peu dissipé; le malade entend et répond, bien que difficilement et lentement.

La moitié droite du corps est complétement paralysée du mouvement et de la sensibilité.

Il existe de la contraction dans la moitié gauche de la face et quelques mouvements convulsifs dans cette partie du corps. L'enfant porte sans cesse la main gauche à la tête.

Vessie de glace en permanence sur la tête.

Les jours suivants, il n'y a aucun symptôme d'inflammation cérébrale. L'hémiplégie droite se dissipe peu à peu et finit par disparaître presque complétement. Mais le 26 septembre, en même temps que se formait un abcès sous la plaie refermée, la paralysie reparaît, limitée au mouvement et accompagnée d'hyperesthésie de toute cette moitié du corps. La contracture du côté gauche de la face persiste depuis l'accident, sans changement.

Après l'ouverture de l'abcès, les mouvements reviennent un peu dans le bras et la jambe; mais ce côté reste beaucoup plus faible que l'autre; et vers le milieu d'octobre, en essayant les forces du petit malade au dynamomètre, on constate que, tandis qu'il fait 15 kilogr. avec la main gauche, c'est à grand'peine s'il parvient à en faire 3 de la main droite.

En présence de cette hémiplégie persistante, sans aucune amélioration, M. Broca pose à cette époque la question du trépan, pour relever les fragments osseux, qui, par l'action qu'ils exercent sur le cerveau, sont bien probablement la cause de cette paralysie.

Vers le 20 octobre, le malade est pris tout à coup d'une douleur dans la jambe droite, assez violente pour lui arracher un cri aigu, et accompagnée de quelques mouvements convulsifs du membre. L'attaque fut de courte durée et ne reparut plus que le 29 octobre.

Ce jour-là l'enfant fut pris, à deux heures et à huit heures du matin, de véritables attaques d'épilepsie, cri initial, convulsions cloniques, écume à la bouche, perte de connaissance à la suite, pleurs quand il revient à lui.

Le 30 octobre, nouvelle attaque dans la journée, ayant duré à peu près vingt minutes. Les deux jambes sont prises de convulsions, qui ont cependant débuté par la droite. Le malade a eu en outre trois saignements de nez. L'opération du trépan est décidée pour le lendemain.

Le 31, pas de nouvelle attaque.

Opération. — Le malade est anesthésié par le chloroforme. Une incision cruciale découvre le foyer de la fracture. La substance cérébrale fait une hernie du volume d'une grosse noisette. Elle est tout à fait à nu; la dure-mère a disparu à ce niveau et s'arrête à la base de l'encéphalocèle. Sur le bord de la plaie le plus rapproché de la ligne médiane on sent plutôt qu'on ne voit, à travers une dépression du périoste, un fragment d'os qui pénètre sous la voûte crânienne, et dont on ne peut toucher qu'une très-faible partie. Il s'est d'ailleurs glissé entre l'os et la dure-mère, qu'il a décollée, et se trouve fixé dans cette position d'une manière très-solide.

M. Broca applique alors sur cette partie de la voûte osseuse une couronne de trépan, dont les deux tiers seulement portent sur l'os sain, et il met à nu une esquille très-large, qu'il a beaucoup de peine à enlever avec l'élévatoire.

Cette esquille a environ 3 cent. de long sur 1 cent. 1/2 de large. Au-dessous d'elle on sent une dépression bien évidente du cerveau.

Après l'opération, le jeune garçon a toute sa connaissance, et répond d'une manière très-précise aux questions qui lui sont faites, mais la contracture de la moitié gauche de la face, qui avait presque complétement disparu, et ne se traduisait plus que par de légers mouvements convulsifs revenant à de rares intervalles, reparaît permanente et aussi intense que les premiers jours.

On panse la plaie avec de la charpie trempée dans l'eau fraîche, et fixée avec quelques tours de bande; par-dessus, eau glacée en permanence.

Le soir, l'état général est bon, l'intelligence très-nette. — Appétit.

Le 1er novembre, dans la nuit, nouvelle attaque épileptique, qui a duré huit minutes. L'état général est excellent, à peine de fièvre. — Appétit.

Le 2, ganglions douloureux sous l'oreille droite. Du reste, pas de nouvelle attaque. Le pouls est plein, un peu accéléré; aucun symptôme du côté du cerveau.

Le 3, empâtement douloureux de tout le cuir chevelu, du cou et des ganglions cervicaux des deux côtés. Pas de symptômes généraux, de frisson ni de vomissements. Peu de fièvre.

Six sangsues derrière chaque oreille.

Le 5, l'érysipèle a à peu près complétement disparu, il ne reste qu'un léger engorgement ganglionnaire et un peu de douleur à la région pariétale droite. Mais la plaie sécrète un pus séreux jaune ocré qui exhale une odeur fétide.

Le 7, la hernie de la substance cérébrale faisant des progrès notables, M. Broca se décide à exercer une compression assez énergique qui n'amène aucun accident, et sous l'influence de laquelle la hernie diminue peu à peu et finit par disparaître complétement.

Le 23, le malade marche en traînant la jambe droite; la force est revenue dans le membre supérieur, et au dynamomètre l'enfant fait 18 kilogr. de la main droite et 15 seulement de la gauche.

Le 29, réapparition d'un érysipèle qui se traduit par un frisson, une fièvre intense et une tuméfaction douloureuse des ganglions parotidiens du côté droit et de tout le cuir chevelu. La veille on avait, mais non pour la première fois, cautérisé avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus.

Le 30 novembre, un peu moins de fièvre; mêmes douleurs dans la tête; ganglions engorgés des deux côtés.

Six sangsues derrière chaque oreille.

L'érysipèle disparaît deux jours après. A partir de ce moment, la cicatrisation a marché avec une très-grande rapidité.

Aujourd'hui, 15 décembre, l'enfant peut être considéré comme complétement guéri. La plaie est presque entièrement fermée. Le côté droit a retrouvé toute sa force. La jambe droite est aussi solide que la gauche.

Seuls, la dépression qui existe au niveau de la plaie et les battements du cerveau qui soulèvent la cicatrice trahissent à l'œil l'opération subie par notre petit malade et la grande perte de substance osseuse qu'il a faite.

DE LA RÉSORPTION PURULENTE

Et des moyens de l'éviter spécialement dans les amputations.

Par M. Léon LABBÉ.

M. Marc Sée, dans un récent mémoire, tendait à prouver, une fois de plus, les bons résultats obtenus dans le pansement des plaies, par l'emploi de l'alcool. S'opposer par tous les moyens possibles aux funestes conséquences que peuvent entraîner à leur suite les suppurations plus ou moins étendues, tel est en effet aujourd'hui, l'un des problèmes vers la solution duquel se tournent, de tous côtés, les efforts des chirurgiens.

M. Labat, chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux, frappé, comme nous tous, de la mortalité effrayante qui, dans les hôpitaux surtout succède aux amputations, a voulu, lui aussi, apporter sa pierre à l'édifice. Dans un mémoire fort intéressant, où l'on trouve à chaque instant la preuve de la plus profonde conviction, notre confrère préconise une nouvelle médication, selon lui héroïque, contre la résorption purulente.

Deux parties composent ce mémoire. Dans la première partie, M. Labat expose les idées théoriques qui l'ont conduit à mettre en usage la nouvelle médication qu'il recommande. Dans la seconde, il relate en détail 12 amputations, dont 10 pratiquées par lui et 2 par M. le docteur Sentex, chef interne de l'hôpital Saint-André. En outre, depuis l'envoi de son mémoire à la Société, M. Labat m'a fait parvenir des nouvelles observations.

Ce n'est sans doute pas sans intention, messieurs, qu'en tête de son mémoire, M. Labat a placé le mot de résorption purulente, car notre confrère adopte sans hésiter la résorption du pus en nature, le mélange direct du pus avec le sang, l'entrée directe du pus dans les veines qui sont sectionnées. Je ne puis ici, messieurs, m'attacher en ce moment à cette partie du travail de M. Labat, et tout en faisant certaines réserves sur la théorie exclusive adoptée par notre confrère, je poursuis l'exposé de ses idées. Il remarque, avec tous les chirurgiens, que la résorption purulente ne se montre pas habituellement dans les premiers jours qui ont suivi une amputation, mais le plus souvent vers le huitième ou dixième jour, c'est-à-dire après la période de gonflement inflammatoire, pendant laquelle les sécrétions plastiques qui ont eu lieu autour des orifices veineux ont pu amener leur oblitération. A cette période de dégorgement, de fonte des produits plastiques, de production du pus, jusque dans les points les plus profonds

FEUILLETON.

LE DOCTEUR TAM-TAM.

C'était en 1835, et ce souvenir ne sortira jamais de ma mémoire. Une troupe de polissons, dont j'étais et dont je voudrais bien être encore, jouaient à la toupie sur la grande place du village. Une querelle, chose assez commune en pareil cas, s'était élevée entre les joueurs; les gros mots avaient été échangés, les poings se levaient... Tout à coup un grand bruit de grosse caisse, de cymbales, de clarinette, se fait entendre; tous, nous nous précipitons dans la direction de ces mélodieux accords, et le combat cesse heureusement avant d'avoir sérieusement commencé.

Comment songer à nos querelles en présence de ce magnifique et magique spectacle? Pour moi, je tombai dans un si grand ébahissement, j'eus un éblouissement tel que je ne saurais jamais en oublier la cause. Jugez donc..... Sur un char superbe, couvert de dorures, orné de peintures où l'artiste avait prodigué les plus éblouissantes couleurs, le rouge surtout, puis le jaune et le vert; au milieu de trois musiciens couverts de défroques impossibles, s'agitait, se démenait, s'époumonnait un homme coiffé d'un casque surmonté d'une plume rouge d'un mètre de long; les épaules couvertes d'un superbe manteau brodé d'or et de fourrures *précieuses;* tournant les feuillets enluminés d'un énorme in-folio, et de temps en temps, secouant dans une cassette des monceaux de pièces de vingt francs en or; oui, Messieurs, en vrai or, à l'effigie de S. M. le roi Louis-Philippe Ier!!!

Dieu me garde d'oublier les deux superbes chevaux destinés à rouler César et sa fortune, deux animaux valant bien cinquante francs chacun, au plus bas mot, mornes, pensifs, quelque peu amaigris, mais couverts d'or, eux aussi, et d'ornements, et de pompons et de grelots... Ah! croyez-moi, c'était bien beau, et ce fut le sujet de mes rêves pendant dix nuits consécutives.

L'homme au plumet rouge, vous le connaissez tous, c'était le médecin ordinaire de S. M. le roi de Tombouctou; il avait soigné et guéri les plus grands personnages de la cour du Céleste Empire; le shah de Perse, le czar de toutes les Russies l'avaient honoré de leur confiance, mais il avait refusé ses conseils à la reine d'Angleterre, et, comme Hippocrate, il avait dédaigné les présents de la perfide Albion. — Il possédait le remède à tous les maux, la panacée universelle vainement cherchée jusqu'alors, et il guérissait aussi bien la pleurésie, l'hypochondrie, la mélancolie, la pulmonie, la peste, que le cancer, la colique, les douleurs et les cors aux pieds.

Maintenant, riche comme un nabab (et il faisait sonner ses pièces d'or), honoré, considéré, rassasié de gloire, il n'aspirait plus qu'au bonheur de soulager le pauvre malheureux; il renonçait aux cours, à leurs pompes et à leurs vanités; son devoir, désormais, c'était de visiter les chaumières et d'y porter la paix et la santé. C'est pour cela qu'il offrait à tous un remède souverain, un remède qui ne serait pas payé au prix de l'or; mais il ne le vendait plus, il le donnait pour la faible somme de cinquante centimes, dix sous!!! Dix sous, cinquante centimes!!!

En avant la grosse caisse!

Et tout le monde se précipitait vers le docteur en plein vent, et tous voulaient le précieux élixir, et les vrais pièces d'argent tombaient sur les fausses pièces d'or, et je me demandais comment il se faisait que mon père n'eût pas déjà acheté toute la provision du grand médecin de S. M. le roi de Tombouctou!

L'enfant de 1835 est devenu un homme, et il ne croit plus à toutes ces promesses pompeuses dont il connaît trop la valeur frelatée; il laisse passer, sans les admirer, ces charlatans de tout rang, de toute position, de tout état, qui veulent faire prendre pour de l'or vrai quelques paillettes de clinquant. Mais il a remarqué que si les hommes sont, en général, sceptiques sur ce qu'ils connaissent bien, ils sont toujours enfants sur une foule de choses qu'ils ignorent, et que, en médecine en particulier, il est toujours facile de les tromper et de les duper; et cela, même dans les villes, même à Paris, ce centre des lumières, comme nous disons si volontiers. Seulement, si l'on voit encore aux barrières le grossier charlatan, casqué et couvert d'un manteau royal; au sein de la cité, dans les plus nobles quartiers, dans les plus riches appartements, on trouve des charlatans plus habiles, mais non moins effrontés et dangereux, quoiqu'ils aient rejeté tout l'attirail bruyant et éclatant de leurs confrères des foires et des carrefours. C'est parmi ces derniers qu'il faut classer le célèbre docteur Tam-tam.

Je connais au moins deux Esculape de ce nom; l'un est médecin, l'autre est chirurgien. Au siècle dernier, — pour ne pas violer les règles de la politesse et de la hiérarchie, —j'aurais dû commencer par le médecin; mais le chirurgien est plus complet dans son genre; il est vraiment maître dans son art, et l'a porté à ses dernières limites. Le talent vaut bien qu'on viole pour lui les lois de l'étiquette, et, n'en déplaise à Guy Patin, c'est par le chirurgien que je vais commencer.

Le docteur Tam-tam n'est pas un petit personnage, tant s'en faut; il est chirurgien d'un des grands hôpitaux de Paris, membre de la Légion d'honneur, membre de plusieurs académies; lesquelles? peu importe. A la vérité, il jouit parmi ses confrères d'une très-mince

de la plaie, les orifices veineux se trouveraient de nouveau placés dans les conditions les plus capables de favoriser la résorption. Trouver un moyen capable de s'opposer à cette rétrocession de l'organisation des produits plastiques sécrétés pendant les premiers jours, voilà vers quel but tendaient les efforts de notre confrère. Réfléchissant à cette singulière maladie qui résulte de l'usage immodéré du seigle ergoté comme aliment, M. Labat pensa que si cette gangrène était si sèche, cela ne tenait pas seulement à ce que les artères seules sont malades, car la gangrène, à la suite de la ligature du tronc principal d'un membre, est loin de ressembler à celle qui succède à l'usage du seigle ergoté. Il en inféra que l'ergot devait contenir quelque principe capable d'augmenter la plasticité. L'ergotine, contenant à peu près tous les éléments de l'ergot, fut mis en expérimentation d'abord à des doses considérables, mais bientôt notre confrère s'aperçut que l'estomac ne tolérait pas plus de 5 à 6 grammes. Par l'emploi de ce moyen, il enraya certains accidents qui paraissaient tenir à un commencement de résorption purulente.

Un peu plus tard, ayant pratiqué deux amputations qu'il ne put suivre dans les premiers jours après l'opération, il employa, mais sans succès l'ergotine, alors que les phénomènes de résorption étaient évidents; il en conclut que le médicament avait été donné à une période trop avancée et résolut, dès ce moment, de l'administrer dès le premier jour de l'opération.

M. Labat nous a communiqué quatorze faits, qui se décomposent de la manière suivante : neuf amputations de cuisse. Dans sept cas, il s'agissait de lésions chroniques (tumeurs blanches, tumeurs à myéloplaxes du tibia, nécrose des os, etc.) Dans un cas, de suppuration du genou ayant succédé à l'ouverture, dans la synoviale, d'un abcès sous-cutané; dans un dernier cas enfin, de suppuration de l'article, suite d'une plaie pénétrante. Deux amputations de jambe : l'une pratiquée dans un cas de tumeur blanche, l'autre faite à la suite d'un traumatisme ayant déterminé l'issue des fragments dans une fracture de jambe. Une désarticulation de l'épaule; le malade avait eu le bras et l'avant-bras broyés par un wagon. Une résection de l'humérus, pour remédier à une fracture ancienne non consolidée. Enfin, une résection de la moitié de l'os maxillaire inférieur, dans un cas de cancer de cet os.

Dans ces quatorze faits, l'opération a été suivie de guérison. L'ergotine a été donnée à la dose de 2 à 3 grammes, depuis les premier, deuxième ou troisième jour en moyenne, jusqu'à environ l'époque de la chute des ligatures. M. Labat pense qu'il faut attribuer à l'emploi de ce médicament les heureux résultats par lui obtenus.

Notre confrère, chez les blessés qu'il a soumis à l'usage de l'ergotine, a observé les phénomènes suivants : les trois premiers jours, fièvre de réaction comme à l'ordinaire; gonflement très-minime, presque nul du moignon; écoulement de sérosité presque complétement tari après le premier jour; production du pus considérablement diminuée, et par suite, réunion très-rapide et complète de la plaie dans tous les points mis et maintenus en contact. Chez quatre malades, l'emploi de l'ergotine a été suivi d'une insomnie opiniâtre; c'est le seul inconvénient qui ait été observé.

Ces résultats, dit M. Labat, ont été obtenus dans un hôpital où la résorption purulente est fréquente et où la mortalité, à la suite des amputations, est de 50 p. 100. (Statistique de M. Dupuy, ancien chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André.)

Il est à souhaiter, messieurs, que notre honorable confrère ne se fasse pas illusion sur l'efficacité de la médication qu'il nous indique; mais sans vouloir diminuer en rien l'intérêt de sa communication, et tout en étant disposé à expérimenter nous-même et à vous engager tous à expérimenter le nouveau moyen indiqué par M. Labat, il me paraît indispensable de rechercher rapidement si un ensemble de circonstances heureuses n'a pas contribué largement à faire obtenir à M. Labat d'aussi beaux résultats.

Nous sommes d'abord obligés d'invoquer l'existence possible d'une de ces séries heureuses, que rencontrent quelquefois les chirurgiens placés dans les plus mauvaises conditions; et pour répondre à cette objection, sur laquelle je ne veux pas trop insister, une nouvelle et nombreuse série de faits, s'ils sont favorables, aura une grande valeur.

Nous devons remarquer aussi que dans les quatorze faits d'opération qui sont relatés par M. Labat, deux fois seulement on a dû pratiquer l'amputation immédiate, à la suite d'un traumatisme violent; dans presque tous les autres cas, il s'agissait de lésions anciennes (tumeurs blanches. nécroses, etc.), et nous savons tous, qu'alors les malades sont dans des conditions relativement beaucoup plus favorables et que la proportion des guérisons est toujours plus considérable.

Enfin, dans les amputations de cuisse, qui sont au nombre de neuf, M. Labat, en même temps qu'il donnait de l'ergotine à ses malades, avait recours à l'emploi de plusieurs autres moyens susceptibles de favoriser l'heureuse issue de ses opérations. Ainsi il plaçait un drain dans la plaie pour faciliter l'écoulement du pus; il faisait un pansement simple arrosé d'alcool camphré. Or, vous savez tous combien ce dernier moyen peut donner de bons résultats.

Aussi, Messieurs, sans vouloir nier le rôle favorable que l'ergotine peut jouer pour s'opposer à la résorption purulente, vos commissaires sont, jusqu'à nouvel ordre, obligés de se tenir dans la plus grande réserve, et nul doute que vous tous ne soyez d'avis qu'une conclusion hâtive serait hors de propos.

Je le répète, en présence d'accidents devant lesquels nous sommes souvent presque complétement désarmés, nous ne devons pas rejeter sans examen un moyen nouveau qui nous est offert par un chirurgien instruit et des plus estimables. Essayons de voir, et si les résultats que nous obtenons sont conformes à ceux que nous annonce M. Labat, nous viendrons tous ici apporter le tribut de nos observations personnelles. Enfin encourageons M. Labat à poursuivre ses expériences et nous communiquer le fruit de ses nouvelles recherches.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 19 décembre 1866. — Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RAPPORTS.

De la résorption purulente et des moyens de l'éviter spécialement dans les amputations.

M. LABBÉ lit un rapport sur ce sujet (voir plus haut) et continue :

Messieurs, M. Labat occupe à Bordeaux un rang distingué dans le corps chirurgical. Déjà M. Després, rapporteur d'un travail présenté par notre confrère, vous a proposé de placer son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. Je renouvelle cette proposition, et je vous demande en outre d'adresser des remercîments à M. Labat, et de renvoyer son travail au Comité de publication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après la discussion suivante :

M. VELPEAU. Les remarques présentées par M. le rapporteur au sujet des séries heureuses en chirurgie, sont très-fondées. Nous en avons tous observé, et c'est pour cela qu'il faut se garder de conclure trop hâtivement quand on expérimente de nouveaux moyens. Souvent, rien ne peut rendre compte des changements que l'on observe dans les résultats des opérations ou dans la guérison des traumatismes. Voici, par exemple, ce qui s'est passé dans mon service : Il y a deux ans, après trois ou quatre années mauvaises, pendant lesquelles avaient sévi l'érysipèle et l'infection purulente, j'eus le bonheur de voir enfin cesser ce fâcheux état de choses. On n'avait cependant rien amélioré dans l'état matériel de nos salles, au contraire. Les travaux en cours d'exécution à l'hôpital de la Charité avaient obligé à encombrer nos services d'une manière inusitée, et cet état de choses dure encore. Cependant je n'ai eu depuis deux ans que deux séries d'érysipèles qui ont été peu longues, et pendant lesquelles la maladie a été bénigne. Ainsi dans la dernière, que j'observe depuis quinze jours, j'ai eu cinq cas d'érysipèles; un des malades a succombé, mais il était criblé de tumeurs ganglionnaires et dans un état de cachexie avancée. J'ai été quinze mois sans avoir d'infection purulente; je n'en ai observé qu'une seule petite série. Aussi je n'ai perdu qu'un amputé de cuisse sur cinq, et un seul de mes amputés de la jambe. J'ai déjà fait remarquer qu'aucune amélioration n'avait été introduite dans l'hygiène générale; j'ajouterai que rien de nouveau n'a été non plus institué comme traitement. Il est à peine nécessaire d'ajouter que si j'avais eu recours à quelque moyen particulier, on aurait pu supposer que ces changements heureux étaient dus à son influence. Je dirai, du reste, que je suis peu disposé à croire aux vertus de l'ergotine.

M. TRÉLAT. Puisqu'il est question des résultats obtenus dans les services de chirurgie de nos hôpitaux, je profiterai de l'occasion pour exprimer des regrets sans doute partagés. Une statistique générale nous est promise par l'administration depuis tantôt six années. Il est vraiment à désirer que nous cessions d'attendre en vain ces documents importants.

M. LEFORT. Pourquoi M. Labat a-t-il préféré l'ergotine à l'ergot de seigle? Celui-ci est beaucoup plus actif et aurait seul l'action spéciale qui peut provoquer la gangrène, mode d'agir sur lequel paraît s'appuyer la théorie de M. Labat.

M. L. LABBÉ répond en donnant lecture d'une partie du travail de M. Labat.

M. LARREY. Je me joindrai à notre éminent collègue, M. Velpeau, pour dire que nous ne devons pas nous hâter, en chirurgie, d'attribuer des avantages exceptionnels à de nouvelles méthodes thérapeutiques. En effet, à part la question souvent discutée des séries heureuses ou malheureuses, des influences de tout genre peuvent modifier les plus grands succès, sinon les compromettre. De toutes ces influences, la plus redoutable, assurément, est l'influence épidémique, déjouant les soins les plus habiles et les précautions les plus rationnelles. C'est ce que nous savons tous, par exemple, pour l'*érysipèle épidémique*, question grave et complexe sur laquelle j'ai eu dernièrement à faire un rapport à l'Académie. L'un des mémoires récompensés relatait l'histoire d'une épidémie d'*érysipèle* observée à Bordeaux et spécialement à l'hôpital Saint-André, dont la construction, toute moderne et en apparence satisfaisante, ne saurait garantir l'état sanitaire.

M. LABBÉ. M. Labat invoque la statistique dressée par M. Dupuy, qui donne 50 pour 100 de mortalité pour les amputations. Je n'ai pas relevé, dans mon rapport, un argument que M. Labat peut aussi invoquer à l'appui de sa thèse. Tandis que, dans son service, les amputés faisant usage de l'ergotine guérissaient, dans un service voisin où les moyens ordinaires étaient seuls employés, quatre opérés succombaient.

M. MARJOLIN. Je ne voudrais pas que ce que M. Larrey vient de dire à propos de la construction de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pût faire croire que c'est un bon type d'hôpital. Les pavillons isolés qui le composent sont beaucoup trop rapprochés.

M. LARREY. Je n'ai voulu parler que de l'aspect extérieur de l'hôpital.

M. PANAS. L'action de l'ergotine et de l'ergot de seigle sont fort différentes. Dans l'ergotine se rencontrent les principes de l'ergot, moins l'huile essentielle; aussi ne saurait-on obtenir de coagulation du sang avec l'ergotine. Cette préparation a pour but ou pour prétention de posséder les propriétés médicamenteuses de l'ergot, sans en avoir les qualités vénéneuses; mais son efficacité est peu démontrée. Aussi faudrait-il accorder la préférence à l'ergot, si l'on voulait obtenir un effet hémostatique.

M. BLOT. Je ne crois pas, en effet, que l'on puisse toujours impunément substituer l'ergotine à l'ergot. Je ne l'oserais pas, pour ma part, dans un cas grave; je suis sûr de l'action de la poudre de seigle ergoté, je n'en voudrais pas dire autant de l'ergotine.

M. DEPAUL. Je ne saurais trop approuver M. Blot de sa méfiance à l'égard de l'ergotine. J'ai expérimenté cette préparation à la clinique sur la demande de M. Boudet, et je n'ai eu aucun résultat. On n'aurait donc que des mécomptes si l'on employait l'ergotine au lieu de l'ergot. Je l'ai déjà dit, mais je ne crois pas inutile de le répéter en présence d'affirmations contraires qui n'en ont pas moins été persistantes.

De l'imbibition et de son rôle en pathologie.

M. L. LABBÉ. Messieurs, vous nous avez chargés de vous faire un rapport sur un travail intitulé : *De l'Imbibition et de son rôle en pathologie*, qui vous a été présenté par M. Marc Sée, chirurgien des hôpitaux, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie. J'ai accepté d'autant plus volontiers d'être l'organe de votre commission, que les idées exprimées par M. Sée me semblent parfaitement plausibles.

Le travail de M. Sée se divise en deux parties : une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique, exposée très-laconiquement par M. Sée, qui se propose de lui donner plus de développements dans la suite, peut être résumée dans les propositions suivantes :

1° Les lois de la physique, en particulier celles de la capillarité et de l'imbibition, s'appliquent aux organismes vivants comme aux corps inorganiques, témoin les infiltrations de sang et d'urine, qui ne sont douteuses pour personne.

2° Le pus, à part sa consistance différente, ne se comporte pas autrement que le sang et l'urine. Déposé à la surface d'une plaie ou

---

considération; s'il est peu aimé, il est moins estimé encore. Peu lui importe, il est de ces hommes qui disent qu'ils peuvent se passer de tout le monde, et que les amis ne valent qu'autant qu'ils sont utiles. Les exploiter, très-bien; les aimer, sottise! Il en a exploité quelques-uns, et tous sont partis.

Comment notre homme arriva aux hôpitaux, nous ne le dirons pas; il est de certaines turpitudes qu'il ne faut jamais dévoiler. Actif, plein d'énergie, doué d'une certaine intelligence, désireux de parvenir, ambitieux d'acquérir une position qui lui permît de gagner beaucoup d'argent (le but suprême de toute sa vie!), le docteur Tam-tam se mit à agir énergiquement et à travailler un peu. Du premier coup il se lança dans les grandes opérations, les opérations impossibles, inutiles ou dangereuses. Il fallait étonner et faire parler de soi. Alcibiade avait coupé la queue de son chien; lui, il coupait à tort et à travers des bras, des jambes et des mâchoires.

Les travaux scientifiques du docteur Tam-tam se suivaient rapidement et se ressemblaient toujours; ils brillaient par une suffisante ignorance et une bonne foi quelque peu problématique. Ils n'obtenaient qu'un mince succès, et la clientèle ne venait toujours pas. Une ligue, disait Tam-tam, s'était formée contre lui; on était jaloux de lui; on lui fermait systématiquement toutes les portes. Eh bien! il les enfoncerait, et puisqu'il ne devait plus désormais compter que sur lui-même, on verrait bien ce qu'il saurait faire. — Nous l'avons vu effectivement; l'ami Tam-tam a fait du bruit, encore du bruit, toujours du bruit, et il a réussi à tromper pas mal de monde.

Il est d'usage de communiquer à l'Académie de médecine ou à l'Académie des sciences, les observations curieuses qui peuvent intéresser notre art et le faire progresser. Coutume excellente, aussi utile aux travailleurs qu'à la science elle-même! Mais ce droit, que tout le monde possède sans contestation, il faut en user avec une certaine discrétion et seulement pour les choses qui en valent la peine. Tam-tam en use et en abuse à propos de tout. A-t-il extirpé une loupe? vite, il présente l'observation à l'Académie de médecine; — a-t-il enlevé un cancer? aussitôt il en régale l'Académie des sciences. Huit jours après, les académiciens apprennent que Tam-tam a amputé un bras et une jambe la semaine d'ensuite. — Il a fait une opération insensée, il faut que les deux corps savants le sachent au plus vite, et ils apprennent, non sans un certain étonnement, que le malade aurait guéri s'il n'était pas mort, et, tout au moins, qu'il est mort parfaitement guéri.

C'est, pendant des mois et des années, une avalanche de communications, de présentations de malades, d'exhibitions d'instruments impossibles, de descriptions d'opérations phénoménales à rendre idiots ou fous tous les membres de l'Académie. On a parlé sérieusement de mettre une garde à la porte du Temple de la rue des Saints-Pères, pour en interdire l'entrée au tapageur incommode et ennuyeux; cela était bien égal à Tam-tam.

Impudent jusqu'au cynisme, il répète volontiers ce mot plus célèbre que lui et qui le peint bien : — j'aime mieux qu'on dise du mal de moi que de n'en rien dire du tout.

Le bruit se produisait en dépit des académiciens, et une presse trompée elle-même, répandait dans le monde entier, le nom bruyant de notre héros. Les malades, en entendant parler, même malgré eux, accouraient trouver l'illustre opérateur.

Et cependant, malgré tout, la bonne clientèle ne venait pas, je veux dire la clientèle riche et productive. On se laissait prendre difficilement à ce bruit; ce tapage de grosse caisse étonnait un peu, mais les médecins s'en méfiaient; ils savaient que sous toutes ces avances, il n'y avait que du vent, peu ou point de vérité; ils laissaient faire le docteur Tam-tam, ils haussaient les épaules et adressaient leurs clients aux Blandin, aux Bérard, aux Velpeau, gens de science et de conscience.

Il fallait cependant arriver à gagner de l'argent, et un titre honorable et pompeux aurait bien fait dans cette occurrence. Tam-tam avait si bien ennuyé et tympanisé les académiciens de la rue des Saints-Pères, qu'il se présenta comme candidat à leurs suffrages. Il eut toujours le même succès, et obtint à peine les voix de ceux qu'il s'efforçait de gagner par de bons dîners. — Que diable aussi, mon cher Tam-tam, vous devez bien savoir comment les académies sont généralement composées et que vous n'avez aucun titre pour pénétrer dans une bonne compagnie. Si vous avez eu quelques amis distingués vous savez bien qu'ils vous ont abandonné dès qu'ils vous ont bien connu et justement apprécié. Composez une académie de gens de votre espèce et, je me trompe fort, où vous serez d'enthousiasme porté au fauteuil de la présidence.

Il faut cependant le reconnaître : Tam-tam avait une certaine notoriété; notoriété de bruit, cela est vrai; il s'agissait désormais de l'asseoir sur un titre plus sérieux et même indiscutable. Si je faisais un livre, se dit notre grand homme; si j'élevais à la science un de ces monuments impérissables qui portent un nom jusqu'aux générations les plus éloignées. Voyons, que ferai-je pour montrer aux siècles futurs la sottise de mes contemporains et leur incroyable jalousie? — Un *Traité de médecine opératoire* me sourirait, mais il y en a déjà d'excellents que j'aurais quelque peine à faire oublier. — Un *Traité de chirurgie?* ce serait à merveille, mais je ne brille pas par le style ni par l'ordre dans les idées, et je crois bien que je n'y pourrais rien mettre de neuf.

La *clinique* est assez à la mode; Dupuytren, M. Andral, M. Trousseau ont fait d'excellents ouvrages de ce genre; il n'est pas facile d'égaler de tels hommes, mais en vérité je ne vois pas trop pourquoi

déposé au sein d'un organe, il aura, comme ces liquides, de la tendance à s'infiltrer dans les tissus voisins.

3° L'infiltration du pus sera d'autant plus facile, que les tissus auront une texture plus lâche. Nulle ou extrêmement lente à se produire, quand le pus se trouve en face d'une membrane dense et serrée, comme les aponévroses, elle a lieu avec une déplorable rapidité quand il rencontre du tissu cellulaire à larges mailles, et surtout une cavité telle que celle des séreuses.

4° Le pus, en effet, a la propriété d'enflammer et de faire suppurer toutes les parties qu'il imprègne.

5° Cette propriété, qui appartient à toute espèce de pus, quelle que soit sa nature, est surtout développée à un haut degré dans le pus altéré, qui a subi, au contact de l'air atmosphérique, un commencement de décomposition, ou qui s'est chargé de l'un de ces agents morbifiques qui peuvent s'y rencontrer : témoin les accidents formidables qu'on voit éclater quelquefois à la suite de l'ouverture d'un abcès par congestion.

6° Les liquides normaux de l'économie, tels que le sang, la sérosité, la synovie, inoffensifs par eux-mêmes, deviennent, en s'infiltrant dans les tissus, la cause d'inflammations violentes quand ils se sont altérés sous l'influence de l'oxygène de l'air. C'est à ces liquides altérés, et non à l'action directe de l'air, qu'il faut attribuer les inflammations qui succèdent à l'ouverture d'une séreuse, d'un foyer de fracture, d'un abcès par congestion.

7° Les lèvres d'une plaie récente s'infiltrent du produit liquide (lymphe plastique) que l'inflammation verse à leur surface, et cette infiltration est suivie, partout où elle s'opère, de l'inflammation des tissus envahis par le suc inflammatoire, comme l'appelle M. Sée, par analogie avec le suc cancéreux qui, en s'infiltrant au pourtour d'une tumeur cancéreuse, y provoque la dégénérescence cancéreuse.

En pénétrant dans le système lymphatique, ce même suc produit l'adénite et la lymphangite. Altéré d'une manière spéciale par certains principes contenus dans l'atmosphère, il donnerait lieu à l'érysipèle.

Les conséquences thérapeutiques que M. Sée tire de ces principes sont extrêmement importantes. « Si, dit-il, ce sont des liquides altérés ou non (sang décomposé, pus, suc inflammatoire, etc.) qui, « en s'infiltrant dans les tissus ou les cavités, sont la cause productrice des complications inflammatoires, c'est à empêcher cette « infiltration qu'il faut s'appliquer de toutes ses forces, et tous les « moyens de traitement qui ne tendent pas à ce résultat sont inutiles « ou nuisibles. »

Or, on peut atteindre le but proposé : 1° en enlevant les liquides épanchés au fur et à mesure qu'ils se produisent : c'est ainsi qu'agissent les irrigations continues.

Mais ce lavage est rarement parfait.

2° En soustrayant la plaie au contact de l'air, en vue de prévenir la décomposition des liquides, en d'autres termes, en pratiquant l'occlusion.

Une foule de circonstances peuvent la faire échouer.

3° En rendant les liquides sécrétés parfaitement inoffensifs, à l'aide de modifications chimiques qu'on leur fait subir. Toutes les substances qui coagulent l'albumine peuvent servir à cet usage. Mais la plupart de ces agents (acides minéraux, sels métalliques, etc.) forment avec l'albumine des composés qui ne peuvent être repris par l'absorption, et frappent de mort les éléments des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact. L'alcool seul est exempt de ces inconvénients. On ne saurait donc trop le recommander dans toutes les circonstances où une violente inflammation est à redouter.

Voici comment recommande de l'employer M. Sée : La plaie ou la cavité suppurante est d'abord largement lavée à l'eau alcoolisée, puis arrosée dans toute son étendue d'alcool pur; enfin de la charpie imbibée d'alcool, recouverte de taffetas gommé pour ralentir l'évaporation, est placée sur la partie malade, et, fréquemment dans la journée, le tout est de nouveau imprégné d'alcool.

Ce mode de pansement a donné à M. Sée les résultats les plus heureux dans le service chirurgical de l'hôpital Cochin, où depuis plus de quatre mois il remplace M. Follin. Parmi les cas nombreux dont il donne l'énumération, nous ne saurions passer sous silence ceux de fracture compliquée de plaie, de plaies pénétrantes des articulations, de collections sanguines ouvertes à l'extérieur, de plaies profondes des parties molles, de plaies de tête, toutes terminées heureusement sans le moindre accident.

M. Sée est fort éloigné de s'attribuer l'invention de la méthode de traitement des plaies par l'alcool, mais il croit en avoir le premier donné la véritable théorie, et en avoir étendu l'application, en précisant toutes les circonstances dans lesquelles cette méthode peut avoir de grands avantages. Il espère que les principes qu'il a exposés, principes fondés surtout sur les notions physiologiques, seront acceptés par les chirurgiens et serviront de base dans le traitement général des plaies. Ces espérances me paraissent légitimes, et tout en rappelant les efforts tentés dans cette voie par M. le docteur Chedevergne, je crois devoir ajouter que M. Marc Sée me paraît avoir donné une théorie plus satisfaisante et plus complète, et je propose à votre acceptation, au nom de votre commission, les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Sée de son intéressante communication ;

2° Recommander son travail au Comité de publication ;

3° Inscrire M. Sée sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après la discussion suivante :

M. LARREY. Les pansements à l'alcool ont été bien anciennement employés et définitivement abandonnés. Il est permis de se demander si les chirurgiens arriveront aujourd'hui à en retirer des effets qui ne semblent pas avoir été obtenus autrefois.

M. VELPEAU. Il semble qu'avant de chercher la raison de l'efficacité des pansements à l'alcool, il serait nécessaire de démontrer que leur efficacité est réelle. Je les ai, pour ma part, beaucoup employés depuis trois ou quatre ans : les plaies ont été tantôt bien, tantôt mal. En somme, je n'ai pas vu qu'avec ce moyen on obtînt mieux qu'avec ceux dont on fait habituellement usage.

M. L. LABBÉ. L'auteur donne le résultat de sa pratique, il est fort encourageant. Il est utile de remarquer que bien des précautions peut-être négligées par d'autres, sont par lui érigées en précepte. Ainsi, M. Sée proscrit les éponges, l'alcool est toujours versé sur les plaies avec une compresse propre. Une éponge peut, en effet, devenir un réceptacle d'éléments morbides dans un service de chirurgie. Les pansements sont renouvelés plusieurs fois par jour, et l'évaporation empêchée par un taffetas gommé.

Je dois à la vérité de déclarer que j'ai vu mourir d'infection purulente des individus soumis au pansement à l'alcool. Mais les modifications locales sont évidentes, personne ne saurait les nier. M. Sée les a étudiées au point de vue de la physiologie pathologique, il en a tiré des conclusions pratiques, mais il n'a pas la prétention de croire à l'innocuité des traumatismes placés dans les conditions qu'il réclame.

M. VELPEAU. Malgré les explications du rapporteur, je crois encore qu'il ne faut pas se hâter de conclure.

M. LARREY. Je serais, comme M. Velpeau, très-disposé à reconnaître l'intérêt et le mérite du travail de M. Sée, mais fort enclin à réserver toute conclusion. J'ai dit que l'emploi de l'alcool était fort ancien, les précautions indiquées ne le sont pas moins : elles sont si bien entrées dans la pratique générale, qu'il est presque inutile d'y insister.

M. DESPRÉS. Puisqu'il est question de la valeur du pansement des plaies par un topique spécifique, du traitement des blessés par des médications internes spécifiques, qu'il me soit permis de m'élever, en passant, contre cette habitude où l'on est de dire : je guéris tous mes blessés en leur faisant prendre ceci ou cela, en pansant leurs plaies avec telle ou telle substance. Ce langage est peu chirurgical. Une plaie est rarement semblable à une autre : l'une n'intéresse que la peau et les muscles, par exemple ; l'autre est une plaie communiquant avec le foyer d'une fracture comminutive. Un blessé peut avoir été frappé au moment où il était en bonne santé, comme il peut avoir été atteint en un instant où il était ivre ou malade. Il n'y a pas de spécifique également efficace dans tous ces cas. Il y a des plaies simples qui guérissent avec tous les pansements pourvu qu'ils soient humides, mais il est d'autres plaies où l'on réussit et où l'on échoue avec tout, suivant des conditions variables toujours étrangères au médicament dit spécifique.

M. L. LABBÉ. M. Sée n'est pas venu dire : j'ai pansé avec l'alcool et j'ai guéri. Il a surtout, et c'est là la partie bien originale de son travail, montré, à l'aide d'une étude physiologique rigoureuse, comment pouvaient être expliqués les résultats obtenus dans sa pratique. Son procédé est au moins scientifique, et les moyens minutieux sur lesquels il appelle l'attention acquièrent de l'importance parce qu'ils cadrent bien avec une théorie rationnelle.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Trépanation du crâne pratiquée avec succès dans un cas de fracture avec enfoncement.

M. BROCA présente le malade qui a subi cette opération et remet son observation rédigée par M. Jolly (Jacques), interne des hopitaux. (Voir plus haut.)

M. LEGOUEST. Notre collègue a obtenu un très-beau succès dont je le félicite.

En France, depuis Desault, l'on ne trépane plus guère que pour extraire les corps étrangers ; c'est à cette indication qu'a si bien obéi M. Broca.

Jusqu'à ces derniers temps, cette question semblait jugée, même par les gros chiffres.

En Crimée, en effet, l'armée française avait perdu 73,7 p. 100 de ses blessés atteints de fractures du crâne. Les chirurgiens les avaient traités par les moyens médicaux, et n'avaient que rarement eu recours au trépan. L'armée anglaise, où régnaient encore les idées défendues par Pott, avait perdu 100 p. 100 de ces mêmes blessés, les chirurgiens avaient largement usé du trépan.

Les résultats fournis par la guerre d'Amérique sont en contradiction avec les résultats précédents.

Le traitement médical a donné seulement 20 p. 100 de guérisons, le traitement chirurgical 75 p. 100 sur un total de 114 cas.

D'aussi nombreuses observations sont de nature à ébranler un peu nos convictions. Les faits américains démontrent du moins la nécessité d'étudier encore une question qui paraissait définitivement jugée.

M. DEGUISE. Dans son intéressante communication, M. Broca nous a, entre autres particularités, rappelé que son opéré avait eu, à la suite de l'opération du trépan, une volumineuse hernie du cerveau dont on ne voit plus trace aujourd'hui. J'ai deux fois observé cet accident et deux fois les malades ont succombé en offrant des phénomènes curieux que je vais brièvement rappeler.

Le premier était âgé de vingt-deux ans, un coup de pied de cheval avait occasionné une fracture du crâne avec enfoncement ; il y avait des accidents de compression, je trépanai. Une énorme hernie ne tarda pas à se produire ; la substance cérébrale que l'on voyait à nu était noirâtre, mais sans odeur. On pouvait y toucher sans provoquer de douleur ; croyant y sentir de la fluctuation, il m'arriva même d'enfoncer profondément le bistouri sans que le malade en ait eu conscience. La tumeur égalait presque le volume du poing ; j'avais essayé, mais fort inutilement de la comprimer. Elle finit par prendre un si mauvais aspect, que je me décidai à en pratiquer l'abrasion complète. Le malade était déjà dans un état très-fâcheux, il succomba vingt-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, je ne fus pas médiocrement étonné de trouver le cerveau revenu sur lui-même, présentant une excavation assez profonde pour loger la partie abrasée.

Le second malade était âgé de douze ans, une hernie se forma aussi après l'opération, elle était peu volumineuse, mais je fus encore conduit à la réséquer. Je ne fis qu'une abrasion partielle, néanmoins, à l'autopsie, les mêmes particularités de retrait de la masse cérébrale et d'excavation, proportionnée à la perte de substance, furent observés.

Sur la proposition de quelques membres de la Société, M. le président met à l'ordre du jour de la prochaine séance la question du trépan.

Fracture probable de l'axis.

M. BROCA montre un second malade chez lequel il a cru devoir soupçonner une fracture de l'axis.

Ce malade a eu la tête fortement et violemment renversée en arrière dans une chute. Il n'a jamais présenté de symptômes résultant de la compression de la moelle. Mais en arrière sur les parties latérales de l'axis l'on a pu constater deux points douloureux, et en avant, par le toucher pharyngien, une saillie médiane inégale, qui existe encore aujourd'hui, mais qui déjà est moins inégale.

Sans poser un diagnostic absolu, dit M. Broca, j'ai cru devoir me comporter comme si j'avais affaire à une fracture de l'axis.

Un collier en gutta percha, précédemment moulé sur un autre malade auquel il avait déjà servi, fut appliqué à celui-ci, et put, grâce à quelques lamelles de ouate, parfaitement s'adapter. Le collier est d'ailleurs fendu en arrière et peut se rétrécir à l'aide de lacets. Le malade fut immédiatement soulagé par cet appareil, il l'a porté pendant plus de deux mois. Les mouvements de rotation de la tête sont restés longtemps difficiles, ils sont encore très-limités.

---

je ne l'essayerais pas. M. Maisonneuve vient de publier, sous le titre de *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, un ramassis indigeste de vieilles thèses, de vieux articles, de vieux discours, des *ours*, comme disent irrévérencieusement les auteurs dramatiques; voilà un excellent et facile exemple à imiter; j'ai par devers moi assez d'*ours* gras et dodus pour en composer au moins deux ou trois volumes. A l'œuvre! mon titre est tout trouvé, ce sera la *Chirurgie de l'avenir*.

Ce qui fut dit, fut fait. M. Tam-tam publia, à ses frais (et fort heureusement pour l'éditeur), deux ou trois volumes qui, bien rangés et bien classés, font encore le plus bel ornement de la boutique de son libraire. Quant aux lecteurs de cette élucubration incroyable, ils sont encore à venir. — Mon pauvre Tam-tam, on a beau n'avoir besoin de personne, quand on écrit des livres, on aurait au moins besoin de lecteurs.

Notre chirurgien a ambitionné toutes les gloires, et un jour, il voulut prouver qu'il pouvait être professeur tout comme un autre; aussitôt, il a institué un cours dans l'hôpital dont il fait (demandez-lui plutôt) le plus bel ornement. Son public est peu nombreux, plus curieux qu'attentif, et il faut toute l'indulgence et toute l'inexpérience de ce jeune auditoire pour écouter les leçons faites par Tam-tam. Il ânonne, il hésite, il cherche le mot d'une façon désespérante; souvent son expression trahit entièrement sa pensée, et il dit juste le contraire de ce qu'il veut dire. Sa mémoire, infidèle jusqu'à lui faire oublier les choses les plus importantes de la vie commune, lui joue des tours abominables, et rien n'est aussi charmant que la naïveté avec laquelle il débite les plus singulières erreurs. Cela se conçoit, d'ailleurs; il est très-paresseux et presque tous ses travaux ont été faits par des secrétaires qu'il récompense de leurs peines quand il ne peut pas faire autrement.

Si l'on prend un à un tous les travaux du célèbre docteur, on voit ou bien qu'ils n'ont aucune valeur réelle, ou bien qu'ils sont la reproduction de travaux étrangers à peine modifiés. C'est en cela surtout qu'il excelle, et jamais geai ne s'est plus effrontément paré des plumes du paon; un de ses confrères a-t-il émis une bonne idée, a-t-il inventé une méthode opératoire ou découvert un instrument, Tam-tam s'en empare aussitôt. Il change une phrase, il fait l'incision à gauche au lieu de la faire à droite, il met une vis où l'autre avait mis un clou, puis il fait des pieds et des mains, s'agite, se démène pour prouver que c'est lui et lui seul qui a trouvé et inventé. Il a cependant inventé seul quelques choses, et il est incontestable que toutes ont eu un succès fou... de rire.

Il faut reconnaître pourtant que, comme opérateur, Tam-tam est un homme vraiment remarquable. Excellent anatomiste, il se joue de toutes les difficultés, et mène toujours à bien une opération quelle qu'elle soit. Il est vrai qu'il a pour cela une qualité prodigieuse, c'est qu'il tient compte du patient tout juste autant que d'un morceau de bois ou d'un bloc de pierre.

Apre au gain, avare autant que le père Grandet, rien ne lui coûte pour gagner de l'argent, et Dieu sait tout ce que l'on débite sur son compte. Par respect, non pas pour un tel homme, mais pour le corps médical, je ne répéterai pas ici ce que disent de lui ses plus honorables confrères. Il aimerait mieux perdre une dent qu'une pièce de cent sous; il opère tout le monde et à tous les prix. — Ton docteur Tam-tam, me disait un jour un ami de province, ne m'en parle pas; il a opéré pour 100 francs, à Paris, un malade que je n'avais pas voulu opérer pour 300 dans mon village. Mais il ne savait pas sans doute que ledit malade est millionnaire. — Certes non, il ne le savait pas, — et ce sera pour lui un grand crève-cœur si jamais il l'apprend.

La fortune a-t-elle répondu à son appel? Je ne le crois pas, et c'est là une juste punition d'une semblable existence. Fidèle à son principe d'en imposer et d'éblouir, Tam-tam mène un certain train, il brûle continuellement le pavé de Paris, traîné par des chevaux comme lui seul en possède; il dit sans cesse, il crie qu'il gagne beaucoup d'argent, qu'il est riche. C'est encore là un appât à l'aide duquel il compte attirer de nouveaux clients, mais nous croyons que ce n'est encore qu'un moyen de réclame. Comme beaucoup de gens de son espèce, il tient les hommes en grand mépris, et sait à merveille les duper.

Il me resterait maintenant à parler de Tam-tam le médecin, mais l'espace me manque aujourd'hui pour tracer ce second portrait. Il est vrai que du plus au moins tous les Tam-tam se ressemblent; un peu plus ou un peu moins habiles, un peu plus ou un peu moins cyniques, voilà toute la différence. Cependant, comme je crains bien d'avoir laissé dans l'ombre quelques-uns des traits du docteur Tam-tam le chirurgien, nous reviendrons probablement quelque jour sur ces très-intéressantes et peu édifiantes figures.

Dr H. MONTANIER.

NOMINATION DE COMMISSION.

M. LE PRÉSIDENT invite la Société à nommer une commission pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire actuellement vacante.

Cette commission se compose de MM. Le Fort, Tillaux et Trélat.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs deux documents qui intéressent vivement la santé publique.

Le premier est une circulaire du préfet de police, signalant l'emploi par certains confiseurs, de papiers colorés avec des substances toxiques et les mesures prises pour arrêter ce dangereux usage.

La seconde émane de M. le vicomte de Cormenin, conseiller d'État et président de l'œuvre des bains et ablutions.

Voici ces deux documents :

I.

PRÉFECTURE DE POLICE.

Une ordonnance de police du 15 juin 1862, interdit de placer des bonbons et sucreries dans des boîtes et sacs garnis à l'intérieur ou à l'extérieur de papiers colorés avec des substances toxiques.

Le conseil de salubrité, dans le cours des visites qu'il est chargé de faire à cette époque de l'année, chez les confiseurs et marchands de bonbons, vient de signaler à l'administration l'emploi de nouveaux papiers pour la confection des sacs et boîtes destinés à contenir les bonbons.

Ces papiers, d'un aspect *blanc, nacré, brillant,* renferment un sel de plomb soluble vénéneux.

Les sucreries qui se trouveraient en contact avec ces papiers, pouvant amener des accidents d'empoisonnement sur les personnes qui en mangeraient, des instructions ont été données pour empêcher la mise en vente des boîtes et sacs dans la confection desquels resteraient les papiers signalés.

II.

A M. LE PRÉFET DE LA SEINE.

Monsieur le préfet,

J'ai l'honneur de vous adresser le tableau synoptique des bains donnés pendant l'été dernier dans les écoles et les asiles de la ville de Paris qui profitent du bénéfice de notre œuvre ; vous y verrez que, malgré la persistance des pluies de cette année et la terrible maladie qui a sévi dans Paris, 38,036 bains ont été distribués à nos enfants.

Nous remarquons avec plaisir que les quartiers les plus populeux de Paris continuent toujours à nous envoyer un plus grand nombre d'enfants ; c'est ainsi que dans les faubourgs Saint-Denis et Saint-Martin, rue et faubourg du Temple, rue et faubourg Saint-Antoine, faubourg Saint-Marceau et enfin dans les 17ᵉ et 18ᵉ arrondissements, il a été délivré 25,730 bains, c'est-à-dire un peu plus des deux tiers de la quantité des bains fournis à tous les arrondissements de Paris.

Vous voyez, monsieur le préfet, quels sont les progrès de notre œuvre ; sans les mauvais temps et le choléra, nous aurions dépassé de beaucoup, je le crois, la subvention que vous voulez bien nous accorder chaque année.

Dans les circonstances actuelles et, eu égard à nos besoins qui croissent avec l'augmentation de la population et les sollicitations des mères de famille, j'ai l'honneur de vous renouveler la demande que je vous ai faite l'an dernier de vouloir bien accroître dans des proportions plus fortes notre subvention annuelle.

Le président de l'œuvre, CORMENIN.

On apprendra avec plaisir que le budget de la ville de Paris, pour 1867, porte une subvention de 10,000 francs, alloués à l'œuvre de M. de Cormenin.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu dans votre estimable journal, en date du 27 décembre dernier, un feuilleton dans lequel il est rendu compte des travaux de la Société des sciences médicales de Lyon.

Dans ce feuilleton sans signature (1), il est dit en parlant du procédé de M. Ollier, pour les polypes fibreux naso-pharyngiens, que le chirurgien qui remplaçait M. Nélaton dans son service a eu, par le procédé du célèbre professeur, sur six cas depolypes, deux cas de morts et quatre récidives.

Ce chirurgien auquel il est fait allusion était moi, et je puis vous affirmer que la bonne foi de votre rédacteur a été trompée, car le procédé de M. Nélaton n'a point donné de morts entre mes mains. Le seul individu que j'ai perdu, c'est à la suite du procédé dit radical, par conséquent par l'ablation du maxillaire supérieur.

J'ose espérer, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien faire insérer ma juste réclamation dans votre prochain numéro, et je vous prie d'agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée.

HOUEL,

Agrégé de la Faculté de médecine, conservateur du musée Dupuytren.

Paris, 29 décembre 1866.

(1) Le nom de l'auteur, M. Georges, avait été omis à l'impression et a donné lieu de notre part à un *erratum.* (Note de la rédactiou.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 décembre 1866, rendu sur la proposition du Ministre de la guerre, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin aide-major de 1ʳᵉ classe, les quarante-neuf médecins aide-majors de 2ᵉ classe dont les noms suivent :

MM. Joliclerc, Chauvel, Dieu, Bablon, Donnezan, Richon, Guerder, Mire, Maurin, Michel, Vencélius, Renauld, Bouchez, Paloque, Laurens, Heberlé, Bonardot, Singaraud, Dajas, Moussu, Beauchamp, Utz, Gorgeon, Péchaud, Judas, Pinchard, Foch, Jeunehomme, Gouyneau, d'Hennezel, Hahn, Danis, Galzain, Meynier, Davezac, Thierry, de Jollin, Augarde, Protain, Blavot, Dumont, Robert, Dufour, Caillard, Donnezan, Coqueugniot.

Au grade de pharmacien aide-major de 1ʳᵉ classe.

MM. Pons et Bouillon, pharmaciens aide-majors de 2ᵉ classe.

— Par décret du 27 décembre 1866, rendu sur la proposition du Ministre de la guerre, ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1ʳᵉ classe.

MM. Varlet, Dussourt et Boudier, médecins principaux de 2ᵉ classe.

Au grade de médecin principal de 2ᵉ classe.

MM. Blanvillain, Vincent et Trudeau, médecins majors de 1ʳᵉ classe.

— Par décret en date du 31 décembre 1866, M. le docteur Thune, médecin de colonisation, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le bureau de la Société médicale de l'Élysée (8ᵉ arrondissement) est ainsi composé pour l'année 1867 :

M. Rotureau, président ; M. Alph. Guérin, vice-président ; M. Pierreson, secrétaire général ; M. Canuet, secrétaire des séances ; M. Linas, trésorier.

— Une session extraordinaire pour le baccalauréat ès-sciences s'ouvrira du 1ᵉʳ au 15 mai prochain, dans les Facultés des sciences en faveur des étudiants régulièrement inscrits près une Faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Il est bien entendu que les étudiants en médecine subiront l'examen du baccalauréat ès-sciences restreint.

Ils devront justifier de leur inscription comme aspirants au doctorat dans une Faculté de médecine ou une école préparatoire.

Conformément aux prescriptions du règlement du 28 novembre 1864, il n'y aura plus désormais de session de baccalauréat ès-lettres en avril ou en mai. Toute demande ayant pour but soit le rétablissement de cette session, soit l'autorisation, pour un candidat, de se présenter à une session extraordinaire, sera considérée comme nulle et non avenue.

— M. le docteur Serre (d'Alais) fera, le mardi 8 janvier, à midi, à la clinique de M. Fano, 14, rue Séguier, une conférence publique sur le sujet suivant : Du débridement de l'œil dans les affections oculaires.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, les maladies d'oreilles, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales et un formulaire spécial pour chaque maladie, par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades, etc., etc., et Armand DESPRÉS, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté de médecine, etc. Troisième et dernière partie P-Z, avec 614 figures intercalées dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, deux vol. grand in-8° de 1631 pages avec 614 figures intercalées dans le texte : 23 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

De la spontanéité et de la spécificité dans les maladies, par M. E. CHAUFFARD, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un vol. in-18 de 250 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le Directeur, Dʳ E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 8 JANVIER 1867. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 JANVIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine a tenu la première séance de cette année mercredi 2 janvier. L'ordre du jour portait la suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons, mais l'assistance était si peu nombreuse que le bureau n'a pas voulu exposer les orateurs à parler dans le vide; la discussion a été ajournée. La séance n'a cependant pas été perdue. Elle a été courte et bonne. C'est le nouveau bureau qui en a fait principalement les frais.

On y a appris d'abord de la bouche du nouveau vice-président, M. Ricord, la bonne nouvelle que le gouvernement s'occupait sérieusement d'assurer à l'Académie un asile digne d'elle et que les ordres étaient donnés pour que la construction projetée à cet effet fut mise à exécution dans le plus bref délai.

M. Tardieu a pris ensuite la parole en prenant possession du fauteuil de la présidence, et dans une sérieuse allocution, qui sort des banalités ordinaires des discours d'installation, il a tracé d'une main ferme les attributions de l'Académie, attributions agrandies non par des décrets ou par des modifications règlementaires, mais par l'agrandissement même de la science médicale, qui, en s'élevant de jour en jour dans l'ordre des sciences sociales et économiques, élève aussi de plus en plus le rôle et l'influence de l'Académie.

Le membre et président de l'Académie n'a pas tout à fait effacé, en M. Tardieu, le professeur de la Faculté de médecine, et celui-ci s'est retrouvé tout entier lorsque, après avoir indiqué les devoirs multiples de l'Académie envers la science et l'art, il en a pris occasion d'exprimer son sentiment sur la question d'enseignement qui agite en ce moment une partie de la presse médicale.

Nous ne nous sommes que très-médiocrement émus, comme on a pu le voir, de toute cette agitation dont nous n'avons jamais parfaitement compris le but et la portée. Et si quelque chose pouvait justifier notre quiétude à cet égard, c'est assurément le langage qu'a fait entendre M. Tardieu. Ainsi qu'il l'a dit avec son sens fin et droit. « Rien, et il faut s'en réjouir, n'arrêtera l'essor de la science... Rien non plus n'empêchera l'art, quelque besoin qu'il ait des lumières de la science, de pénétrer dans les choses autrement, mais plus avant qu'elle, par cette sorte d'intuition que développe nécessairement l'expérience... Pourquoi cette lutte sourde, mais vivace, entre les cliniciens et les savants? cette opposition entre deux principes, qui ne peuvent ni s'exclure, ni se nuire?... Un peu plus de philosophie, c'est-à-dire un peu plus de méditation unirait et confondrait dans la plus heureuse alliance ce qui paraît opposé. »

De quoi s'agit-il, en effet? De quel danger la médecine est-elle menacée? Son avenir est-il si gravement et si immédiatement compromis, parce que la physiologie tend à prendre une place de plus en plus large dans l'enseignement et à pénétrer plus intimement de jour en jour dans l'interprétation des phénomènes pathologiques? Est-il question de transporter l'enseignement médical tout entier dans les laboratoires et de fermer les cliniques? Nous ne sachons pas que rien de semblable ait été proposé dans les conseils du pouvoir ni dans ceux de la Faculté.

Or, tant qu'il y aura des cliniques et des services d'hôpitaux à la disposition de l'enseignement, nous ne craignons pas les conséquences d'une intrusion plus intime de la physiologie et des sciences chimico-physiques dans l'étude de la médecine, convaincus que nous sommes qu'il n'en peut résulter que des avantages, ne fût-ce que par l'usage de leurs méthodes et de leurs habitudes de plus grande sévérité scientifique, et que les inconvénients ou les dangers que pourraient avoir pour l'esprit médical proprement dit, une immixtion trop intime et un empiétement de ces méthodes, seront toujours heureusement prévenus et neutralisés au besoin par le contrôle de la clinique et par ce sens pratique dans lequel se résument et cette intuition et ce coup d'œil et ces raisons d'agir indémontrables qui font, suivant la juste expression de M. Tardieu, le véritable médecin.

Nous ne voyons donc pas jusqu'à présent de danger sérieux et qui nécessite ces cris d'alarme qui ont retenti autour de nous. Voilà le motif de l'attitude que nous avons prise dans cette question. Du jour où les grands principes qui ont guidé jusqu'ici la médecine clinique nous paraîtraient sérieusement compromis, nous ne serions pas des derniers à signaler le péril et à rappeler les égarés dans la bonne voie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. EMPIS.

De la statistique du service d'accouchements de l'hôpital de la Pitié, et des mesures hygiéniques instituées dans cet hôpital contre la fièvre puerpérale[1].

DES MESURES HYGIÉNIQUES INSTITUÉES A L'HOPITAL DE LA PITIÉ CONTRE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Parmi les mesures hygiéniques proposées par les hommes les plus autorisés pour prévenir les épidémies de fièvre puerpérale, dans les salles d'accouchement, il est à remarquer qu'il y en a un bon nombre qui ne reposent encore que sur le raisonnement et dont l'efficacité n'a pas encore été affirmée par l'expérience. Or, pour résoudre définitivement des questions de cette nature, il faut absolument des faits. L'efficacité des mesures que l'on propose ne peut être affirmée qu'avec des chiffres en main. En dehors des faits, on reste dans l'hypothèse; le raisonnement est insuffisant pour juger utiles ou inutiles les mesures que l'expérience n'a pas sanctionnées.

Je ne viens donc pas ici faire de l'hygiène prophylactique *rationnelle;* mais je viens dire qu'elles sont les mesures que j'ai appliquées à l'hôpital de la Pitié, et je viens prouver, les chiffres en main, que ces mesures sont suffisantes lorsqu'elles sont rigoureusement appliquées, pour prévenir les épidémies de fièvre puerpérale, dans un service d'accouchements, et pour réduire la mortalité par cette affreuse maladie à une moyenne de 1/10 p. 100.

Ne voulant point non plus entamer ici des questions de pathologie générale, je ne discuterai ni la nature de la fièvre puerpérale, ni son essentialité; je dirai seulement que, pour l'institution des mesures hygiéniques qui m'ont réussi, je me suis placé dans cette hypothèse que l'affection dont je voulais prévenir l'endémicité dans mes salles, était tout à la fois infectieuse et contagieuse à la manière du typhus des camps, et que, comme cette dernière affection, elle était susceptible de se développer spontanément dans les salles d'accouchements sous l'influence de l'encombrement et de mauvaises conditions hygiéniques.

Partant de ce double principe, les mesures hygiéniques que j'avais à instituer étaient relatives, les unes aux salles d'accouchements et les autres aux femmes en couches.

Examinons la question sous ces deux chefs.

DES MESURES RELATIVES AUX SALLES D'ACCOUCHEMENTS.

Le principe de la transmissibilité de la maladie des femmes malades aux femmes saines étant accepté, il en résultait une première indication fort précise : celle d'exclure immédiatement de la salle commune des accouchées la première femme qui serait frappée par la fièvre puerpérale; mais pour prévenir le développement spontané de l'affection dans les salles, l'indication était beaucoup moins nette, car que fallait-il entendre par *mauvaises conditions hygiéniques* et par *encombrement?*

Dans nos hôpitaux actuels, qu'est-ce que l'encombrement dans une salle d'accouchement? A quels caractères reconnaîtra-t-on qu'il existe? Au-dessus de quel chiffre de femmes en couches réunies dans un même lieu, donnera-t-on le nom d'encombrement? Et au-dessous de quel nombre n'aura-t-il pas lieu? Par quel procédé cet encombrement deviendra-t-il une source d'infection et d'endémicité?

Une étude attentive des circonstances dans lesquelles apparaîtrait la maladie pouvait seule permettre de résoudre ces diverses questions.

On a beaucoup parlé de l'encombrement des salles d'accouchements, mais on s'est très-peu occupé d'en déterminer les caractères. C'est un mot qui vient au bout de la plume de tous ceux qui écrivent sur la fièvre puerpérale et sur ses moyens prophylactiques.

[1] Voir les numéros des 20 et 25 décembre 1866.

Jusqu'ici personne ne me paraît avoir apprécié judicieusement la valeur de ce mot et sa signification clinique.

A ce mot d'encombrement, l'esprit presque malgré soi, se reporte au temps malheureux où, selon les lamentables récits de Tenon, deux, trois et jusqu'à quatre femmes en couches étaient accumulées dans un même lit. Grâce aux progrès de la civilisation et aux améliorations incessantes que l'administration de l'assistance publique apporte chaque jour dans l'organisation de nos établissements hospitaliers, rien de semblable n'existe plus, et jamais, sous aucun prétexe, on ne voit dans nos hôpitaux deux femmes en couches dans un même lit. Mais pourrait-on supposer que dans certains moments dans lesquels les femmes enceintes se présentent en foule pour accoucher, on mettrait dans une même salle des lits supplémentaires, des brancards, de telle sorte que dans une salle de 15 lits, on pourrait, par exemple, en accumuler momentanément 20, 25, 30, etc., que sais-je? Non. Il n'est rien de semblable! Jamais, que je sache, il n'est ajouté dans les salles d'accouchements de lits supplémentaires. Le nombre des lits que chaque salle doit contenir a été rigoureusement déterminé par l'administration et ce nombre reste le même, quelle que soit la foule des prétendantes.

Ainsi un premier fait doit être nettement établi, à savoir : que dans nos salles d'accouchements, l'encombrement ne consiste jamais ni dans l'addition des lits supplémentaires, ni dans l'accumulation de plusieurs femmes dans un même lit; d'où il ressort que l'encombrement ne peut tout au plus être invoqué que dans la circonstance où tous les lits de la salle étant occupés, il n'en resterait plus de vacants.

Mais il saute au bon sens que les lits qui sont dans une salle sont destinés à être occupés, et que le nombre de ces lits a été déterminé dans l'hypothèse qu'ils pouvaient et devaient l'être simultanément, car si les lits devaient rester vides, pourquoi les mettre dans la salle? Ce serait absurde.

Or, suffit-il que tous les lits d'une salle d'accouchements soient simultanément occupés pour que, dans l'acception clinique et pathogénique du mot, on puisse dire qu'il y a encombrement de la salle? Certainement non! Et les faits s'accordent avec la raison pour prouver tout ce qu'une telle opinion aurait d'erroné.

Le service d'accouchement de l'hôpital de la Pitié comprend deux salles : dans l'une il y a 14 lits et dans l'autre il y en a 17, ce qui donne un total de 31 lits pour les femmes en couches.

J'ai en outre, dans le même bâtiment, mais à un étage supérieur, un service de maladies aiguës qui comprend 33 lits, et dont je ferai ressortir tout à l'heure l'importance au point de vue des mesures à prendre contre les épidémies.

La répartition du service des femmes en couches dans deux salles séparées est identiquement la même qui a existé de 1858 à 1862, alors que sévissaient chaque année des épidémies de fièvre puerpérale, et, que la moyenne de la mortalité pour ces cinq années était comme je l'ai montré plus haut de 7 6/10 p. 100.

Or, pour juger avec justesse la valeur de l'influence du nombre des accouchées sur le développement des épidémies de fièvre puerpérale qui ont sévi à l'hôpital de la Pitié, il faut comparer ensemble le nombre des accouchées qui occupaient les salles alors que la fièvre puerpérale y était endémique avec le nombre des accouchées qui les occupent actuellement qu'il n'y est plus question d'épidémie. Eh bien, 1858 à 1862, il y a eu 2,223 accouchements, ce qui donne pour chaque année une moyenne en chiffres ronds de 444 accouchements, tandis que de 1863 à 1866[1], il y a eu 2,271 accouchements, ce qui donne pour chacune de ces dernières années une moyenne de 567 accouchements, soit une différence de 123 accouchements en plus; c'est-à-dire que dans les mêmes salles et dans le même nombre de lits, il y a eu pour ces quatre dernières années une moyenne de 123 accouchements de plus que pendant ces cinq années précédentes.

Or, je dis que si c'est l'encombrement envisagé seulement au point de vue du nombre des accouchées qui a été la cause des épidémies de fièvre puerpérale de 1858 à 1863, il est incompréhensible que dès que ce nombre a été augmenté de 123 accouchements chaque année, les épidémies aient disparu. Ces chiffres et les faits sur lesquels ils reposent sont plus éloquents que tous les raisonnements imaginables, et prouvent péremptoirement que ce n'est pas seulement dans la circonstance *du nombre* qu'il faut chercher l'influence pathogénique puerpérale, mais bien dans d'autres circonstances plus importantes. Nous

[1] La statistique de 1866 est arrêtée au 1er décembre.

allons, j'espère, dévoiler la plupart de ces circonstances en passant successivement en revue les mesures hygiéniques qui sont relatives :

1° A la ventilation de la salle et à sa propreté.

2° Aux conditions hygiéniques dans lesquelles doivent être tenues toutes les accouchées qui occupent cette salle.

3° A l'opportunité d'exclure de la salle les femmes qui seraient atteintes isolément de fièvre puerpérale.

Examinons successivement ces différents points de la question.

HOPITAL DE CHARENTON. — M. Deguise.

Fracture avec enfoncement des os du crâne. — Application du trépan. — Guérison.

B... Georges, âgé de treize ans, domicilié à Saint-Maurice (Seine), est entré à l'hôpital de Charenton le 24 juillet 1864, dans les circonstances suivantes :

B... est le neveu d'un garde du bois de Vincennes, qui réside dans la partie du parc nouvellement agrandi, et qui était alors occupé par de vastes ateliers de terrassement. Cet enfant rencontre un cheval de trait dételé et sans conducteur ; il se hisse sur l'animal et se met à l'exciter ; mais il ne tarde point à être renversé, et reçoit, étant à terre, une ruade qui l'atteint à la tête et lui fait perdre immédiatement connaissance.

Une heure environ après l'accident, je constate :

1° Une large plaie du cuir chevelu occupant toute son épaisseur, située au-dessus de l'oreille droite, et s'étendant depuis la tempe jusqu'auprès de la protubérance occipitale. La lèvre supérieure de cette plaie est assez nette et adhérente à la boîte osseuse ; l'inférieure est inégale, largement décollée.

2° Une fracture intéressant à la fois l'occipital, le pariétal et le temporal, et constituée par un fragment osseux enfoncé de 3 à 4 millimètres environ dans la boîte crânienne, et mesurant 7 centimètres d'arrière en avant, sur une largeur de près de 2 centimètres en arrière et de 4 centimètres à sa partie la plus antérieure. Ce fragment appartient presque tout entier au pariétal ; son bord inférieur comprend une faible partie de la circonférence supérieure du temporal, et, en arrière, 2 centimètres et demi environ de l'occipital. De plus, son bord inférieur, taillé en biseau aux dépens de sa table externe, a glissé sur la face interne du temporal, de façon que le bord supérieur de la pièce enfoncée présente un écartement du pariétal qui permet l'introduction de l'extrémité d'une spatule. Le blessé a perdu une notable quantité de sang ; sa face est pâle, ses traits sans expression ; tous les sens paraissent abolis ; les membres sont dans un état de résolution presque complète ; le pouls est petit, d'une faiblesse extrême. En mettant l'enfant au lit, on a trouvé ses vêtements salis par de l'urine et des matières fécales.

En introduisant un levier entre le bord supérieur de l'esquille et la solution crânienne, on obtient bien une certaine mobilité, mais tout à fait insuffisante pour en espérer l'extraction. Deux couronnes de trépan sont appliquées sur le pariétal à l'angle supérieur de la pièce enfoncée, qui fut alors assez facilement retirée à l'aide d'un davier.

La dure-mère est déchirée en arrière et en bas de la solution de continuité, dans l'étendue de 3 centimètres environ ; la circonvolution cérébrale correspondant à cette déchirure ne paraît pas entamée.

Les angles osseux produits par l'opération du trépan sont reséqués. Un linge troué et cératé est appliqué sur la dure-mère, et recouvert de petites boulettes de charpie maintenues par une compresse, et un serre-tête sur lequel on maintient une vessie contenant de la glace.

Une bouteille d'eau chaude aux pieds et des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs, constituent toute la prescription du moment.

Le soir, à neuf heures, il n'y avait pas un grand changement dans l'état du blessé. Cependant la chaleur était revenue, le pouls était meilleur, la respiration était assez bonne, les paupières étaient toujours fermées ; il ne s'écoulait plus de sang.

Le lendemain matin, 25 juillet, j'appris qu'il y avait eu un peu d'agitation qui s'était traduite par quelques gémissements et quelques efforts pour se débarrasser du pansement. Le pouls est à 68, régulier ; la chaleur est convenable. Lorsqu'on pince le malade, on constate de la sensibilité des deux côtés du corps. En soulevant les paupières, on observe également la contractilité des iris. On essaye inutilement de faire avaler quelques gouttes de liquide. Continuation de la glace.

Le 26 juillet, l'agitation a augmenté. Le pansement ne tient plus. Il est renouvelé comme le premier jour. L'urine continue à être rendue sans que le malade en ait conscience. Le pouls est à 80 ; la sensibilité est moins prononcée du côté gauche. L'enfant peut avaler quelques gorgées d'eau sucrée.

Le 27, l'agitation est la même. Délire avec cris et articulations de mots incompréhensibles. Pouls à 90.

Tilleul et oranger pour tisane. Un demi-lavement salé.

Le 28, il y a eu une copieuse évacuation de matières fécales, à la suite de laquelle le malade a été plus tranquille. La plaie est visitée ; son aspect est convenable ; la suppuration commence à s'établir.

Le 29, l'enfant s'agite moins dans son lit, mais le délire continue. La sensibilité et la motilité très-manifestement affaiblis du côté gauche.

Le 30, même état que la veille. La plaie est pansée tous les jours.

Le 31, le malade est plus tranquille ; il tient ses yeux assez souvent ouverts, mais sans paraître distinguer les objets qui l'environnent. Son langage est toujours mal articulé et composé de mots incohérents. La paralysie, incomplète du côté gauche, est la même. Pouls à 70. Langue humide, un peu blanchâtre. La dure-mère, à l'endroit où elle a été déchirée, offre une coloration légèrement noirâtre ; la plaie, quant au reste, est belle.

Même tisane. Bouillon de poulet. On maintient l'application de la glace sur la tête.

Le 2 août, l'état général continue à être assez satisfaisant ; il y a eu une garde-robe naturelle. Les bouillons de poulet sont pris sans difficulté. La plaie se recouvre de bourgeons charnus. La dure-mère à l'endroit noté est toujours noirâtre, et commence à se ramollir. Le pouls reste à 70.

Même tisane. Bouillon de bœuf. La glace sur la tête est supprimée.

Le 5, il n'y a pas une grande différence dans les mouvements, soit à droite, soit à gauche. La sensibilité seule est moindre à gauche. Depuis la suppression de la glace, le malade est tout à fait tranquille ; cependant il paraît ne pas avoir conscience de ce qui se passe autour de lui, et ne répond à aucune question. Quelques petits lambeaux de la dure-mère se sont détachés ; la pie-mère sous-jacente est d'un rose assez vif ; les bourgeons charnus continuent à se développer ; la suppuration est de bonne nature, sans être trop abondante.

Orangeade. 3 potages. Quelques cuillerées de Bordeaux.

Le 8, notre jeune enfant reprend enfin un peu de connaissance. Il montre la langue, donne la main gauche ou droite. Pour la première fois, hier, il a uriné dans un bassin. Il prend ses potages avec plaisir. La cicatrisation de la plaie fait des progrès *ut suprà*.

Le 12, l'amélioration ne se ralentit point. Les jours se passent avec des images. Les nuits sont tranquilles. L'appétit se soutient.

Potages. Œufs frais. Biscuits. Bordeaux.

Le 15, les bourgeons charnus recouvrent presque entièrement la perte de substance osseuse, et ont souvent besoin d'être réprimés avec le nitrate d'argent. Le petit malade, qui n'a jamais accusé la moindre douleur depuis qu'il a recouvré sa connaissance, passe une partie de ses journées dans un fauteuil qui est porté dans le jardin pendant plusieurs heures.

Le 20, à la visite, je trouve M. Georges levé, avec un tablier que la sœur lui a donné, et portant un crachoir. La plaie est presque entièrement fermée. Toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Je fais fabriquer une calotte en cuir pour préserver le crâne d'un choc extérieur, et Georges quitte définitivement l'hôpital le 9 septembre 1864.

DEUX CAS DE FRACTURE DU CRANE

Par éclats d'obus. — Application du trépan pour extraire les esquilles et les caillots sanguins. — Guérison.

Par M. le Dr Tassard, médecin-major de deuxième classe au 10e régiment d'artillerie.

En 1855, pendant le siége de Sébastopol, à l'ambulance de la première division, où j'étais alors aide-major, j'ai aidé, à deux reprises différentes, M. le docteur Gueury, aujourd'hui médecin principal en Afrique, à pratiquer l'opération du trépan sur des militaires qui avaient eu le crâne fracturé par des éclats d'obus.

Dans ces deux cas qui, sauf quelques détails de peu d'importance, présentaient non-seulement une certaine analogie de causalité, mais encore de siége, de forme et de gravité, la lésion siégeait à la région pariétale droite ; le projectile, en frappant plus ou moins obliquement la voûte crânienne, avait d'abord déchiré et fortement contusionné les téguments, puis fracturé en étoile et enfoncé dans le cerveau quelques-uns des fragments du pariétal, sans toutefois y pénétrer ; une certaine portion de substance cérébrale meurtrie, réduite en pulpe sanguinolente faisait hernie au dehors à travers la dure-mère déchirée et les fissures osseuses ; il y avait eu hémorrhagie abondante, malgré cela les symptômes de commotion générale et de compression cérébrale étaient des plus graves ; je les résume en quelques mots : mouvements convulsifs de contracture des membres, paralysie générale, respiration stertoreuse, semblant annoncer une fin prochaine.

En examinant plus attentivement ces blessures et en cherchant à relever les fragments déprimés pour les remettre en place, nous nous aperçûmes que de nombreuses esquilles flottaient à la surface du cerveau et de ses membranes ; ne pouvant ni les saisir ni les extraire, nous dûmes pour y arriver, appliquer cinq couronnes de trépan dans un cas et six dans l'autre. Ces couronnes, reliées entre elles par des traits de scie, nous permirent d'enlever un forte portion de l'os qui suffit à peine pour détruire les adhérences de quelques esquilles volumineuses, les extraire et débarrasser le cerveau de tous les caillots sanguins qui pesaient sur lui. Dans l'un et l'autre cas, cette opération produisit bon effet, car quelques instants après, la respiration parut se faire plus librement.

Après avoir débarrassé le cerveau de tout ce qui l'encombrait, nettoyé les plaies, remis en place les lambeaux externes qui avaient été disséqués et relevés pour trépaner l'os, nous maintînmes le tout à l'aide d'un pansement simple, doux et moelleux qui permit à la tête de nos blessés de rester appuyée sur le côté malade, pour mieux favoriser l'écoulement de liquide d'abord, celui de la suppuration ensuite, et empêcher ainsi leur accumulation dans le crâne, ce qui eût inévitablement déterminé de nouveaux accidents.

L'examen des esquilles retirées nous fit voir que toutes ces parcelles osseuses avaient le même caractère particulier ; elles étaient plates, minces, plus ou moins larges, assez semblables à des lames de verre ou mieux à des éclats d'ardoise, rugueuses sur une de leurs faces, polies sur l'autre, toutes dépendantes de la table interne de l'os qui avait été comme décollée, puis fracturée par la violence du choc.

Des pansements fréquemment renouvelés, surtout lorsque la suppuration fut établie, avec les plus grands soins de propreté, mirent ces deux blessés à l'abri de tout accident. Ils restèrent plusieurs jours dans une sorte d'état comateux, et ce n'est guère que du quinzième au vingtième jour qu'ils commencèrent à reprendre un peu connaissance et qu'on vit chez eux la sensibilité et le mouvement revenir insensiblement.

Un mois ou cinq semaines après l'accident, ils furent évacués sur Constantinople, non pas rétablis, mais en voie parfaite de guérison. J'en ai perdu un complétement de vue ; mais depuis, j'ai su que l'autre, nommé Louis, s'était retiré à Lunéville, où M. le docteur Gueury pere l'avait vu dans un état de santé aussi parfait que possible ; toutefois, je ne sais pas si la perte de substance faite au crâne subsiste toujours ; je suppose qu'elle est aujourd'hui en partie dissimulée par un tissu de nouvelle formation soit fibreux, soit cartilagineux, et presque recouverte par les lambeaux du cuir chevelu.

Ces deux opérations de trépan sont les deux seules que j'ai vu faire pendant toute la campagne.

Si on se reporte aux fatigues et aux privations de toutes sortes de cette guerre ; si on tient aussi compte de toutes les circonstances défavorables dans lesquelles se sont trouvés ces deux blessés qui sont restés près de cinq semaines à notre ambulance, mal logés sous nos baraques, couchés sur la planche, entourés de cholériques, de scorbutiques, de typhiques et de nombreux blessés atteints de pourriture d'hôpital, etc., etc., on sera étonné d'un pareil succès et on le trouvera des plus encourageants pour le chirurgien qui est appelé à opérer dans de meilleures conditions.

Pour mon compte, j'en garderai éternellement le souvenir, et je le considérerai toujours comme un des plus beaux triomphes de l'art chirurgical. Si j'ai rappelé aujourd'hui ces deux faits depuis longtemps restés dans l'oubli, c'est uniquement pour encourager mes collègues et mes confrères à ne pas reculer dans les cas semblables, devant la nécessité de la trépanation.

DES HERNIES CRURALES.

Fréquence des erreurs de diagnostic.

Par M. le Dr Jalade-Lafont.

(Communiqué à la Société de médecine pratique).

Les erreurs de diagnostic, à l'endroit des hernies crurales, ne sont pas chose rare ; mais dans l'observation suivante, les conséquences auraient été tellement graves, que nous avons été d'avis, notre honorable confrère le docteur Caffe et moi, d'en publier le récit ; nous sommes d'ailleurs tous exposés à de pareilles méprises, puisque l'erreur a été commise par un de nos maîtres les plus distingués.

Le 1er septembre 1865, je reçus la visite d'une dame, envoyée par M. le docteur Caffe, qui me demandait mon opinion au sujet d'une tumeur que cette dame portait à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Il croyait à une hernie crurale.

J'examinai cette dame et je trouvai à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, au-dessous de l'arcade fémorale, une tumeur plus large que haute, du volume d'un gros œuf de dinde, molle à la fois et rénitente.

Je crus sentir, sous la pression de mes doigts, une légère diminution, mais je n'en étais pas sûr ; ce pouvait d'ailleurs n'être qu'un déplacement : je ne pouvais pousser plus loin les tentatives de réduction, un vésicatoire volant avait été appliqué quelques jours auparavant, et la peau encore sensible, même douloureuse, ne me permettait pas d'insister.

Voici la lettre que j'écrivis alors à M. le docteur Caffe :

« Très-cher confrère, il m'est assez difficile de me prononcer tout de suite au sujet de la tumeur que madame M... porte à l'aine gauche. Je suis très-disposé à croire à l'existence d'une hernie fémorale ; je n'ai pu toutefois la réduire, même incomplétement, et je n'ose pas formuler un diagnostic affirmatif. J'ai donc prié madame M... de vouloir bien rester à Paris, de couvrir la cuisse ce soir avec un large cataplasme froid de farine de graine de lin ou de farine de riz, et j'espère arriver demain matin à une réduction complète, qui permettra l'application d'un bandage à pelote convexe. Si la réduction est incomplète, on pourra toujours faire un bandage à pelote concave.

« La tumeur est nécessairement herniaire ; je ne crois ni à une agglomération graisseuse, dont les lobes seraient appréciables, ni à une hypertrophie ganglionnaire, dont elle n'offre pas la dureté ; je n'ai senti aucune pulsation, et une varice de ce volume présenterait d'autres caractères que je n'ai pas autorité à vous signaler ; rien dans les antécédents ne peut faire songer à un abcès froid. La tumeur est d'ailleurs trop rénitente.

« Je crois donc qu'il ne nous reste qu'une chose à faire, c'est d'examiner cette tumeur ensemble, demain matin. »

M. le docteur Caffe m'assigna rendez-vous pour le lendemain à neuf heures et demie.

La malade était reposée, la peau de la cuisse, presque sèche et d'ailleurs indolore, nous permettait de nous livrer à un examen plus complet.

M. le docteur Caffe se mit donc à malaxer la tumeur, et après une ou deux minutes nous entendîmes manifestement, l'un et l'autre, un bruit de gargouillement qui ne nous laissa aucun doute sur la présence dans la tumeur d'une anse intestinale ; on en réduisit une partie, sans parvenir toutefois à une réduction complète.

Le rendez-vous pris pour le lendemain fut remis à une époque plus éloignée, à cause de l'apparition des règles.

Le repos fut ordonné.

Le 7 septembre, nous revîmes cette dame, nous obtînmes facilement et sans douleur la réduction complète de la hernie, qui fut parfaitement contenue à l'aide d'un bandage crural approprié, comme l'on dit généralement.

Ce fut alors que madame M... nous présenta l'ordonnance suivante, écrite et signée par un professeur de clinique chirurgicale de Paris :

1° Kyste séreux, hématique ou purulent ;

2° Vider le dépôt et y injecter de l'eau iodée, ou essayer :

3° Nouveau vésicatoire volant tous les mois ;

4° Frictions deux fois le jour, une semaine avec l'onguent napolitain, l'autre semaine avec la pommade à l'iodure de plomb.

31 août 1865.

Pour parfaire cette observation, il ne reste qu'à en tracer l'historique.

Madame M..., confectionneuse à Saint-Quentin, d'un tempérament presque lymphatique, à chair blanche et peu résistante, était, le 1er septembre dernier, âgée de quarante-six ans ; mère de six enfants, elle était accouchée, pour la dernière fois, quatorze ans auparavant.

Depuis dix-huit mois seulement elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur à la cuisse gauche, de la grosseur d'une noisette d'abord, d'un gros œuf aujourd'hui, située au-dessous de l'arcade crurale ; elle avait d'abord gêné la marche, qui avait fini par devenir douloureuse. Les selles difficiles jadis, avaient été suivies de constipation, lorsque le volume de la hernie a augmenté.

Ce fut parce qu'elle souffrait pendant la marche que madame M... a réclamé les secours de l'art.

Le traitement a consisté en pommades résolutives variées ; vésicatoire, puis emplâtre de *Vigo cum mercurio*. Ce dernier moyen amena un peu de diminution.

M. X., docteur à Saint-Quentin, a diagnostiqué un kyste et proposé la ponction.

M. le docteur Fenin (de Cambray), médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, a diagnostiqué une hernie.

Sans insister sur la valeur de cette observation, nous voulons faire observer que l'erreur de diagnostic et la ponction iodée qui en était la suite, exposaient la malade aux conséquences les plus graves.

OPÉRATION D'OVARIOTOMIE,

par M. le docteur E. Koeberlé.

Obs. XXI. — *Ovariotomie pratiquée le 26 octobre 1865. — Guérison.*

Mlle de ***, de Meiningen (Saxe), âgée de 22 ans, était affectée d'un kyste de l'ovaire depuis deux ans environ, lorsqu'elle fut ponctionnée pour la première fois par M. V. Scanzoni. Le kyste, qui paraissait alors être uniloculaire, fournit environ 4 litres de sérosité très-fluide et incolore. On reconnut que le kyste était multiloculaire. Une deuxième ponction fut pratiquée 8 mois après sur les instances de la malade. A peine avait-on extrait un demi-litre de sérosité jaunâtre, que l'écoulement du liquide s'arrêta brusquement. M. V. Scanzoni introduisit une sonde dans la canule, qui donna presque aussitôt passage à un gros jet de sang pur. La malade pâlit; le pouls devint filiforme; il survint des convulsions. Le trocart fut retiré. On appliqua de la glace sur le ventre. La malade se remit au bout de quelques heures, son pouls se releva, et quelques jours après elle était complétement rétablie. Mlle de *** désirait être débarassée de sa tumeur; elle me fut adressée par M. V. Scanzoni. Sa santé était excellente. Le kyste paraissait provenir de l'ovaire gauche; il n'avait pas contracté d'adhérence avec la paroi abdominale. L'ovariotomie eut lieu le 26 octobre 1865, 4 mois après la deuxième ponction, en présence de MM. Topaz (de Moscou), E. Lauth et Rumbach. Incision de dix centimètres. La tumeur mise à nu était libre d'adhérences; elle était sillonnée par des vaisseaux d'un très-gros calibre, quelques-uns de la grosseur du petit doigt. La trompe croisait obliquement de gauche à droite, la ligne médiane, par suite d'un mouvement de rotation égal à une demi-circonférence que la tumeur avait exécuté. Une première ponction fournit environ 3 litres d'un liquide, limpide comme de l'eau et très-peu albumineux. Extraction partielle du kyste. Ponction d'une nouvelle poche contenant environ 2 litres de liquide également limpide, mais d'une couleur jaunâtre. Extraction du reste de la tumeur, qui renfermait encore un petit kyste qui demeura intact. Le pédicule était très-long, il fut serré et fixé au dehors à l'aide de mon constricteur, dans l'angle inférieur de la plaie. Nettoyage de la cavité pelvienne. L'ovaire droit était parfaitement sain. La perte du sang provenant des parois abdominales où il a fallu placer 4 ligatures sur des artérioles, peut être évaluée à 40 grammes. L'opération a duré trois quarts d'heure. Les parois du kyste étaient très-minces. Lors de la deuxième ponction qui avait été suivie d'hémorrhagie, le trocart avait traversé une veine très-volumineuse. Aucune douleur n'a été ressentie après l'opération. Quelques vomissements chloroformiques ont eu lieu pendant 3 jours. Du 3e au 4e jour, il se forma une petite collection purulente sur le trajet de l'incision. Le pouls s'éleva à 105 pulsations. Aussitôt après avoir donné issue au pus, le pouls tomba à 90 pulsations. En raison de la formation de cet abcès et du peu de laxité des parois abdominales, j'ai différé l'extraction des fils de fer des points de suture profonde jusqu'au 6e jour. Les trajets de ces fils ont suppuré pendant quelques jours. Du reste, l'état général de Mlle de *** n'a cessé d'être excellent, et, depuis l'opération il n'est survenu aucun symptôme défavorable. La cicatrice est linéaire. La menstruation n'a subi aucune irrégularité, et la guérison a été complète le 20e jour.

Remarques. — La tumeur était très-petite, du poids de 5 kilogrammes environ. Les indications pour opérer dans ces conditions ne sont pas, en général, pressantes. Quoique les chances de guérison soient les plus nombreuses, presque certaines lorsque le cas est simple et que la santé, du reste, est bonne, néanmoins, il convient le plus souvent de retarder l'opération jusqu'à ce que la tumeur ait acquis un poids de 8, 10, 15 kilogrammes, parce qu'on éprouve moins de difficulés opératoires si les parois abdominales ont été distendues. La cicatrice est relativement moins longue et l'on est obligé de maintenir les points de suture moins longtemps. J'ai éprouvé les mêmes difficultés dans un autre cas (Obs. XI) où la tumeur ne pesait que 3 kilogrammes et demi. Ce cas, du reste, a également été suivi de guérison, quoique la tumeur eût déjà contracté avec le gros intestin des adhérences intimes qui qui nécessitèrent deux ligatures profondes et une dissection très-longue. Lorsqu'on laisse les points de suture trop longtemps et qu'ils subissent une traction, le fil produit une irritation et une mortification des parties voisines, quelle que soit la matière dont il est composé.

Avant l'opération, l'examen stéthoscopique m'avait fait percevoir un bruit de souffle sur le trajet des gros vaisseaux ovariques le long de la trompe, justement à l'endroit où le kyste avait été ponctionné la deuxième fois par M. V. Scanzoni. Lorsqu'on veut ponctionner un kyste, il est bon d'ausculter préalablement l'endroit où l'on doit plonger le trocart, afin d'éviter autant que possible la blessure d'un gros vaisseau. Les veines et les vaisseaux lymphatiques des tumeurs ovariques sont parfois très-gonflés, variqueux, par suite de la gêne de la circulation dans le pédicule, soit par compression, soit par torsion.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Des rapports envoyés par MM. les docteurs Nier (de Privas) et Michel (de Chaumont), sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans les communes de Chemerai (Ardèche) et de Poulangy (Haute-Marne).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite ne comprend que les deux pièces suivantes :

1° Une note en italien, de M. le professeur Tigri, sur la cause spécifique de la diphthérie. (Renvoyé à M. Cerise.)

2° Un pli cacheté, adressé par M. le docteur Lanne. (Le dépôt est accepté.)

M. Boudet, à l'occasion du procès-verbal, communique à l'Académie une lettre qu'il a reçue de la préfecture du Cantal, en réponse aux questions qu'il avait adressées concernant la mortalité des nourrissons. Il résulte de ce document que le service des enfants assistés, tel qu'il est organisé dans le Cantal, ne ressemble en rien à celui de Paris. On s'y applique par tous les moyens à écarter les enfants de l'hospice. C'est à cette mesure, à la suppression des tours, au placement des enfants chez des nourrices de la campagne, et surtout aux secours accordés aux filles-mères pour les encourager à garder et à allaiter leurs enfants, que l'auteur de ce document attribue en grande partie la diminution considérable de la mortalité des petits enfants dans ce département. Alors, dit-il, que plus de la moitié des enfants confiés aux hospices meurt avant l'âge de douze ans, les deux tiers des enfants élevés dans leur famille atteignent à plus de vingt ans.

M. Boudet saisit cette occasion pour présenter quelques observations au sujet de quelques-unes des propositions énoncées dans le discours de M. Devergie. D'après M. Devergie, le lait des nourrices changerait de qualité avec l'âge. Cette assertion est inexacte. Les données de la science démontrent, au contraire, que la composition et les qualités du lait restent les mêmes au bout d'un an et même au bout de dix-huit mois; de sorte que le prétendu danger qu'il y aurait à donner à un enfant nouveau-né un lait d'un an, par exemple, n'a rien de fondé.

M. Boudet signale une autre erreur; c'est le prétendu renouvellement du lait de la nourrice lorsqu'elle change de nourrisson. C'est là un préjugé également dénué de tout fondement.

M. le Président rend compte à l'Académie des réceptions officielles qui ont eu lieu, à l'occasion du premier jour de l'an, au palais des Tuileries.

Sur l'invitation de M. le président, M. Ricord, vice-président, rend compte de la visite faite par le bureau à M. le ministre de l'instruction publique. M. le ministre a exprimé les sentiments de la sympathie la plus vive pour l'Académie et montré la sollicitude la plus grande pour ses intérêts. Son Exc. a annoncé que la question du nouveau local destiné à la savante compagnie faisait l'objet des préoccupations les plus constantes du gouvernement, et que l'Empereur lui-même avait donné des ordres pour que la construction projetée fût mise à exécution dans le plus bref délai.

M. Tardieu, président, en prenant possession du fauteuil, s'exprime en ces termes :

Messieurs,

L'honneur inattendu que j'ai reçu de vous, lorsqu'il y a un an, et avant que j'aie pu m'en rendre digne, vos suffrages m'ont appelé à la présidence de notre Compagnie, m'apparaît aujourd'hui comme un grand et difficile devoir.

J'ai eu pour prédécesseurs, à cette place, des savants éminents, d'illustres orateurs, les plus grands noms de l'Académie. J'y succède à un confrère aimé de tous, qui, par la finesse de son esprit, par la mansuétude et le charme de son caractère, par son zèle infatigable, laissera, après deux années passées dans ce fauteuil, un souvenir véritablement exceptionnel de sa double présidence.

Je vous apporte, messieurs, avec le ferme désir de suivre et d'imiter ces modèles, un attachement profond à vos traditions de science et de travail, le sentiment jaloux de votre indépendance et de votre dignité et un dévouement sans bornes à vos intérêts et à votre grandeur.

L'année qui vient de s'écouler a fait, au sein de l'Académie, des vides plus nombreux que jamais et singulièrement douloureux.

Bailly, Baffos, Chailly, Gibert, Mêlier, Michon, Rostan, ont été successivement enlevés à votre estime et à votre affection : les uns après une longue vie d'honneur; les autres, au terme trop vite atteint d'une carrière parcourue avec éclat; tous, ayant bien mérité de la science et de l'humanité.

Les places qu'ils ont laissées dans nos rangs ne sont pas encore toutes occupées.

Ils sont rares et de bien courte durée les jours où nous pouvons compter nos sections au complet. Mais déjà d'heureux choix ont comblé quelques vides.

MM. Richet, Broca, Follin, l'élite de la jeune chirurgie, M. Barthez, l'excellent clinicien, l'historien classique de la pathologie de l'enfance, en prenant séance au milieu de nous, nous consolent en partie de nos pertes.

L'Académie aura à cœur de hâter le plus possible les élections qui restent encore à faire. Et il est doux à votre président d'user pour la première fois de l'autorité que vous lui avez confiée pour stimuler le zèle des sections au sein desquelles existent des vacances, et inviter celles de médecine opératoire, de thérapeutique et de pathologie médicale à ne pas différer les présentations qui permettront à l'Académie de s'attacher cinq nouveaux membres qui lui manquent encore.

L'Académie, en effet, n'a pas trop de toutes ses forces vives pour la grande tâche qui lui est dévolue, dans l'intérêt du libre développement et du progrès des sciences médicales.

Elle a une mission d'utilité publique, à laquelle, en ce temps plus que jamais, elle voudra rester fidèle. L'intervention de la médecine, c'est-à-dire de la science de l'homme, dans les questions sociales et économiques est comprise aujourd'hui par tous les esprits élevés et, ce qu'il convient de dire bien haut à l'honneur de notre pays, acceptée sans difficulté par les pouvoirs publics.

L'Académie, qui doit être et qui est la représentation la plus complète et la plus haute de la science médicale, en même temps qu'elle en est l'organe officiel, ne doit pas craindre de faire entendre sa voix et d'exercer sa légitime influence dans tous les cas où sont en jeu les problèmes incessamment agités de nos jours, touchant la santé des hommes et l'existence même des peuples.

Je ne parle pas seulement ici des attributions spéciales et fort importantes, sans doute, qui, à l'origine, ont pu servir de prétexte à la fondation de l'Académie, et que lui continue avec tant d'avantages la confiance de l'administration. J'ai des visées plus hautes, et je me persuade que l'Académie peut plus encore pour l'avancement des sciences qui ont l'humanité pour objet, et pour l'amélioration des conditions physiques et morales des sociétés modernes.

En ce moment même, la discussion qui se produit dans son sein et qui, quoique un peu lente dans sa marche, n'en conserve pas moins une importance capitale et un immense intérêt, atteste mieux que mes paroles la nature et la grandeur des services que l'Académie peut rendre dans cette voie. Je me félicite, pour ma part, d'avoir, pour mes débuts, à diriger la fin des débats relatifs à la mortalité des enfants nouveau-nés et à soumettre aux délibérations de la Compagnie des conclusions dignes d'elle et de la gravité d'un sujet qui préoccupe à la fois l'opinion et le gouvernement lui-même.

Ce devoir d'éclairer l'État sur toutes les questions qui intéressent la santé publique n'est pas le seul que vous ayez à remplir, messieurs. L'Académie en a d'autres envers l'art et envers la science. Notre honorable et vigilant secrétaire perpétuel nous le rappelait, il y a quelques jours à peine, avec le talent de bien dire qui le distingue, les Académies n'inventent ni n'enseignent; mais, ce qui n'est pas moins utile ni difficile, elles examinent, elles discutent, elles sanctionnent. Ce devoir envers la science et l'art devient chaque jour plus impérieux pour nous. c'est, permettez-moi de le dire, l'indication actuelle et vitale; et cette question des rapports de l'art et de la science agite et passionne en ce moment même les esprits.

Les uns craignent que la science ne soit sacrifiée à l'art; d'autres, que l'art ne soit délaissé par la science. Au lieu d'opposer stérilement l'une à l'autre ces deux forces, aussi inséparables dans la médecine que l'intelligence et le sentiment dans l'homme, il y aurait plus de grandeur et de profit à s'appliquer à les unir dans un rapprochement fécond.

Rien, et il faut s'en réjouir, n'arrêtera l'essor de la science moderne, et l'imprudent qui voudrait le ralentir serait renversé sur la voie et laissé en arrière. Rien non plus n'empêchera l'art, quelque besoin qu'il ait des lumières de la science, de pénétrer dans les choses autrement, mais plus avant qu'elle par cette sorte d'intuition que développe incessamment l'expérience. Et le savant qui voudrait, au lit du malade, renoncer à ce coup d'œil d'ensemble, à ces raisons d'agir indémontrables, que tout praticien digne de ce nom doit posséder à un certain degré et qui à leur plus haute puissance font le médecin de génie, celui-là se condamnerait à une pratique fausse, embarrassée, impossible.

Pourquoi donc cette lutte sourde mais vivace entre les cliniciens et les savants? cette opposition entre deux principes qui ne peuvent ni s'exclure ni se nuire? N'est-ce pas, messieurs, qu'à notre époque d'impatience hâtive, de précipitation affairée, de dépense de soi au dehors, on expérimente et l'on agit plus qu'on ne réfléchit, beaucoup plus qu'on ne s'arrête à penser. Le clinicien pense-t-il assez au lit du malade? Le savant pense-t-il assez dans son laboratoire? Il est permis d'en douter. Un peu plus de philosophie, c'est-à-dire après tout un peu plus de méditation, unirait et confondrait dans la plus heureuse alliance ce qui paraît opposé.

Heureusement pour nous, messieurs, une Académie n'a pas de système; elle laisse cette prétention aux écoles. Dans une assemblée comme la nôtre il se forme de la diversité et du choc des opinions une raison moyenne qui est la sagesse scientifique du moment et le point de départ de progrès nouveaux; car la science est infinie comme la nature.

Applaudissons-nous donc de la mission de justice scientifique qui nous est dévolue. Examinons, discutons, mais surtout méditons, afin de ne laisser entrer dans le courant sans cesse renouvelé de la science et de la pratique médicales que des faits sévèrement contrôlés, que des idées mûres et vraies.

L'année qui commence sera entre toutes laborieuse et féconde. A tous les degrés, dans toutes les directions, sous toutes les formes, les prodiges de l'activité humaine viendront resplendir dans une exposition qui dépassera tout ce qu'on a vu jusqu'à ce jour. La science, la nôtre surtout, ne peut rester indifférente à ce grand spectacle. En même temps un Congrès médical international appellera à Paris, de tous les points du monde, les savants empressés de mettre en commun leurs travaux et leurs lumières dans une vue élevée de confraternité et de dévouement. L'Académie impériale de médecine, qui comptera parmi eux le plus grand nombre de ses correspondants et de ses associés étrangers et nationaux, sera heureuse de leur offrir l'hospitalité de ses modestes mais utiles assises. Elle tiendra à l'honneur de leur montrer par un redoublement de zèle, par le nombre et l'importance de ses travaux, par le sérieux intérêt de ses séances, par la libéralité de son accueil, qu'elle est bien véritablement en France le centre des mouvements, l'inspirateur et l'arbitre du progrès des sciences médicales.

L'Académie ne me pardonnerait pas, et je serais infidèle à mon premier sentiment, si je ne lui proposais de traduire par un vote de remercîments, sa gratitude envers les membres qui sortent du bureau et du conseil d'administration : M. le président Bouchardat, MM. Huguier et Huzard. dont chacun de nous aimera à reconnaître l'attachement et les services rendus à l'Académie. (Applaudissements unanimes et prolongés).

LECTURE.

Emploi de la force en obstétrique. — M. Joulin, professeur agrégé, lit, sur l'emploi de la force en obstétrique, un mémoire dont voici les conclusions :

Le problème de l'application de la force artificielle mécanique à la terminaison du travail est beaucoup plus complexe qu'on ne saurait le croire au premier abord. Il a pour base un certain nombre de questions qu'il faut examiner séparément; sans cela, la méthode ne pourrait être rigoureusement appréciée.

Je signalerai ici les principaux résultats de mes expériences et de mon observation :

1° En déployant une force énorme et qui doit naturellement être bannie de la pratique, on peut obtenir jusqu'à 5 centimètres de réduction dans les diamètres de la tête fœtale. Pendant l'accouchement, cette réduction ne peut guère être portée au delà de 15 millimètres, sans faire courir à l'enfant des chances de mort presque certaine. Lorsque la tête subit une réduction de ses diamètres horizontaux, le diamètre vertical s'allonge d'une manière proportionnelle.

2° La réduction de 15 millimètres s'obtient avec l'*aide-forceps*, pendant le travail, au moyen d'une force qui varie entre 35 ou 60 kilogrammes. La perforation du crâne permet d'augmenter cette

réductibilité dans des proportions notables, lorsqu'elle est insuffisante pour que la tête franchisse le rétrécissement.

3° Le diamètre bipariétal du fœtus mesure, en moyenne, 9 centimètres ; les appareils à traction peuvent donc amener un enfant vivant dans les rétrécissements de 75 millimètres, avec un développement de forces inférieur à 60 kilogrammes. Dans l'application manuelle du forceps, ce résultat ne peut être obtenu que par les tractions à deux représentant une force de 120 kilogrammes.

4° L'effort musculaire dans les tractions manuelles donne très-passagèrement son maximum d'action. Il est constitué par une série de secousses rapides dont la puissance varie, en deux minutes, entre 20 et 60 kilogrammes. Les tractions mécaniques sont toutes progressives, soutenues et réglées par le dynamomètre. Leur maximum d'action ne se manifeste qu'à la fin de l'opération, et après qu'une force moindre a disposé les parties maternelles et fœtales à se mouler réciproquement.

5° Le danger réside dans les compressions. L'*aide-forceps*, en nécessitant une force beaucoup moindre pour accomplir un travail égal, diminue les compressions et, par cela même, la somme des dangers.

6° J'ai réuni 253 cas de céphalotripsie, représentant 506 existences, en tenant compte de la vie de la mère et de celle de l'enfant, la mortalité générale s'élève à 65 pour 100. J'ai, d'un autre côté, rassemblé 37 observations qui ont nécessité l'emploi de forces énergiques manuelles ou mécaniques. Dans ces faits, 74 existences étaient en jeu, et la mortalité générale ne s'est élevée qu'à 43,2 pour 100. Ce résultat donne une différence de 21,8 pour 100 en faveur des tractions énergiques.

PRÉSENTATION.

M. AUZIAS-TURENNE met sous les yeux de l'Académie la langue d'un chien qui présente une lysse ou vésicule rabique, intacte, et des mieux caractérisées.

Cette lysse siége au côté droit de la base de l'organe.

Elle a le volume, la forme, le relief et la couleur d'un gros grain de millet.

On constate, à l'œil nu et surtout à la loupe, que c'est une petite collection de pus retenu par l'épithélium soulevé.

On n'y aperçoit aucune trace de goulot folliculaire.

Les parties ambiantes jouissent de l'intégrité la plus parfaite, et ont l'aspect physiologique ordinaire.

Il est évident, d'après cet échantillon, que les lysses doivent se rompre aisément, et qu'il n'est guère possible d'en rencontrer autre chose que des vestiges à la suite d'un accès de rage.

Aussi l'animal dont M. Auzias soumet l'organe à l'Académie, a-t-il été sacrifié pendant la période d'incubation de la maladie.

M. Auzias-Turenne exposera dans un moment plus favorable le complément et les conséquences de cette communication. Il fera scrupuleusement, et à tête reposée, la part de chacun de MM. les médecins vétérinaires qui lui ont prêté leurs lumières et leur concours dans la constatation des lysses.

M. COLIN, après avoir examiné la pièce présentée à l'Académie, exprime l'opinion que ce que M. Auzias-Turenne indique comme étant des lysses, pourrait bien n'être que des glandules salivaires hypertrophiées. Il a eu très-souvent l'occasion de pratiquer des autopsies de chiens enragés, et il n'a jamais pu découvrir les lysses décrites par Marochetti.

M. AUZIAS-TURENNE répond qu'il a examiné ces vésicules avec un grand soin, et qu'il n'y a point vu de canalicules.

M. LEBLANC. Les lysses ne constituent point un caractère pathognomonique de la rage. On a vu des chiens enragés qui ne présentaient point de lysses, et l'on a vu des lysses chez des chiens qui n'étaient point enragés.

M. LE PRÉSIDENT propose de renvoyer la communication à l'examen d'une commission composée de MM. Bouley, Leblanc et Colin.

L'ordre du jour appellerait la suite de la discussion sur la mortalité des enfants en nourrice; mais, vu le petit nombre de membres présents, M. le Président propose de renvoyer la discussion à la séance prochaine. La parole sera réservée à M. Broca.

La séance est levée à quatre heures et quart.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Gallard, au sujet des mutations qui viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux, la lettre suivante que nous nous empressons, conformément à ses désirs, de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Monsieur le rédacteur en chef,

La nouvelle des mutations survenues dans le personnel des hôpitaux, que vous avez publiée, n'est pas parfaitement exacte, et je vous serai très-reconnaissant si vous voulez bien la rectifier.

Je ne suis pas passé de la Pitié à l'hôpital Lariboisière comme l'ont fait mes collègues qui sont passés d'un hôpital moins avantageux à un autre, se trouvant être plus à leur convenance; au contraire, on m'a déplacé malgré moi pour introduire à la Pitié l'une des deux chaires de clinique médicale qui était à l'Hôtel-Dieu. Il eût été équitable de me donner, à titre de compensation, le service laissé libre à l'Hôtel-Dieu par le professeur en faveur duquel on m'a exproprié; mais il en a été décidé autrement, et, en attendant que les circonstances me permettent de reprendre à la Pitié la place que j'y ai légitimement acquise, et qui m'appartient toujours, on m'a, *provisoirement*, chargé d'un service à l'hôpital Lariboisière.

Veuillez agréer M. le rédacteur etc.

Paris, le 1er janvier 1867.

T. GALLARD,
Médecin de la Pitié.

M. le docteur Castorani, professeur d'ophthalmologie à Naples, nous informe qu'après une étude de sept années du traitement des taches de la cornée, et un nombre considérable d'observations, il est arrivé à constater que le meilleur moyen de traitement de cette affection est l'usage en collyre de l'iodure de potassium dissous dans de très-hautes doses d'eau distillée. Les détails de mode d'administration seront indiqués dans un mémoire dont M. Castorani nous annonce la publication prochaine.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
pendant l'année 1866.

54. De l'emploi de la glace dans le traitement des accidents des suites de couches, par M. Victor Briand.

55. Quelques considérations sur le traitement des luxations anciennes, d'origine traumatique, par M. Aristides de Labastida.

56. Antagonisme de l'opium et de la belladone, par M. Alfred Raynaud.

57. Étude sur les paralysies symptomatiques des lésions du nerf facial, par M. Jules Parizot.

58. Étiologie et traitement de la pellagre, par M. Léon Laurent.

59. Remarques sur une épidémie de gangrène de l'ombilic, par M. Henri Bergeron.

60. Des rétrécissements organiques de l'urèthre, par M. Léon Dutrieux.

61. Quelques considérations sur la dyspepsie stomacale, envisagée surtout au point de vue des sympathies qu'elle détermine, par M. F. G. Édouard Nave.

62. Sur la dyspepsie, par M. Ad. Testevuide.

63. Des vibrations thoraciques comme élément de diagnostic dans les affections de poitrine, par M. Aurèle Petrucci.

64. Recherches sur la pneumonie des vieillards. (Pneumonie lobaire aiguë), par M. Georges Bergeron.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 décembre 1866, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de 1re classe.

MM. les médecins-majors de 2e classe : Ancienneté, M. Pelin ; choix, M. Bessières ; ancienneté, M. Fauchon ; choix, M. Fleury ; ancienneté, M. Massy ; choix, M. Didelot ; ancienneté, M. Coste ; choix, M. Paulet.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe.

Ancienneté, M. Danyaud, pharmacien-major de 2e classe.

— Par décret du 27 décembre, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de 2e classe.

MM. les médecins aide-majors de 1re classe : Ancienneté (1er tour), M. Lafforgue ; ancienneté (2e tour), M. Combes ; choix, M. Judée ; ancienneté (1er tour), M. Bonnaud ; ancienneté (2e tour), M. Vizerie ; choix, M. Frilley ; ancienneté (1er tour), M. Waeterloot ; ancienneté (2e tour), M. Teinturier ; choix, M. Vallin.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe.

Ancienneté, M. Aveline, pharmacien aide-major de 1re classe.

— Par décision impériale du 31 décembre 1866, M. Morache, médecin-major de 2e classe, a été appelé à un emploi vacant de son grade au régiment de lanciers de la Garde impériale.

— M. le docteur Félix Rochard, médecin des prisons de la Seine, vient de recevoir la décoration de l'ordre civil de Saint-Grégoire-le-Grand.

— Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de notre ami et collaborateur M. le docteur Triquet, décédé à Pau, à l'âge de quarante-trois ans.

Nos lecteurs ont été bien souvent à même d'apprécier les travaux distingués de notre confrère. La science des maladies de l'oreille fait en lui une perte des plus sensibles.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 4. — JEUDI 10 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 10 JANVIER 1867. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JANVIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la mortalité des nourrissons a été reprise hier, avec une sorte d'éclat, par l'intervention de l'un des plus nouveaux et des plus jeunes membres de l'Académie, M. Broca, qui a fait hier son début oratoire. Le discours de M. Broca, plein de faits et de chiffres, ne saurait être reproduit ni être suffisamment apprécié de simple souvenir. Nous y reviendrons.

M. Blot a présenté ensuite un rapide résumé des documents récemment parvenus à l'Académie sur la question, et formulé les propositions qu'il soumet à la délibération de l'Académie. On trouvera ces propositions au compte rendu de la séance.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. EMPIS.

De la statistique du service d'accouchements de l'hôpital de la Pitié, et des mesures hygiéniques instituées dans cet hôpital contre la fièvre puerpérale[1].

1° De la ventilation de la salle et de son nettoyage.

La question d'aération de la salle me paraît de première importance, car partant de cette hypothèse que la fièvre puerpérale est une affection infectieuse à la manière du typhus des camps et qu'elle peut spontanément se développer dans les salles, sous l'influence de la réunion de plusieurs femmes en couches, il en résulte une première indication qui est de mobiliser et de renouveler incessamment l'air dans lequel se trouve nécessairement suspendu soit à l'état de poussière, soit à l'état de vapeur, le support matériel des ferments infectieux.

Or, ce n'est point à l'aide d'appareils de ventilation si simples ou si compliqués qu'on puisse les imaginer, qu'il convient d'aérer une salle d'accouchements. C'est par l'aération directe au moyen de fenêtres largement ouvertes qu'il faut sans cesse entretenir le renouvellement de l'air.

Lorsque je suis arrivé à la Pitié, et que je me suis vu aux prises avec la fièvre puerpérale, ce n'est pas sans une certaine appréhension que je me suis décidé à instituer l'aération directe des salles sur une grande échelle. Imbu des préjugés dans lesquels la génération de médecins à laquelle j'appartiens a été élevée sur les dangers imaginaires de l'accès de l'air extérieur sur les femmes récemment accouchées, je craignais beaucoup de l'aération directe, sans être en mesure cependant de formuler catégoriquement mes craintes.

En effet, nos maîtres ne nous ont rien appris de positif sur les dangers de l'aération directe de la chambre d'une nouvelle accouchée. On nous a dit sans preuves et sans précision qu'il fallait se méfier d'ouvrir les fenêtres de la chambre d'une femme en couches, et qu'un léger refroidissement pouvait, dans les conditions puerpérales, avoir les plus graves conséquences. Mais quelles conséquences? Voulait-on parler d'un frisson, et, dans ce cas, n'a-t-on pas confondu l'effet initial de la maladie avec sa cause? Étaient-ce des complications aiguës du côté des voies respiratoires qu'il fallait se méfier; étaient-ce des rhumatismes, des névralgies, que sais-je? L'appréhension était vague, et manquait de précision. Je fus vivement encouragé à instituer l'aération directe dans mes salles par mon savant ami, le professeur Gosselin, qui dissipa mes appréhensions en me faisant connaître les excellents résultats que lui procurait, dans les salles de ses opérés, l'aération directe, et en m'assurant qu'il n'avait jamais observé d'inconvénient sérieux à ce mode si rationnel et si naturel de ventilation.

Ce fut donc de concert avec lui, et fort de son expérience, que j'instituai dans mes salles d'accouchements l'aération directe sur la plus grande échelle possible. Voici comment depuis quatre années elle a été constamment pratiquée.

Dès le matin, on ouvre largement toutes les fenêtres une première fois, pendant qu'on s'occupe à relever les rideaux et à préparer les brancards pour faire le lit des accouchées; puis au bout d'une demi-heure environ que durent ces préparatifs, et alors que l'air a été presque complétement renouvelé une première fois, on referme toutes les fenêtres et l'on s'occupe de la toilette des femmes en couches, de leur changement de linge, de leur lit, etc. Sitôt ce travail terminé, on ouvre largement une seconde fois la totalité des fenêtres de la salle et on la nettoie.

Pendant tout le reste de la journée et de la nuit deux, trois ou quatre fenêtres sont simultanément ouvertes, de manière que l'air extérieur circule incessamment dans toute la salle.

Or, je puis affirmer que depuis bientôt quatre années que ce système d'aération directe a été institué dans mes salles d'accouchements, je n'ai jamais observé aucun mauvais résultat du contact de l'air. Je n'ai jamais vu survenir chez mes accouchées ni rhume, ni bronchite, ni pneumonie, ni pleurésie, ni fluxion, ni névralgie, ni phlegmasia alba dolens, rien en un mot qui put faire douter un seul instant de l'innocuité de l'aération directe. Les craintes inspirées par ce mode de ventilation sont donc chimériques, et l'épreuve de quatre années qui en a été faite à la Pitié fera, j'espère, renoncer à toutes ces ventilations artificielles plus déplorables les unes que les autres, et toujours insuffisantes pour le but que l'on veut atteindre.

Un corollaire de la question d'aération est celle du chauffage de la salle, car s'il est très-important que l'air soit incessamment renouvelé, il est nécessaire aussi que la température soit toujours maintenue à un certain degré.

A l'hôpital de la Pitié, nos salles sont chauffées par de gros poêles de fonte qui donnent, selon la manière qu'on les alimente, ou une chaleur modérée ou une chaleur extrême, de telle sorte que, suivant la température de l'air extérieur, on peut maintenir celle de la salle à un degré assez uniforme avec plus ou moins de combustible.

Cet appareil de chauffage me paraît être préférable à tout autre avec le système de l'aération directe, car il est indispensable, par les grands froids, de pouvoir développer assez de chaleur pour maintenir l'uniformité de la température de la salle, et l'on ne pourrait parvenir à ce résultat ni avec des calorifères extérieurs qui seraient uniformément chauffés, ni avec des cheminées dans lesquelles la déperdition de chaleur est trop considérable. Il faut remarquer d'ailleurs que les partisans déclarés du chauffage par des cheminées avaient surtout en vue, en les conseillant, la ventilation qu'elles exercent; mais avec l'aération directe, elles deviennent, sous ce rapport, totalement inutiles.

La question du nettoyage des salles prend aujourd'hui une très-grande importance en raison des opinions qui ont été émises sur ce sujet avec plus ou moins de vivacité par divers écrivains.

On lit, par exemple, dans le travail si remarquable de mon savant collègue M. Lefort, sur les maternités, que dans presque toute l'Europe (excepté en France) on pratique journellement le lavage des parquets. En Allemagne, en Angleterre, en Hollande, en Belgique, le parquet est chaque matin lavé à l'éponge. « En France, à Paris du moins, ajoute M. Lefort[1], on semble « avoir horreur de l'eau, et l'on croit avoir fait de la propreté, « qu'on qualifie de propreté sèche, quand on a, au moyen « d'une brosse, fait voltiger la poussière dans toute la salle, « et qu'on a recouvert d'une nouvelle couche de cire les impuretés incrustées dans le parquet. La propreté humide est « la seule réelle, c'est la seule qui convienne à un hôpital « comme à une maternité. »

Je ne partage pas, je l'avoue, l'aversion de mon honorable collègue pour la propreté sèche. Elle me paraît préférable de beaucoup, à la propreté humide, comme il l'appelle; car la facilité et la rapidité de l'absorption sont en général, assez en rapport avec la solubilité des substances absorbables, et le miasme, quel qu'il soit, doit être au moins aussi perméable dans l'économie par les voies respiratoires, à l'état de vapeur qu'à l'état de poussière sèche; mais sur ce sujet, comme sur toutes les autres questions de l'hygiène des services d'accouchements, j'éloigne les affirmations qui ne sont basées que sur les raisonnements et j'envisage les faits. Eh bien! que prouvent-ils pour ou contre le lavage des parquets?

Ils prouvent que partout, en Allemagne, en Angleterre, en Hollande, en Belgique, où le lavage des parquets à l'éponge est

1. Voir les numéros des 20 et 25 décembre 1866, 8 janvier 1867.

1. *Loco citato*, p. 126.

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT LAIT,

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

I. — BUT ET EXPLICATION DU VOYAGE.

Lorsqu'en 1859, j'arrivais à Pougues en qualité de médecin inspecteur de ces eaux minérales, je trouvais un établissement presque dans l'enfance de l'art : un puits servant de buvette, dont la pierre de la margelle n'avait pas été renouvelée depuis Catherine de Médicis; un cabinet de douches à peine aéré et éclairé, empêtré au milieu de cabinets de bains, et pouvant, non sans efforts, contenir en même temps le doucheur et le patient; un casino, moins mal que le reste, où se regardaient sans rire les illustrations princières et ducales dont Pougues reçut la visite et gardait le souvenir, affreuses croûtes qui valaient bien vingt sous le tas.

Ce triste état des choses et cette insuffisance dans les moyens thérapeutiques tenaient les malades éloignés de Pougues, et par suite étouffaient cette station sous une atmosphère de monotonie, d'ennui et d'écœurement, contre laquelle il a fallu, pour réagir, dépenser beaucoup de temps et plus encore beaucoup d'argent.

Ce spectacle, on doit le comprendre, jeta en mon âme un profond découragement, et plusieurs fois je fus tenté d'abandonner une partie où toutes les chances semblaient contre moi; mais me rappelant mes luttes de la presse où je n'avais jamais eu d'autre soutien que ma conscience et d'autre récompense que l'honneur d'un devoir accompli, j'eus honte de déserter un poste que j'avais accepté, et je me mis courageusement à l'œuvre.

En étudiant le terrain sur lequel javais désormais à combattre, je m'aperçus bientôt que le triste état dans lequel se trouvait l'établissement de Pougues, tenait moins peut-être aux choses du tableau que j'ai tracé plus haut qu'au voisinage d'une station, qu'un puissant patronage avait mis à la mode et où la mode, aiguillonnée encore par une administration active et intelligente, attirait la foule.

Sans doute la margelle du puits pouvait être restaurée, un établissement de douches pouvait être construit, un casino plus ou moins somptueux pouvait être édifié et rempli par le bavardage de la comédie ou les accords d'un orchestre. C'était affaire d'argent, et la compagnie propriétaire des eaux de Pougues pouvait, avec de l'ordre et sans coup férir, surmonter ces obstacles.

Quoique toutes les deux alcalines, les eaux de Pougues et celles de Vichy se distinguent les unes des autres par une nuance capitale que tout médecin comprend et sait faire. Mais le public, celui-là même qui passe pour le plus éclairé, ne saisissant pas bien nos distinctions scientifiques, se contente d'un à peu près, et va où la vogue l'appelle, si son médecin lui prescrit l'usage des eaux alcalines, sans même songer à Pougues, dont le nom cependant se trouve sur l'ordonnance.

Que fallait-il donc faire contre ce terrible voisinage? le supprimer était impossible? Transplanter Pougues était un rêve; lutter dans les conditions présentes était insensé.

L'obstacle était-il donc insurmontable et fallait-il, courbant un front humilié, se résigner à un abaissement indéfini et à une annihilation éternelle?

Je ne le pensais pas.

D'abord et avant tout, puisque le germe en existait déjà chez nous, il importait de développer les pratiques hydrothérapiques et de les mettre en rapport avec l'action de notre eau minérale.

L'hydrothérapie, si conforme dans ses procédés variés avec l'action de l'eau minérale de Pougues, était donc un premier point de séparation entre les deux stations voisines, et il était indispensable de lui donner l'importance que lui assignait la stratégie.

Je n'eus de cesse que cette importance ne fût acquise; je plaidais la cause auprès de toutes les personnes influentes de la compagnie; j'adressais des rapports au directeur, au conseil de surveillance, et, en fin de compte, je fus assez heureux pour obtenir la construction d'un établissement complet d'hydrothérapie, je me trompe, d'une hydrothérapie auxiliaire des eaux minérales de Pougues.

Mes prévisions n'étaient point chimériques : le corps médical apprécia toute la portée de cette distinction et le public la comprit aussi. — Le chiffre de nos malades doubla, tripla même.

Ce n'était pas assez; il fallait creuser plus profondément encore le fossé de démarcation qu'il importait d'entretenir entre les deux stations voisines, tout en se maintenant, bien entendu, dans les conditions d'action des eaux minérales de Pougues.

La nature m'offrit elle-même ces moyens désirés.

Situé sur le versant occidental des dernières ramifications du Morvan, de ces montagnes à la fois granitiques et calcaires qui sont comme le trait d'union entre les Alpes et les montagnes de l'Auvergne, Pougues possède une bonne part de ces riches pâturages de la Nièvre, si connus des éleveurs de bestiaux, et en même temps des coteaux plantés de vignes dont les vins de Muneau et de Pouilly sont de brillantes manifestations.

Il y avait dans ces conditions de topographie et de productions, deux ressources précieuses dont les Suisses et les Allemands eussent depuis longtemps tiré parti.

On m'a compris déjà, je veux parler des cures de raisin et de petit-lait si en honneur de l'autre côté du Rhin.

Je proposais donc à la compagnie propriétaire des eaux de Pougues d'aller étudier sur place et d'établir ensuite cette double médication.

pratiqué chaque matin, les épidémies de fièvre puerpérale sévissent avec la même cruauté que dans les maternités françaises, où les parquets sont cirés, et que par conséquent, le lavage des parquets n'est pas une mesure qui mette à l'abri des épidémies que l'on cherche à empêcher.

Par contre, l'état sanitaire du service d'accouchements de l'hôpital de la Pitié pendant ces quatre dernières années, prouve qu'avec des parquets vigoureusement cirés, on peut se préserver des épidémies de fièvre puerpérale, à la condition que les mesures hygiéniques véritablement importantes seront scrupuleusement appliquées.

Je ferai à la proposition du blanchîment des murs à la chaux ou à la colle, tous les ans ou tous les six mois, un reproche analogue à celui que j'adressais tout à l'heure à celle du lavage des parquets; les faits ne prouvent nullement l'utilité de cette mesure, puisque partout où elle est appliquée en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, etc., elle n'empêche pas les épidémies, et puisque à la Pitié, où le blanchîment des murs des salles d'accouchements n'a pas eu lieu une seule fois, depuis que je dirige le service, on ne voit plus néanmoins d'épidémie de fièvre puerpérale.

Je suis d'avis qu'il faut, autant que possible, éviter de multiplier les mesures hygiéniques inutiles; on a déjà assez de peine à faire exécuter ce qui est véritablement nécessaire; il y a d'ailleurs des raisons sérieuses pour ne pas répéter le blanchîment des murs trop souvent; il ne faut point perdre de vue que pour blanchir les murs d'une salle, il faut l'évacuer et la fermer pendant un certain temps; que la fermer c'est favoriser l'encombrement de celles qui restent ouvertes, et que surtout ce point est capital, comme je le démontrerai tout à l'heure, c'est accroître momentanément le travail des filles de service, et par là leur faire négliger ce qui est le plus nécessaire pour prévenir les épidémies, c'est-à-dire les soins de propreté à donner aux femmes en couches. Arrêtons-nous sur ce sujet.

CHARITÉ DE LYON. — M. Laroyenne.

Arthrite chronique suppurée du coude. — Résection sous-périostée, avec conservation de la gaîne périostéo-capsulaire. — Reconstitution d'une articulation de type ginglymoïdal solide dans le sens latéral, et mobile dans le sens antéro-postérieur.

G... F.., âgé de trente-neuf ans, sabotier à Belleville (Rhône), entre le 30 octobre 1865 à l'hôpital, pour une arthrite chronique suppurée du coude du côté droit, dont il souffre depuis vingt-six ans. Il fit, en 1849, un séjour de six mois à l'Hôtel-Dieu. A partir de cette époque, l'articulation était devenue presque immobile; il pouvait pourtant par intervalle, reprendre ses travaux.

Nous constatons, à son arrivée, que la région du coude est sillonnée de dix à douze fistules, dont quelques-unes conduisent le stylet dans l'intérieur de l'article, sur les os dénudés. Les douleurs sont vives; elles irradient le long de l'avant-bras jusqu'au petit doigt, qui est engourdi et un peu fléchi.

Le 28 décembre, nous pratiquons la résection des extrémités articulaires, dont l'altération était trop avancée pour songer à un autre mode de traitement. Une incision sur le trajet du nerf cubital réunit les deux fistules les plus étendues; de son extrémité inférieure en part une seconde, qui va rejoindre une ouverture fistuleuse située sur l'olécrâne. Le nerf cubital est mis à découvert et maintenu écarté; les muscles et les parties fibreuses sont ménagés le plus possible, comme le conseille M. Ollier; on les détache de l'os, en laissant toutes ces parties se continuer entre elles; le tendon du triceps n'est pas coupé, on le laisse se continuer avec le périoste cubital. Le périoste sur l'humérus se décolle plus haut que nous ne le désirons, au-dessus du point où doit porter la section de cet os. Ce dernier est retranché dans une étendue de 3 à 4 centimètres, et les extrémités des deux os de l'avant-bras, dans une étendue de 3 centimètres, à compter de l'interligne articulaire, sans tenir compte de la saillie olécrânienne. Le membre est placé en position demi-fléchie dans un bandage amidonné, ouvert à la partie postérieure interne de l'article; cette ouverture est recouverte par une attelle en fil de fer flexible faisant corps avec le bandage, le consolidant en arrière et permettant le facile écoulement du pus au dehors, et les pansements de chaque jour.

Le lendemain de l'opération, le pouls est à 100; l'état général est satisfaisant et va de jour en jour en s'améliorant. Le même appareil est maintenu jusqu'au 10 mai (cinq mois et demi après l'opération), époque de la complète cicatrisation de la plaie.

Notre opéré est présenté, onze mois après son opération, à la Société des sciences médicales de Lyon, dans sa séance du 28 novembre, ainsi que les extrémités articulaires qui ont été retranchées. L'extrémité humérale est divisée en quatre fragments. Le cubitus et et le radius sont soudés ensemble; le tissu osseux offre les caractères de l'ostéite dure suppurée, et en quelques points ceux de la carie.

Le membre droit, que nous avons négligé de mesurer avant l'opération, est raccourci de 5 centimètres. L'olécrâne est reproduit; l'extrémité humérale est renflée; les mouvements de flexion et d'extension s'exécutent avec précision; l'extension est à peu près complète; la flexion atteint l'angle droit et le dépasse même de quelques degrés; absence de mouvements actifs ou passifs de latéralité, comme dans une articulation ginglymoïdale. La rotation de l'avant-bras est abolie, comme on devait s'y attendre après avoir constaté, comme nous l'avons mentionné, la soudure des deux os qui le constituent.

En comparant, à l'aide du dynamomètre, la force maxima déployée dans les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras par le membre sain et par le membre opéré, on constate une différence de 4 à 5 kilogrammes en faveur du premier; mais le membre droit, c'est-à-dire le membre qui a subi la résection, reprend sa supériorité, si on laisse à notre malade la faculté d'exercer les tractions, en s'aidant de toute sa puissance contractile. Il a repris, depuis six mois, les travaux de sa profession de sabotier, qu'il a pu exercer sans interruption jusqu'à ce jour.

Je ferai quelques réflexions au sujet de cette observation. D'abord, à l'âge où était le malade, je ne pouvais espérer qu'une régénération très-incomplète des parties enlevées; je signalerai cependant l'existence d'un olécrâne de nouvelle formation, point sur lequel on ne peut pas se tromper, à cause de la position superficielle de cette extrémité osseuse. Quant à l'humérus, il est terminé par un renflement s'articulant directement avec les os de l'avant-bras. Cet os n'a pas été reproduit dans sa longueur : les expériences de M. Ollier ont démontré du reste que, chez les adultes, il faut rechercher dans les résections articulaires la reconstitution de l'articulation, et non la reproduction de la longueur des os. J'aurais pu peut-être obtenir une flexion plus étendue, si l'état des parties molles m'eût permis d'imprimer plus tôt des mouvements au membre; mais elles étaient dans un tel état d'altération, que j'ai cru devoir le maintenir plusieurs mois dans un bandage inamovible.

HOPITAL DE GENÈVE. — Dr Piachaud.

Rétrécissement de l'urèthre chez une femme. — Uréthrotomie. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Devrient, interne du service.)

Rosalie V..., âgée de quarante ans, des environs de Modane (Haute-Savoie), marchande, entre à l'hôpital de Genève le 12 septembre 1866.

Elle est d'une constitution robuste, quoiqu'elle ait eu plusieurs maladies. A dix-huit ans elle fut prise d'une affection aiguë qui paraît avoir été une pleuro-pneumonie, traitée par les saignées et les purgatifs, elle fut guérie au bout de trois mois. Ce fut à cette époque que les règles apparurent pour la première fois. Mariée en 1849, elle s'aperçut, quinze jours après ses noces, d'une éruption pustuleuse, douloureuse, accompagnée d'un certain écoulement, et occupant toute la partie supérieure de la vulve, principalement les grandes et petites lèvres du côté droit; elle remarqua en même temps que les chemises de son mari étaient tachées. Ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'elle en parla à sa mère; celle-ci lui fit faire immédiatement des frictions sur les parties malades avec une pommade qui, d'après la cuisson qu'elle produisit, devait être assez fortement caustique. Au bout de quinze jours, pendant lesquels quatre frictions furent faites, la malade assure avoir été complétement guérie.

Plus tard, elle devint enceinte et accoucha, en 1851, d'un garçon, né à sept mois et demi, qui ne vécut qu'un jour et qui ne présenta aucune éruption spécifique. En 1853, elle accoucha une seconde fois à six mois et demi, d'une fille qui vécut trois jours; elle attribue cette fausse couche à une nouvelle pneumonie; cette enfant ne présenta pas non plus de symptômes de syphilis congénitale.

Depuis cette époque, notre malade ne se remit jamais complétement, se sentant faible et crachant parfois du sang; ces hémoptysies cessèrent au bout de quelques mois, mais elle s'aperçut qu'elle urinait plus souvent que d'habitude et qu'elle avait de la peine à retenir ses urines. En 1861, elle fut prise subitement d'une rétention complète des urines, qui céda à l'emploi de bains, de cataplasmes et à une application de sangsues. Cette rétention se représenta à peu près à chaque retour des règles; dans l'intervalle elle pouvait uriner, mais le jet était filiforme.

En 1865, elle eut une fièvre typhoïde qui n'amena aucun changement dans son état au point de vue des urines.

En 1866, au mois d'août, il y eut une notable aggravation, en ce sens que les rétentions d'urine apparurent tous les huit jours, en sorte que la malade prit le parti de venir à Genève réclamer les secours de la chirurgie.

L'état général est bon; nous ne constatons pas de signes de syphilis constitutionnelle; à la région inguinale droite, à quatre centimètres au-dessus du ligament de Poupart, il existe une cicatrice linéaire qui résulte, dit la malade, d'un abcès aigu survenu après la seconde couche. A l'examen des organes génitaux, nous remarquons la présence d'un tissu cicatriciel formant une plaque dure, fibreuse, blanchâtre, grande comme une pièce de cinq francs, occupant la partie supérieure de la vulve et principalement le côté droit. Le méat urinaire, placé au milieu de ce tissu induré, est déprimé et masqué par des végétations qui occupent son pourtour et une partie des petites lèvres; les végétations sont assez dures, rosées, irrégulières; deux d'entre elles sont réunies en manière de pont au devant du méat. En les écartant, nous constatons que l'orifice uréthral est très-étroit, et ce n'est qu'avec peine que nous pouvons y faire pénétrer une bougie d'un petit calibre. Une végétation molle et rougeâtre occupe la partie inférieure du méat.

La malade a souvent des envies d'uriner, mais la miction ne se fait qu'avec peine et par un jet filiforme.

Cet état de choses engage M. Piachaud à faire de suite une double opération.

Procéder au moyen de l'écraseur linéaire à l'ablation des deux végétations qui obstruent le méat, puis pratiquer l'uréthrotomie au moyen de l'uréthrotome à double lame de Maisonneuve. La bougie conductrice ayant pu pénétrer sans trop de peine, l'opération fut très simple, il ne s'écoula que fort peu de sang, et nous obtînmes immédiatement une dilatation suffisante pour introduire une sonde de grosseur moyenne qui fut laissée à demeure.

Les suites de l'opération ont été fort simples, deux fois la végétation qui occupait le méat a été cautérisée avec le nitrate d'argent; chaque jour la sonde était maintenue pendant quelques heures, et le 1er octobre, la malade a quitté l'hôpital, urinant d'une manière parfaitement normale.

SUR UN FAIT DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Dans un cas de choléra.

Note de M. P. Lorain présentée à l'Académie des sciences Par M. H. Sainte-Claire Deville.

Une série de recherches entreprises d'après la méthode expérimentale, sur la physiologie pathologique, m'a permis de traduire en chiffres, et de représenter sous forme de courbes quelques-uns des troubles fonctionnels qui surviennent dans l'organisme humain. Je détache de ce travail général, encore inédit, la présente note qui se rapporte à un fait spécial de thérapeutique expérimentale que j'ai eu l'occasion d'étudier dans mon service de cholériques, à l'hôpital Saint-Antoine.

La transfusion du sang a été pratiquée plusieurs fois, principalement en Allemagne, dans des cas de choléra. Les résultats de cette pratique n'ont pas toujours été heureux. On a proposé également d'injecter, dans les veines des cholériques, des liquides doués de propriétés chimiques actives, par exemple des liquides alcalins. Ces tentatives, fondées sur des théories chimiques insuffisamment justifiées, ne semblent pas avoir été suivies de succès. Je tentai une opération analogue, mais con-

---

Le principe d'installation à Pougues des cures de raisin et de petit-lait étant admis, je dus entrer dans tous les détails de la pratique tant pharmaceutique, si je puis ainsi dire, que médicale, de cette double médication et suppléer, par une étude sur place, à ce que ne disent ni l'ouvrage de M. Carrière ni quelques brochures que j'aurai occasion de mentionner.

Un long voyage était donc nécessaire; je m'y résolus.

Je ne pouvais l'entreprendre ni au printemps ni en été, à cause de Pougues; mais dès que mon dernier malade fut parti, je me mis en route, et je remercie le ciel du splendide soleil dont il a constamment favorisé mes voyages et mes excursions.

L'embarras commençait dès les premiers pas. Au delà du Rhin les établissements où se font les cures de petit-lait, les seules dont je m'occuperai aujourd'hui, sont excessivement nombreux; ne pouvant les visiter tous, on le comprend, je dus faire un choix.

Après force combinaisons je fixai mon itinéraire dont voici le programme :

J'allai directement en Suisse, au canton d'Appenzell dont la réputation brille au-dessus de celle de tous les autres sous le rapport de la médication séro-lactée; j'y visitai Weissbad, Gais et Gonthen; puis descendant le canton de Saint-Gall, je vis Rorschach et l'établissement de Horn, sur le lac de Constance.

Traversant le lac, j'entrai en Bavière par Lindau, m'arrêtant un jour à Munich; le lendemain je gagnai Salzbourg pour delà arriver à Ischl et, par la même occasion, visiter Aussée.

Descendant le Tyrol jusqu'à Innspruck, sa capitale actuelle, je montai à Egerdach dont le voisinage est si plein de souvenirs; puis reprenant ma route par le Brenner, j'atteignis Botzen et de là Méran, dont la réputation sanitaire s'étend au loin.

Je voulais aller en Styrie, de là à Vienne et revenir en France par la Franconie et le Taunus.

Je quittai donc le Tyrol allemand et, suivant les bords de l'Adige, je traversai Vérone, Padoue et Venise où j'eus le doux spectacle de l'enthousiasme d'un peuple rendu à l'indépendance et à la liberté.

De Venise je m'embarquai pour Trieste, et je ne tardai pas à me trouver en pleine Styrie, qui m'offrit à étudier les trois stations de Neuhaus, Gleichenberg et Tuffer.

J'atteignis enfin la capitale de l'Autriche, d'où je rayonnais sur Baden, Vöslau et Kierling.

Faisant alors une immense enjambée jusqu'en Franconie, la Suisse Saxonne, je visitais Streitberg, et je finis enfin mon pèlerinage à Schlangenbad, sur le versant méridional du Taunus, après avoir visité Wiesbaden et Hombourg.

Ce sont les notes prises en ce voyage que je soumets aujourd'hui à l'appréciation du public médical.

Ces notes portent principalement sur les pratiques particulières à chaque établissement; c'est une étude de détails qui doit avoir, si je ne m'abuse, un certain intérêt en France, tant nous ignorons, malgré le livre du docteur Carrière, la pratique et les résultats de la médication séro-lactée.

Cependant j'ai résumé dans une synthèse générale et cette pratique et ces résultats; rapprochant les unes des autres toutes les observations prises, je les ai comparées et pesées de façon à former un ensemble qui embrassât toutes les parties de la question dont je me fais aujourd'hui l'historiographe.

Mais avant toute chose, il importe de dire l'ancienneté de la médication séro-lactée, l'estime en laquelle elle est tenue par les médecins et les malades de l'autre côté du Rhin, et la théorie avec laquelle nos confrères allemands la veulent rattacher aux prétentions iotro-chimiques de la médecine moderne.

Félix Roubaud,

Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

---

que d'après des données différentes; je me proposai d'introduire une substance liquide dans la circulation d'un homme, pour opérer, non pas une action chimique, mais seulement une action mécanique, solliciter l'activité du cœur et ranimer peut-être la circulation prête à s'arrêter faute de liquide. En effet, le sang paraît ici faire défaut aux artères, le pouls est nul et le cœur semble battre à vide. Je me décidai donc à injecter de l'eau pure, suivant en cela l'exemple d'une opération analogue faite par un habile physiologiste, Magendie, dans un cas de rage.

Je fis d'abord l'essai de cette opération sur un lapin que je saignai et auquel j'injectai dans la veine crurale une assez grande quantité d'eau tiède. L'animal continua à vivre et ne parut pas incommodé. J'attendis, pour tenter l'opération sur l'homme, qu'on m'amenât un cholérique dont l'état parût désespéré. Le 29 septembre 1866, un homme vigoureux et bien constitué fut amené dans ma salle à l'hôpital Saint-Antoine. Il avait eu la veille douze selles riziformes et des vomissements. Le 29, à huit heures trente minutes du matin, il présentait tous les signes du choléra algide à la première période, qui est la plus périlleuse : crampes, refroidissement, cyanose généralisée, suppression complète de l'urine, voix éteinte, pouls nul, dyspnée excessive, prostration profonde. A ce moment, les mesures de la température et du poids, tant de l'homme tout entier que des *excreta*, nous donnaient les chiffres suivants :

Température de la bouche. . . .	32 degrés centigrades.
Température de l'aisselle	34 »
Température du rectum	37,6 »

Le poids de l'homme était de 71 kilogrammes. Le poids des matières rendues depuis une heure du matin était de 700 gr. Les urines étaient nulles. Le 29 au soir, à cinq heures trente minutes, l'état du malade avait empiré; il était tout à fait algide, incapable de se mouvoir ni de parler; ses pupilles dilatées ne se contractaient pas au voisinage d'une lumière; il était tout à fait insensible, et, lorsqu'on le porta sur le lit d'opération, il avait la souplesse et l'apparence d'un cadavre. Il n'eut pas la force de ramener vers le milieu du lit sa tête qui était pendante en dehors de l'oreiller; enfin il supporta sans en avoir conscience la dissection que je fis d'une veine sur son avant-bras; il ne retira pas son bras, et j'opérai comme sur un cadavre. Ayant mis à nu une veine superficielle, j'y introduisis un trocart dont la canule fut laissée en place et fixée dans la veine par une ligature; 400 grammes d'eau à 40 degrés centigrades furent injectés à l'aide d'une pompe en verre, aspirante et foulante, dont les orifices étaient munis de valvules ou soupapes disposées de façon à ne pas laisser pénétrer l'air dans l'instrument. L'opération fut faite sans difficulté; le cœur battit plus fort : tel fut le premier résultat constaté; le pouls ne devint pas encore sensible. Le second résultat constaté fut le suivant : la respiration devint plus ample et moins gênée; le troisième fut l'élévation de la température. Un thermomètre maintenu dans la bouche, marquait avant l'opération 26°,8, et après celle-ci, c'est-à-dire au bout de dix minutes, il monta et se maintint à 30 degrés. Enfin, aussitôt après l'opération, le malade dit, d'une voix faible, qu'il avait soif. A huit heures, il était endormi et respirait librement; sa peau était moite et se réchauffait. A onze heures, le thermomètre, qui n'avait accusé que 33°,8 dans l'aisselle au moment de l'opération, marquait 34°,8; le malade était agité et vomissait abondamment. Le 30 septembre au matin, il était assez fort pour se lever seul et se tenir assis sur une chaise; sa voix était moins faible; il ne souffrait plus. Les urines n'avaient pas encore reparu, et le pouls était insensible; le thermomètre marquait :

Dans la bouche.	35°,9
Dans l'aisselle	34 ,6
Dans le rectum.	37 ,8

Le poids du malade avait augmenté de 450 grammes, fait ordinaire, et qui s'explique parce qu'il buvait plus qu'il n'excrétait.

Le malade alla de mieux en mieux; le 2 octobre, il rendait 1 litre d'urine, sa température étant de :

Dans la bouche	36°,8
Dans l'aisselle.	36
Dans le rectum.	37 ,2

Le pouls donnait, au sphygmographe, un tracé régulier indiquant une tension forte et une impulsion normale. Nous ne transcrivons pas ici le détail des observations recueillies plusieurs fois par jour, d'après la méthode des tracés mécaniques et des courbes, qui seule donne des indications positives. Le malade passa par les diverses phases du choléra régulier et en voie de guérison; il devint, dans les délais voulus, polyurique, et accomplit la courbe normale du choléra type, ainsi que nous espérons le montrer dans un autre travail. Il quitta l'hôpital le 8 octobre en pleine convalescence. Le 17 octobre et le 2 novembre, il s'est de nouveau présenté à nous; sa guérison est définitive.

Nous ne rapportons ce fait qu'à titre de document pour servir à l'histoire de la physiologie pathologique du choléra. Je crois devoir ajouter que je n'ai entrepris cette opération qu'après avoir acquis la conviction, partagée par plusieurs médecins qui étaient présents, que ce malade offrait tous les signes d'une mort très-prochaine.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Électuaire de quinquina et de soufre dans la bronchite chronique.

On sait généralement que les meilleurs agents thérapeutiques dont nous disposons contre la bronchite, si grave chez les vieillards et les sujets affaiblis, sont les toniques amers, tels que le lichen, l'hysope, le polygala, le quinquina, les eaux sulfureuses, les balsamiques. Pour trouver un remède qui modifie à la fois la sécrétion morbide des bronches, facilite l'expectoration, régularise les fonctions digestives, agisse comme tonique général, et qui puisse être administré pendant un temps assez long sans fatiguer les malades, M. le docteur de Smet a combiné le quinquina et le soufre dans la préparation suivante.

S'il y a chez le malade prédisposition à la diarrhée, ce médecin prescrit :

Poudre de quinquina très-tenue. . . .	10 grammes.
Fleurs de soufre dépuré.	10 —
Sirop d'althéa, q. s. pour faire un électuaire.	

S'il n'y a pas tendance à la diarrhée, M. de Smet réduit la poudre de quinquina à 5 grammes. Le malade prend une cuillerée à café de cet électuaire le matin, une deuxième avant midi, une troisième dans l'après-dîner, et une quatrième le soir. La préparation est épuisée ordinairement en deux jours. On en continue l'emploi tant qu'il est nécessaire, c'est-à-dire quinze jours ou trois semaines en moyenne. Ce temps suffit pour apporter dans l'état des malades des modifications qu'attestent près de cinquante observations recueillies par l'auteur.

(*Annales de la Société de médecine de Gand.*)

Potion de Todd.

La potion de Todd a été récemment employée avec grand avantage par M. Bucquoy dans deux cas qui paraissaient très-graves.

La première fois, il s'agissait d'une femme de 28 ans entrée le 3 décembre à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 13, pour un érysipèle de la face. Le pouls était à 120, la dépression des forces considérable, le délire continu. L'érysipèle était d'une couleur livide, au lieu de présenter la franche rougeur inflammatoire. On prescrivit, d'abord pendant deux jours, l'extrait gommeux d'opium à la dose de 10 centigrammes; mais les symptômes ne s'amendaient pas.

C'est alors que M. Bucquoy eut recours à la potion de Todd, à 80 grammes (forte eau-de-vie, 80 grammes, eau, 80 grammes, sucre 50 grammes). Le délire disparut rapidement, la langue redevint humide de sèche qu'elle était, le pouls baissa, l'érysipèle reprit ses caractères normaux de rougeur et de gonflement, puis il se limita; et comme la malade allait beaucoup mieux, on esseya d'interrompre la potion de Todd; mais le délire reparut presque aussitôt, le pouls monta rapidement, la prostration devint de plus en plus grande, et l'on dut reprendre l'usage de la potion de Todd, qui de nouveau calma tous les accidents, et amena cette fois une franche convalescence.

Le second malade traité de cette manière fut un homme couché au n° 19 de la salle Saint-Charles, et entré le 17 pour une pneumonie alcoolique des deux côtés arrivée au troisième degré et compliquée d'accidents ataxiques des plus sérieux. Il fallut attacher le malade dans son lit. La potion de Todd à 120 grammes fit disparaître le délire en un seul jour, les lésions pulmonaires s'amendèrent rapidement, et le malade est aujourd'hui en convalescence.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

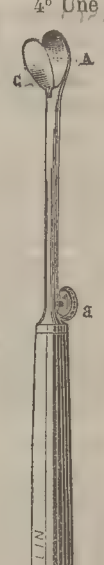
La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Delioux de Savignac qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Mignot (de Chantelle) sur la mortalité des nourrissons. (M. Blot, rapporteur);

3° Une lettre de M. le docteur Guiraud (de Gradignan) sur le traitement du mal de mer par le chloroforme à haute dose;

4° Une lettre de M. le docteur Lanne demandant l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a adressé dans la dernière séance. Ce pli contient la description suivante d'une curette pince pour l'extraction de la cataracte :



Cet instrument qui a été fabriqué par MM. Robert et Collin est composé : 1° d'une curette fixe A, ressemblant à celle de Critchett par les dimensions et la forme; 2° d'une seconde curette mobile C, que l'on fait mouvoir au moyen d'un bouton B.

Voici comment on doit procéder pour extraire le cristallin à l'aide de la curette pince :

L'instrument est introduit fermé dans la chambre antérieure par l'incision faite à la cornée. Arrivé près du bord de la pupille, on écarte les curettes. En imprimant un mouvement au bouton B, à l'aide du doigt médius, on fait passer la curette A en arrière du cristallin. En attirant légèrement le bouton, la curette mobile vient s'appliquer sur la partie antérieure du cristallin qui, se trouvant parfaitement saisi, est extrait en même temps que l'instrument.

— M. MICHEL LÉVY offre en hommage à l'Académie un ouvrage intitulé : *Pathologie des tumeurs*, par M. le professeur Virchow, traduit de l'allemand par M. le docteur Paul Aronssohn.

— M. LARREY présente, au nom de M. le professeur Sédillot, un résumé de son ouvrage intitulé : *De l'évidement sous-périosté des os comme moyen de conservation des membres par la conservation du périoste.*

— M. LARREY dépose ensuite sur le bureau un exemplaire de son rapport sur l'érysipèle épidémique.

— M. LE PRÉSIDENT propose, au nom du bureau, d'adjoindre M. Vernois à la commission chargée de l'étude de l'empoisonnement par l'acide carbonique, dont M. Chatin est rapporteur. L'Académie adopte.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y a lieu, d'après une décision du conseil, de déclarer une vacance dans la section de pathologie médicale.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre de M. le docteur Guiraud (de Gradignan), relative à un remède contre la rage;

2° Une lettre de M. l'ambassadeur d'Autriche accompagnant l'envoi de la sixième livraison de l'ouvrage de M. le professeur Hebra (de Vienne) sur les maladies de la peau.

— M. RAYNAL, à l'occasion du procès-verbal, demande à faire une petite observation au sujet de la présentation faite, dans la dernière séance, par M. Auzias Turenne. Il ne veut pas, dit-il, rechercher par quelle voie la pièce présentée par M. Auzias a été apportée d'Alfort devant l'Académie; mais il tient à dire que le chien dont la langue a été mise sous les yeux de l'Académie est mort de la rage, mais qu'il n'a point été sacrifié, et que, par conséquent, il n'était point, comme on l'a prétendu, dans la période d'incubation de la maladie.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons. La parole est à M. Broca.

Discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. BROCA prononce un discours très-étendu, hérissé de documents statistiques et de chiffres qui en rendent la reproduction de mémoire presque impossible. Nous y reviendrons lorsqu'il aura été imprimé. Nous nous bornerons à constater, pour le moment, que M. Broca a relevé un grand nombre d'erreurs de chiffres qui se trouvent dans les documents qui font la base de cette discussion, et notamment dans le travail de M. Brochard, erreurs qui avaient été presque impossibles à éviter et qui changeraient, à beaucoup d'égards, la proportion relative de la mortalité parmi les enfants élevés par les nourrices des petits bureaux. Il résulterait des relevés qu'a faits M. Broca, que la mortalité des petits bureaux serait moindre que ne l'a supputé M. Brochard, et que l'excès de mortalité porte surtout sur les enfants placés par l'intermédiaire d'agents officieux, de sortes de placeurs marrons qui n'ont aucune qualité et aucune responsabilité vis-à-vis d'une administration quelconque. M. Broca se rallie à la proposition de M. Boudet, de nommer dans le sein de l'Académie une commission permanente chargée d'étudier la question.

M. BLOT résume rapidement et les principales propositions émises dans la discussion, et les nouveaux documents qui sont parvenus à l'Académie depuis son rapport sur le travail de M. Monot. Puis, après avoir montré toute l'étendue du mal qui ressort de ces documents, il s'attache à rechercher les meilleurs moyens d'y obvier ou de le prévenir. Voici les propositions que M. Blot soumet, à cet effet, à ses collègues :

1° Veiller avec soin à la vigilante et stricte observation des règlements déjà existants (Ordonnance du 20 juin 1842.);

2° Ne pas tolérer plus longtemps les meneurs ou meneuses non autorisés;

3° Ne pas abandonner l'inspection des nourrissons aux meneurs et meneuses qui ont intérêt à cacher la vérité sur les soins donnés, et à multiplier les placements d'enfants;

4° Exiger l'inscription à la mairie de toute femme qui se sera procuré un nourrisson. L'inscription de l'enfant serait faite sur un registre spécial qui contiendrait les indications suivantes : la date de la naissance de l'enfant, les noms et prénoms des parents, leur adresse, le prix fixé pour la pension, etc.;

5° Rendre obligatoire la vérification des décès des nourrissons. Veiller à l'exactitude des déclarations de décès, et à la stricte exécution de l'article 80 du Code civil;

6° Tâcher d'obtenir, de toutes les administrations de chemins de fer, des wagons spéciaux pour le transport des nourrices et des nourrisons;

7° Exiger un certificat du médecin cantonal constatant que l'enfant de la femme qui veut nourrir sur lieux, est assez fort pour supporter les fatigues du voyage;

8° Demander le consentement du mari, fait devant le maire, à l'acceptation d'un nourrisson ou au départ de sa femme pour nourrir sur lieux;

9° Fixer les limites d'âge (de vingt à quarante ans) pour pouvoir être nourrice;

10° Chercher à diminuer le nombre des enfants mis en nourrice en multipliant, autant que possible, les secours temporaires donnés aux mères qui voudraient allaiter leurs enfants;

11° Publier par voie d'affiches ou autres moyens des conseils hygiéniques relatifs à l'éducation des enfants nouveau-nés;

12° Prêter aide et assistance à la Société protectrice de l'enfance, dans le but de rendre plus facile et plus efficace la surveillance des nourrissons placés plus ou moins loin de leurs parents;

13° Instituer dans chaque département, sous la présidence du préfet, des comices infantiles où seraient, chaque année, distribuées des récompenses pécuniaires et honorifiques aux femmes méritantes qui auraient rempli avec zèle et dévoûment leurs fonctions de nourrices.

Enfin, déposer dans chaque mairie et commissariat de police un exemplaire imprimé des réglements adoptés, afin qu'aucun de ceux dont le devoir est de les faire exécuter ne puisse, comme aujourd'hui, prétexter de leur ignorance à cet égard.

— M. SÉGALAS rappelle au sujet de ce que vient de dire M. Blot que l'administration municipale de Paris a déjà pris des mesures importantes à la suite d'une sérieuse délibération. Des fonds ont été alloués pour augmenter le budget du grand bureau des nourrices, et en particulier pour décerner des récompenses aux nourrices les plus méritantes. Tout cela a été fait sur l'initiative de M. le directeur de l'assistance publique.

— M. J. GUÉRIN demande si l'Académie se trouve suffisamment instruite pour clore la discussion. Dans le cas contraire, il demanderait la parole pour la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT. L'Académie ne voudra certainement pas abréger cette importante discussion. La parole sera réservée à M. J. Guérin pour la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Traitement des taches de la cornée.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je lis dans votre estimable journal une note relative à un mode de traitement proposé par M. Castorani pour le traitement des taches de la cornée.

J'ai moi-même employé ce mode de traitement depuis sept à huit ans, avec succès. Ce n'est pas à titre de réclamation de priorité que je vous le signale, mais pour témoigner en faveur de ce traitement.

J'avais employé d'abord le chlorure de sodium pur en collyre, et plus tard j'eus l'idée d'y substituer l'iodure de potassium.

Voici la formule que j'ai employée :

Iodure de potassium. . . . . 1 gr. 50 à 2 gr.
Eau distillée. . . . . 30 grammes.

Pour instiller quelques gouttes dans l'œil sept à huit fois par jour.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. Rouyer.

Laigle, 8 janvier 1867.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

65. D'un cas de lymphite réticulaire pseudo-membraneuse, par M. Antoine-Émile Escorne.
66. Essai sur l'influence de la grossesse et de l'allaitement sur la phthisie pulmonaire, par M. Armand Delsouiller.
67. De la chlorose et de son influence sur le développement du tubercule pulmonaire chez la femme, par M. Albert Rousseau.
68. Des convulsions chez les enfants, par M. Louis d'Heur.
69. Sur la périmétrite, par M. Prosper Graciette.
70. De l'action des alcalins dans le traitement des maladies, par M. Léon Morel.
71. De la taille périnéale chez l'homme, par M. Auguste Moussier.
72. Essai sur la congestion pulmonaire ou hyperémie du poumon, par M. Jean-Antoine Gondouin.
73. Le choléra à Versailles, par M. Jean Génin.
74. Du vertige stomacal, par M. Théophile Galicier.
75. De l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine, par M. Charles Spiess.
76. Des causes de la rétention d'urine, par M. Jean-Ed. Neuville.
77. Essai sur la sclérodermie, par M. Charles Le Breton.
78. Études sur les causes des ruptures de l'utérus pendant la grossesse, par M. Alfred Daversin.
79. De la pustule maligne, par M. Alfred Planté.
80. Quelques considérations sur l'hystérie, par M. André Paquier.
81. De la glycosurie passagère, par M. Edmond Geoneau.
82. Étude statistique sur la maladie syphilitique, le chancre simple et la blennorrhagie, par M. Émile Millet.
83. Des pertes dans leur rapport avec l'état fongueux de la cavité utérine, par M. Edmond Rousseau.
84. Essai sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire chronique primitif (forme généralisée), par M. Paul Vergely.
85. Description d'un nouvel instrument et d'un nouveau procédé pour pratiquer le cathétérisme du canal nasal de bas en haut, et remarques sur la direction de la colonne d'air dans les fosses nasales pendant l'inspiration, par M. Jules-Xavier Béraud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 décembre 1866, le nouveau *Codex Medicamentarius, Pharmacopée française* (édition de 1866), sera et demeurera obligatoire pour les pharmaciens, à partir du 1er janvier 1867.

— Le bureau de la Société des sciences médicales est ainsi composé pour l'année 1867 :

M. Pfeiffer, président; M. Belin, vice-président; M. Alix, secrétaire général; M. Prat, secrétaire annuel; M. William Regnault, trésorier archiviste.

— Nous venons de recevoir la liste des lauréats de l'École de médecine de Bordeaux pour l'année 1866 :

Prix triennal de 400 francs, fondé en 1863 pour être décerné à la meilleure thèse soutenue par un des anciens élèves de l'École de médecine de Bordeaux. — Ce prix, décerné pour la première fois, est partagé entre M. le docteur Sentex (Louis), *Des écoulements du conduit auditif ; de la phlébite consécutive des sinus méningiens.* Paris, 1865 ; et M. le docteur Vergely (Paul), *De l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire chronique primitif.* Paris, 1866.

En outre, par délibération de l'École et en témoignage d'estime, des mentions très-honorables sont accordées :

Une première mention *ex æquo* à M. le docteur Luzun (Paul), *Des hernies de la tunique vaginale.* Paris, 1865. — M. le docteur Pujos (Albert), *De l'érysipèle épidémique.* Paris, 1865. — M. le docteur Mallet (Albert), *Des névralgies traumatiques.* Paris, 1866.

Une deuxième mention *ex æquo* à M. le docteur Lugeol (Pedro), *Des épanchements pleurétiques et de leur traitement par la thoracentèse.* Paris, 1864. — M. le docteur Ballias (Jean), *Des corps étrangers du corps vitré.* Paris, 1865.

Élèves en médecine. — (Première année.) — 1er prix : M. Lachanaud. — 2e prix : M. Pourteyron. — 1er accessit : M. Guément. — 2e accessit : M. Caboy.

Deuxième année. — 1er prix *ex æquo* : MM. Girard et Lande. — 2e prix *ex æquo* : MM. Poumeau-Delille et Pujo. — 1er accessit : M. Roy de Clotte. — 2e accessit : M. Festy.

Troisième année. — Prix : M. Boscq. — 1er accessit : M. Gachet. — 2e accessit : M. Labonnote.

Élèves en pharmacie. — 1er prix : M. Dupart. — 2e prix : M. Ambard. — Accessit : M. Boué.

— Nous apprenons que le 26 décembre dernier, MM. Bourée et Lambert ont pratiqué à Montigny-sur-Aube (Côte-d'Or), l'opération césarienne avec succès pour l'enfant et la mère, qui aujourd'hui 8 janvier, touche à la convalescence.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 11 janvier.

Ordre du jour : Observation de pneumonie au 3e degré, par M. Sauné.

— Erratum. Dans la liste des élèves nommés externes au concours de 1866, il faut rétablir au no 121, M. Roulin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du Guaco et de ses propriétés hygiéniques et médicales, ou moyens simples pour se préserver du choléra, par N. Pascal, rédacteur en chef du *Mouvement médical.* In-8o de 90 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De l'Amputation intra-deltoïdienne, par le Dr Dubrueil. — Paris, F. Savy, 1866. In-8o de 16 pages. Prix : 75 centimes.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 5. — SAMEDI 12 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 12 JANVIER 1867. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Iritis rhumatismale blennorrhagique.

L'iritis rhumatismale de nature non blennorrhagique est chose rare. Dans sa longue pratique, M. Bourdon n'en a vu qu'un seul cas, encore douteux.

Le sujet de cette observation avait eu précédemment la syphilis; mais, depuis longues années, il n'en avait pas présenté la moindre manifestation, sauf une exostose, lorsqu'il fut pris d'accidents rhumatismaux tant du côté des articulations que du côté du cœur.

Survint une première iritis, puis quelques mois après une seconde, et ainsi de suite, sept ou huit à des intervalles de quelques mois.

Ce qui fit penser que ces iritis étaient de nature rhumatismale plutôt que syphilitique, c'est qu'elles alternèrent avec des manifestations évidemment rhumatismales; et que, n'étant en rien modifiées par les iodures, elles le furent heureusement par le sulfate de quinine.

M. Bourdon a acquis la certitude que son malade n'avait contracté aucune blennorrhagie pendant ce temps. On ne peut donc faire rentrer ce cas dans le cadre de ces iritis blennorrhagiques, qui sont si fréquentes, et au sujet desquelles M. Galezowski nous adresse aujourd'hui la note suivante.

« Au moment où l'attention des praticiens se porte sur le rhumatisme blennorrhagique, sa nature et ses complications, il n'est peut-être pas superflu d'ajouter à l'histoire de cette maladie quelques faits nouveaux sur l'iritis blennorrhagique rhumatismale, maladie si commune dans la clientèle ophthalmologique, et que l'on confond si facilement avec les autres formes d'inflammation de cette même membrane.

C'est une des complications très-fréquentes du rhumatisme blennorrhagique, que celle de l'*ophthalmie interne, métastatique* ou *rhumatismale*, comme dit M. Fournier. Elle se rencontre, d'après cet auteur (1), dix-sept fois sur quarante-cinq cas de symptômes articulaires, par conséquent presque une fois sur trois. Selon M. Rollet, elle est moins fréquente. D'après les faits qu'il a observés, et en y joignant ceux qui ont été relatés par différents auteurs, notamment par Brandes, il a pu évaluer au dixième environ, le nombre des cas où l'iritis existait dans le rhumatisme blennorrhagique en même temps que l'arthrite (2). Les auteurs anglais ont signalé, il y a bien longtemps, ce phénomène intéressant. A. Cooper (3), Brodie (4), Velch (1), Mackensie (2) ont rapporté, dans leurs travaux célèbres, des faits incontestables d'après lesquels on pouvait se convaincre que l'iritis peut se développer dans le cours d'une blennorrhagie. Il faut pourtant avouer que, dans quelques-unes de ces observations, on ne peut pas reconnaître s'il s'agit d'une iritis ou d'une conjonctivite purulente. Velch et Mackensie, les premiers, démontrent la différence et rapportent le mal à son siége réel. M. Rollet a eu le mérite d'avoir fait faire à la question un pas en avant, et il a démontré, dans ses *Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique, 1858*, que cette iritis était non-seulement une complication de la blennorrhagie, mais qu'elle était en outre une des manifestations fréquentes du rhumatisme blennorrhagique, et qu'elle faisait partie de ce dernier au même titre que l'arthrite.

Les travaux récents de MM. Rollet, Yvaren, Brandes, les observations de MM. Fournier, Peter et autres, démontrent que le rhumatisme blennorrhagique laisse dans l'organisme une prédisposition à des récidives à chaque blennorrhagie nouvelle. Mais il n'est pas moins avéré que la même prédisposition à la récidive s'observe aussi pour les iritis. A. Cooper en cite un exemple dans ses leçons. Selon M. Rollet, lorsque le rhumatisme qui récidive était, en principe, accompagné d'une iritis, c'est encore sous forme d'iritis et d'arthrite que se montre la maladie récidivée. M. Mackensie parle de ces sortes de récidives dans l'iritis gonorrhéique, survenant chaque fois que le malade contracte une gonorrhée. « Dans quelques cas, néanmoins, dit l'auteur, il survient, sans nouvelle gonorrhée, une seconde et une troisième attaque d'inflammation des articulations et de l'œil. »

Ces faits sont plus fréquents que ne le pense M. Mackensie, et il y a des poussées inflammatoires dans l'iris atteint une fois de l'inflammation gonorrhéique, tellement caractéristiques, qu'il n'y a pas possibilité d'émettre à ce sujet le moindre doute. M. Ricord fut frappé, depuis longtemps, des iritis blennorrhagiques qui n'étaient point accompagnées d'arthrite, et qui pourtant récidivaient à des périodes différentes.

Mais y a-t-il toujours nécessité d'un nouvel écoulement blennorrhagique, pour qu'une iritis revienne ? Évidemment non, et, de même que pour une arthrite, elle peut, d'après Brandes, récidiver sous l'influence du suintement uréthral habituel, surexcité par un excès de fatigue ou des rapports sexuels. La même chose peut arriver pour une iritis : elle peut se répéter sans qu'une nouvelle contagion blennorrhagique survienne. Dans ces derniers temps, j'ai recueilli dans ma clinique quelques faits de ce genre qui me confirment pleinement dans cette manière de voir. Il semblerait que le germe de la maladie se conserve à un état latent dans l'organisme, ainsi que dans les organes primitivement atteints, et que, sous l'influence des causes qui nous échappent encore, des récidives apparaissent à des périodes variées.

La fréquence très-grande des iritis dans le rhumatisme blennorrhagique nous fait penser à des iritis rhumatismales simples, et nous nous demandons si elles n'ont pas été confondues avec les blennorrhagiques. Peut-être en scrutant scrupuleusement les observations anciennes d'iritis rhumatismales simples et les comparant à des iritis blennorrhagiques, nous serions amené à éliminer complétement les premières ? Nous ne connaissons, en effet, aucun fait d'iritis accompagnant un rhumatisme articulaire aigu simple. MM. Bouillaud, Vigla, Gubler, Trousseau parlent des complications du côté du péricarde ou de l'endocarde, de la plèvre ou des méninges, et même du péritoine (Andral et Pinel), mais pas un seul de ces éminents pathologistes n'a signalé le développement d'une iritis dans le cours de cette affection. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer souvent des iritis rhumatismales, et chez la plupart de mes malades j'ai pu constater que les douleurs rhumatismales, ainsi que l'iritis, ne dataient que de l'époque d'une blennorrhagie. Il y avait donc une intoxication incontestable par le virus blennorrhagique.

Le fait suivant présente un intérêt incontestable au point de vue de la marche de l'iritis, ainsi que de ses récidives.

M. K..., âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, se présente à ma clinique, le 19 février 1866, pour consulter sur son œil droit, qui est atteint d'une iritis aiguë. Le malade raconte qu'il y a trois ans il contracta une blennorrhagie aiguë très-violente, qui a été suivie d'une arthrite du genou droit, pendant six mois. Au bout de quelques mois, l'écoulement s'était renouvelé, et amena une nouvelle arthrite du genou gauche, ainsi que du pied gauche. L'année suivante, nouvelle attaque d'arthrite du pied, ainsi que des douleurs musculaires dans les jambes. A la même époque (août 1865) il fut pris d'une iritis violente de l'œil gauche, qui ne disparut qu'au bout de deux mois. Le malade n'a jamais eu de syphilis, mais nous constatons la présence d'un suintement uréthral habituel.

L'examen que nous avons fait de son œil nous a révélé les symptômes suivants : injection périkératique, changement de couleur de l'iris, pupille déformée; après dilatation avec une solution d'atropine, nous constatons trois synéchies postérieures et un cercle pigmentaire au centre de la capsule. L'humeur aqueuse et la cornée sont transparentes. Rien dans le fond de l'œil. Le malade se plaint de douleurs névralgiques de la cinquième paire, très-violentes, surtout le soir, et il a une photophobie très-marquée.

Au moyen d'instillations d'atropine, de saignées locales, et de térébenthine prescrite à l'intérieur, le malade fut guéri le 13 mars suivant; les synéchies se sont rompues, et il a recouvré complétement la vue.

Le 23 août dernier il se présente pour la seconde fois à la clinique, se plaignant de nouveau de son œil droit, qui est injecté, et de douleurs orbitaires. L'écoulement avait reparu, il y a deux semaines, après une trop grande fatigue. Douleurs rhumatismales. Nous constatons que la pupille est légèrement contractée et l'iris est légèrement changé de couleur. En dilatant la pupille, nous constatons que les taches pigmentaires qui, en forme de cercle, couvraient la capsule, au mois de mars, ont disparu, à l'exception d'une seule grosse comme une tête d'épingle.

Ventouse à la tempe, atropine et purgatif.

Le 25 août, même état, nouvelle ventouse.

(1) Note lue à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Alfred Fournier.

(2) Rollet, *Traité des Maladies vénériennes*. Paris, 1866, p. 351.

(3) *Lectures on the Principles and Practice of Surgery*. London, 1835, p. 482.

(4) *On the Diseases of the Joints*. 1818, p. 55.

(1) *Practical Treative of the Diseases of the Tye*. 1820.

(2) *Traité des Maladies des yeux*, t. II, p. 35.

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT,

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

II. — PROPRIÉTÉS PHYSIQUES, CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DU PETIT-LAIT.

Le petit-lait que Galien connaissait et employait sous le nom de *melca*, appelé *molken* dans les établissements d'Allemagne et de Suisse (1), *gennitiza* (*zientyca*) en Bessarabie et *dzyr* chez les Moldaves, est le lait privé de ses parties essentiellement nutritives, le caséum et la crème.

Le lait, chez les anciens, occupait une large place dans la thérapeutique et dans l'hygiène. Hippocrate le prescrivait souvent, y ajoutait du sel pour tenir le ventre libre, et conseillait les bains de lait chez les malades affaiblis et dans les longues et pénibles convalescences.

Pline, au dire de Springel, raconte avoir guéri d'une maladie chronique la fille du consul Servilius, en lui faisant prendre le lait d'une chèvre nourrie avec des feuilles de lentisque. Mais là ne se borne pas ce que Pline nous a laissé sur la médication lactée; il a résumé en quelques mots les observations recueillies à son époque sur les caractères particuliers à chaque lait, et il établit, comme il suit, les distinctions que les études modernes n'ont fait que confirmer : « le lait le plus nourrissant, dit-il, est celui de brebis, mais il se digère moins bien comme étant le plus gras; puis vient le lait de chamelle, puis celui d'ânesse; le lait de chèvre est le plus convenable à l'estomac, parce que cet animal vit plus de feuilles que d'herbes; le lait de vache est le plus relâchant et le plus médicinal. »

Je montrerai, dans le cours de ce travail, combien les modernes ont ajouté peu de chose à ces observations de Pline.

Galien avait une prédilection marquée pour le lait d'ânesse, avec lequel il institua une médication suivie encore de nos jours, contre les affections tuberculeuses.

Dans des temps plus rapprochés du nôtre, Roderic à Castro, qui vivait au milieu du XVIe siècle, dit M. Carrière, motiva, par un écrit publié sur l'usage du petit-lait, une dissertation intéressante qui mérite d'être consultée.

Boerhaave considère le petit-lait comme un des moyens nutritifs les plus doux qu'on puisse offrir à une constitution souffrante : *Serum multum habet*, dit-il, *particularum nutriciarum, inde enim homines robustiali possunt, et ipse expertus sum, solo sero vitam trahi posse*. Mais, dit M. Carrière, Frédéric Hoffmann peut être considéré, en quelque sorte, comme le véritable fondateur de ce genre de cure. La meilleure partie de sa vie se passa à plaider chaudement la cause des médicaments simples... Cette direction d'esprit devait conduire le professeur de Halle à fixer son attention sur les propriétés médicales du lait. Il en est résulté deux écrits importants, qui font partie des œuvres mineures : l'un, qui traite des vertus de ce produit organique et enseigne, ce qui n'avait pas été fait jusqu'alors, à prendre en grand le petit-lait, et à l'employer comme moyen thérapeutique (1); le second a pour but de montrer les avantages des mélanges du lait ou du sérum avec les eaux minérales (2). L'exemple était donné de haut, et il n'y avait qu'à l'imiter. Cet honneur revient à la Suisse, où la fondation du premier établissement de cure, qui remonte à 1749, a été historiquement constatée (3). »

Si je ne me trompe, c'est à Gais dont j'aurai plus tard à parler, que fut instituée la première cure de petit-lait.

Aujourd'hui, les établissements de cette nature sont fort multipliés tant en Suisse qu'en Allemagne, et M. Carrière, dans son ouvrage paru en 1860, les porte déjà à près de 600.

On voit que la question mérite d'être étudiée et que, sous peine de

(1) M. le docteur Carrière, que j'aurai souvent occasion de citer, prétend que le petit-lait porte, en Suisse, le nom de *schotten*. En mes excursions dans les cantons d'Appenzell et de Saint-Gall, je n'ai jamais entendu prononcer ce mot, et j'ai même rapporté les cartes d'adresse de Weissbad et de Gais, sur lesquelles le petit-lait est désigné, comme en Allemagne, sous le nom de *molken*.

(1) *Dissertatio de saluberrimâ lactis virtute*.

(2) *De connubio aquarum mineralium cum lacte longe saluberrimo*.

(3) *Les cures de petit-lait et de raisin en Allemagne et en Suisse*. — Molkenkur, p. 10 et 11.

Le 27, amélioration.

Le 29, aggravation sensible du mal, la chambre se remplit de flocons qu'on voit descendre vers la partie inférieure de la chambre antérieure. Les synéchies postérieures et les exsudations apparaissent sur les différents endroits de la capsule. Kératite ponctuée distincte aussi. Les douleurs sont très-violentes. Ventouse, calomel en pilules.

Le 2 septembre, même état. Capsules de térébenthine à l'intérieur.

Le 8, amélioration notable. Les exsudations se résorbent et la pupille se dégage, et vers le 20 septembre le malade est presque complétement guéri.

Ce fait et plusieurs autres de même genre, me permettent de faire les réflexions suivantes, au sujet de l'iritis blennorrhagique :

1° L'iritis blennorrhagique peut se déclarer dans le cours d'une arthrite blennorrhagique. Elle peut pourtant apparaître indépendamment de l'affection articulaire ;

2° Les récidives d'iritis ne sont point dues à une cause accidentelle, telle que fatigue des yeux, refroidissement, etc. ; mais elles sont consécutives à l'évolution du virus blennorrhagique emprisonné dans l'organisme, et qui prend un nouvel essor sous l'influence d'une nouvelle irritation de l'urèthre ;

3° Les premières attaques d'iritis sont le plus souvent d'une nature séreuse ; dans les récidives successives l'iritis prend une forme plus grave, et elle est accompagnée d'exsudations plastiques ;

4° Tous les flocons qui remplissent la chambre antérieure, ainsi que les exsudations capsulaires, se résorbent ;

5° La maladie commence le plus souvent par un seul œil ; mais dans les récidives successives, elle passe d'un œil à l'autre ;

6° Les membranes profondes de l'œil conservent ordinairement leur état normal. La vue n'est troublée que pendant l'inflammation ou quand on n'a pas su s'opposer à la formation des synéchies postérieures ;

6° Quelquefois l'iritis est accompagné d'une périsclérite ;

8° Le traitement antiphlogistique, et surtout les déplétions sanguines locales souvent répétées, réussissent très-bien dans l'iritis blennorrhagique. Il faut, en outre, combattre l'écoulement ainsi que l'arthrite, par des injections de l'urèthre et les préparations balsamiques prises à l'intérieur.

Traitement de la conjonctivite purulente blennorrhagique par les injections fréquentes d'eau fortement alcoolisée.

La *Gazette des Hôpitaux*, du 23 mai 1865, a rendu compte d'une observation de conjonctivite purulente traitée avec succès par les injections d'eau et d'alcool, dans le service de M. Gosselin à la Pitié.

M. Gosselin n'avait pas eu d'ophthalmie blennorrhagique à traiter depuis cette époque, lorsque, à deux jours d'intervalle, le hasard amena dans ses salles, à la fin de novembre dernier, deux sujets atteints de cette maladie.

Le premier était un jeune homme de vingt-deux ans, affecté de blennorrhagie (c'était sa première) depuis quatre semaines. Ayant senti, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, un peu de cuisson et de chaleur aux paupières de l'œil gauche, il avait, sur le conseil d'une femme qu'on lui avait signalée comme très-habile dans le traitement des maladies des yeux, lavé trois fois cet œil gauche avec sa propre urine. — Au bout de quatre jours, lorsque ce jeune homme se présenta à la Pitié, M. Gosselin constata un gonflement notable avec rougeur des paupières, un écoulement purulent à la surface de l'œil et dans les culs-de-sac palpébraux, une rougeur intense de la conjonctive oculaire, une rougeur analogue avec chémosis assez volumineux de la conjonctive bulbaire. Heureusement la cornée avait encore sa transparence ; la chambre antérieure et l'iris étaient sains.

M. Gosselin prescrivit, le jour même de l'entrée du malade, l'injection, toutes les deux heures, avec une seringue à oreille, d'un mélange contenant deux tiers d'alcool ordinaire (non camphré) et un tiers d'eau.

Le lendemain matin, cette prescription avait été fidèlement exécutée ; on trouvait moins de pus à la surface de l'œil, et, comme le malade se plaignait d'une cuisson assez violente après chaque injection, il fut convenu que le mélange serait fait par moitié, et que les injections auraient encore lieu toutes les deux heures : de plus, opiat de copahu et de cubèbe.

Le troisième jour, amélioration notable ; l'injection, toujours avec la précaution de bien écarter les paupières afin d'entraîner le pus, est faite toutes les quatre heures.

Le cinquième jour, la rougeur et le chémosis avaient diminué tellement, et la suppuration était si peu abondante, que M. Gosselin prescrivit trois injections alcoolisées seulement pour les vingt-quatre heures, et des lavages fréquents à l'eau froide dans les intervalles.

Le septième jour, il restait encore un peu de rougeur et de gonflement à la conjonctive palpébrale et sur le repli semi-lunaire. Les injections alcooliques furent cessées et remplacées par le collyre au sulfate de zinc et au laudanum.

Le quinzième jour, le malade voulut absolument partir, quoiqu'il eût encore un boursouflement rouge du repli semi-lunaire. La cornée et la chambre antérieure continuaient à ne présenter aucune lésion : la conjonctive était saine sur les autres points.

L'autre malade est un homme de trente-huit ans, qui avait une blennorrhagie depuis trois semaines, et qui, sans pouvoir donner de renseignements sur une inoculation, avait senti ses deux yeux devenir malades depuis trois jours. Des deux côtés les paupières étaient rouges et gonflées ; la conjonctive oculaire était rouge et chémosique ; la surface des yeux était couverte de muco-pus assez abondant ; les douleurs étaient vives ; les cornées étaient transparentes.

Le même traitement que sur le précédent malade fut institué, savoir, le premier et le second jour, injection d'alcool par moitié, toutes les deux heures, dans les deux yeux ; le troisième et le quatrième jour, injection toutes les quatre heures ; les cinquième, sixième, septième et huitième jours, trois injections par vingt-quatre heures ; les jours suivants, collyre au sulfate de zinc, lunettes bleues et continuation de l'opiat de copahu et de cubèbe. — Nous avons eu ceci de particulier, qu'après la disparition de la suppuration et du chémosis, les deux cornées ont présenté quelques ulcérations superficielles qui n'ont pas été de longue durée, et n'ont laissé ni staphylome ni leucoma. En somme, ce malade a évité, comme le premier et comme celui de 1865, la suppuration des cornées, cette conséquence si fréquente et si grave de l'ophthalmie blennorrhagique.

HOPITAL MILITAIRE DE CONSTANTINE. — M. SISTACH.

Luxation complète en dehors de l'articulation huméro-cubitale. — Variété sous-épicondylienne.

Il existe dans les divers recueils et journaux de médecine un nombre tellement restreint de luxations complètes en dehors de l'articulation huméro-cubitale, que, pour l'édification de leur histoire, le professeur Malgaigne (1) n'a pu réunir que dix observations, tandis qu'un an auparavant, dans sa thèse inaugurale, M. le docteur Paul Denucé (2) n'en avait cité que neuf. Et depuis cette époque (1854) les bulletins de la Société de chirurgie ni ceux de la Société anatomique depuis 1858, n'en ont publié aucun nouveau cas.

Et comme les mêmes faits sont reproduits à la fois par M. Denucé et par Malgaigne, il nous a paru utile de faire connaître la luxation qu'il nous a été donné de réduire.

Z... André, âgé de quatorze ans, entré à l'hôpital militaire de Constantine, le 11 avril 1866, est tombé à terre, le même jour et à deux heures de l'après midi, dans une lutte à bras le corps. Sans pouvoir préciser d'une manière absolue les diverses circonstances de la chute, le malade raconte toutefois que la paume de la main gauche a d'abord heurté violemment le sol et consécutivement que le corps entier a roulé à terre.

Voici les symptômes que nous constatons trois heures après l'accident :

1° *Attitude.* — Membre dans la demi-flexion et en demi-pronation. Mouvements de flexion et d'extension très-douloureux et très-bornés.

2° *Déformation.* — Élargissement considérable du diamètre transversal du coude ; sur son côté externe, saillie musculaire volumineuse constituée par les insertions supérieures du grand supinateur et des radiaux ; ces muscles sont tendus et dessinent sous la peau un relief prononcé dont on peut suivre les divers contours. En arrière de ce relief se remarque supérieurement une dépression de 4 centimètres de hauteur, dont la cupule radiale forme la limite inférieure. Cette cupule, très-appréciable au toucher, est en dehors et en avant de l'épicondyle ; elle est très-superficielle de même que l'olécrâne qui forme une saillie très-prononcée. Cette apophyse, située tout à fait en dehors de sa position normale, se trouve presque sur la même ligne que la surface articulaire humérale, et le tendon du triceps brachial forme une corde oblique en dehors.

Sur le côté interne du coude existe un gonflement très-considérable et très-douloureux à la pression, qui est constitué par l'épitrochlée, tandis que dans le pli du coude on ne trouve aucune saillie osseuse notable ; le tendon du biceps forme seul une corde saillante et oblique en dehors.

En cherchant à travers les parties molles à reconnaître la position de l'extrémité articulaire de l'humérus, on parvient à distinguer nettement l'épitrochlée, la trochlée et le condyle ; quant à l'épiconyle qui, profondément situé, est caché par l'olécrane et embrassé par la cavité sigmoïde, on ne le sent qu'à grand'peine. A la face postérieure de l'extrémité humérale, on sent fort bien la cavité olécranienne, en dehors de laquelle se trouve l'apophyse de ce nom.

Voici les diverses mensurations que nous avons pratiquées sur le membre supérieur gauche :

Circonférence du bras au-dessus du gonflement du coude, 29 centimètres.

Circonférence du coude au niveau du milieu de l'olécrâne, 325 millimètres.

Distance de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'olécrâne, 30 centimètres.

Distance de l'épicondyle à l'extrémité du pouce, 36 centimètres.

Distance de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, 25 centimètres.

Distance de l'épitrochlée au bord interne de l'olécrâne, 7 centimètres.

Le membre supérieur droit nous a donné les mensurations suivantes :

Circonférence du bras au-dessus du coude, 22 centimètres.

Circonférence du coude au niveau de la partie moyenne de l'olécrâne, 25 centimètres.

Distance de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'olécrâne, 30 centimètres.

Distance de l'épicondyle à l'extrémité du pouce, 36 centimètres.

Distance de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, 25 centimètres.

Distance de l'épitrochlée au bord interne de l'olécrâne, 32 millimètres.

De l'examen comparatif des mensurations des deux membres, il résulte que celui du côté gauche présentait un gonflement volumineux de la région du coude, l'absence de raccourcissement du bras et de l'avant-bras, et enfin un éloignement anomal de l'épitrochlée et de l'olécrâne.

Le malade soumis à la chloroformisation, nous procédons à la réduction de la luxation de la manière suivante : Tandis qu'un aide pratique la contre-extension sur le bras, nous ramenons dans la supination l'avant-bras, que nous confions ensuite à un nouvel aide pour qu'il opère l'extension. En même temps nos deux mains pratiquent sur le coude la coaptation, en poussant de dehors en dedans les surfaces articulaires de l'avant-bras. Bientôt après, la disparition des saillies anomales et la facilité de pouvoir faire exécuter à l'articulation du coude ses divers mouvements nous indiquent que la réduction de la luxation est complète.

Le membre est placé dans une écharpe ; le lendemain, une ecchymose considérable apparaît sur la face interne du coude et du bras ; dès le dixième jour, des mouvements sont imprimés à l'avant-bras pour prévenir la roideur articulaire du coude. A cette époque la partie inférieure du biceps brachial et son tendon terminal sont le siége d'un gonflement considérable, qui ne cède progressivement qu'à l'emploi quotidien de bains de bras prolongés, de frictions mercurielles et de cataplasmes.

(1) *Traité des fractures et des luxations*, 1855, t. 2, p. 614.
(2) *Mémoires sur les luxations du coude*, 1854, p. 128.

---

déchoir, la France ne peut rester étrangère à une méthode thérapeutique, si fort en honneur au delà du Rhin.

Mais, pour comprendre la portée scientifique que les médecins allemands accordent à cette médication, il faut dire ce qu'est le petit-lait au double point de vue physique et chimique.

Je serai bref et ne ferai que l'indispensable.

Le petit-lait n'est autre chose que le lait lui-même privé de son caséum et de sa crème. Cette séparation s'obtient de diverses manières, que j'aurai le soin d'indiquer au fur et à mesure qu'elles se présenteront à mon observation.

Quel que soit le procédé mis en usage, le petit-lait médicinal doit être limpide, légèrement opalin et d'une couleur jaune verdâtre. Cette limpidité est quelquefois troublée par la présence d'un peu de caséum et de crème qui s'y trouvent encore à l'état de suspension ; mais cette circonstance n'est point un motif de rejeter le produit ; celui-ci pourra servir à la cure, si sa saveur est douce et sucrée, à réaction nulle ou très-légèrement acide.

D'après les analyses de MM. A. Chevalier et Ossian Henry, le lait de vache et celui de chèvre seraient ainsi composés : sur 100 parties, il y aurait :

	Vache.	Chèvre.
Caséum	4,48	4,02
Beurre	3,13	3,32
Sucre de lait	4,77	5,28
Sels divers	0,60	0,58
Eau	87,02	86,80
	100,00	100,00

Parties solides	12,98	13,20
Parties liquides	87,02	86,80
	100,00	100,00

En faisant abstraction du caséum et du beurre qui n'entrent pas dans le petit-lait, on voit qu'en dehors de l'eau qui sert de véhicule, le petit-lait offre un élément sucré et des éléments salifiables. Le sucre y figure en plus grande quantité que les sels, dont les proportions relatives n'ont pas été d'ailleurs indiquées par les auteurs.

Ces sels sont : des phosphates de chaux, de magnésie et de fer ; des chlorures de potassium et de sodium ; du carbonate de chaux, du sulfate de soude et de la soude libre ; cependant, on sait que le phosphate de chaux et le chlorure de sodium sont les principes prédominants du mélange.

J'ai rappelé à dessein ces notions chimiques, parce que les médecins allemands qui ont écrit sur les cures de petit-lait et de raisin, considèrent ces deux produits comme des eaux minérales de nature organique et partant plus facilement assimilables et plus précieuses que les eaux minérales de nature inorganique.

« Les eaux, dit M. Carrière, en analysant les idées de Beneke, de Lersch et de Mojsisovicz, ont été préparées, dans les entrailles de la terre, par un jeu des forces de la nature qu'on peut, jusqu'à un certain point, comprendre et même imiter. Les produits (raisin et petit-lait) sont devenus ce qu'ils sont sous l'influence d'une force plus puissante encore ; la force mystérieuse qui régit les phénomènes de la vie. Le petit-lait et le raisin sont mieux préparés par conséquent pour nos organes, que les composés d'un ordre inférieur ; ils sont plus assimilables, et s'ils sont donnés comme remède, ils doivent agir avec plus de promptitude et plus d'efficacité. »

On ne saurait objecter à cette manière de voir la faible minéralisation du petit-lait, car nul n'ignore qu'en hydrologie les résultats thérapeutiques ne sont point en rapport avec les quantités de sels contenues dans les eaux employées : Plombières et Néris, en France, fourniraient les preuves de cette vérité.

En admettant cette ingénieuse analogie entre le petit-lait et les eaux minérales, on ne peut, comme M. Carrière le disait plus haut, refuser au premier une faculté d'assimilation supérieure à celle des secondes. — Je n'ai jamais oublié une des maximes que M. Trousseau proclamait du haut de sa chaire de thérapeutique et de matière médicale, à savoir : qu'à mérite égal, il fallait toujours préférer, comme remèdes, les végétaux aux minéraux, parce que les premiers, de nature organique, s'assimilaient mieux que les seconds de nature inorganique. A plus forte raison, les produits dont l'élaboration se rapproche davantage de notre organisation, doivent-ils primer les produits dont l'élaboration est moins complète. Par conséquent, les médicaments tirés du règne animal sont préférables aux médicaments du règne végétal et, à plus juste titre, aux médicaments tirés du règne minéral.

Grâce à ces opinions généralement répandues en Allemagne, les cures de petit-lait se sont multipliées chez nos voisins, qui les tiennent en une estime dont nous nous faisons difficilement une idée en France.

Le 19 mai, le malade a recouvré toute la plénitude des mouvements du coude qui s'exécutent sans nulle douleur. Il n'y a plus de trace de gonflement périarticulaire. *Exeat* le 20 mai.

Telle est la luxation complète en dehors du coude que nous avons observée et dont le diagnostic repose sur les caractères suivants : agrandissement du diamètre tranversal du coude ; transport des deux os de l'avant-bras en dehors ; transport de la tête du radius en avant de l'épicondyle ; demi-flexion de l'avant-bras avec pronation forcée.

Mais, selon M. Denucé (1), il existe deux variétés principales de cette luxation qu'il désigne sous les noms de sus et sous-épicondyliennes, selon que la cavité sigmoïde, qui embrasse le bord externe de l'humérus, se trouve située au-dessus ou au-dessous de l'épicondyle. Voici, d'après cet auteur, les caractères différentiels de ces deux espèces de luxations :

1° *Variété sus-épicondylienne.*	2° *Variété sous-épicondylienne.*
En-dedans, saillie formée par l'humérus, dépression au-dessous ; en dehors, saillie formée par le cubitus et le radius, le long du bord externe de l'humérus ; dépression au-dessus. En arrière, l'olécrane manque dans sa cavité que l'on sent très-bien ; on voit au-dessous toute l'extrémité inférieure de l'humérus qui fait saillie sous la peau, et sur laquelle on peut constater, de dehors en dedans, l'épitrochlée, la trochlée, le condyle, l'épicondyle ; au-dessus de l'épicondyle, à une hauteur variable, on rencontre le sommet de l'olécrane. En avant, la trochlée fait saillie à la partie interne, et, à la partie externe, on reconnaît la tête du radius portée en avant de l'humérus ; le triceps et le biceps forment deux cordes saillantes de dehors en dedans. Il y a raccourcissement du membre, éloignement de l'épitrochlée et de l'olécrane, rapprochement de l'épitrochlée et de l'apophyse styloïde. L'attitude est très-remarquable ; la demi-flexion avec une forte pronation ou plutôt une demi-torsion en dedans.	La déformation est moins prononcée en dehors, l'olécrane est à peu près sur la même ligne que la surface articulaire humérale, peut-être même la dépasse-t-elle un peu en bas au lieu d'être remontée de 2 ou 3 centimètres au-dessus. Le diamètre transversal est plus considérable au niveau de la ligne des tubérosités. On sent encore sous la peau l'épitrochlée, la trochlée, le condyle ; mais on ne sent plus l'épicondyle qui est caché par l'olécrane, et embrassé par la cavité sigmoïde au fond de laquelle on peut même le constater. Le bras, mesuré de l'acromion à l'olécrane, est à peine raccourci, et enfin il y a une saillie musculaire très-prononcée des muscles qui partent de l'épicondyle et qui n'existe pas dans la variété sus-épicondylienne. L'attitude est la même dans les deux cas ; peut-être même est-elle plus prononcée dans la deuxième variété, parce que les muscles biceps et pronateur sont plus tiraillés ; les mouvements communiqués sont moins étendus que dans la variété sus-épicondylienne à cause du moindre délabrement des parties.

Si l'on tient compte, dans notre observation, de l'absence de raccourcissement du bras et de l'avant-bras, de la proéminence volumineuse de l'insertion supérieure des muscles grand supinateur et radiaux externes, et surtout de la position précise de la cavité sigmoïde du cubitus par rapport au bord externe de l'humérus, on ne peut méconnaître la caractéristique de la variété sous-épicondylienne de la luxation latérale externe, ainsi que nous l'avons consigné sur le titre de ce travail.

Tout en reconnaissant que la cavité sigmoïde peut siéger au-dessus ou au-dessous de l'épicondyle, le professeur Malgaigne (1) n'accorde pas toutefois la même importance à ces deux positions qui sont la conséquence, pour lui, du chevauchement plus ou moins considérable des os.

Mais, d'après M. Denucé, non-seulement il existe des signes suffisants pour différencier ces deux variétés de luxation, mais celles-ci se distinguent encore par le mode de réduction qui est applicable à chacune d'elles. Mouvement forcé de supination et extension en droite ligne, suffisants dans les luxations sous-épicondyliennes ; mouvement forcé de supination et extension sur l'avant-bras fléchi applicable dans tous les cas ; tel est, pour ce chirurgien, le traitement le plus convenable des luxations et subluxations en dehors. La raison de cette différence repose sur la position de l'olécrane qui, dans la luxation sous-épicondylienne, vient arc-bouter contre la partie postérieure de l'épicondyle, ce qui, combiné avec l'extension, peut remettre les surfaces parfaitement de niveau.

Lorsque l'action des muscles tiraillés par l'extension ne suffit point pour produire la coaptation, celle-ci doit être pratiquée par la main du chirurgien en poussant les os de l'avant-bras de dehors en dedans, ainsi que nous avons été obligé de le faire chez notre malade.

(1) Thèse citée, p. 139.
(1) Ouvrage cité, p. 616.

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE GAUCHE,

Ovariotomie,

Par M. le Dr DUBARRY, médecin en chef de l'hôpital de Condom.

Jeanne O..., âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, a été réglée à l'âge de quinze ans. Depuis lors, sa menstruation a marché avec une régularité parfaite. Elle ressentit, il y a environ trois ans, dans le flanc gauche d'assez vives douleurs qui durèrent plusieurs jours et qui disparurent sans laisser de traces. Cependant, quelques mois après, elle s'aperçut que son ventre grossissait, et elle consulta son médecin, qui lui dit qu'elle était probablement enceinte, bien que les règles n'eussent pas discontinué leur cours régulier. A dater de cette époque, les fonctions générales commencent à se troubler, les urines sont émises avec douleur et difficulté, l'appétit, primitivement si soutenu, diminue ; le dépérissement est sensible, l'abdomen seul prend de l'accroissement ; le terme de la grossesse étant dépassé, on consulte plusieurs médecins qui tous diagnostiquent une ascite, et conseillent quelques moyens palliatifs.

La gêne de la marche et de la respiration augmentant, cette malheureuse se décide à consulter, au mois de juin dernier, une de nos célébrités méridionales, le professeur Estévenet (de Toulouse). Ce chirurgien pressentant probablement la nécessité d'une opération sérieuse, lui conseille l'entrée à l'hôpital de Toulon. En effet, trois jours après, la femme O... se trouvait dans les salles chirurgicales. Après un examen général très-minutieux, après une ponction évacuatrice du liquide péritonéal, M. Estévenet porte pour diagnostic : kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, et il propose l'opération comme unique planche de salut.

La pusillanimité d'une sœur qui avait accompagné la malade, l'éloignement du clocher du village et de la famille, quelques indiscrétions des voisines du lit, à l'endroit de la gravité de l'opération, provoquèrent le départ subit de Jeanne et sa rentrée à Condom.

Le liquide péritonéal se reproduisit avec rapidité ; appelé près de la malade, je crus devoir obéir à la première indication, celle de soulager la respiration par une deuxième ponction ; je retirai quinze litres environ de sérosité. La sortie de ce liquide fit saillir très-nettement deux masses inégales, fort volumineuses, situées, l'une la plus considérable, vers la fosse iliaque gauche ; l'autre vers l'hypochondre du même côté ; elles étaient séparées par un sillon semi-curviligne, bien distinct. La pression de ces deux tumeurs donne lieu à la sensation d'une fluctuation obscure, profonde ; on acquiert la certitude qu'un liquide plus ou moins visqueux remplit ces deux cavités closes.

Le toucher vaginal et rectal permet d'affirmer que l'utérus est mobile et libre de tout engorgement, son col est dévié en haut et à gauche.

Les symptômes physiologiques dénotent une détérioration assez profonde, les souffrances physiques ont déjà une date assez reculée. Les digestions sont pénibles, elles s'accompagnent d'une sensation de pesanteur dans l'épigastre, la respiration est un peu gênée, le pouls est fréquent est filiforme, le teint est pâle et flétri ; évidemment les conditions corporelles sont défavorables, mais elles sont compensées, jusqu'à un certain point, par une de ces énergies morales qui commandent l'illusion et l'espérance. Je ne puis résister aux instances de la malade qui réclame l'opération. Les encouragements de M. Nélaton, les magnifiques succès de M. Kœberlé dissipent mes hésitations, et je prends jour pour l'ovariotomie.

La malade est soumise pendant huit jours aux toniques (vin de quinquina, teinture d'arnica et fer). Le 16 juillet, aidé des conseils de cinq de mes confrères, je pratique l'opération de la manière suivante :

Préalablement, pour éviter certains accidents, j'avais pris la précaution de faire uriner la malade et de provoquer des garde-robes par un lavement ; des flanelles recouvrent actuellement la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs ; la malade est à jeun, elle est placée sur un lit de camp, les jambes et les cuisses fléchies et écartées.

Les aides étant disposés, le chloroforme est employé, il ne produit l'anesthésie qu'après plus de vingt-cinq minutes d'inhalation.

Je fais alors une incision de 20 centimètres à partir du nombril jusqu'au pubis ; aucune ligature n'est nécessaire. J'introduis la sonde cannelée sous le péritoine, et j'incise cette séreuse dans toute l'étendue de l'incision extérieure ; cinq à six litres de liquide séreux s'écoulent par cette large ouverture. Le kyste se présente alors sous le trocart de Mathieu que j'enfonce profondément ; une pression méthodique sur les flancs, une ligature placée à propos pour fixer les parois du kyste au trocart, me permettent d'assurer qu'une seule goutte du liquide kystique n'est tombée sur la cavité abdominale.

Je plonge la main dans l'abdomen autour de cette énorme poche, et j'amène, sans trop de difficultés, toute la masse kystique ; elle offre les ondulations bilobées que nous avions constatées avant l'opération. Le kyste est extrait en totalité de la cavité abdominale, je détruis quelques adhérences établies entre l'épiploon et le pédicule, et je place le clamp avec la précaution d'isoler l'utérus et les intestins qui entourent ce pédicule. Je prie un de mes aides de soutenir la poche au-dessus de l'abdomen, et je coupe le pédicule avec le bistouri à deux centimètres environ de l'instrument constricteur.

Ce temps de l'opération terminé, je vais à la recherche du peu de sang qu'une petite artériole épiploïque a laissé épancher. Quel est mon étonnement ! Les mésentères sont recouverts de végétations encéphaloïdes sur toute leur surface, les ganglions sont très-volumineux, très-durs, probablement imprégnés de la même dégénérescence. L'ovaire droit est le siége de deux kystes de la grosseur d'un œuf ; j'aurais bien pu facilement jeter une ligature sur leur pédicule, mais pourquoi multiplier inutilement les chances de mort ? J'insiste sur la nécessité de bien déterger la cavité abdominale de tout liquide putrescible, et je place pour suture six fortes épingles à égale distance les unes des autres, en les faisant pénétrer à un centimètre des bords de la plaie extérieure et en les faisant ressortir du côté de la cavité abdominale, à un quart de centimètre environ du bord incisé du péritoine ; une double bandelette de diachylon est glissée sous les têtes des épingles, et toute la plaie est recouverte d'une couche épaisse de coton cardé ; un cataplasme arrosé de laudanum est appliqué sur l'estomac, et une ceinture de flanelle chaude, en forme de bandage de corps, maintient le tout.

La malade est reportée dans son lit préalablement bassiné, les jambes sont enveloppées de flanelle et de bouteilles chaudes. Je recommande de donner de temps en temps quelques cuillerées de vin de Malaga, comme boisson un peu d'eau sucrée avec quelques gouttes d'eau de fleurs d'orangers ; j'ordonne encore une pilule d'extrait gommeux d'opium d'un centigramme toutes les heures.

J'avais quitté la malade vers onze heures, je reviens la voir à quatre heures, la réaction ne s'est point opérée, le pouls est rapide et filiforme, les mains et les pieds sont froids, les jambes, les bras, la partie supérieure du thorax sont au contraire recouverts d'une sueur abondante et brûlante ; les douleurs abdominales sont nulles ; l'état moral est très-satisfaisant.

N'ayant pu, dans la matinée, examiner la pièce pathologique, je la réclame et je constate les particularités suivantes :

Cette énorme poche est multiloculaire, ses parois ont une épaisseur d'un demi à un centimètre ; sur certains points, à l'incision, elle offre un aspect fibreux lardacé ; la surface interne est ridée comme la muqueuse de l'estomac, elle est cloisonnée de manière à former deux cavités principales ; une de ces cavités contient elle-même vers sa base, non loin du pédicule, trois autres kystes contenant un liquide noirâtre sanguinolent, analogue à celui que contenait la poche-mère.

Dans l'intérieur de ces deux cavités, vers l'insertion du pédicule, nous remarquons une masse molle fongueuse analogue au produit anormal que j'ai signalé sur les mésentères. Cette pièce pathologique pèse 1,150 grammes, elle contenait 12 litres environ du liquide noir déjà mentionné.

Je revois la malade à huit heures du soir, les mains et les pieds sont toujours glacés, le pouls reste rapide et filiforme, les autres parties du corps sont en moiteur. Je veux pratiquer le cathétérisme vésical, la malade s'y oppose ; elle assure que dans la nuit elle pourra remplir cette fonction.

Le 17, la nuit n'a pas été très-agitée ; quelques heures de sommeil interrompu par des envies de vomir. La malade se plaint de la chaleur ; l'atmosphère est, il est vrai, très-chaude et chargée d'électricité.

Le pouls est toujours petit et fréquent ; les mains, hors des couvertures, sont très-froides, elles contrastent avec la chaleur du corps ; pas de douleurs abdominales ; pas de ballonnement ; inappétence ; soif vive.

Le soir, même situation que celle du matin ; la région épigastrique est cependant un peu météorisée ; la palpation n'occasionne aucune douleur ; la soif est toujours très-intense ; la malade refuse le bouillon.

Le 18, la réaction n'a pas encore eu lieu, le pouls persiste à rester misérable ; la peau des mains est glacée ; il existe un état d'anxiété et d'agitation très-marqué ; la parole est brève, saccadée, la respiration courte et rapide ; soif inextinguible.

Vers midi, les vomissements verdâtres se déclarent, ils persistent avec une grande ténacité ; la figure s'altère à vue d'œil.

Vers trois heures l'état est désespéré ; la mort arrive à six heures.

Dans le cours de ces études, j'aurai plus d'une fois occasion de faire remarquer que, devant cette analogie du petit-lait et des eaux minérales, s'effacent les conditions d'altitude, de climatologie et de pâturages dont se prévalent les établissements du canton d'Appenzel, et auxquelles, en France, on semble attacher toute l'importance de la médication. Comme on le verra, toutes les stations que j'ai visitées n'ont ni l'altitude de Gais, ni le climat de Weissbad, ni les plantes aromatiques de la Suisse ; et pourtant on y fait des cures heureuses, et on y obtient des résultats aussi satisfaisants que dans les montagnes d'Appenzel.

Quoi qu'il en soit, et pour terminer ces considérations préliminaires, j'emprunterai à M. le docteur Kuhn fils les remarques qu'il a faites sur l'action physiologique du petit-lait : « L'action primitive du petit-lait sur la muqueuse gastrique, dit-il, est une action adoucissante, émolliente, rafraîchissante. Ingéré à la dose d'un à plusieurs verres, le petit-lait accélère immédiatement le travail de l'absorption, et se distingue essentiellement par la facilité et par la rapidité avec lesquelles il passe dans les secondes voies. L'absorption s'en fait beaucoup plus facilement que ne le fait celle du lait, plus lente déjà en raison des principes gras que ce dernier contient. Par son passage dans le sang, le petit-lait délaye ce fluide, en diminue la densité et le rend moins âcre, moins stimulant ; il parvient ainsi à déprimer l'irritabilité vasculaire et devient, par conséquent, tempérant, sédatif. Nous disons sédatif, parce que l'action tempérante se reflète du système sanguin sur le système nerveux. Un liquide porté aussi facilement et aussi vite que le petit-lait dans le torrent circulatoire, doit nécessairement avoir une action marquée sur les sécrétions en général. C'est, en effet, ce que l'observation a démontré : les sécrétions des sucs intestinaux, celles de la bile et du fluide pancréatique, mais surtout celle des urines, se trouvent augmentées. Si le petit-lait est pris à dose un peu notable et à intervalles rapprochés, il devient facilement purgatif, surtout chez certaines dispositions individuelles. »

Enfin, la conclusion de M. Kuhn fils se résume en ce « que le petit-lait est une boisson adoucissante, parfaitement bien supportée par l'estomac ; que l'absorption s'en fait facilement ; qu'il exerce sur l'économie un effet tempérant et sédatif ; qu'il donne plus d'activité aux sécrétions, surtout à la sécrétion urinaire, et qu'à une certaine dose il détermine presque toujours un effet relâchant sur le tube intestinal (1). »

Je ne parle aujourd'hui ni de la préparation, ni du mode d'emploi du petit-lait, ni des maladies dans le traitement desquelles son usage est recommandé, parce que, après avoir recueilli des renseignements sur tous ces points dans les diverses stations que j'ai parcourues, je rapprocherai ces renseignements les uns des autres, et les résumerai dans une synthèse qui sera le tableau d'une cure modèle de petit-lait.

FÉLIX ROUBAUD,

Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

(1) *De la cure de petit-lait dans le traitement des maladies chroniques.*

Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris. Seconde série, tome premier. In-8° br. de 304 pages. Prix : 6 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillère fils.

Genèse et indications du Choléra morbus épidémique, par le Dr DE VAURÉAL, médecin du Bureau de bienfaisance et professeur d'hygiène de l'Association polytechnique. In-12 de 82 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Étude médico-légale sur la Paralysie générale, par le Dr LEGRAND DU SAULLE, médecin expert près le Tribunal civil de la Seine. In-8° de 32 pages. Prix, 1 fr. 25. — Paris, 1866, F. Savy, libraire-éditeur.

Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aiguës, par le docteur CHÉRON, ancien interne d'une maison d'aliénés. In-8° de 104 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Les problèmes de la vie, par Auguste LAUGEL. Un vol. in-18 de 170 pages faisant partie de la bibliothèque de philosophie contemporaine. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le charlatanisme et les charlatans en médecine. Étude psychologique par le docteur VERDO. In-18 jésus de 48 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1867, J. B. Baillière et fils.

De l'anesthésie en obstétrique, par le docteur Eug. VERRIER. Mémoire in-8°. Prix : 50 cent. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Mémoire sur deux cas de hernies crurales, par le docteur MEUGY. In-8° ; prix : 1 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Nécropsie vingt-quatre heures après la mort.

L'abdomen est légèrement ballonné. J'enlève avec soin les épingles et le clamp; je détruis avec le bistouri les adhérences qui, sur toute la ligne incisée avaient commencé à s'établir, en prolongeant sur le haut l'incision, j'ouvre largement toute la cavité abdominale; je n'aperçois nulle part la moindre trace de péritonite aiguë; il existe, vers la fosse iliaque gauche, une certaine quantité de sérosité rougeâtre, mais comme ce liquide ne repose nullement sur une séreuse ni rouge ni même injectée, j'attribue la présence de cette sérosité à la persistance de la sécrétion primitive de la séreuse, hypersécrétion préexistant à l'opération. Les ganglions mésentériques incisés sont, comme les mésentères, infiltrés de cancer encéphaloïde. Les poumons, le cœur, le foie et les reins n'offrent aucune particularité digne d'être mentionnée.

Réflexions. — J'ai cru que mon devoir m'obligeait à produire cette observation; dans l'état actuel de la science, avec nos préventions traditionnelles sur le danger des lésions traumatiques du péritoine, il est absolument nécessaire de publier tous les faits qui peuvent modifier cette croyance; l'ovariotomie n'a pas encore franchement élu domicile parmi nous; il faut alors que chaque chirurgien (quelque modeste qu'il soit) lui prête aide et protection; ce n'est qu'après la production d'un grand nombre d'observations, que l'opinion, se basant sur des données vraiment scientifiques, se prononcera sur la valeur de cette opération, sur ses indications et ses contre-indications. Pour nous, je le dis avec conviction, les lésions traumatiques du péritoine ne me paraissent mériter que l'importance que l'on attache à toutes les grandes lésions chirurgicales; depuis longtemps par l'analyse réfléchie des succès obtenus dans l'opération de la hernie (26 succès sur 31 opérations), j'ai pu me convaincre que la péritonite mortelle consécutive aux diverses opérations qui intéressaient la séreuse, emprunte presque exclusivement son danger à l'action irritante des liquides putrescibles abandonnés dans la cavité abdominale; la pathogénie de la péritonite dériverait conséquemment plutôt d'un principe septique que d'un fait traumatique.

L'autopsie de la femme O..., par l'absence de toute trace inflammatoire dans le péritoine, est un nouveau témoignage de la justesse de nos appréciations. L'insuccès doit évidemment être rapporté aux conditions de débilité profonde dans laquelle des conseils peu éclairés ou trop routiniers l'ont malheureusement endormie; de l'interprétation de tous les symptômes éclairés et contrôlés par l'autopsie, il nous reste l'impression que l'opération, pratiquée un an plus tôt, aurait offert de grandes chances de réussite; il ne faut donc, dans les cas analogues, ni trop attendre ni trop redouter la lésion traumatique du péritoine; je le répète en finissant, la résorption septique ou putride est bien plus redoutable que le traumatisme.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 26 décembre 1866. — Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille.*

— **M. Verneuil** dépose sur le bureau de la Société un mémoire imprimé de M. Bertholle sur *les corps étrangers dans les voies aériennes ;* une autre brochure par M. Dubrueil : *De l'amputation intra-deltoïdienne.*

— **M. Le Fort** présente, de la part de M. Lejeal, une observation de plaie de tête compliquée de fracture du crâne. (Renvoyé à M. Le Fort, commissaire.)

— **M. Larrey** donne lecture, de la part de M. le docteur A. Tassard, médecin-major, de la note suivante. (Voir notre numéro du 8 janvier.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

Fracture avec enfoncement des os du crâne. — Application du trépan. — Guérison.

M. Deguise présente à la Société le jeune garçon qui fait le sujet de l'observation suivante. (Voir le numéro du 8 janvier.)

— **M. M. Perrin** demande à M. Deguise quelles sont les raisons qui ont motivé la trépanation.

M. Deguise. Si la discussion s'engage, je dirai quels sont mes principes à ce sujet. Ici j'ai appliqué le trépan parce que j'éprouvais des difficultés pour extraire les esquilles.

COMMUNICATION.

Ovariotomie. — Guérison.

M. Thierry-Mieg lit, au nom de M. Marion-Sims, l'observation d'une opération d'ovariotomie pratiquée à Saint-Germain-en-Laye par ce chirurgien, et montre à la Société la tumeur extirpée. (Commission : MM. L. Labbé, Tarnier, Guyon.)

— **MM. Velpeau et Depaul**, tout en reconnaissant l'intérêt de semblables présentations, expriment le vœu que les Sociétés savantes auxquelles on les adresse, reçoivent aussi communication des cas d'insuccès.

Nous avons assez vu d'observations heureuses, ajoute M. Velpeau, pour admettre que l'ovariotomie peut réussir. Mais la question importante n'est pas là. Pour une opération aussi grave, il importe de connaître avant tout la proportion des insuccès.

RAPPORT.

Abcès du foie guéri par ponction suivie d'injections iodées. — Luxation complète en dehors de l'articulation huméro-cubitale.

M. A. Guérin lit un rapport sur ces deux observations adressées par M. le docteur Sistach, médecin-major de 1re classe.

M. le rapporteur conclut en demandant :

L'inscription de M. le docteur Sistach sur la liste des candidats au titre de membre correspondant;

La publication, dans le *Bulletin,* de l'observation de luxation. (Voir plus haut.) Ces conclusions sont adoptées.

ÉLECTIONS.

Renouvellement du bureau.

La Société procède à l'élection des membres du bureau et des commissions permanentes pour 1867.

Le bureau élu est ainsi composé :

Président, M. Follin;

Vice-président, M. Legouest.

Secrétaire général, M. Verneuil.

La durée des fonctions est de cinq années pour le secrétaire général.

Secrétaires annuels, MM. Dolbeau et L. Le Fort.

Bibliothécaire archiviste, M. Tillaux.

Trésorier, M. Houel.

COMITÉ DE PUBLICATION.

MM. Trélat, Labbé, Guyon.

COMMISSION DES CONGÉS.

MM. Boinet, Tarnier, Houel.

COMMISSION DES ARCHIVES.

MM. Marjolin, Giraldès, Labbé.

COMMISSION DES COMPTES.

MM. Perrin, Dolbeau, Demarquay, Guyon, Boinet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret, en date du 9 janvier 1867, M. Laveran, médecin principal de 1re classe, a été nommé au grade de médecin inspecteur dans le corps de santé de l'armée de terre.

— Par décision ministérielle, en date du 26 décembre 1866, M. le docteur Teilleul a été nommé directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir).

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1867 :

Président : M. Decaisne. — *Vice-présidents :* MM. Duchartre, Fermond ; A. Gris ; Le Maout. — *Secrétaire-général :* M. De Schœnefeld. — *Secrétaires :* MM. Bureau ; E. Cosson. — *Vice-secrétaires :* MM. Bescherelle ; E. Roze. — *Trésorier :* M. Fr. Delessert. — *Archiviste :* M. Eug. Fournier. — *Membres du conseil :* MM. P. de Bretagne ; Brice ; Ad. Brongniart ; Chatin ; Cordier ; Gubler ; Le comte Jaubert ; Larcher ; Lasègue ; A. Passy ; Ramond ; J. de Seynes.

— M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale, commencera ses leçons à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 17 janvier, et les continuera les mardi, jeudi, samedi suivants.

— M. le professeur Gavarret commencera, mercredi prochain, 19 janvier, à cinq heures du soir, ses leçons sur les phénomènes physiques de la vision.

Le Microscope. Manuel à l'usage des étudiants, par le Dr Heinrich Frey, professeur à l'Université de Zurich. Trad. de l'allemand, sur la 2e édition, par Paul Spillmann. 1 vol. in-18 avec 60 figures dans le texte. Prix : 4 francs. — Paris, F. Savy. Librairie française et étrangère, 25, rue Royale-Saint-Honoré.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 15 JANVIER 1867. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 JANVIER 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

I. La communication la plus intéressante que l'Académie des Sciences ait reçue dans ses dernières séances est une note de M. Dareste sur l'existence d'une matière amyloïde dans le jaune d'œuf. Chaque globule du jaune serait constitué ainsi : au centre une gouttelette d'huile, autour de laquelle des grains amyloïdes excessivement petits pour la plupart, formeraient une couche à peu près continue; enfin extérieurement une enveloppe azotée. Sous l'action de l'iode, la matière azotée se colore en jaune, les grains amyloïdes en bleu, l'huile en rouge; il faut donc, pour que la réaction soit nette, isoler les grains amyloïdes en les faisant sortir de l'enveloppe extérieure. M. Dareste obtient ce résultat par le contact de la solution alcoolique d'iode sur des portions de jaune préalablement durcies par la cuisson et desséchées.

M. Dareste attribue un rôle important, dans le développement de l'embryon, à ces granules amyloïdes qu'il a trouvés également dans le feuillet muqueux du blastème.

De temps en temps MM. Donné et Pouchet envoient quelques lettres sur les générations spontanées, afin de prouver qu'ils sont toujours restés partisans de cette hypothèse. M. Pasteur s'était servi contre le premier d'une note transmise par le second sur la résistance vitale extraordinaire de certaines graines provenant du Medicago d'Amérique, et qu'on peut faire bouillir pendant plusieurs heures, sans leur faire perdre la faculté de germer. M. Pouchet a protesté contre cette citation et cette approbation d'une de ses expériences par un homme qui généralement critique à peu près toutes les autres.

Il était facile pour M. Pasteur de répondre à cette prétention d'un savant, qui aurait voulu que son œuvre fût indivise, et que l'on dût en bloc accepter ou refuser tous les faits qu'il mentionne.

M. Charles Robin a lu sur les lymphatiques de la torpille un travail qu'il résume ainsi :

« En résumé, des nombreuses observations et des expériences que j'ai faites il résulte donc que les vaisseaux cutanés et sous-cutanés décrits par Monro, Hewson, etc., comme des lymphatiques, sont des veines, les unes à l'état de veines proprement dites, les autres à l'état de sinus veineux. En dehors de ces veines, il est impossible d'injecter, à l'aide du mercure ou autrement, quelque vaisseau que ce soit. La division des lymphatiques des poissons en *superficiels* et en *profonds* ou *viscéraux*, encore adoptée par quelques auteurs modernes, doit, par conséquent, être abandonnée, le premier de ces ordres de vaisseaux n'existant pas dans cette classe de vertébrés. »

II. A la Société médicale des hôpitaux la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique continue toujours; mais on n'émet plus d'opinion nouvelle.

Les orateurs s'attachent maintenant à soutenir et à faire prévaloir les idées propres qu'ils avaient formulées, c'est ainsi qu'en réponse à M. Pidoux, M. Fournier a rendu compte de l'anémie blennorrhagique dans des pages spirituelles qui se feront remarquer de nos lecteurs par une finesse d'aperçu et une netteté d'observation peu communes.

Incidemment une lutte assez vive s'est engagée sur le sens à donner au mot diathèse.

M. Lorain emploie ce terme comme synonyme du mot affection. Pour lui, tous les retentissements plus ou moins éloignés, toutes les maladies ou lésions secondaires qui sont provoquées par une maladie ou lésion principale dépendent d'une diathèse momentanée. M. Lorain ne recule même pas devant l'idée d'admettre une diathèse traumatique ayant son point de départ dans une blessure reçue.

Une blessure met l'organisme dans des conditions anomales; elle ouvre la porte à la phlébite, à l'infection purulente, à l'érysipèle; toute une série d'accidents plus ou moins éloignés peuvent en être la suite; elle produit donc, tant qu'elle n'est pas guérie, des résultats analogues à ceux de ce qu'on nomme généralement diathèse. Telle était en somme l'argumentation de M. Lorain.

M. Chauffard s'est élevé avec énergie contre cet abus d'une expression dont le sens est maintenant fixé dans le langage médical.

La diathèse est une disposition permanente qui peut modifier dans leur évolution jusqu'aux maladies accidentelles. Elle fait partie de la constitution même et n'abandonne plus l'individu dont elle s'est emparée; tandis que toutes les affections énumérées par M. Lorain ont bien chacune un certain nombre d'accidents secondaires qui peuvent s'y rattacher, mais ne peuvent étendre leur action au delà d'un cadre étroit, connu d'avance, et subissent elles-mêmes l'influence des diathèses proprement dites.

M. Chauffard ajoute avec raison que les idées étant représentées par les mots, on ne peut confondre les unes sans que cette confusion retombe sur les autres. C'est pourquoi Condillac faisait d'une langue bien faite la première nécessité des sciences :

Chaque progrès doit se manifester par une plus grande précision de langage. Un terme nouveau peut être créé pour exprimer un fait nouveau; mais si, sans motif, par pur amour de l'originalité, on se fabrique chacun une langue scientifique particulière, un temps précieux devra être perdu en définitions continuelles, ou on cessera de se comprendre.

III. Faute de place, nous ne pouvons que mentionner aujourd'hui deux malades qui sont couchés dans le service de M. Laugier, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe.

Le premier, au n° 4, entré le 22 décembre pour une chute sur la tête, a perdu par l'oreille d'abord du sang, puis au cinquième jour une sérosité limpide qui a continué à s'écouler les jours suivants. Il s'agissait donc d'une fracture de la base du crâne. Aujourd'hui ce malade est en pleine convalescence.

Au n° 12 se trouve un homme déjà âgé dont le genou droit a été ouvert par une brûlure profonde, intéressant les surfaces articulaires. Cet homme a guéri avec ankylose.

— La femme à laquelle M. Maisonneuve avait enlevé un kyste de l'ovaire, est morte au quarantième jour après l'opération. Nous rappellerons que cette femme se trouvait dans de mauvaises conditions, ayant été débilitée profondément par une suppuration prolongée du kyste.

L'autopsie faite avant-hier a révélé dans le petit bassin des foyers purulents nombreux et des adhérences solides avec prolongement pseudo-membraneux.

Il existait en outre, des traces d'une péritonite généralisée de date récente, qui paraissait due à la rupture d'un de ces foyers.

— Les dernières nouvelles que nous recevons de la malade de MM. Gosselin et Labbé, sont bonnes.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. EMPIS.

De la statistique du service d'accouchements de l'hôpital de la Pitié, et des mesures hygiéniques instituées dans cet hôpital contre la fièvre puerpérale[1].

2° *Des mesures hygiéniques relatives aux femmes en couche.*

Je disais tout à l'heure que l'on n'avait pas une idée exacte de ce qu'il faut entendre par encombrement dans une salle d'accouchement, et que l'on ne pouvait pas conclure à l'encombrement d'une salle, par ce seul fait que tous les lits qui y sont situés se trouvent occupés. S'il en était ainsi, en effet, il suffirait de restreindre le nombre des lits à un nombre inférieur à celui où l'on juge qu'il y a encombrement, pour l'empêcher à tout jamais. Mais, je le répète, l'encombrement, au point de vue de l'influence pathogénique qu'il exerce dans une salle d'accouchées, ne relève pas de la question du nombre; il relève, si je puis dire ainsi, de la qualité des femmes en couche. Il faut donc rechercher à quels titres la réunion des femmes en couche peut devenir une source de miasmes infectieux. A moins d'invoquer quelque influence mystérieuse de l'ordre du spiritisme, ce ne peut être évidemment qu'à raison des exhalaisons qui se font chez elles soit par la muqueuse bronchique, soit par la peau, soit par les voies génitales, et à ce point de vue, c'est en s'attaquant à ces exhalaisons et en neutralisant leur action que l'on peut parvenir à prévenir la production du miasme infectieux.

La question de savoir si les femmes en couche exhalent, par les voies respiratoires des matières animales susceptibles par leur accumulation dans un espace limité, de donner naissance à un miasme infectieux, mériterait peut-être une discussion; mais comme il n'y a rien autre à tenter contre cette source de produits délétères, que l'aération suffisante des salles qui contiennent les accouchées, je ne m'arrêterai pas à cette question, et je ferai seulement remarquer une dernière fois qu'à l'hôpital de la Pitié, il n'y a plus d'épidémie de fièvre puerpérale depuis que l'aération directe a été instituée, bien que le nombre des femmes en couche se soit accru pour chaque année, de 123 en sus de la moyenne des années antérieures à l'extinction des épidémies, et bien que toutes ces femmes aient librement respiré dans les salles comme par le passé. Là n'est donc pas encore la cause véritable à invoquer pour expliquer le développement des miasmes infectieux, et c'est ailleurs qu'il faut chercher l'ennemi et l'attaquer.

Deux sources plus importantes d'exhalaisons délétères méritent examen : je veux parler de la peau et des voies génitales des femmes en couche.

C'est en me plaçant dans l'hypothèse, que les exhalaisons qui proviennent des sueurs des femmes en couche et de l'écoulement des lochies peuvent être la source des miasmes infectieux, sous l'influence de leur concentration dans une atmosphère chaude, qu'après avoir dirigé mes batteries contre l'insuffisance de l'aération des salles, je les ai braquées contre les exhalaisons provenant directement des femmes en couche.

Contre les exhalaisons de la peau que fallait-il faire? Évidemment on ne pouvait penser à supprimer la transpiration; mais on pouvait s'attacher à en neutraliser les effets, en s'opposant à l'espèce de fermentation putride que subissent les matières animales dont sont imprégnés le linge et les draps des femmes en couche qui transpirent :

A cet effet, il fut décidé qu'il entrerait dans l'hygiène ordinaire des femmes en couches.

A. — Qu'un bain simple ou savonneux serait donné à chaque femme qui se présenterait pour accoucher dans nos salles, et qui serait encore à un moment assez peu avancé du travail pour que cette mesure hygiénique fût pratiquée sans le moindre inconvénient.

Ce bain a pour objet de nettoyer la peau une première fois, et de débarrasser sa surface de toutes les impuretés dont elle est habituellement recouverte chez nos clientes des hôpitaux.

B. — Il fut décidé, en outre, que, dès le premier jour de l'accouchement, le linge des femmes en couche serait renouvelé au moins une fois chaque jour.

Là encore il y avait des préjugés à vaincre : jusqu'à ce que l'expérience eût prouvé qu'il était bon que les femmes en couche changeassent de chemise tous les jours, on pouvait persister à croire que le moindre refroidissement pouvait leur être funeste, et qu'il était dangereux d'instituer parmi les mesures préventives des miasmes infectieux, le changement de linge quotidien. Mais l'expérience a donné gain de cause à cette mesure hygiénique, et a prouvé péremptoirement qu'elle n'avait aucun danger. La mesure, à mon avis, eût été insuffisante si, chaque fois que, durant les vingt-quatre heures, la chemise, était accidentellement mouillée par la transpiration ou salie par les lochies, elle n'eût pas été immédiatement remplacée par une autre. Il fut donc encore bien arrêté que, chaque fois qu'une femme en couche transpirerait assez pour humecter sa chemise, on n'attendrait jamais le lendemain matin pour la changer de linge, et que, dans cette circonstance, elle serait changée autant de fois par jour que l'abondance de la transpiration le nécessiterait; et il fut bien établi aussi que, chaque fois qu'une chemise aurait été accidentellement salie par l'écoulement des lochies, on la changerait aussi immédiatement.

Par ce moyen, on le comprend, si l'on n'évite pas complétement l'évaporation d'une certaine quantité des matières animales qui proviennent des exhalaisons de la peau, on évite du moins que ces matières aient le temps de s'altérer, qu'elles donnent de l'odeur et qu'elles deviennent une source de fermentation infectieuse.

Mis en garde contre les exhalaisons cutanées, il faut encore se préserver de celles qui émanent des voies génitales, par l'intermédiaire des lochies.

Lorsque dix ou douze heures se sont écoulées depuis la toilette d'une femme en couche, et que l'on vient à soulever les draps de son lit, on sent immédiatement une certaine odeur

[1] Voir les numéros des 20 et 25 décembre 1866, 8 janvier 1867.

caractéristique. C'est à empêcher cette odeur que doivent tendre toutes les mesures hygiéniques. Les femmes ont de l'odeur dans cette circonstance, parce que les serviettes qui les garnissent sont imprégnées de l'écoulement lochial, et parce qu'une certaine quantité de celui-ci s'est épanché sur les parties externes de la vulve, sur la face interne des cuisses, etc. Or, si par un changement de serviettes suffisamment répété, si par des lavages réitérés, on s'oppose à ce que le liquide des lochies reste au contact de l'air, et si on s'en débarrasse au fur et à mesure, pour ainsi dire, qu'il s'écoule des voies génitales, on évite toute espèce d'odeur, et on se met totalement à l'abri des miasmes infectieux qu'il peut produire.

Voilà le grand secret pour prévenir les épidémies; mais on conçoit ce que ces soins hygiéniques commandent de volonté et de surveillance de la part du chef de service pour qu'ils soient minutieusement exécutés. Pour atteindre le but que l'on se propose, chaque femme doit recevoir par jour au moins deux lavages à l'eau additionnée de vin aromatique ou de teinture d'arnica, et pour peu que chez quelques-unes il y ait soit des excoriations de la vulve, soit des lochies fétides, soit un écoulement plus abondant que d'habitude, on multiplie les soins de propreté et on rapproche le moment des lavages. Il est extrêmement important que les parties lavées soient minutieusement essuyées, car on conçoit avec quelle rapidité s'évaporerait, sous l'influence de la chaleur du corps, le reste du liquide mal essuyé, et c'est précisément l'évaporation et le transport dans l'atmosphère de ces matières animales, qu'il faut empêcher à tout prix.

Tous ces soins d'extrême propreté, ces changements de linge réitérés, exigent du temps et donnent beaucoup de travail aux nfirmières; aussi celles qui sont attachées aux services d'accouchement, ont-elles leur journée totalement remplie. C'est sur ce travail excessif des infirmières qu'il convient d'appeler actuellement l'attention du lecteur, afin de lui faire saisir le sens qu'il faut véritablement attacher au mot encombrement, à propos d'un service de femmes en couche.

Dans un service de trente et un lits comme le mien, il se fait en moyenne cinquante accouchements par mois; mais cette moyenne arithmétique n'exprime la vérité ni au point de vue de la répartition exacte des accouchements qui se font chaque mois, ni au point de vue des conséquences que la répartition inégale des accouchements, pour chaque jour, entraîne avec elle d'irrégularité dans le service des infirmières et dans les soins de propreté qu'elles doivent donner aux accouchées.

Le personnel hospitalier, comme tout ce qui relève de l'administration, est déterminé d'après des moyennes arithmétiques tirées de statistiques générales; il en résulte, à certains moments, de grands embarras et de graves inconvénients.

En effet, pour l'année 1865, dont le nombre total des accouchements a été de 620, la moyenne arithmétique donnerait 51 accouchements 6/10es pour chaque mois; ce n'est pas exact au point de vue de la pratique, car, ainsi que le prouve la statistique détaillée de cette année là (voyez page 10), le mois de février porte 59 accouchements, le mois de mars 68, tandis que le mois de novembre n'en compte que 35. Je dis plus; non-seulement la répartition en fait n'est pas égale pour chaque mois, mais encore chaque jour, dans le même mois, n'est pas également chargé. La moyenne arithmétique donnerait par jour 1 accouchement 6/10es; mais il arrive souvent que les femmes en travail arrivent en série à l'hôpital, et que pendant quatre à cinq jours de suite, au lieu de 1 accouchement, il s'en fasse, dans la salle, 5 ou 6 chaque jour.

Le nombre des infirmières restant toujours identiquement le même, quel que soit le nombre des accouchements, il importe de considérer ce que devient le service quand, au lieu de 1 accouchement, il s'en fait 5 ou 6 dans la même journée, et que ce surcroît de travail se répète accidentellement plusieurs jours de suite.

Si l'on considère le temps nécessaire pour coucher une nouvelle entrante, pour lui donner son bain, lui administrer son clystère, l'assister pendant le travail jusqu'au moment de la délivrance, puis pour nettoyer le baby et l'emmaillotter, on verra que chaque accouchement exige, de la part de l'infirmière, un travail exclusif de plus d'une heure.

Or, si au lieu de 1 accouchement dans le même jour, il s'en fait 5 ou 6, il en résulte, pour la fille de service, cinq ou six heures de travail de plus. Ce surcroît de travail se fait nécessairement au détriment des soins à donner aux femmes déjà accouchées; car, si le travail devient cinq ou six fois plus long, il faudra qu'il soit fait cinq ou six fois plus vite, et, comme tout ce qui se fait trop vite, il sera mal fait. La toilette des femmes sera en retard ou elle sera incomplète; les lavages auront été mal faits, les parties mouillées n'auront pas été convenablement essuyées, et si l'on soulève les draps du lit et que l'on vienne à découvrir les malades, on sentira qu'elles exhalent une odeur de lochies plus ou moins fétide. Que pendant cinq ou six jours le nombre des accouchements se soit ainsi momentanément accru, que par conséquent les soins hygiéniques en aient plus ou moins souffert, et l'on verra bientôt apparaître quelques cas de fièvre puerpérale qui, si l'on n'y met bon ordre, deviendront le prélude d'une épidémie.

La plupart des observateurs avaient été frappés de ce fait, que les temps d'épidémie étaient toujours ceux où les accouchements étaient le plus nombreux dans les salles, et ils en avaient précipitamment conclu que la cause de l'infection était dans l'encombrement et dans l'accumulation des femmes en couche; mais il est de la plus haute importance de faire remarquer que la véritable cause de l'infection ne relève pas, à proprement parler, dans ces circonstances, du plus grand nombre de femmes en couche alitées dans la salle, mais du défaut de soins que ce plus grand nombre d'accouchements entraîne pour les femmes déjà alitées. Et ce fait est tellement vrai que, malgré l'augmentation si notable des accouchements qui se sont faits à la Pitié depuis quatre années, dans la même salle et dans le même nombre de lits, il n'y a plus eu d'épidémie du jour où le service s'est fait avec toute l'exactitude convenable et que des mesures hygiéniques y ont été appliquées avec persévérance.

Une des plus grandes difficultés qui s'opposent à ce que le service soit fait comme il convient, dans la circonstance que j'indique, relève de l'insuffisance du personnel des infirmières. Il faudrait au moins doubler le nombre actuel des filles de service dans les salles d'accouchement, pour être en mesure de faire face aux exigences du service dans les moments de presse et de surcroît de besogne.

Si l'on m'objecte qu'avec le personnel actuel des infirmières j'ai pu obtenir cependant à peu près ce que je voulais, je répondrai qu'il ne faut pas préjuger par ce qui a été fait dans mon service, de ce qui sera fait partout ailleurs; j'ai été merveilleusement secondé, dans l'application des nouvelles mesures hygiéniques que je proposais, par la sœur qui est à la tête de mon service. La sœur Ursule, en associant son dévouement inépuisable pour les malades à mon vif désir de prévenir, dans nos salles, de nouvelles épidémies de fièvre puerpérale, est parvenue, par une surveillance intelligente de tous les instants, au but que nous voulions atteindre. S'il me revient quelque chose des innovations, c'est à elle que revient tout entier le mérite de l'exécution, et je suis heureux de lui en rendre hommage.

Après avoir passé en revue les mesures qui sont relatives à l'aération de la salle et celles qui ont pour objet de s'opposer aux mauvais effets des exhalaisons qui proviennent des femmes en couche, il convient de s'arrêter un moment aux mesures qui peuvent empêcher qu'une accouchée, atteinte d'une fièvre puerpérale sporadique, ne devienne une source d'infection pour les autres.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 janvier 1867. — Présidence de M. BOURDON.

La séance est ouverte à quatre heures moins cinq. Le procès-verbal de la séance précédente est lu est adopté.

M. GUÉRARD annonce que le jeune homme, dont il a parlé dans la séance précédente, est maintenant en pleine convalescence. Les accidents nerveux ne se sont plus reproduits; il a suffi pour les prévenir d'une ou deux gouttes de laudanum chaque fois qu'ils semblaient près de reparaître. M. Guérard en conséquence tend à se ranger à l'opinion de M. Marotte, et rattacherait les accès de délire en question au délire nerveux plutôt qu'à des manifestations cérébrales du rhumatisme.

COMMUNICATION.

Hygiène publique.

M. GUÉRARD. — Je vais faire à la Société une communication un peu en dehors de ses habitudes. Il s'agit des résultats de la dernière visite faite, comme chaque année, chez les confiseurs. M. Bouchardat y a trouvé des sacs en papier, et même des cartes à jouer qui offraient un véritable danger pour la santé publique. Leur face extérieure était revêtue d'un sel soluble de plomb, lequel, d'après l'odeur, semble être un acétate, qui leur donnait des couleurs chatoyantes très-agréables à l'œil, et une saveur sucrée assez prononcée. Les enfants qui léchéraient de telles cartes ou de tels papiers pourraient en être empoisonnés, et M. Bouchardat a signalé ce fait au conseil. Malheureusement on était trop près du nouvel an pour pouvoir prendre des mesures efficaces; et la seule chose utile qu'on put faire fut de publier un avis aux familles sur ce sujet.

M. LALLIER. — Comment donc ces papiers sont-ils si sapides? Le sel de plomb n'est donc pas le même que celui dont on se servait pour glacer les cartes de visites?

M. GUÉRARD. — Pour les cartes de visites on se servait autrefois de carbonate de plomb, maintenant, en général, de blanc de zinc; tandis que pour les papiers et les cartes que je présente à la Société, on s'est servi d'acétate de plomb, sel soluble.

Suite de la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique.

M. LORAIN. — Il m'a paru qu'il existait au sein de la Société une opinion nettement dominante en ce qui touche le rhumatisme blennorrhagique, et que cette opinion était la suivante: le rhumatisme blennorrhagique serait une affection d'une nature spéciale, bien caractérisée, et différente de toute autre forme de rhumatisme. Cette opinion est doublement respectable, d'abord parce qu'elle paraît avoir cours dans la science, puis parce qu'elle s'appuie sur des faits. Si l'on devait faire à ce sujet des recherches bibliographiques, on la trouverait émise par Ricord, Cullerier, Rollet; mais dans le sein même de la Société médicale des hôpitaux elle a été soutenue récemment par M. Fournier avec un talent et une autorité qui lui donnèrent un nouveau prestige. Cependant, je ne crois pas que cette idée générale soit la représentation exacte de la vérité. Je crois qu'il faut élargir le chapitre des rhumatismes blennorrhagiques, qu'il ne faut pas attribuer à la blennorrhagie des effets essentiellement différents de ceux que d'autres causes peuvent produire. Par exemple, en dehors de toute cause spéciale, ces rhumatismes bâtards subaigus, lents, qui souvent produisent des hydarthroses chroniques et des ankyloses, en quoi diffèrent-ils des rhumatismes blennorrhagiques? Est-ce par leur marche? leurs suites? leur localisation? Non, certes; en tout, ils leur ressemblent; et, quoi qu'on ait pu dire, je défierais bien le clinicien le plus habile de diagnostiquer en pareil cas, d'après la forme du rhumatisme, la présence ou l'absence d'un écoulement uréthral. On peut dire seulement que cette forme subaiguë se rencontre plus souvent dans les rhumatismes de nature blennorrhagique; mais ce n'est point là une différence essentielle. Ainsi, il n'existe pas en réalité de caractère spécifique pour le rhumatisme blennorrhagique, et je ne vois rien qui l'empêche de rentrer dans le cadre des rhumatismes se rattachant à l'état génital: état qui comprend l'uréthrite, comme la métrite, et comme la puerpéralité.

J'ajouterai qu'il existe plus d'une variété dans le rhumatisme blennorrhagique, en dehors de celle qu'on pourrait nommer classique. Ainsi, sans compter les rhumatismes articulaires aigus généralisés qui, je le reconnais, sont rares dans la blennorrhagie, on en rencontre d'autres, subaigus: des arthrites sèches, qui ressemblent aux rhumatismes noueux.

En France, on se rattache aux idées reçues avec un extrême respect pour l'autorité et l'ordre établi dans les questions scientifiques. On aime les types bien définis, les divisions marquées d'avance; mais dans la pratique, pour bien voir, il faut tenir un médiocre compte de ces divisions et de ces types.

Au total, la blennorrhagie, en produisant des rhumatismes, s'affirme comme une diathèse aiguë et transitoire, capable de produire des maladies secondaires, au même titre que les fièvres éruptives, les maladies traumatiques avec plaies, etc.

Si la blennorrhagie peut engendrer toute une série morbide, épidydimite, cystite, néphrite, adénite, conjonctivite, etc., les affections suppuratives des muqueuses peuvent engendrer une autre série: érysipèle, lymphangite, fièvre purulente, etc.; l'état puerpéral a la sienne, les fièvres éruptives ont chacune la leur, et c'est ainsi qu'il faut rattacher à la rougeole certaines affections scorbutiques et gangréneuses, à la scarlatine le faux croup, etc.

Ainsi chacune de ces affections constitue une sorte de diathèse momentanée, et ce serait un pléonasme que de nommer complications les maladies qui en résultent secondairement. Elles viennent compliquer évidemment l'état du malade; mais ce qu'il importe scientifiquement de savoir c'est qu'elles sont spéciales, fatales pour ainsi dire, qu'elles peuvent être prévues, étant chacune propre à la diathèse à laquelle elle se rattache.

Maintenant comprendre leur mode de production est chose difficile. Les explications qu'on a proposées à ce sujet sont peu satisfaisantes, qu'on y voie le résultat de résorption de liquides purulents, ou de produits solides entraînés dans le torrent circulatoire, ou enfin d'une action réflexe. On croit souvent comprendre en se payant de mots.

M. CHAUFFARD. Je trouve que M. Lorain élargit le sens du mot diathèse au delà de la signification naturelle de cette expression. Le mot diathèse ne peut s'appliquer qu'à des états propres, héréditaires, congénitaux. Une diathèse est non-seulement un état général constitutionnel, mais surtout c'est un état permanent, fondamental, qui ne s'acquiert ni ne se quitte, qui n'abandonne plus l'être quand il s'en est emparé, qu'on transmet à ses descendants. Si je combats cet abus d'un mot généralement employé par les médecins dans le sens que j'indique, c'est parce que les mots représentent des idées, et que la confusion dans le langage conduit à la confusion dans la science.

M. LORAIN. Si je me suis permis de changer le sens généralement attribué au mot diathèse, je ne suis pas le seul, ni le premier. Déjà M. Bazin a appliqué ce mot à des dispositions transitoires, réservant le mot cachexie pour exprimer ces états permanents que M. Chauffard appelle diathèses. Du reste, je l'avoue, je ne professe aucun respect pour les mots, ni pour les traditions historiques qui les regardent. Peu m'importe que Barthez, ou autre, se soit servi de tel ou tel langage. La terminologie se modifie avec la science elle-même.

D'ailleurs, le mot diathèse vient d'un mot grec qui signifie disposition générale, et rien de plus. Je ne vois pas, par conséquent, pourquoi on ne l'appliquerait pas aux dispositions générales mentionnées comme à celles qui sont permanentes, héréditaires.

On aurait ainsi des diathèses aiguës et passagères, se rapportant à des maladies dont chaque espèce aurait son développement spécial de phénomènes secondaires, et des diathèses chroniques ou permanentes différant seulement des premières par le temps plus long de leur durée.

M. CHAUFFARD. Ce n'est point au nom de la tradition seulement que je combats l'étrange confusion que M. Lorain voudrait introduire dans le langage médical. Le sens nosologique du mot diathèse tendait de plus en plus à devenir bien défini. S'appliquant à des dispositions constitutionnelles qui dominent ou modifient les affections momentanées, il exprimait une idée bien claire; mais il n'en serait plus ainsi s'il embrassait des états généraux aussi peu comparables, aussi étrangers les uns aux autres. Je le répète, ce que je combats, c'est moins la confusion de mots que la confusion d'idées qui en serait le résultat. Ainsi, le mot cachexie ne signifie pas état héréditaire, permanent. En pathologie générale, il représente une débilité qui peut résulter de mille causes différentes; au point de vue nosologique spécial, il ne signifie rien.

C'est donc dans l'intérêt de la nosologie, au nom du bon sens médical, que je demande qu'on conserve à chaque mot sa signification.

M. FÉRÉOL. Je crois que M. Lorain s'est trompé sur le sens que M. Bazin attache aux mots diathèse et cachexie. Pour l'illustre médecin de l'hôpital Saint-Louis, le mot diathèse représente un état constitutionnel qui donne lieu à un produit spécial: cancer, tubercule, etc. Lorsqu'il n'y a pas de produit spécial, comme dans la scrofule ou la syphilis, il se sert seulement du terme générique; état constitutionnel; et, enfin, il se sert du mot cachexie dans les mêmes cas que tout le monde.

M. FOURNIER, avant de rentrer dans la discussion générale, veut communiquer à la Société un fait observé par le docteur Lepère. Il s'agissait d'un jeune homme qui, à la troisième semaine d'une blennorrhagie, fut pris de manifestations rhumatismales, entre autres une sciatique violente. Sous l'influence du copahu administré simultanément par la bouche et par le rectum, l'écoulement uréthral et les symptômes de rhumatisme disparurent en cinq jours. Le malade alors se croyant guéri, cessa, comme d'usage, toute médication. Quelques jours après, réapparition de l'écoulement; puis trois jours ensuite, récidive de toutes les manifestations rhumatismales, et notamment de la sciatique. Nouveau traitement au cubèbe et au copahu; disparition de l'écoulement et des phénomènes rhumatismaux. — Le malade en était là quand j'ai reçu la note de mon confrère.

Ce fait est intéressant à deux points de vue. D'abord, c'est un nouvel exemple de sciatique blennorrhagique. De plus, il démontre de la façon la plus évidente la relation qui relie la manifestation rhumatismale à l'écoulement blennorrhagique.

Incidemment, j'ajouterai que, depuis le début de cette discussion, j'ai eu l'occasion d'observer un nouveau cas (le dixième, à ma connaissance) de sciatique blennorrhagique. Le jeune homme dont je vous parlais dans ma dernière note, et qui présente le triste privilége de contracter un rhumatisme à chacune de ses chaudepisses, vient encore, tout récemment, de prendre une blennorrhagie. Il s'était prédit lui-même un rhumatisme nouveau, lequel n'a pas manqué de se produire dès la seconde semaine de la maladie. Or, entre autres manifestations, j'ai constaté chez ce jeune homme, coïncidemment avec une double arthrite des genoux, une synovite du tendon d'Achille et une ophthalmie, une sciatique véritable, aussi bien caractérisée que possible, naissant aux lombes, se propageant à la fesse et descendant tout le long de la face postérieure de la cuisse, jusqu'au jarret. — Les faits de ce genre se multiplieront, sans doute (car ils ne paraissent pas être rares), dès que l'attention sera suffisamment appelée sur cette localisation singulière du rhumatisme blennorrhagique.

A propos de ce dernier fait, j'ajouterai encore que la femme dont ce jeune homme disait tenir sa chaudepisse a été examinée par moi avec le plus grand soin, et reconnue parfaitement saine, aussi saine qu'une femme puisse jamais l'être. J'ai exploré sur elle avec un soin minutieux, le vagin, le col, l'urèthre, les glandes péri-urétrales, qui recèlent si souvent le germe de contagions insidieuses; toutes ces parties étaient dans un état d'intégrité et de santé absolues. Comment donc s'était produite la blennorrhagie de mon malade, qui n'avait pas touché d'autre femme depuis six mois? Comme elle se produit, à mon sens, le plus souvent, c'est-à-dire à la suite de rapports immodérés (deux ou trois rapports par nuit trois semaines de suite), auxquels s'étaient jointes de copieuses libations.

Ce fait a bien son prix. Il démontre, comme tant d'autres analogues que je pourrais citer, ces deux choses, à savoir : 1° que la blennorrhagie n'a pas besoin d'une blennorrhagie pour se produire, comme le chancre, par exemple, qui ne se développe qu'au contact d'un chancre ou d'une suppuration syphilitique; qu'elle ne résulte pas seulement d'une contagion; qu'elle peut être créée de toutes pièces, au contact d'une femme absolument saine, sous la seule influence d'excitations immodérées de l'urèthre; 2° que la blennorrhagie qui se produit ainsi n'est pas seulement, comme on le dit, une uréthrite simple et légère; qu'elle peut être aussi intense, aussi grave (celle de mon malade est atroce) que la blennorrhagie de contagion; qu'elle peut, enfin, se compliquer des mêmes accidents que cette dernière, et notamment des manifestations dites rhumatismales.

Maintenant, je dois répondre à un reproche que m'a fait M. Féréol. Il ne comprend pas que je conserve au rhumatisme blennorrhagique cette dénomination de rhumatisme, au lieu de l'appeler arthrite blennorrhagique; mais cette dernière expression serait plus mauvaise encore, puisque les accidents articulaires causés par la blennorrhagie sont loin d'avoir la gravité d'une arthrite proprement dite, et puisque d'ailleurs cette expression ne pourrait désigner les manifestations non articulaires de la blennorrhagie, telles qu'iritis, etc.

M. Féréol, comme M. Pidoux et un peu M. Hervieux, ont reproduit, dans une certaine limite et sous une nouvelle forme, une ancienne doctrine qu'on pouvait croire tombée dans l'oubli, celle qui considère la blennorrhagie comme une affection générale diathésique et susceptible, à ce titre, de manifestations constitutionnelles. Existe-t-il, en effet, une *lues gonorrhœa* comparable à la *lues syphilitica*, ou bien la blennorrhagie n'est-elle qu'un état morbide, exclusivement local, mais susceptible de déterminer, par un mode pathogénique quelconque, des manifestations morbides éloignées de l'urèthre?

Examinons en détail, si vous le voulez bien, ce sujet important qui mérite bien, ce me semble, toute notre attention.

Pour cela, analysons ce que produit la blennorrhagie; dressons en quelque sorte son bilan pathologique et recherchons si les accidents dont elle peut se compliquer comportent le caractère de manifestations diathésiques.

Tous les méfaits de la chaudepisse peuvent, en somme, être réunis et groupés de la façon suivante :

1° *Accidents locaux ou d'irradiation inflammatoire :* lymphangite, bubon, balano-posthite, hémorrhagies uréthrales, rétention d'urine, inflammation ou apoplexie des corps caverneux, folliculite uréthrale, phlegmons péri-uréthraux, cowpérite et péri-cowpérite, phlegmasie des vésicules séminales, prostatite, cystite, rétrécissements consécutifs, etc....

2° *Épididymite* et *orchite;*

3° *Ophthalmie purulente* ou de contagion;

4° *Rhumatisme* sous ces formes diverses (arthropathies, rhumatisme des gaînes tendineuses, des bourses séreuses, des muscles, des nerfs, de l'œil, etc.)

5° A cela, d'après M. Pidoux, il faudrait joindre diverses manifestations cutanées (*acne sebacea,* pityriasis, impétigo, blépharitis, coryza, éruptions croûteuses, etc.), et un état général, « sorte de lymphatisme ou d'état strumeux particulier. »

Or, ces divers accidents impliquent-ils l'existence d'une diathèse, d'une infection constitutionnelle?

1° Ceux du premier groupe sont bien évidemment des complications toutes locales. Une lymphangite, un bubon inguinal, une prostatite, une cystite même, ne sauraient être rattachés à une diathèse; ce sont des accidents de voisinage, d'irradiation inflammatoire. Ce sont, comme en convient M. Féréol, « des accidents attribuables à l'inflammation et non à la diathèse blennorrhagique. »

2° Il en est de même de l'épididymite, qui se produit à propos de l'irritation blennorrhagique de l'urèthre, comme elle se manifeste à la suite de l'excitation du canal, par une sonde ou un instrument lithotriteur. Ce n'est pas là très-certainement un accident diathésique, un symptôme d'infection constitutionnelle.

Sur ce terrain cependant, je rencontre M. Pidoux, dont nul plus que moi n'estime et ne respecte les opinions; M. Pidoux, qui rattache cette épididymite aux manifestations strumeuses de la blennorrhagie. « Quelque chose, dit-il, se rapproche-t-il plus que cette orchite du caractère des maladies strumeuses? » J'avoue, pour ma part, ne pas voir ce qu'il y a de strumeux dans une épididymite blennorrhagique, lésion inflammatoire, passagère, aiguë, facilement et rapidement curable, ne suppurant pour ainsi dire jamais, etc., etc.

Et je saisis d'autant moins ce caractère, ce génie strumeux de l'épididymite blennorrhagique que, comparant cette affection au sarcocèle véritablement strumeux, je trouve entre ces deux états pathologiques des différences profondes et radicales.

J'opposerai donc respectueusement à M. Pidoux cette double objection :

1° La chaudepisse des bourses n'a nullement les caractères cliniques d'une lésion strumeuse;

2° Elle ne saurait être considérée comme une manifestation diathésique;

3° Ce n'est pas non plus l'ophthalmie purulente qui peut être prise pour un symptôme constitutionnel. Elle ne résulte, comme cela est actuellement démontré, que d'un contact fortuit, d'une inoculation portée à l'œil par un intermédiaire quelconque souillé de pus blennorrhagique, c'est-à-dire qu'elle est exclusivement produite par une contagion toute accidentelle. Elle n'a donc rien de diathésique; elle est même si peu diathésique qu'elle peut se manifester comme symptôme primitif et unique chez des sujets indemnes de blennorrhagie : démonstration péremptoire qui me dispense d'insister davantage sur ce sujet;

4° Nous arrivons, dans cette revue, aux manifestations cutanées blennorrhagiques dont nous a entretenus M. Pidoux, « manifestations lymphatico-herpétiques, résultant de ce lymphatisme ou de cet état strumeux qu'on croirait être inoculé aux malades par la blennorrhagie. » Elles consisteraient en ceci, d'après le savant médecin que je viens de citer : « *acne sebacea,* pityriasis, impétigo du cuir chevelu, éruptions croûteuses des commissures labiales, etc. » Avez-vous, messieurs, observé rien de semblable à la suite de la blennorrhagie? Pour moi, je dois avouer en toute humilité que, si de tels symptômes se produisent, j'ai été jusqu'à ce jour assez mauvais observateur pour ne pas les constater. J'ai bien vu des sujets présenter, pendant et après leurs chaudepisses, des éruptions dartreuses, herpétiques ou scrofuleuses, parce qu'ils étaient au préalable, c'est-à-dire avant leurs chaudepisses, scrofuleux, herpétiques ou dartreux; mais je n'ai jamais vu ces manifestations cutanées succéder à la blennorrhagie de façon à pouvoir lui être rapportées, comme par exemple la roséole succède au chancre infectant. J'ai consulté sur ce sujet plusieurs de nos collègues, qui n'ont pas été plus heureux que moi, et M. Ricord lui-même me disait, l'un de ces derniers jours, qu'il n'avait jamais eu l'occasion d'observer des éruptions qui peuvent être attribuées à une diathèse blennorrhagique.

Ce que j'ai vu en revanche et ce que M. Pidoux nous a fort bien signalé, c'est l'état anémique qui se produit parfois dans le cours de certaines blennorrhagies de longue durée. « Si vous étudiez, nous disait notre collègue, la physionomie de certains blennorrhagiques, vous remarquerez assez souvent, comme moi, l'altération disproportionnée en apparence que présentent le facies et la santé générale de quelques jeunes gens affectés de chaudepisse même récente... Leur pâleur, l'expression terne de leur regard, quelque chose de relâché dans les traits du visage, un peu d'amaigrissement rapide et de décoloration blafarde de la peau, semblent indiquer chez eux l'existence d'une maladie ancienne ou grave; et cependant, il ne s'agit que de l'inflammation de 1 ou 2 centimètres d'un canal muqueux très-étroit, avec sécrétion d'une quantité plus ou moins grande de mucopus, etc ... » Cela est très-vrai, messieurs, très-clinique, très-finement observé. Mais reste à interpréter ces phénomènes, à rechercher leur véritable cause. M. Pidoux semble les rapporter à « une altération constitutionnelle, » à une intoxication blennorrhagique, à l'influence immédiate d'une diathèse, de la même façon par exemple que la chloro-anémie de la syphilis peut et doit être rapportée à l'infection syphilitique. Sur ce point encore, je demande à notre collègue la permission de différer d'opinion avec lui. Ce qu'il attribue à l'action d'une diathèse, je crois pouvoir l'expliquer plus simplement et plus rigoureusement peut-être par un ensemble de conditions concourant toutes plus ou moins à débiliter, à allanguir, à anémier les sujets blennorrhagiques, à savoir : diminution ou atténuation du régime habituel, abstinence d'alcooliques; insomnie, fatigue, éréthisme nerveux, résultant des érections nocturnes pendant la période d'acuité de la maladie; écoulement souvent considérable, provenant non pas seulement de 1 ou 2 centimètres du canal, comme l'a dit M. Pidoux, mais de tout le canal que l'inflammation atteint progressivement dans chacune de ses parties, ainsi que le démontre l'examen endoscopique; de plus, écoulement se prolongeant des semaines, des mois, voir même des années entières; et surtout, troubles gastriques (dyspepsie, gastralgie, diarrhée, etc.) résultant de l'usage et de l'abus soit de boissons délayantes ingérées à forte dose et pendant longtemps, soit du cubèbe, du copahu, de la térébenthine, etc.; changement de vie, privation des plaisirs habituels et surtout de celui qui plaît le plus à la jeunesse; exercice moindre; balnéation répétée : enfin et principalement, état moral, ennui, tristesse, découragement, chagrin véritable, hypochondrie, etc.

Quelques mots à l'appui de ma thèse sur les plus importantes de ces causes d'affaiblissement et d'anémie.

La plus habituelle et la plus évidente, c'est la modification du régime. Des individus dans la force de l'âge, des jeunes gens surtout, des adolescents à plus forte raison encore, ne peuvent pas sans préjudice pour leur santé, abandonner brusquement leur régime habituel pour être soumis à un régime réduit, d'où les alcooliques notamment se trouvent exclus. Cela va de soi, cela n'est pas discutable. Ajoutez que beaucoup de malades, impatients de se débarrasser au plus vite d'une maladie fort ennuyeuse, exagèrent de beaucoup sur le chapitre du régime les prescriptions qu'ils reçoivent de nous. Les uns se privent de viandes; d'autres ne se permettent que des viandes blanches; quelques-uns même se condamnent à une véritable diète; beaucoup s'abstiennent absolument de vin et ne boivent plus que de l'eau à table, avec d'indigestes tisanes entre les repas; et cela pendant des semaines, pendant des mois entiers. Vous comprenez qu'à ce régime les plus fortes natures, les constitutions même les plus vigoureuses, ne résistent guère. Je me rappelle, entre autres exemples, avoir eu dans les salles du Midi un lutteur qui, s'étant privé de viandes et de vins pour mieux se guérir d'une chaudepisse, s'était en quelques semaines assez affaibli pour être forcé de renoncer à ses exercices.

La médication de la blennorrhagie, en second lieu, se compose d'une série d'agents plus ou moins débilitants. Ce sont tout d'abord des boissons délayantes, des tisanes, qu'il faut absorber huit, dix, quinze jours et au-delà, et dont il n'est pas rare que les malades s'abreuvent outre mesure. Ce sont simultanément des bains répétés qui allanguissent, qui fatiguent, qui épuisent. Ce sont encore en quelques circonstances des émissions sanguines, nécessitées soit par l'acuité des phénomènes inflammatoires, soit par quelques complications (épididymite, prostatite, cystite du col, etc.). Ce sont principalement les médicaments dits résineux, le cubèbe, la térébenthine et surtout le copahu, remède atroce entre tous pour l'estomac. Ces médicaments, dont les malades font un si fréquent abus et qu'ils supportent parfois si longtemps avec le courage du désespoir, troublent profondément la nutrition à des titres divers; parce que d'abord ils coupent l'appétit, au point que certains sujets en arrivent à ne plus pouvoir rien manger; parce que de plus, ils déterminent souvent des troubles gastriques très-prononcés (dyspepsie, renvois, vomissements, gastralgie); parce qu'enfin ils provoquent très-habituellement une diarrhée plus ou moins intense : toutes causes très-évidentes de débilitation et d'anémie.

A cela vient encore se joindre un état moral (j'allais presque dire un état mental) tout particulier qui contribue énergiquement, je pense, à débiliter certains malades. Deux mots à ce sujet qui me paraît digne de votre attention.

La blennorrhagie, messieurs, n'est pas une maladie qu'on supporte *æquo animo,* qu'on accepte, qu'on tolère avec le même calme, avec la même résignation que telle autre maladie vingt fois plus grave. C'est un mal qu'on se reproche, qui humilie, qui ennuie surtout profondément; c'est un mal qu'il faut cacher, avec lequel il faut vivre sous les apparences de la santé, pour lequel il faut se priver de ses habitudes, de ses plaisirs ; c'est une affection gênante à tout moment, qui attriste, qui afflige. Pour quelques sujets qui l'endurent assez gaîment, comme on le fait à l'âge où elle semble constituer un brevet de virilité, pour certains autres qui ne s'en inquiètent guère et laissent aller les choses avec indifférence; pour d'autres encore qui, plus sages, se résignent et n'accordent à la maladie que l'attention qu'elle mérite, il est un grand nombre d'individus qui prennent de leur mal un souci, un chagrin véritable ; ils deviennent inquiets, moroses, sombres, préoccupés, mélancoliques ; quelques-uns ne pensent plus qu'à leur écoulement, dont ils examinent la nature et la quantité cent fois le jour ; ils ne vivent plus que pour leur maladie, comme me le disait l'un d'eux dernièrement, au point de n'être plus capable d'un travail sérieux ; d'autres même, et j'en ai sous les yeux un exemple frappant en ce moment, deviennent, sans exagération, abrutis et hébétés ; très-positivement leur intelligence baisse, leur cerveau se trouble ; ils tombent dans une véritable hypochondrie passagère. D'autres enfin, mais ceci n'est plus heureusement qu'un fait exceptionnel, sont conduits par des blennorrhées rebelles, aussi insignifiantes qu'inoffensives, au désespoir, à la mélancolie, au dégoût de la vie, et je puis le dire, preuve en main, jusqu'au suicide.

Cet état moral des malades affectés de blennorrhagie est un phénomène des plus curieux et des plus réels. Il n'est pas un de vous, sans doute, messieurs, qui n'en ait été frappé, et je me souviens, à ce propos, que mon vénéré maître, M. Ricord, qui plus que d'autres avait été poursuivi, persécuté par ces hypochondriaques de la chaudepisse, s'écriait un jour dans une de ces boutades qui lui étaient familières : Si je deviens jamais nosologiste et si j'ai à classer la chaudepisse quelque part, je la placerai très-certainement au nombre des maladies mentales... Plaisanterie que j'ai pris la liberté de reproduire ici parce qu'elle exprime un fait vrai et très-digne d'attention.

Eh bien, pour revenir à mon sujet, cet état moral, ce chagrin que les malades prennent à propos de leur blennorrhagie, est très-certainement une condition dépressive pour leur organisme. En même temps qu'ils s'attristent, ils mangent peu, ils sortent peu, ils se sèvrent de tous les plaisirs, de toutes les distractions qui sont nécessaires à vingt ans ; ils pâlissent, ils s'allanguissent, ils se débilitent, ils arrivent en un mot, et par le fait seul de leur tristesse, à cet état chloro-anémique si bien caractérisé par M. Pidoux.

Joignez, messieurs, à ces trois causes principales de débilitation (modification du régime, influence de la médication, état moral) celles que je vous signalais précédemment, comme celles aussi qui peuvent résulter des complications incidentes, et vous partagerez, je l'espère, l'opinion que je soutiens en ce moment, à savoir que l'état anémique des sujets affectés de blennorrhagie s'explique suffisamment par les conditions précitées, sans qu'il soit nécessaire, pour l'interpréter, de faire intervenir l'action déglobulisante d'une diathèse, d'un poison blennorrhagique.

Et j'ajoute comme corollaire : si de tels sujets ainsi affaiblis et anémiés présentent, dans le cours ou à la suite de leur blennorrhagie, des manifestations herpétiques, lymphatiques ou scrofuleuses, cela encore ne me surprend pas. C'est leur état de débilitation et de langueur, bien plutôt que leur prétendue intoxication blennorrhagique, qui ouvre la voie, pour ainsi dire, à des diathèses préexistantes et qui en facilite, qui en appelle les manifestations. C'est ainsi qu'on pourra voir sur un sujet lymphatique se développer, à la suite d'une chaudepisse un peu prolongée, des déterminations diverses de scrofule, éruption cutanée, blépharites, coryzas (M. Pidoux), adénopathies froides et chroniques, bubons cervicaux, sous-maxillaires et spécialement bubons strumeux de l'aine, etc., etc. Mais toutes ces manifestations secondaires ne relèvent pas directement de la blennorrhagie comme les syphilides relèvent de l'empoisonnement syphilitique; elles ne sont que les conséquences médiates d'un état général dont la blennorrhagie n'a été que l'occasion, la cause indirecte.

5° Enfin, messieurs, pour compléter cette revue où j'épuise en vain toutes les manifestations de la blennorrhagie, sans en trouver une seule qui puisse être légitimement rapportée à une influence diathésique, il me reste à vous parler du rhumatisme.

Eh bien, il me semble que le rhumatisme ne peut être non plus considéré comme l'expression d'une diathèse, et cela pour les raisons suivantes :

1° D'abord il est infiniment rare par rapport au nombre des blennorrhagies. Sur un chiffre de 1912 blennorrhagies, j'en trouve seulement 41 compliquées de rhumatismes ; et ces 41 cas sont répartis sur 31 malades seulement. Cela donne une proportion de 1/62 en chiffres ronds. Comparez ces chiffres à ceux des accidents secondaires résultant d'une affection véritablement diathésique, comme la syphilis par exemple. Ici n'est-il pas de règle que la diathèse se révèle de quelque manière ? Si le rhumatisme blennorrhagique dépendait d'un état général, d'une infection, il devrait se manifester, sinon dans tous les

cas, du moins d'une façon commune et habituelle. C'est tout au contraire un accident de hasard, éventuel ou possible, exceptionnel même.

2° En outre, les diathèses sont-elles soumises, dans leur genèse, leur évolution, leur extinction possible, à un accident purement local? Non certes. Or la prétendue diathèse blennorrhagique s'éteint avec l'écoulement, et on ne signale pas de rhumatisme blennorrhagique.

3° Est-ce le propre des diathèses de se doubler, tripler, quadrupler, sextupler? Nullement. Or cette diathèse prétendue serait à répétition pour ainsi dire, étant soumise à un état local, mais pouvant se reproduire chez le même individu toutes les fois que cet état local se serait reproduit.

4° Puis notez ce fait que le rhumatisme blennorrhagique est évidemment subordonné à des prédispositions individuelles. Celui qui en a contracté un premier dans le cours d'une première chaude-pisse, doit s'attendre à en contracter un second dans une deuxième, etc., tandis que celui qui a eu une blennorrhagie sans rhumatisme doit espérer qu'il en sera de même des suivantes.

5° Enfin, si le rhumatisme blennorrhagique tenait à une véritable infection, il se produirait également dans toutes les localisations possibles de la blennorrhagie, tandis qu'il ne se rencontre que dans la blennorrhagie de l'urèthre, jamais dans les autres espèces : du prépuce, du gland, de la vulve, du vagin, du col utérin.

J'avais comparé, en conséquence, le rhumatisme blennorrhagique aux accidents qui résultent souvent du cathétérisme, parce que dans les deux cas l'urèthre était le point de départ des manifestations articulaires.

Cependant il y a des différences importantes entre ces deux espèces d'arthrites ; celles qui dépendent du cathétérisme sont bien autrement fixes, et tendent bien plus à suppurer. D'ailleurs, la sonde ne provoque jamais les autres manifestations rhumatismales de la blennorrhagie.

Faut-il être étonné de ces différences? Non, sans doute, puisque les causes qui agissent sur l'urèthre, n'étant pas les mêmes, doivent y produire, chacune selon sa modalité, une excitation de nature diverse. Les effets éloignés ne sont point identiques, parce que les causes ne le sont pas, quoiqu'elles impressionnent les mêmes points.

Je ne m'arrêterai pas à combattre le rapprochement étrange qu'on a fait entre le chancre simple et la blennorrhagie. Pour moi, en comparant ces deux genres d'affections je ne trouve que des différences : d'une part, absence de *contagium*, un écoulement qui peut résulter de simples excitations, d'autre part, un accident virulent, inoculable, auto-inoculable, tendant à prendre la forme phagédénique, qui a des suites toutes spéciales, et qui jamais ne peut produire rien de semblable à ce qu'on a nommé le rhumatisme blennorrhagique. Je ne vois pas ce qui pouvait conduire à proposer une assimilation de choses aussi dissemblables.

M. CHAUFFARD s'étonne de l'insistance que M. Fournier met à conserver le mot rhumatisme blennorrhagique, alors même qu'il tend à prouver que la blennorrhagie n'est pas une diathèse, que ce n'est pas une affection spécifique, ni générale, ni permanente ; tandis que le mot rhumatisme s'applique à une diathèse déterminée. Il y a là une confusion nosologique très-regrettable, et qu'on ferait facilement disparaître si l'on nommait tout simplement accidents secondaires de la blennorrhagie ce qu'on appelle rhumatisme blennorrhagique.

Par cet emploi inconsidéré des expressions médicales, on arrive bientôt à tout confondre. Ainsi, l'on en vient à nommer la rougeole une diathèse, la scarlatine une diathèse, la fièvre typhoïde une diathèse, toute maladie, soit spécifique, soit virulente, soit miasmatique, devient également une diathèse ; ce qui a pour résultat d'enlever au mot diathèse toute précision et par là même toute utilité scientifique.

M. FOURNIER. Je n'aime pas non plus cette expression de rhumatisme blennorrhagique ; mais je ne me crois pas le droit de réformer le langage médical.

M. CHAUFFARD. Pourquoi pas, quand il est mauvais?

M. FOURNIER. D'ailleurs, j'ai proposé de dire rhumatisme uréthral.

M. CHAUFFARD. Mais ce serait pis encore. Ces adjectifs uréthral, ou génital, lorsqu'ils sont justement employés, indiquent le lieu où la manifestation s'est produite. Un rhumatisme génital ne devrait pas être autre chose qu'un rhumatisme des organes génitaux, comme un rhumatisme uréthral serait un rhumatisme de l'urèthre. Il faut se garder soigneusement de ces expressions mal formées.

M. PETER donne de nouveaux détails sur la malade dont il a parlé dans la séance précédente. Cette jeune femme était bien sans fièvre lorsqu'elle est entrée à l'hôpital pour y faire sa fausse couche ; elle n'éprouvait alors aucune douleur ; mais, en l'interrogeant, l'interne du service apprit qu'elle avait eu, deux jours auparavant, quelques douleurs articulaires. Elle mourut le onzième jour après l'avortement, et, à l'autopsie, on trouva le péricarde triplé de volume, rempli d'une sérosité louche ; des fausses membranes sur le cœur, la surface de l'indocarde dépolie, les valvules sygmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire épaissies et comme infiltrées, du pus dans le tissu musculaire du cœur, dans la paroi de l'oreillette gauche.

L'épaule et l'articulation coxo-fémorale gauche contenaient du pus ; il s'en trouvait aussi dans l'épaisseur du grand pectoral.

Le foie et les poumons étaient sains, sans le moindre abcès métastatique. L'utérus, complétement revenu sur lui-même, offrait une consistance normale et était parfaitement sain. Pas de péritonite, pas de pus dans les méninges.

Dans ce cas, dit M. Peter, on peut admettre que le rhumatisme ait précédé la fausse couche ; on peut même admettre, à la rigueur, qu'il l'ait provoqué ; mais il n'en est pas moins évident que c'est postérieurement à elle qu'il a pris un caractère grave, suraigu, et que s'est développée cette diathèse purulente puerpérale avec phlegmasies suppurées des articulations du cœur et du grand pectoral, à laquelle la malade a succombé.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je ne crois pas qu'on puisse donner le nom de rhumatisme à cette affection : le rhumatisme ne suppure pas. En général, pour se rendre compte de la nature d'une maladie articulaire, il faut décomposer par l'analyse les tissus dont l'articulation se compose. On voit ainsi que, dans la goutte, les dépots se font en dehors de la cavité articulaire, que l'intérieur de cette cavité est atteint dans le rhumatisme, et que, dans l'arthrite blennorrhagique, le tissu osseux est principalement affecté.

M. GALLARD. Je voudrais savoir si l'examen microscopique de l'utérus et des annexes a été fait chez la malade de M. Peter. Pour trouver le pus dans les veines qui longent les bords de l'utérus, il faut souvent le chercher avec le plus grand soin. Les abcès cardiaques vrais sont très-rares, tandis que les abcès métastatiques du foie sont très-communs. Je serais disposé à admettre une phlébite utérine dans ce cas, car l'affection a eu toutes les allures d'une fièvre puerpérale ou d'une infection purulente.

M. PETER. L'utérus a été littéralement haché par moi sans présenter trace de phlébite ou d'altération quelconque ; la consistance en était normale, l'insertion placentaire était granuleuse comme au dix-septième jour après une fausse couche, mais sans la moindre sanie. J'ai examiné les annexes et les ovaires avec un soin aussi minutieux. Nulle part il n'y avait de pus ; il n'existait pas de péritonite.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Paris a fait, samedi dernier, sa présentation pour la chaire de pathologie chirurgicale, devenue vacante par suite du passage de M. Gosselin à la chaire de clinique. Elle a présenté : en première ligne M. Broca, en deuxième ligne M. Follin, en troisième ligne M. Verneuil.

— Par décret en date du 31 décembre 1866, une chaire de physiologie est instituée à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

— Par décret en date du 15 décembre 1866, il est ouvert au Ministère de l'instruction publique, sur l'exercice 1866, un crédit extraordinaire de 25,000 francs applicable aux dépenses de révision du *Codex*.

— Par arrêté en date du 26 décembre 1866, M. Woehrlin est nommé aide de chimie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Sahut, dont le temps de service est expiré.

— Par arrêté en date du 31 décembre 1866, sont tnstitués agrégés près l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg pour entrer en exercice à partir du 1er janvier 1867 :

1° Pour la section médicale et toxicologie, M. Strohl, né le 9 mai 1837, à Bouxwiller (Bas-Rhin) ;

2° Pour la section de physique et de pharmacie, M. Fleury, né le 30 décembre 1833, à Chenay (Deux-Sèvres).

— Par arrêté en date du 31 décembre 1866, sont nommés aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg, MM. Duval et Keller.

— Nous apprenons que M. Maurice Raynaud vient d'être chargé de l'un des deux cours de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris. Sa première leçon aura lieu aujourd'hui, mardi, à trois heures.

— Le médecin de campagne qui a adressé à la *Société médicale d'observation* une lettre anonyme contenant sept observations de gangrène, est prié de faire connaître son nom ; le règlement de la Société s'opposant à ce qu'une lettre anonyme soit imprimée ou discutée.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 7. — JEUDI 17 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 17 JANVIER 1867. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JANVIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Broca dans la séance précédente, M. J. Guérin dans la séance d'hier, ont apporté, l'un des chiffres et des faits nouveaux, l'autre des considérations étiologiques importantes et d'un grand intérêt sur les conditions de la mortalité des nourrissons. MM. Devergie et Boudet sont intervenus de nouveau; M. Boudet pour réclamer la formation immédiate d'une commission spéciale et lui indiquer sa mission dans un projet de questions à étudier; M. Devergie, pour revendiquer en faveur de l'autorité la compétence et la possession des éléments nécessaires pour l'enquête proposée. Enfin une petite discussion incidente, qui pourrait bien devenir une grosse et grave question, a été soulevée par MM. J. Guérin, Larrey et Broca. Nous n'avons aujourd'hui ni le temps ni l'espace nécessaires pour faire ressortir tout ce qui s'est dit d'important et d'utile dans ces deux séances. Nous y suppléerons dans l'un des prochains numéros. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. EMPIS.

De la statistique du service d'accouchements de l'hôpital de la Pitié, et des mesures hygiéniques instituées dans cet hôpital contre la fièvre puerpérale[1].

3° *Des mesures hygiéniques relatives à l'exclusion du service d'accouchement des femmes atteintes de fièvre puerpérale.*

Si j'attache une importance secondaire au nombre des lits contenus dans une même salle d'accouchement, j'en attache une de premier ordre à ce que le service d'accouchement soit confié à un médecin, qui ait en même temps sous sa direction un service de maladies aiguës. Cette condition est tout à fait nécessaire pour pouvoir, au moment opportun, expulser du service des femmes en couche celles qui, par leur état de maladie, deviendraient une source d'infection pour les autres; et, comme il ne s'agit pas seulement d'empêcher les femmes qui sont frappées par la maladie de mourir dans le service d'accouchement, mais qu'il faut encore les empêcher d'aller mourir ailleurs, il est indispensable que l'opportunité de l'expulsion et que le sort de l'expulsée relèvent de la même responsabilité.

On peut juger, par l'organisation actuelle de la Maternité, à quels déplorables résultats conduit ce partage entre deux personnes, de la direction du service des accouchements et de celui de l'infirmerie. La sage-femme n'envoie les femmes malades à l'infirmerie que lorsqu'elles ont déjà infecté les autres, et lorsqu'elles sont déjà, si ce n'est à l'agonie, au moins à une période de la maladie trop avancée pour que le médecin puisse encore en diriger l'issue.

Une infirmerie spécialement affectée aux femmes atteintes de fièvre puerpérale et placée dans un bâtiment isolé, comme le propose mon honorable collègue, M. Le Fort, ne me paraît pas pouvoir remplacer les avantages que peut offrir un service de maladies aiguës. En effet, on ne doit pas seulement se préoccuper du sort des femmes en couche qui sont saines, mais il faut penser aussi à celui des malheureuses qui sont frappées par la maladie; eh bien, il me paraîtrait déplorable de les accumuler dans un même bâtiment et dans une infirmerie qui leur serait spécialement consacrée, car ce serait pour elles doublement redoutable. En premier lieu, ce serait les transporter d'une salle encore salubre dans un lieu où la fièvre puerpérale serait nécessairement endémique, et où chacune des malades apporterait successivement son contingent d'infection à la masse commune! Quelque isolée que fût une telle infirmerie, elle donnerait fatalement les tristes résultats de celle de la Maternité, et serait une des conditions les plus défavorables à la guérison des malades. En second lieu, le transport de ces malheureuses dans une telle infirmerie, dont la réputation ne tarderait pas à être faite, frapperait leur moral d'un coup mortel; elles y arriveraient dans les conditions morales les plus déplorables, et au lieu de reprendre confiance et courage, elles se croiraient vouées à une mort certaine. Les conditions morales ont une trop grande influence sur la gravité et sur la terminaison de cette cruelle maladie, pour ne les pas prendre en très-sérieuse considération, dans les mesures à prendre contre son endémicité.

L'avantage immense d'avoir un service de maladies aiguës en même temps qu'un service d'accouchement, est de conserver les femmes en couche malades sous sa direction, tout en les plaçant dans de bonnes conditions de guérison, et en préservant les autres de cette cause d'infection.

Il n'y a d'ailleurs aucune objection sérieuse à faire à cette organisation devant les bons résultats qu'elle procure. On voit, par la statistique de la Pitié, combien la mortalité y est inférieure à celle des établissements dans lesquels il existe une infirmerie spéciale, dont la direction est confiée à une personne étrangère au service d'accouchement. Là encore la théorie doit donc s'incliner devant les faits.

Le moment auquel il convient d'exclure de la salle commune une femme malade, ne peut d'ailleurs être apprécié convenablement que par un médecin. Une sage-femme, si habile qu'elle puisse être dans l'art obstétrical, n'a pas fait des études médicales suffisantes pour être en mesure de faire du diagnostic sérieux. Au point de vue de la transmissibilité des affections puerpérales, il est indispensable de leur reconnaître deux périodes: l'une initiale, pendant laquelle la maladie ne se caractérise encore que par des déterminations locales inflammatoires, et pendant laquelle les malades peuvent rester sans inconvénient dans la salle commune; l'autre consécutive et pyogénique, pendant laquelle la maladie se caractérise par des symptômes d'infection purulente, et au début de laquelle il me paraît urgent d'exclure la malade de la salle commune, sous peine de la voir infecter les autres et de devenir le germe d'une épidémie. Il est donc de toute nécessité qu'un médecin surveille le service d'accouchement et qu'il décide lui-même du moment opportun de l'exclusion.

La transmissibilité de la fièvre puerpérale étant acceptée en principe, il est évident que la mesure prophylactique serait insuffisante si l'on se bornait à bannir la malade de la salle commune, sans se débarrasser en même temps de tout ce qui a pu être contaminé par elle. Aussi, chaque fois qu'un cas de fièvre puerpérale sporadique se développe dans mon service d'accouchement, non-seulement la malade est transportée dans mon service de maladies aiguës, mais encore la literie qui lui servait est complétement changée : matelas, oreillers, couvertures, etc., sont immédiatement renouvelés.

C'est à l'application rigoureuse de toutes ces mesures hygiéniques que je dois, si je ne me trompe, la disparition des épidémies de fièvre puerpérale dans les salles de l'hôpital de la Pitié. Ce que l'on peut tout au moins affirmer, c'est que c'est à partir de leur institution que les épidémies ne se sont plus renouvelées.

Il ne me paraît donc pas nécessaire de réclamer des salles de rechange comme à l'hôpital Cochin, ni des chambres isolées, comme à l'hôpital Saint-Louis, pour réduire la mortalité effroyable des femmes en couche dans les hôpitaux à 1 1/10 pour 100. Il suffit pour cela des conditions dont je viens de parler et dans lesquelles se trouve actuellement le service de la Pitié.

M. Louis Odier, interne à l'hôpital Saint-Louis, s'est montré très-partisan des chambres isolées, dans la relation du service d'accouchement de M. Hardy, qu'il a publiée le 18 octobre 1866 dans la *Gazette des hôpitaux*. Sur 409 femmes accouchées au service d'accouchement du 1er janvier au 31 juillet 1866, 13 ont succombé à la suite d'affections puerpérales et 7 par maladies étrangères à la fièvre puerpérale.

Sur 139 accouchées dans les chambres isolées, aucune n'est morte de fièvre puerpérale; 3 sont mortes de maladies étrangères.

M. Louis Odier fait remarquer le contraste de ces résultats, et combien il est en faveur de l'opinion généralement admise aujourd'hui, que la réunion des femmes en couche est nuisible. Tout en acceptant ce principe, je dois faire remarquer que le chiffre de 139 est insuffisant pour prouver la supériorité des chambres isolées sur celles des services d'accouchement soumis à de bonnes mesures hygiéniques, puisque pour cette même année 1866, du 1er avril au 1er novembre, sur un total de 319 accouchements qui ont eu lieu dans mes salles communes, il n'y a pas eu un seul décès causé par la fièvre puerpérale.

Des deux décès qui sont notés dans la statistique, l'un a eu lieu en mai, et est relatif à une femme amenée à l'hôpital en état éclamptique, et qui succomba pendant l'accès; l'autre a eu lieu en août et a pour sujet une femme entrée à l'hôpital avec une variole confluente à laquelle elle succomba immédiatement après être accouchée.

Or, sur les 139 femmes accouchées dans les salles isolées de l'hôpital Saint-Louis, M. Odier compte aussi 3 décès par maladies étrangères à la fièvre puerpérale, ce qui lui donne encore une mortalité brute de 2,15 pour 100 sur ses accouchées, tandis que sur les 319 femmes accouchées dans ma salle commune, il n'y a que 2 décès en tout, et étrangers, comme ceux de M. Hardy, à la fièvre puerpérale; ce qui ne me donne qu'une mortalité brute de 0,62 pour 100.

Les chiffres, comme on le voit, sont encore en faveur de l'organisation de mon service, d'autant plus que l'absence de fièvre puerpérale n'est évaluée, pour les chambres isolées, que sur un total de 139 accouchements, tandis que pour mon service, elle l'est sur un total de 319.

L'institution de chambres isolées, pour tous les accouchements qui sont à la charge de l'assistance publique, n'est pas d'ailleurs applicable aujourd'hui, à cause des dépenses énormes qu'elle occasionnerait et de l'augmentation du personnel hospitalier qu'elle nécessiterait.

L'idée émise par mon excellent collègue et ami, M. Tarnier, de donner pour garde-malade à une accouchée une femme enceinte à terme et attendant son tour, m'avait d'abord paru fort ingénieuse; mais en y réfléchissant, on voit qu'il y aurait à redouter, chez de telles garde-malades, trop peu du dévouement désintéressé que l'assistance publique doit à ses assistées; la clientèle de nos services d'accouchement est peu digne en général des libéralités de M. de Montyon! Il y aurait, en outre, à craindre les résultats de l'impéritie et de l'ignorance des soins à donner à une nouvelle accouchée de la part de femmes qui seraient entièrement novices sur ce point. Enfin l'impossibilité absolue de faire porter la nouvelle accouchée par une femme enceinte sans de grands dangers pour toutes deux, éloigne, si je ne me trompe, de plus en plus la réalisation de cette idée, si séduisante qu'elle soit au premier abord.

En définitive, j'ai montré par des chiffres quels sont les résultats que tout médecin d'hôpital peut obtenir dans un service d'accouchement, par l'application rigoureuse de certaines mesures hygiéniques.

Jusqu'à ce que l'assistance publique soit en mesure de fournir un domicile aux malheureuses femmes qui en manquent, et qu'on ne peut pas laisser accoucher dans la rue, je suis d'avis qu'il y a lieu de conserver, dans tous les hôpitaux, des services d'accouchement placés sous la direction immédiate des médecins, et j'engage vivement ceux de mes collègues auxquels incombera une aussi lourde responsabilité, à appliquer dans leur service les mesures hygiéniques qui m'ont réussi.

1. Voir les numéros des 20 et 25 décembre 1866, 8, 10 et 15 janvier 1867.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Paralysie double de la face.

H..., âgé de quarante-deux ans, cantonnier, entre le 15 mai 1863, dans le service de M. Lailler, à Saint-Louis.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé, et n'offre rien de bien notable dans ses antécédents.

Il a eu trois écoulements blennorrhagiques à diverses époques, le dernier il y a un an. Il affirme n'avoir jamais eu de chancre, d'éruption cutanée, de mal de gorge, ni de chute des cheveux.

Trois mois avant sa maladie, il a commencé à éprouver des malaises, des étourdissements qui s'étaient déjà fait ressentir six ans auparavant, et qui s'accompagnaient alors de crampes dans les jambes.

Il y a quinze jours, après être resté quelque temps exposé à un courant d'air, il eut mal à la gorge et vit se développer sur son corps et sa tête une éruption formée de boutons rouges. Quelques jours après, il s'aperçut, en mangeant, que le côté gauche de sa bouche était paralysé, et en se regardant dans une glace, il remarqua également que son nez était tiré à droite. Les jours suivants la parole devint embarrassée, et le côté droit de la figure se prit à son tour. C'est dans ces conditions qu'il entra à l'hôpital.

La figure de cet homme ne présente, au premier aspect, rien de particulier, sinon qu'elle est complétement dépourvue d'expression et d'une parfaite immobilité. A l'état de repos, la chose est peu sensible, mais vient-on à le faire parler, à provoquer son hilarité ou sa colère, quels que soient les sentiments violents qui l'agitent, ses traits n'en gardent pas moins l'immobilité la plus absolue. Cette contradiction entre ses paroles, ses gestes et l'impassibilité de son visage, produisent le plus singulier effet, on dirait que sa figure est de marbre.

Mais ce défaut d'expression n'est qu'un des troubles fonctionnels les moins importants de ceux que révèle un examen plus attentif.

La parole est particulièrement entravée. Les joues, les lèvres non-seulement ne concourent plus à l'articulation des mots, mais encore gênent, par leur inertie, la prononciation de ceux qu'elles ne pro-

duisent pas. Le B et le P sont transformés en V, l'L et l'M sont inintelligibles.

Il semble qu'il parle la bouche pleine, et en effet, à chaque mouvement de la mâchoire, les joues, qui sont réduites à deux voiles inertes et flottants, viennent se placer entre les arcades dentaires et les empêcher de se rapprocher. Il ne peut ni gonfler ses joues, ni souffler, ni siffler. Lorsqu'il mange, même difficulté que pour parler; il est obligé de soutenir ses joues avec sa main, afin de leur prêter un appui.

Les narines sont légèrement pincées, mais ne s'affaissent pas dans l'inspiration.

Les paupières sont également atteintes. Lorsqu'on dit au malade de fermer les yeux, on le voit rouler le globe oculaire en haut, de sorte que la pupille vient se cacher sous la paupière supérieure, qui ne peut descendre sur elle. Par cette espèce de subterfuge instinctif, l'œil atteint le même but, qui est d'éviter la lumière ; c'est ainsi qu'il fait pour dormir. Les paupières restent immobiles sous l'influence de la volonté ; mais il n'en est pas de même des mouvements instinctifs de clignement, qui peuvent s'exécuter, bien que d'une façon très-incomplète.

Il résulte encore de cette paralysie des paupières, un ectropion du côté gauche et un larmoiement continuel.

La peau du front est complétement dépourvue de plis ; les sourcils ne peuvent ni s'élever ni se froncer.

La sensibilité cutanée de la figure a conservé toute son intégrité. Il n'y a aucun trouble des sens ; la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, bien que n'étant pas très-délicats, s'exécutent normalement.

La luette occupe sa position habituelle, et n'est déviée d'aucun côté. Il n'y a point reflux des boissons par le nez, mais la voix a un timbre nasal bien prononcé.

La langue est déviée à droite ; elle a, du reste, conservé toute sa mobilité.

Passons de l'examen de la figure à celui du corps ; on y remarque une éruption présentant les caractères suivants :

Le cuir chevelu est couvert de croûtes nombreuses, qui sont petites, épaisses, arrondies, d'un jaune verdâtre, et agglutinant les cheveux. Il n'y a pas de ganglions derrière les oreilles ni sous la mâchoire.

Sur le corps, l'éruption est bien caractérisée, surtout à la partie inférieure du ventre, aux cuisses et aux jambes.

Elle se présente sous forme de petites croûtes sanguinolentes, aplaties, entourées d'une aréole rouge foncé. Ailleurs, ce sont de petites plaques au niveau desquelles l'épiderme est enlevé et laisse le derme à nu, sec, brillant, d'une teinte cuivrée et entouré d'une collerette épidermique.

Sur la partie inferieure du ventre est une plaie de la grandeur d'une pièce de deux francs, elliptique, à fond bourgeonné, entourée d'une aréole violacée. Le malade portait habituellement un sac chargé d'argent, qui correspondait à cette plaie, et qui sans doute l'a produite.

Sur le gland et dans la rainure du frein, sont deux plaques abrasées, à bords irréguliers, mous, peu prononcés. Plaques humides sur le scrotum et sur le fourreau de la verge. Ganglions inguinaux très-développés.

Traitement. — Pilules de proto-iodure ; solution avec iodure de potassium, 2 grammes ; douche de vapeur.

Au bout de douze jours de traitement, le malade peut remuer la peau du front à gauche ; le buccinateur droit exécute quelques mouvements ; la pointe de la langue n'est plus déviée.

Le 30, le malade, qui est sensible à l'iodure de potassium, éprouve des frissons et un léger mouvement fébrile avec céphalalgie frontale. Il y a de la conjonctivite et du coryza qui augmentent les jours suivants. Tout traitement est suspendu.

Le 7 juin, les yeux et le nez sont guéris de leur inflammation. On remarque quelques mouvements assez limités dans le sourcil droit ; les mouvements de la paupière gauche semblent revenir un peu.

On reprend le traitement.

Le 14, on électrise le malade, et l'on constate que la plupart des muscles de la face ont conservé l'excitabilité électrique, mais qu'elle est considérablement affaiblie. Les mouvements qu'on parvient à y provoquer sont d'abord peu prononcés ; ils deviennent plus marqués au bout d'un certain temps. Le grand zygomatique et le peaucier du côté gauche sont complétement insensibles. Il est à remarquer que de ce côté les mouvements sont beaucoup moins prononcés et exigent un courant plus intense.

A la suite de cette première séance, il y a une amélioration notable dans l'état du malade.

On continue l'électricité tous les jours pendant une semaine. Quelques mouvements reviennent peu à peu dans les paupières, dans la peau du front et les sourcils. Le malade demande à sortir le 26 juin.

Depuis, j'ai revu cet homme vers le mois de décembre 1863. Pendant tout ce temps il est resté sans traitement. La paralysie n'a pas sensiblement diminué ; les paupières peuvent cependant s'abaisser, celles de l'œil droit ne le fait qu'incomplétement. A part cela, le malade est à peu près dans le même état qu'à sa sortie de l'hôpital.

Bien que l'histoire de ce malade ne soit pas tout à fait complète et qu'on ait à regretter que le traitement ou les renseignements ultérieurs ne soient pas venus déclarer la nature de la maladie, j'ai cru devoir la rapporter à cause de la rareté des faits analogues, et pour mettre en question la cause qui peut l'avoir produite.

Les symptômes présentés par le malade sont bien ceux qui ont été signalés dans tous les cas, et sous ce rapport, la paralysie était à très-peu de chose près complète. M. Davaine, dans son intéressant mémoire sur ce sujet, a montré qu'habituellement la paralysie siégeait à la fois dans les muscles animés par la portion externe du facial et dans ceux qui reçoivent des filets de sa portion interne. La paralysie des premiers se traduit par l'immobilité de la face et les troubles fonctionnels qu'elle entraîne à sa suite. Mais il a fait voir que ce n'étaient pas là les seuls symptômes de cette affection. D'autres sont le résultat de la paralysie du voile du palais, du ventre postérieur, du digastrique et du muscle stylo-hyoïdien, en un mot, des parties que l'anatomie et la physiologie montrent animées par le facial. Ces troubles sont le nasonnement de la voix, l'embarras de la parole et la difficulté de la déglutition.

Chez notre malade, les deux premiers symptômes étaient manifestes, mais la déglutition n'était pas sensiblement entravée.

A propos des troubles de la parole, que M. Davaine rapporte surtout à la paralysie de la langue, je ferai remarquer que les lettres dont la prononciation était le plus altérée étaient le b, le p et l'm qui réclament un concours actif des lèvres ; que dans d'autres cas, ces lettres ont été l'o et l'u, qui sont dans les mêmes conditions. D'autre part, dans la plupart des faits qu'on peut rapporter réellement à une paralysie du facial, l'immobilité de la langue n'a jamais été bien marquée. Aussi, il y a lieu de penser que dans cette affection, la difficulté de la parole tenait plutôt à la paralysie des lèvres et des joues qu'à celle de la langue, contrairement à l'opinion de M. Davaine. En effet, les faits sur lesquels il s'appuie sont regardés par M. Trousseau comme étant des exemples de paralysie glosso-laryngée, dans lesquels la langue était fortement atteinte, mais qu'on ne peut ranger dans les faits de paralysie double. De plus, les filets fournis à la langue par le facial ne peuvent venir que de la corde du tympan et se distribuer au lingual, et par conséquent influencer très-peu les mouvements de totalité de cet organe.

Un autre symptôme qui a été constaté avec soin, c'est la diminution de l'excitabilité électrique dans les nerfs de la face, du côté gauche principalement ; quelques-uns même étaient tout à fait insensibles.

C'est un moyen que Marshall Hall a indiqué pour s'assurer si la cause de la paralysie était périphérique ou centrale. La faculté conductrice des nerfs disparaît dans le premier cas, et persiste dans le second ; ici elle était notablement diminuée.

Ajoutons que l'électricité est, dans ce cas, un excellent mode de traitement. Notre malade a été très-amélioré au bout de quelques jours, et dans un cas de M. Constantin James, la guérison a été ainsi obtenue.

On peut encore remarquer certaines particularités dans les symptômes. La paralysie était plus complète à gauche, et c'est par ce côté qu'elle a débuté. Dans la plupart des observations il en est ainsi. Dans cinq cas la paralysie a débuté à gauche, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'elle s'est étendue à droite ; enfin lorsqu'elle s'est terminée par la guérison, l'un des côtés est toujours revenu avant l'autre.

Cherchons maintenant à quelle cause on peut rattacher ce cas de paralysie. Le nerf peut être atteint à son origine, dans la portion intra-crânienne, dans son trajet temporal et enfin dans sa portion externe.

Il est rare, lorsque la paralysie est de cause cérébrale, qu'elle ne se complique pas de lésions des centres nerveux, apoplexies, ramollissements, tumeurs.

Lorsqu'elle siége dans le rocher, elle peut tenir à une lésion de l'os lui-même, à une fracture dont les débris compriment le nerf. M. Davaine rapporte le cas d'un soldat qui fut ainsi atteint de paralysie faciale double, à la suite d'une commotion violente dont il n'indique pas la nature, mais que M. Trousseau rapporte à une fracture des deux rochers. Elle peut encore être syphilitique ; tels sont les cas de Dupuytren et de O'Connor. Enfin elle peut succéder à une otite, et dans ce cas elle est presque toujours sous l'influence de la scrofule ou de la tuberculose.

En voici une observation que j'ai trouvée dans la *Gazette médicale de Strasbourg* de 1862. Elle est due à M. Ehrmann, je la rapporterai en quelques mots :

Un jeune homme de vingt-six ans, tuberculeux, atteint déjà plusieurs fois d'otorrhées purulentes, après s'être trouvé quelque temps dans un violent courant d'air, est pris de douleurs vives dans l'oreille droite, s'accompagnant de suintement purulent. Le lendemain, le côté droit de la face est paralysé. Deux jours après, la symétrie de sa figure était rétablie ; le côté gauche s'était pris à son tour, à la suite d'un nouveau courant d'air. Tous les symptômes de la paralysie double furent constatés. Le malade mourut au bout de vingt jours de son affection thoracique.

L'examen microscopique des deux nerfs faciaux, dans la portion pétreuse montra, sous le névrilème, un nombre considérable de globules pyoïdes. Les parois de la caisse étaient cariées, les osselets dissociés et la corde du tympan en partie détruite.

Ici la paralysie semble avoir été sous l'influence d'une tuberculisation du rocher.

Enfin le facial peut être atteint dans sa portion périphérique, soit traumatiquement comme par le forceps, soit le plus souvent par l'action du froid.

Laquelle de ces causes pouvons-nous invoquer chez notre malade ? Il n'y a ici que deux suppositions entre lesquelles il n'est pas facile de choisir.

Est-ce une paralysie *a frigore* ? Le malade s'est trouvé exposé, quelques jours avant, à un courant d'air. De plus, les nerfs n'avaient conservé qu'un très-faible pouvoir conducteur pour l'électricité, qui même était éteint chez quelques-uns. Cela semblerait indiquer une action périphérique, comme l'est celle du froid.

Est-ce une paralysie syphilitique ? La surface du corps était couverte d'une éruption qui présentait bien ce cachet, malgré la persistance du malade à nier qu'il eût jamais eu de chancre. Le traitement antisyphilitique, il est vrai, n'a pas produit d'amélioration ; mais le malade ne l'a suivi que pendant peu de temps et d'une manière irrégulière. Aussi, en présence de cette éruption, de la longue durée de la paralysie, de l'absence d'antécédents rhumatismaux, je suis disposé à croire que la syphilis était la vraie cause de la maladie.

ÉTUDES

Sur l'action thérapeutique de la source Dominique,

Par M. le Dr Chabannes, médecin-inspecteur des eaux de Vals.

L'action thérapeutique de la source Dominique de Vals peut se résumer en ces deux mots : elle est toni-sédative et antipériodique.

Les académies se sont assez occupées de la composition étrange de la source Dominique ; moi-même j'en ai assez longuement disserté pour qu'il soit nécessaire d'y revenir ici.

Arsenico-ferrugineuse, minéralisée par l'acide sulfurique libre ; il suffit de savoir qu'elle ne peut ni ne doit être rangée dans aucune classe d'eaux minérales connues. Sans doute, bien des eaux contiennent de l'arsenic, du fer ; mais ces corps simples ou leurs sels sont mêlés à d'autres principes en général peu actifs, et qui, par leur abondance relativement considérable, jouent le rôle de correctif. De la source Dominique, au contraire, enlevez le fer, l'arsenic, l'acide sulfurique, il ne reste presque plus que de l'eau distillée.

Si l'isolement des principes actifs dont nous parlons n'influençait pas pour la développer d'une certaine façon, leur force thérapeutique, on ne comprendrait pas et l'on ne pourrait admettre les résultats surprenants que l'emploi de cette eau médicamenteuse a produit sous mes yeux, ainsi que sous les yeux d'un grand nombre d'autres médecins.

Ces faits extraordinaires, nous les relaterons dans le cours de ces études. Il est plus convenable d'étudier maintenant comment se comporte généralement la Dominique dans quelques cas donnés.

Il ne faut pas avoir pratiqué longtemps la médecine pour remarquer combien sont variables les réceptivités individuelles en présence d'un même médicament. Cette remarque est surtout frappante dans la médecine thermale. Si par un hasard heureux, on trouve un agent qui soit plus généralement supporté qu'un autre, qui soit susceptible de produire des résultats parallèles à ceux de ses voisins, et dans bien des cas plus avantageux que ceux-ci, il est juste que cet agent soit distingué, qu'il soit recommandé d'une manière particulière.

C'est ce qui est arrivé à Vals. L'on sait, en effet, que la source Dominique sort du milieu des sources bicarbonatées sodiques nombreuses et variées de cette station.

Quels sont les cas spéciaux qui réclament l'emploi de la source Dominique? Telle est la question que l'on se pose naturellement au début de l'étude d'un médicament. Je pourrais répondre : il faut employer la Dominique toutes les fois que l'on veut tonifier en calmant ou calmer en tonifiant, selon les indications dominantes ; toutes les fois qu'il se présente une certaine périodicité tenace, chronique si je puis ainsi dire, et rebelle aux antipériodiques usuels. Mais je préfère esquisser à grands traits quelques cas dans lesquels l'action de la source Dominique a été manifestement utile.

Le lecteur trouvera, j'espère, une réponse plus satisfaisante dans l'exposition de ces faits.

Premier fait. — Une demoiselle X..., de vingt-quatre ans environ, souffrait depuis cinq ou six ans de douleurs costo-thoraciques vagues. Une toux incessante, quelques hémoptysies rares, la dyspnée, une alimentation insuffisante, mais que la malade ne pouvait augmenter malgré ses efforts pour surmonter son dégoût, l'avaient plongée dans le dépérissement le plus complet. La toux sèche qui la retenait depuis longtemps chez elle, en provoquant les douleurs intra-thoraciques dont nous parlons, lui avait rendu impossibles toutes relations de société. Les règles revenaient périodiquement chaque mois, mais moins abondantes, et chaque époque était suivie d'exacerbation dans les symptômes.

C'était une opinion générale, accréditée par les médecins dans la petite localité habitée par cette demoiselle, qu'elle n'avait pas longtemps à vivre.

Cependant, malgré la toux, la dyspnée, les rares hémoptysies antérieures, l'auscultation ni la percussion ne m'avaient signalé aucune lésion appréciable du poumon.

Cet état, je l'ai dit, durait depuis cinq ou six ans. Il avait été combattu par plusieurs médecins instruits, et dont l'un d'eux tient, à Lyon, le premier rang comme chirurgien-major des hôpitaux. Ce dernier, parent de la malade, lui avait prodigué longtemps des soins aussi dévoués qu'intelligents.

L'énumération des médications employées sur Mlle X... indiquera suffisamment l'opinion de ces médecins sur la nature de sa maladie.

Ainsi, les révulsifs de toute espèce, les huiles de foie de morue, l'iodure de fer, d'autres préparations ferrugineuses associées aux narcotiques, aux antispasmodiques, avaient fait le fonds de ces médications diverses. Mlle X... dépérissait de jour en jour.

Appelé, à mon tour, à donner des soins à cette malade, je recueillis l'héritage fort lourd que me laissait la mort de son médecin ordinaire, praticien savant et habile. Depuis six ans, que d'essais infructueux, que de médicaments pris, abandonnés et repris! Aussi, la matière médicale ne m'offrait-elle plus rien qui n'eût été tenté. C'est alors que nous commençâmes l'emploi de la Dominique.

Dans les premiers jours du traitement, Mlle X... ne pouvait ingérer que un quart de verre par jour, en ayant soin de le fractionner et de le faire chauffer légèrement au bain-marie. Cependant, et contrairement à ce qui s'était passé pour tous les agents médicamenteux jusque-là employés, la tolérance s'établit dès le principe. Cette eau minérale, qui dans la localité de Mlle X... était frappée de la réprobation publique, parce que, disait-on, elle contenait de l'*arsenic*, cette eau fut trouvée agréable, les phénomènes nerveux perdirent de leur intensité, l'appétit et les bonnes digestions revinrent. Un mois ne s'était pas

écoulé que la malade put aller boire à la source, distante de 4 ou 500 mètres de son habitation. Bientôt enfin, obéissant à un besoin instinctif et ne comptant plus les doses, la malade ingérait plusieurs litres par jour. C'est ainsi qu'en deux ou trois mois Mlle X... recouvra complétement la santé perdue depuis si longtemps. Trois années se sont écoulées depuis cette époque; la santé est toujours excellente, ce qui n'empêche pas Mlle X... d'aller boire, chaque année, à la source bienfaisante, marque de reconnaissance que j'ai bien soin de ne pas lui interdire.

De quoi était atteinte Mlle X...? J'ai fait voir par les prescriptions des médecins instruits qui m'avaient précédé auprès de cette malade, quelle était leur opinion : huile de foie de morue, iodure de fer, révulsifs épithoraciques, quand il est question de combattre la dyspnée, la toux, quelques rares hémoptysies, des douleurs vagues thoraciques. Cette symptomatologie et le traitement en disent assez.

Cependant, et il faut que le lecteur ne l'oublie point, mes sens n'avaient jamais perçu une lésion matérielle. Dès le début, je l'avoue, je crus avoir affaire à un cas au-dessus des ressources de mon art. Mlle X... n'était point phthisique, mais, à mes yeux, le pronostic n'en était pas moins fâcheux. Ce pronostic était commandé par toutes les circonstances qui accompagnaient depuis si longtemps la marche de cette maladie.

Qu'avait donc Mlle X... Je n'ai pas de terme nosologique pour désigner son état; elle était épuisée, tous les organes étaient en souffrance, ils avaient besoin de reconstitution; les muscles étaient débilités, les nerfs exaltés. Les fonctions languissaient. Il fallait un agent qui calmât tous les systèmes en même temps qu'il les reconstituât.

Ce que n'avaient pu faire les bains de Vals, pourtant si toniques, ce que n'avaient pu faire nos sources bicarbonatées sodiques si apéritives, si excitantes, si graduées dans leur composition, la source Dominique le fit en moins de deux mois.

Ce résultat appartient bien et dûment à la Dominique et à la Dominique seule. On ne peut, en effet, faire intervenir dans cette guérison les modifications apportées par le voyage, par le changement de milieu, etc., etc. La malade est de Vals; elle habite Vals l'année durant. Pendant le traitement par la Dominique, rien ne fut changé dans son régime, dans aucune de ses habitudes. Si l'on veut se rappeler qu'elle avait passé en revue les ferrugineux sous toutes leurs formes, les huiles médicamenteuses indiquées plus haut, les antispasmodiques, les narcotiques, les révulsifs les plus énergiques, on est forcé de reconnaître à la Dominique une action spéciale, *sui generis*, action tonique, reconstituante et sédative, dont nous donnerons d'autres preuves.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 janvier 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans le département de la Marne. (Commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Privat sur le service médical des eaux minérales de la Malou (Hérault), et de Salies de Béarn (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Nogaret. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Nonat et Woillez qui se présentent comme candidats pour la section de pathologie médicale;

2° Une lettre de M. Davaine qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

3° Deux communications relatives à la mortalité des nourrissons et aux moyens d'y remédier, par MM. les docteurs Leduc, de Versailles, et Siry, de Paris;

4° Une note sur l'emploi du soufre dans les affections diphthéritiques, par M. le docteur Thévenod, de Paris. (Commissaire : M. H. Roger);

5° Une note sur un nouveau procédé pour pratiquer l'opération du bec-de-lièvre, par M. le docteur Anger, prosecteur à la Faculté (présentée par M. Larrey). (Commissaire : M. Broca);

6° Une note de M. Grévin sur la céphalotomie. (Commissaire : M. Jacquemier);

7° Le modèle d'une balance portative, destinée au pesage des enfants nouveau-nés, construite par M. Mathieu, d'après les indications de MM. Odier et Blache fils. Cet instrument se compose d'une tige munie d'un poids et de deux points d'attache comme une romaine. Le tout pèse 300 grammes, et peut se placer dans la poche. Il donne 14 et 15 kilogrammes, et permet d'apprécier une différence de 10 grammes;

8° M. Auzias-Turenne adresse, au sujet des observations faites par M. Reynal dans la dernière séance, une lettre dont voici les principaux passages :

Dans les explications qu'a données M. Reynal mardi dernier, je n'ai pas su comprendre si l'honorable professeur d'Alfort admet l'existence des lysses ou s'il la rejette.

Il me semble toutefois qu'il a fourni un argument favorable à ma manière de voir.

Je pense, contrairement à l'opinion commune, que les lysses existent et qu'elles jouent dans la rage le même rôle que les pustules dans la syphilis et la variole, ou que l'exanthème intestinal dans la fièvre typhoïde.

Mais je n'ai jamais prétendu que l'existence des lysses fût constante dans la rage ou circonscrite au-dessous de la langue, ni surtout qu'il fût possible de conjurer par leur destruction précoce les convulsions suprêmes de la maladie. On n'enraye pas le cours de la syphilis ou de la variole par l'extinction des pustules.

Je n'ai pas davantage annoncé que les lysses eussent leur siége anatomique en dehors des glandules ou des éléments de la muqueuse. Si elles existent, il faut bien que ce soit quelque part, c'est-à-dire dans un organe. C'est ainsi que l'acné syphilitique occupe un follicule, le bubon, un ganglion lymphatique, et la pustule intestinale, une glande de Peyer.

Ce que je crois avoir prouvé, avec le concours de collaborateurs dévoués, c'est que pour trouver les lysses, dont l'existence est passagère, il faut les chercher avant qu'elles aient disparu.

Cette vérité, quoique triviale, a été méconnue. C'est pourquoi elle mérite d'être signalée.

Il faut donc surprendre les lysses dans la rage qui couve avant que le cours de la maladie ou que les convulsions dernières les aient emportées.

On les trouvera aussi quelquefois à la suite de la rage mue ou paralytique, alors que les organes de la bouche et de la gorge n'auront pas été tourmentés. Des recherches dirigées en ce sens par M. Mathieu et moi nous ont déjà fourni quelques résultats.

J'affirme, avec autant de conviction que d'énergie, car j'en ai la preuve matérielle, qu'on trouvera les lysses en sacrifiant des chiens enragés avant la manifestation des convulsions rabiques.

Voilà la question. Telle est la découverte que j'annonce. C'est un fait à vérifier.

— **M. BLOT**, à l'occasion de la correspondance, dépose sur le bureau plusieurs documents sur la question de la mortalité des nourrissons, qui lui sont parvenus depuis la dernière séance.

— **M. BROCA** dépose également sur le bureau une lettre de M. le docteur Brochard, qui déclare maintenir, contre les critiques de M. Broca, l'exactitude des chiffres contenus dans son travail et leur signification.

M. Broca ajoute qu'en critiquant quelques-uns des chiffres énoncés par M. Brochard, il n'en a pas moins reconnu et proclamé très-haut le très-grand mérite de son travail. Il ne croit pas, par conséquent, avoir à se défendre d'un sentiment injuste à son égard.

— **M. HUGUIER** présente, au nom de M. le docteur Bertholle, une brochure intitulée : *Des corps étrangers dans les voies aériennes.*

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur J. Marmy, deux brochures sur la régénération des os par le périoste; et au nom de M. le professeur Sédillot (de Strasbourg), une brochure intitulée : *Comment se régénèrent les os à la suite de l'opération de l'évidement*; enfin, au nom de MM. les docteurs Vincent et Collardot, un volume intitulé : *Le choléra*, d'après les neuf épidémies qui ont régné à Alger (de 1835 en 1865).

— **M. PIORRY** présente une brochure de M. le Dr Thermes, intitulée : *Considérations cliniques et thérapeutiques sur la chlorose.*

M. Piorry prie M. le président de vouloir bien l'inscrire pour la discussion sur la mortalité des nourrissons.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Pétros, l'un de ses plus anciens membres titulaires. Une députation de l'Académie, à laquelle s'est joint le bureau, a assisté aux obsèques. Conformément à la volonté exprimée par M. Pétros, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. le président informe ensuite l'Académie que dans la prochaine séance elle se formera en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats pour la section de médecine opératoire.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — **M. GUBLER**, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports officiels sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes. Les conclusions, toutes négatives de ces rapports, sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

Discussion sur la mortalité des nourrissons.

Nous rétablissons ici le résumé du discours que M. Broca a prononcé dans la séance précédente :

M. BROCA s'est posé d'abord ces deux questions préjudicielles : L'Académie est-elle suffisamment saisie? L'Académie est-elle compétente?

Nul doute pour la première question, puisque le Ministre de l'instruction publique a demandé l'avis de la compagnie. Son devoir est donc d'étudier le sujet et de répondre au gouvernement. Quand bien même elle n'eût pas été consultée officiellement, en présence de faits de la nature de ceux qui lui ont été dénoncés, elle eût dû prendre l'initiative.

Quant à la compétence, elle est hors de toute contestation. Il y a là, en effet, des questions que la science seule peut et doit résoudre, telles que celles qui concernent l'âge de la nourrice, l'époque opportune pour prendre un nourrisson, la durée de l'allaitement, le moment du sevrage, la substitution du lait d'animal au lait de femme, la recherche des causes de la mortalité des nourrissons, etc.

La question est donc, avant tout, médicale; elle ne devient administrative que secondairement et dans son application. S'il appartient à l'autorité de faire et d'éditer un règlement sur cette matière, c'est à la science, c'est à l'Académie, qui en est l'interprète le plus élevé, à en préparer les bases.

Mais l'Académie est-elle en possession de tous les documents et de tous les matériaux nécessaires? Non. Ses informations sont incomplètes; elles sont insuffisantes pour servir de point de départ à un travail de cette importance.

Jusqu'à présent, ce qui a été écrit de plus complet sur la matière, c'est le travail de M. Brochard. M. Broca, tout en rendant hommage à l'auteur de cette courageuse et utile brochure, déclare que M. Brochard s'est trompé sur plusieurs points, et que la statistique sur laquelle il a basé ses conclusions est incomplète et insuffisante. Les conditions ont changé depuis : le sort des nourrissons des petits bureaux s'est amélioré depuis l'époque à laquelle répondent les recherches de M. Brochard, et les chiffres de mortalité donnés par ce médecin sont inexacts. Il indique une mortalité de 42 pour 100 sur les enfants des petits bureaux, et une mortalité de 47 pour 100 sur les enfants du grand bureau. A cette statistique, reposant sans doute sur des données vagues ou sur des renseignements équivoques, M. Broca oppose la statistique officielle, basée sur des informations rigoureuses et authentiques. Suivant M. Brochard, pendant les années 1858 et 1859, le grand bureau aurait envoyé dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou 651 nourrissons, sur lesquels 143 seraient morts, soit 17 pour 100. Première erreur. Le nombre des enfants envoyés par le grand bureau n'est que de 500, et leur mortalité de 175, soit 35 pour 100. Pour les petits bureaux, l'erreur est plus grande encore. Tandis que, selon M. Brochard, 1,778 enfants auraient été placés par ces bureaux dans ce même arrondissement et pendant ces mêmes années, et qu'il en serait mort 753, ou 42,35 pour 100, des recherches les plus minutieuses, il résulte que le nombre des enfants venant des petits bureaux n'est que de 937, et le chiffre des morts 191, ou 20,38 pour 100. Les 841 autres nourrissons, qui font la différence entre le chiffre de l'administration et celui de M. Brochard, sont d'une provenance étrangère aux petits bureaux; ce sont, ou des enfants placés directement par les parents chez les nourrices, ou (et c'est la grande majorité) des enfants envoyés par des sages-femmes et quelquefois par des intermédiaires interlopes et peu avouables. C'est précisément sur ceux-là que pèse le maximum de la mortalité, qui est de 405 sur 841, ou de 48,17 pour 100.

D'où l'on voit que la mortalité exagérée mise au compte des nourrissons des petits bureaux par M. Brochard, doit être imputée aux enfants placés par des intermédiaires inconnus et non surveillés.

Ainsi exonérée d'un excédant qui ne lui appartient pas, la statistique mortuaire des nourrissons des petits bureaux est réduite à 20,38 pour 100, tandis que celle du grand bureau doit être portée à 35 pour 100. Les conclusions auxquelles arrive M. Broca sont donc toutes différentes de celles de M. Brochard. Ce n'est pas dans les petits bureaux qu'est le mal, ce n'est donc pas à leur suppression qu'il faut tendre. Le mal est dans les placements de complaisance que font certaines femmes sans aveu et sans contrôle.

En résumé, on sait qu'il meurt beaucoup de nourrissons; mais on ne sait pas d'une manière précise à quel âge est le maximum de mortalité, quelles en sont les causes les plus actives, quel en est le chiffre certain. Comment acquérir ces notions? Par la statistique, mais par une statistique complète et mûrement élaborée par les soins d'une commission à laquelle arriveraient tous les matériaux et tous les renseignements.

Un relevé des décès de la première année d'âge sur 100 enfants nés de 1861 à 1864, a donné pour deux départements une mortalité de 10 ou de 13 pour 100, et pour les autres une mortalité qui varie de 21 à 24 pour 100; ce qui donne une moyenne de 17 pour 100 pour la France entière.

Le mal, comme on le voit, s'étend à tout le pays. C'est là ce que l'on sait le mieux. Reste à en déterminer exactement les causes et à chercher le remède, afin d'arriver à la solution de ce problème : réduire au chiffre de 11 pour 100 la mortalité générale des enfants en France. Voilà un sujet d'investigation digne de la sollicitude de l'Académie.

Pour arriver à ce résultat, les procédés administratifs sont insuffisants, l'intervention de l'Académie est opportune, indispensable. A elle d'étudier les causes du mal et d'indiquer les moyens de le guérir, en fournissant les bases des mesures efficaces. Mais comme elle n'est pas encore en possession des matériaux nécessaires pour atteindre ce but, elle doit, avant tout, assembler des documents, dresser des statistiques, puiser à toutes les sources de renseignements, solliciter des informations exactes et authentiques, provoquer, en un mot, une grande et rigoureuse enquête médicale.

C'est d'après ces motifs que M. Broca se rallie à la proposition de M. Boudet, d'instituer à cet effet une commission permanente.

La parole est à M. J. Guérin.

M. J. GUÉRIN. L'Académie est pénétrée de l'importance de la question soulevée devant elle. Elle a rarement eu une aussi belle occasion de montrer sa mission dans toute sa grandeur. Déjà, les orateurs qui m'ont précédé ont témoigné qu'ils l'avaient compris ainsi. Cependant, il me paraît qu'on a négligé de traiter un point important. On ne s'est occupé jusqu'à présent que de la mortalité en elle-même et de son effrayante proportion; c'est là un fait tellement évident qu'il était presque superflu de s'attacher à l'établir numériquement. Mais comment se produit cette mortalité, quelles en sont les causes? C'est ce qu'on n'a pas dit et c'est ce qu'il fallait chercher. C'est cette recherche qui incombe particulièrement à l'Académie.

J'ai été placé dans des conditions assez favorables pour ces recherches, et par les études que j'ai faites, il y a une trentaine d'années, sur les maladies de l'enfance, et par les rapports fréquents que j'ai, depuis dix à douze ans, avec l'une des localités où s'exerce le plus activement l'industrie des nourrices.

Il y a deux grandes catégories de faits auxquelles me paraît se rattacher cette mortalité excessive des nourrissons. La première comprend leur mode d'alimentation. Il résulte pour moi, d'une observation de vingt-cinq à trente années, que la plus grande cause de la mortalité des enfants est l'alimentation prématurée. C'est là un fait généralement peu connu. Cela est si vrai, que dans les ouvrages classiques et dans les dictionnaires il en est à peine question. J'appelle alimentation prématurée une alimentation trop substantielle, qui est en disproportion avec l'âge des enfants, âge où leurs organes digestifs ne sont pas aptes à recevoir d'autres aliments que du lait; telles sont les soupes, les panades, etc., que l'on donne trop souvent aux enfants dès les premiers jours de leur existence. On peut juger de l'importance de ce fait et de ses conséquences par ce qui a été révélé dans cette discussion, c'est-à-dire par le grand nombre de nourrices qui se trouvent dans l'impossibilité d'allaiter les nourrissons qui leur sont confiés.

On a calomnié, à mon avis, l'alimentation artificielle. Ce n'est pas elle, c'est l'alimentation prématurée qui est la cause principale des faits qu'on déplore. J'ai fait depuis trente ans des expériences avec le lait de différents animaux, et j'ai vu qu'il produisait les mêmes effets que le lait de femme.

Après avoir constaté sur 17 ou 1800 enfants les effets funestes de cette alimentation prématurée, j'ai fait des expériences sur des animaux, sur des chiens, en particulier, et j'ai obtenu les mêmes résultats. (Ici M. Guérin fait passer des dessins représentant divers degrés de difformités rachitiques obtenus sur ces animaux par l'alimentation prématurée, et présente un chien vivant qui offre un spécimen remarquable des mêmes altérations.)

Quels sont les effets de l'alimentation prématurée sur les enfants? Sa première action s'exerce sur les organes digestifs; elle donne lieu à l'affection gastro-intestinale désignée sous le nom de carreau, puis plus tard au rachitisme. Le carreau et le rachitisme ne sont que deux périodes de la même maladie, que l'on a considérées jusqu'ici sépa-

rément. Je tiens des médecins d'Eure-et-Loir, avec qui j'ai de fréquents rapports, qu'ils ont constaté que beaucoup d'enfants succombent, dans ce département, à la première période de la maladie. Mais comme tous ne succombent pas, il en résulte que les survivants restent chétifs et accessibles à toutes les causes morbides intercurrentes. Aussi, lorsque les maladies éruptives viennent à atteindre ces enfants, elles ne se manifestent qu'incomplétement, l'éruption se fait mal, et ils restent cachectiques ou deviennent souvent tuberculeux.

Il y a un autre genre de faits d'une gravité plus grande encore, et qui a été signalé par M. Brochard, c'est l'agonie lente de ces pauvres enfants abandonnés à des nourrices qui n'ont ni instinct maternel, ni instinct moral. Ceux-là succombent, non pas aux effets d'une alimentation disproportionnée à leur âge, mais à l'absence d'alimentation. Ils meurent d'inanition.

Après ces deux ordres de faits, qui incombent beaucoup plus directement, comme on le voit, à l'Académie qu'à l'administration, s'en présente un troisième, qui n'a pas moins d'intérêt. Tous les enfants élevés ainsi ne succombent pas; quelques-uns échappent à ces deux sortes de dangers et atteignent l'âge de la conscription. Or les opérations du recrutement mettent à leur tour, dans tout leur jour, les conséquences d'une éducation physique aussi défectueuse de l'enfance. On n'a pas seulement à déplorer une déperdition dans le nombre, on a à déplorer encore une dégénérescence de la race. Il appert des renseignements que j'ai pu recueillir au ministère de la guerre, que le niveau de la taille baisse d'année en année, et que le nombre des réformes s'accroît.

En présence de ces faits, quel doit être le rôle de l'Académie? Son rôle est considérable. D'abord il faut qu'elle fasse ressortir l'importance de l'alimentation prématurée, et qu'elle proclame bien haut qu'il y a là un élément qui domine tous les autres. Ensuite il faut qu'elle avertisse l'autorité de l'existence de tous les faits qui ressortent de cette discussion. Enfin la médecine, qui a qualité et mission pour faire connaître ces faits à l'autorité, aura aussi à les constater légalement, au besoin, comme elle le fait aujourd'hui pour les infanticides ordinaires. Quand l'administration sera suffisamment éclairée, elle interviendra pour associer son action à celle des médecins.

Ces deux ordres de moyens seraient insuffisants sans doute encore, si aux moyens de prévention et de répression, on n'ajoute un système d'encouragement. Il y aura toujours de ces êtres moralement mal doués, de ces mères dénaturées qui se soustrairont, quoi qu'on fasse, à leurs devoirs les plus sacrés et à la surveillance la plus active. Il faut à côté de la pénalité et de la surveillance préventive nécessaires à leur égard, des encouragements et des récompenses pour les nourrices qui accomplissent scrupuleusement leurs engagements. Il faut faire pour les enfants ce que l'on fait pour les diverses industries d'élevage, ce que l'on fait pour les animaux domestiques; il faut faire, en un mot, ce qui a été fait déjà en Amérique, un concours où l'on couronne les nourrissons, c'est-à-dire l'œuvre même de la nourrice. Il faut les encourager à la fois par le double appât de l'amour-propre et de l'argent.

M. GUÉRARD signale à M. Guérin un point essentiel qu'il a négligé, c'est la nécessité de l'introduction dans l'économie des enfants d'une certaine proportion d'éléments calcaires, condition qui est parfaitement remplie et qui n'est bien remplie que par l'alimentation lactée.

M. BOUDET soumet à l'Académie une proposition consistant à nommer immédiatement une Commission de sept membres, chargée d'instruire la question, et il lit un projet de questions à soumettre à l'étude de cette commission. (Nous reproduirons plus tard ce projet.)

M. DEVERGIE, tout en reconnaissant toute l'importance de la question qui a provoqué de si vives et de si légitimes sympathies dans l'Académie, se préoccupe de savoir ce que ferait actuellement la commission spéciale dont on demande la formation. Suivant lui, il serait difficile, impossible même de donner une solution pratique de la question sans une enquête préalable. Or, cette commission n'a pas devers elle et ne peut pas avoir les éléments de cette enquête; il est impossible qu'elle puisse seule et d'elle-même résoudre la question. Tout ce qu'elle peut faire d'utile, c'est de réunir les faits très-intéressants qui ont été produits à cette tribune et d'en faire une narration exacte qu'elle transmettrait ensuite à l'administration. Elle rédigerait, en outre, une sorte de questionnaire qu'elle adresserait à ses correspondants, ainsi que cela a été fait pour la mortalité relative des hôpitaux en France et dans les pays étrangers. Voilà dans quels termes je comprends le rôle d'une commission.

— **M. LARREY** fait une observation au sujet de l'assertion de M. J. Guérin, relative à l'abaissement de la taille. Il affirme qu'au contraire la moyenne de la taille s'est élevée en France dans ces dernières années.

Il s'élève à ce sujet, entre MM. J. Guérin, Larrey, Broca et Pidoux, une petite discussion sur laquelle nous reviendrons.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CORRESPONDANCE.

Paris, 14 janvier 1867.

A M. le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

En parcourant la table des matières contenues dans le dernier tome de la *Gazette des hôpitaux*, j'y vois que vous inscrivez à votre insu, à l'actif de M. le docteur Maurice Perrin, quelques communications faites par moi à la Société de médecine de Paris.

Je vous saurais gré, monsieur le directeur, de vouloir bien insérer, à titre de simple rectification, ces quelques lignes dans votre estimable journal. Cette rectification, que je réclame de votre bienveillance, intéresse d'ailleurs autant que moi-même, mon savant homonyme du Val-de-Grâce et de la Société de chirurgie, mon excellent collègue de la Société médicale d'émulation, au bon grain duquel il serait fâcheux de mêler la maigre récolte du voisin.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, avec mes remercîments, l'assurance de mes sentiments de parfaite confraternité.

Dr PERRIN (Eugène-René).

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

86. Étude médicale sur le phosphore, par M. P. L. Chapusot.
87. De la taille recto-vésicale, par M. Victor Brun.
88. Étude sur les différents modes de transmission des maladies, par M. J.-B. Alphonse Perin.
89. Quelques mots sur le diagnostic différentiel des polypes fibreux naso-pharyngiens, par M. Camille de Gandt.
90. De la dyphthérie observée à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. le docteur Barthez (janvier, février, mars, avril et juin), par M. Alcide Lanny.
91. De l'ergot de seigle en obstétrique, par M. Charles Galzain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société médicale des 5e et 13e arrondissements vient de renouveler son bureau pour 1867.

Ont été nommés : Président, M. Malet; vice-présidents, MM. Leroy et Wervaëst; secrétaire général, M. Arnould; secrétaire annuel, M. Martin de Gimard; archiviste, M. Allaire; trésorier, M. Buirat.

— Le dimanche 20 janvier, à une heure, M. le docteur Auzoux, auteur de l'anatomie plastique, commencera son cours d'anatomie humaine et comparée.

La première séance aura lieu dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Le cours sera continué les dimanches suivants, rue Antoine Dubois, 2.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, le vendredi 18 janvier, à trois heures et demie précises.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. A. Forget sur un travail de M. Facieu : *Tumeur adénoïde du sein ;* 2° Note sur l'empoisonnement aigu par le phosphore, lecture par M. le docteur de Ranse; 3° Continuation de la lecture de M. Boinet sur le choléra de 1866; 4° Vote sur la candidature de M. le docteur L. Duchesne.

Nos souscripteurs dont l'abonnement a fini le 31 décembre sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement, nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine, 9; ou à* M. MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice, 35;*

Ceux de l'Angleterre, à M. H. BAILLIÈRE, *libraire à Londres, 219, Regent street;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 8. — SAMEDI 19 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 19 JANVIER 1867. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'ataxie locomotrice et de l'incoordination des mouvements.

L'incoordination des mouvements peut résulter de causes très-diverses, en dehors de cette maladie bien définie, à laquelle M. Bourdon, dans les beaux mémoires qu'il a publiés sur ce sujet, a réservé le nom d'*ataxie locomotrice*.

Ainsi, dans les salles de M. Bourdon, à la Charité, on pouvait observer récemment un malade qui présentait certainement plusieurs des traits qui se rencontrent chez ceux qui sont atteints d'ataxie. Il marchait difficilement, tout en posant d'abord le talon à terre, comme les ataxiques, au lieu de laisser traîner la pointe du pied comme les paralytiques; sa marche était irrégulière, il tombait souvent, et pourtant il avait conservé dans les muscles une force considérable, comme il était facile de s'en assurer en essayant de plier ses membres malgré lui. Mais il différait des ataxiques, d'abord en ce que la difficulté de la station debout n'augmentait pas lorsqu'on lui faisait fermer les yeux; en ce qu'il ne regardait pas ses pieds pendant la marche; en ce qu'il n'avait jamais présenté cette grande rapidité de l'éjaculation pendant le coït, qui a été signalée par M. Trousseau comme presque caractéristique de l'ataxie.

D'ailleurs, il avait de fréquentes congestions cérébrales, et plusieurs fois on lui avait fait mettre des sangsues à la nuque.

Cet homme est mort dans une de ses attaques de congestion, et à l'autopsie, on a trouvé principalement une méningite chronique avec fausses membranes épaisses.

Ce fait ne rentrait donc en aucune manière dans le cadre des ataxies locomotrices proprement dites.

Maintenant, comment en général faut-il expliquer le défaut de coordination des mouvements, l'ataxie, en prenant ce mot comme désignant non plus une affection définie, mais un symptôme?

Cette question est très-controversée.

Dans un ouvrage qu'il publie en ce moment, sur la physiologie des mouvements, M. Duchenne (de Boulogne) s'attache à faire admettre une faculté coordinatrice particulière, ayant un centre spécial, et présidant à l'harmonie des mouvements.

« Je ne saurais, dit cet éminent physiologiste, concevoir l'exercice des fonctions musculaires de la locomotion, dont le mécanisme admirable a été révélé d'une manière si manifeste par les expériences électro-physiologiques et par l'observation clinique, et qui toutes sont des problèmes de mécanique difficiles à résoudre; je ne pourrais, dis-je, expliquer ces fonctions musculaires, sans admettre que l'acte de la coordination soit régi par un pouvoir distinct que j'ai proposé d'appeler *faculté coordinatrice de la locomotion,* terme de convention usité d'ailleurs de tout temps. »

Quant à l'influence de la sensibilité musculaire sur cette faculté coordinatrice, et l'influence de la vue sur son fonctionnement, selon cet observateur, elles auraient été grandement exagérées.

« La sensibilité musculaire, quelque nom qu'on lui donne (sens musculaire de Ch. Bell, sentiment d'activité musculaire de Gerdy, sensibilité profonde de M. Axenfeld), la sensibilité de la peau et, par-dessus tout, la sensibilité articulaire, viennent en aide à la faculté coordinatrice. C'est ainsi que, dans l'ataxie locomotrice, la disharmonie des antagonistes va en augmentant proportionnellement au degré de la paralysie de la sensibilité, de sa profondeur et de son étendue, c'est-à-dire suivant que la lésion de la sensibilité siége ou dans la peau, ou dans les muscles, ou dans les articulations, ou dans toutes ces parties à la fois; mais toutes ces espèces de sensibilités ne font que perfectionner l'exercice de la faculté coordinatrice.

Écrire que « la coordination motrice est subordonnée, en tant qu'opération volontaire, à l'intégrité du sens musculaire, et accessoirement à l'intégrité du sens tactile, » c'est professer une hérésie physiologique on ne peut plus fâcheuse, au point de vue de son application à la pathologie. L'auteur de cette proposition l'a fait suivre d'une autre qui en est le corollaire. « Ataxie du mouvement, dit-il, signifie abolition du sens mus« culaire, perturbation dans les irradiations nerveuses et dans « les actes réflexes. Si l'ataxie est complète, toutes ces condi« tions seront présentes; si l'ataxie est incomplète, quelqu'une « d'entre elles pourra manquer. » Ces propositions dénotent une grande négligence de l'observation clinique, chez celui qui les a formulées. Elles n'offrent de nouveau que la forme prétentieuse (« d'une équation physiologique » *sic*) sous laquelle l'auteur les a présentées, prétendant ainsi les imposer comme une vérité mathématique. L'idée qu'elles renferment, appartient à feu Landry, observateur ingénieux, qui avait décrit, sous le nom de sensation d'activité musculaire (de Gerdy), un ensemble de phénomènes physiologiques, découvert et appelé sens musculaire par Ch. Bell, dont il ignorait, comme je l'ai démontré, les recherches bien antérieures à celles de Gerdy. Landry avait aussi confondu les symptômes de la paralysie du sentiment d'activité musculaire avec ceux de l'incoordination des mouvements; ce qui ressort de la description qu'il a donnée de cette maladie, et de la polémique vive et passionnée, qu'il ouvrit contre moi, à l'occasion de l'ataxie locomotrice...

J'ai ensuite démontré que des membres, et même que tout le corps, pouvaient être entièrement privés de sensibilité cutanée, musculaire et articulaire, sans que les malades éprouvassent alors aucun trouble dans la coordination de leurs mouvements, s'ils peuvent s'aider de la vue. La paralysie de la sensibilité offrait seulement quelques symptômes spéciaux, caractéristiques, que j'ai résumés ailleurs.

Je veux faire une remarque capitale qui m'avait échappé, faute d'un examen assez attentif : c'est que la sensibilité musculaire (ou sens musculaire) est loin d'avoir l'importance fonctionnelle qu'on lui a donnée. « Les sujets qui ont seulement perdu leur sensibilité musculaire, n'éprouvent aucun désordre fonctionnel apparent dans leur motilité, si même ils se trouvent empêchés de voir; c'est lorsque les articulations des membres où siég l'insensibilité musculaire sont elles-mêmes insensibles aux mouvements qu'on leur imprime, que l'on voit apparaître les symptômes que l'on avait attribués à la paralysie de la sensibilité musculaire. » La théorie du phénomène morbide que mon savant ami, M. Axenfeld, a appelée insensibilité profonde, est très-ingénieuse, cependant je crois que ce n'est rien autre chose qu'une insensibilité articulaire. J'ai rencontré fréquemment ce fait dans les hôpitaux, entre autres, dans le service clinique de M. Trousseau. Ce serait donc un nouveau sens, un sens articulaire qui aurait bien plus d'importance fonctionnelle que le sens musculaire ! Ce fait montre l'inconvénient qu'il y aurait à convertir ainsi en sens des phénomènes ordinaires de sensibilité générale. Si l'on n'y mettait bon ordre, la physiologie serait bientôt encombrée par une foule de sens, car l'on devrait dire aussi : sens dentaire, sens rectal, sens vésical, etc., dont la paralysie occasionne des désordres fonctionnels particuliers.

En somme, l'abolition de la sensibilité musculaire, articulaire et cutanée n'empêche pas la coordination des mouvements volontaires. Si j'ajoute qu'il est parfaitement établi, par de nombreuses observations, et après l'examen le plus attentif, que l'incoordination des mouvements peut exister, même au plus haut degré, dans l'ataxie musculaire progressive, sans une diminution appréciable de la sensibilité musculaire, osseuse ou articulaire, je suis en droit de conclure de tout ce qui précède, que, contrairement à l'équation physiologique qui m'a été opposée, la faculté coordinatrice est entièrement indépendante de la sensibilité (sensibilité musculaire, sens musculaire, sentiment d'activité musculaire, et sensibilité articulaire). »

Ainsi, dans la pensée de M. Duchenne (de Boulogne), la coordination des mouvements tient à une faculté spéciale et centrale, parfaitement distincte des diverses sortes de sensibilité.

quoique pouvant être aidée dans son fonctionnement par elles.

On a pu voir aussi qu'en ce qui touche le rôle de chaque espèce de sensibilité dans l'harmonisation des mouvements, les idées de M. Duchenne s'écartent sur plus d'un point de celles qui sont généralement reçues.

Ainsi, il n'admet pas un sens d'activité musculaire, en tant que distinct de la part de sensibilité générale afférente aux muscles; et ce qu'on rapportait à la paralysie de ce sens musculaire, il l'attribue à la paralysie de la sensibilité des parties profondes des tissus péri-articulaires, articulations.

M. Duchenne (de Boulogne) nous a dit avoir vu un malade chez lequel avait disparu la sensibilité de la peau, des muscles, etc., de tout un membre, en un mot, excepté des articulations; et chez ce malade les mouvements auraient été parfaitement coordonnés, parce que la sensibilité articulaire conservée suffisait pour donner pleinement conscience de leur exécution.

La disparution de cette sensibilité profonde entraînerait forcément, au contraire, un certain trouble dans les mouvements, alors même que toutes autres parties, y compris les muscles, auraient conservé leur sensibilité normale.

FEUILLETON.

—

LES CURES DE PETIT-LAIT,

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

III. — **La Suisse** : GAIS, WEISSBAD, GONTHEN, RORSCHACH ET HORN.

En partant de Saint-Gall à sept heures du matin, on peut, avec une bonne voiture, être rendu à Appenzell à onze heures (1); de là on rayonne, en quelques heures, aux trois établissements de Gais, Weissbad et Gonthen, et on a encore le temps, avec la même voiture, de venir prendre à Altstatten la voie ferrée qui, dans la nuit, vous amène à Rorschach. Là deux stations sont également indiquées par M. Carrière, Rorschach, et à un quart d'heure plus loin, Horn, petit village délicieusement situé sur le lac de Constance.

Ce sont là mes cinq excursions en Suisse. Ces cinq pays font usage du petit-lait préparé sur les montagnes d'Appenzell. Aucun d'eux ne le fabrique sur place; tous le reçoivent le matin dans des hottes en bois blanc, hermétiquement fermées, que des bergers apportent sur leurs épaules, soit jusqu'à l'établissement même comme pour Gais, Weissbad et Gonthen, soit jusqu'à la plus prochaine station de la voie ferrée qui le transporte rapidement à destination, c'est-à-dire à Rorschach et à Horn.

La nature et le procédé de préparation sont donc les mêmes pour toutes ces stations; le mode de traitement est identique à Gais, à Weissbad et à Rorschach; il se complique à Gonthen de la balnéation dans l'eau ferrugineuse, et à Horn de la balnéation et d'un semblant de douche avec l'eau du lac de Constance. Par conséquent tout ce que je dirai de la préparation du petit-lait et de son mode d'administration s'appliquera aux cinq stations, en ayant soin de tenir compte de l'adjonction des bains naturels ou minéraux qui s'administrent à Horn et à Gonthen; et encore ne faut-il signaler Gonthen que pour mémoire, car cette station n'est guère fréquentée que par des femmes stériles qui vont demander, non à son petit-lait, mais à ses eaux ferrugineuses, la cessation de leur infécondité. — Gonthen remplit en Suisse le rôle ridicule que l'on impose, en France, aux eaux de Forges depuis la merveilleuse aventure d'Anne d'Autriche.

Mais passons.

Un mot d'abord sur la position et l'aménagement de chacune de ces stations, et commençons par Gais, puisque c'est là, selon l'histoire, que s'est faite, en 1749, la première cure de petit-lait.

La route que j'avais prise en quittant Saint-Gall, se bifurque à cent pas environ de Gais; une branche de la bifurcation continue la route jusqu'à Gais même et va aboutir, après deux heures d'une descente rapide, à Altstatten, station de la voie ferrée; l'autre branche de la bifurcation conduit à Appenzell et de là à Weissbad et à Gonthen.

Gais se trouve donc sur la route de Saint-Gall à Altstatten, et présente sur ce point une place irrégulière où se voient d'un côté l'église et son clocher pointu, et de l'autre, se faisant face, deux bâtiments assez spacieux, ornés chacun par devant d'une galerie couverte et portant pour enseigne (je traduis l'allemand) l'un *Hôtel du bœuf*, et l'autre *Hôtel de la couronne*.

C'est dans ces deux hôtels que se font les cures de petit-lait.

Avec les idées que m'avaient laissées mes lectures sur les établissements sanitaires de l'autre côté du Rhin, j'éprouvais un profond désenchantement; je croyais trouver à Gais un établissement modèle, ou tout au moins approprié à sa destination, avec buvette, parc, casino, en un mot avec tout ce que nous sommes habitués à rencontrer, en France, dans les lieux fréquentés par des étrangers. Loin de là, je ne trouvais que deux auberges, pourvues du strict nécessaire, bâties sur une grande route dont la poussière soulevée par le vent doit détruire l'action adoucissante du petit-lait, et côte à côte d'une église dont les cloches matinales doivent souvent troubler le repos des malades.

Ce n'est pas la dernière fois que j'aurai à m'inscrire en faux contre les récits enthousiastes de certains touristes. On calomnie la France quand on vante la supériorité d'aménagement et de luxe des établissements sanitaires de la Suisse et de l'Allemagne. En dehors des villes de jeu, Bade, Wiesbaden et Hombourg, le confort est rare et

(1) On va à Saint-Gall par le chemin de fer de l'Est jusqu'à Bâle, de Bâle à Zurich en passant devant Schinznach et Baden dans le canton d'Argovie, et de Zurich à Saint-Gall où s'arrête la voie ferrée. (J'indiquerai toujours ainsi l'itinéraire que j'ai suivi pour faciliter le même voyage à ceux qui seront tentés de l'entreprendre.)

Nous reviendrons sur cette théorie, que nous pouvons à peine indiquer aujourd'hui, faute d'espace.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. BŒCKEL, agrégé, suppléant de M. le professeur SÉDILLOT.

Lipome de l'avant-bras en bissac, développé des deux côtés du ligament interosseux. — Extirpation en deux temps. — Guérison.

(Observation recueillie par M. VIGENAUD, interne.)

Madeleine W..., de Wissembourg, âgée de vingt-trois ans, servante, est envoyée à la Clinique de la Faculté pour y subir une opération. Il y a cinq ans, elle a vu se développer sur l'avant-bras gauche une tumeur qui a d'abord augmenté lentement, mais qui, dans ces deux dernières années, a poussé plus vite; au point de gêner, par son volume, mais sans causer de douleurs.

Cette fille est bien portante, d'une bonne constitution, et ne se rappelle aucune circonstance étiologique capable d'expliquer la production de cette masse morbide.

Le 18 août, état actuel. Sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, à 3 centimètres au-dessous du pli du coude, on voit une tumeur du volume du poing, de forme à peu près ovale, assez régulière et située sur le trajet de l'artère radiale. Elle est résistante, élastique, ne paraît pas fluctuante, ne présente pas de battements. La peau qui la recouvre est mobile et a sa couleur normale. Cette masse peut un peu se déplacer transversalement, mais non dans le sens de la longueur. Elle paraît être enclavée entre les muscles de la région. L'exploration n'est nullement douloureuse. Les mouvements de l'avant-bras et de la main sont restreints par le volume de la tumeur, mais sont du reste intacts. Le pouls de la radiale est aussi fort que du côté opposé. Aucun engorgement ganglionnaire.

En présence de ces caractères, on porte le diagnostic de lipôme sous-aponévrotique et l'on se décide à énucléer la masse morbide.

A ce moment l'on n'avait encore remarqué aucune saillie du côté de la face dorsale de l'avant-bras, soit qu'elle fût peu prononcée, soit qu'on n'y ait pas porté une attention suffisante.

Le 20 août 1866, l'opération est pratiquée à la Clinique. La malade étant endormie par le chloroforme, M. Bœckel fait une incision de 9 à 10 centimètres sur le grand axe de la tumeur et dans la direction de l'artère radiale. Il divise successivement la peau et le tissu cellulaire, en évitant les veines sous-cutanées; puis il fend avec précaution l'aponévrose d'enveloppe un peu en dedans du bord du long supinateur. La tumeur, d'une couleur jaunâtre, apparaît alors enveloppée d'une membrane fibreuse et enclavée entre le long supinateur et le rond pronateur. L'artère radiale passe au devant d'elle dans toute sa longueur. Une incision est pratiquée à son enveloppe, parallèlement à l'artère et à 1 centimètre en dehors. Deux branches musculaires nécessitent la ligature. On commence alors à énucléer la masse, qui s'étend profondément sous les muscles et jusque dans l'espace interosseux; mais à ce niveau, il y a des adhérences fibreuses assez fortes, qu'on n'ose pas détruire avec le bistouri, de peur d'atteindre le tronc de l'interosseuse. Pour faciliter la manœuvre, M. Bœckel excise la plus grande partie de la tumeur, qui est isolée sur les côtés, et attaque le reste avec une pince à polype. On enlève ainsi, par petits fragments, les dernières implantations qui sont logées derrière la tubérosité bicipitale du radius. Il ne s'écoule que quelques cuillerées de sang.

Après avoir nettoyé le plaie, il reste une large excavation qui laisse à nu le bord externe du rond pronateur, jusqu'à son insertion inférieure, le tendon du biceps et la tubérosité bicipitale, ainsi que le bord du long supinateur. On y place quelques bourdonnets de charpie et l'on panse avec un linge cératé et quelques compresses sur lesquelles est appliquée une vessie de glace.

Le 23, la malade a peu souffert après l'opération. On lève aujourd'hui le premier pansement, qui est fortement imbibé de pus et répand de l'odeur.

Pansement au permanganate de potasse.

Le 25, les muscles gonflés font hernie dans la plaie et gênent l'écoulement du pus. On les écarte au moyen de deux forts tubes de caoutchouc gros comme le doigt, qui sont introduits aplatis et font ressort.

Le 30, la plaie tend à se combler; on supprime les tubes. Bains de bras aromatiques.

Le 5 septembre, la cavité laissée par l'opération est presque à niveau, mais les deux bords sont encore écartés de près de 7 centimètres, à cause de la hernie des centres musculaires à travers l'ouverture de l'aponévrose. Pour parer à cet inconvénient, on applique une suture sèche élastique, d'après le système Millot-Brûlé. Deux bandelettes de linge, munies d'agrafes, sont fixées sur les lèvres de la plaie au moyen de l'agglutinatif Millot et des lanières de caoutchouc, accrochées aux agrafes, les rapprochent par une traction douce et continue.

Le 9, grâce à la suture sèche, la plaie, qui avait 7 centimètres de large, est devenue linéaire; mais quand on enlève momentanément les lanières élastiques, les bourgeons se déchirent de nouveau et les bords s'écartent.

Le 11, il faut renouveler les linges porte-agrafes qui se sont détachés. La peau sous-jacente n'est nullement irritée; on réapplique une nouvelle suture sèche, quoique la plaie soit réduite à peu de chose et ne suppure presque plus.

Le 20, la plaie est entièrement guérie; mais, depuis quelques jours, la malade s'est aperçue d'une tumeur située à la partie postérieure de l'avant-bras, vis-à-vis de celle qui a été extirpée.

Effectivement, les muscles de cette région sont soulevés par une masse qui paraît avoir le volume d'un petit œuf de poule, et qui a tout à fait les mêmes caractères que le lipôme enlevé en avant. Il n'est pas douteux que cette tumeur existait déjà en germe lors de la première opération, mais elle s'est probablement développée avec rapidité depuis ce moment; ce qui explique son apparition presque subite.

La malade demande elle-même une nouvelle opération, qui est fixée au 25 septembre, et qui est la répétition en arrière de celle qu'on a faite un mois plus tôt en avant. Incision sur le milieu de la face postérieure de l'avant-bras, séparation des muscles, isolement et extirpation de la plus grande masse de la tumeur, arrachement des dernières parties.

On est obligé de poursuivre les restes du lipôme sous les muscles et de dénuder le quart supérieur du radius presque circulairement. L'os est revêtu de petits ostéophytes datant de la première opération, mais le muscle court supinateur, qui l'enveloppe dans l'état normal a disparu.

Pansement avec de la charpie. Vessie de glace pendant les trois premiers jours.

La guérison de cette nouvelle plaie marche très-régulièrement, et le 26 octobre elle est complète. La malade demande à rentrer. L'avant-bras a repris sa configuration et sa force. Les mouvements de flexion et d'extension sont tout à fait complets; mais les mouvements de pronation et de supination sont extrêmement limités, malgré les exercices auxquels on a soumis la malade pour prévenir cette terminaison.

Les deux masses enlevées sont composées par du tissu adipeux assez diffluent, contenu dans des loges celluleuses minces.

Remarques. — Le lipôme de notre malade a pris probablement son origine dans la graisse qui entoure la tubérosité bicipitale du radius et a végété ensuite vers les deux faces de l'avant-bras, en s'insinuant dans les espaces intermusculaires.

Il en est résulté une tumeur en forme de bissac, d'autant plus difficile à extirper qu'il fallait ménager les artères interosseuses et le cul-de-sac de la grande synoviale du coude qui fait saillie au-dessous du ligament annulaire du radius. Des tumeurs graisseuses de cette nature ont déjà conduit à l'amputation du bras, soit que leur forme insolite ait causé une erreur de diagnostic, soit que leurs ramifications aient rendu l'extirpation impossible.

Chez notre malade aussi, le pronostic doit être réservé, malgré la nature bénigne du lipôme. Il ne serait pas impossible en effet que de petits prolongements de la tumeur eussent échappé à l'extirpation et devinssent les noyaux d'une récidive. Dans ce cas, une opération plus sérieuse deviendrait nécessaire; mais avant de se décider au sacrifice du membre, il faudrait tenter une nouvelle extirpation ; dût-on s'exposer à la lésion d'artères importantes ou à l'ouverture de l'articulation du coude.

HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT. — M. PRUDHOMME.

Observation d'insuffisance aortique causée par une végétation cancéreuse mélanée émergeant du muscle du ventricule gauche, adhérant et perforant deux valvules sygmoïdes aortiques.

Dans le numéro 150 de la *Gazette des Hôpitaux*, à propos d'une observation de M. le docteur Bucquoy, vous signalez la rareté du cancer secondaire du cœur, et mettez en doute l'existence du cancer primitif de cet organe.

Je crois avoir été assez heureux pour avoir observé un cas de cancer mélané, portant sur le ventricule gauche et les valvules aortiques, indépendant de toute autre complication. Il manque toutefois à mon fait la consécration de l'examen microscopique; mais, dans un petit centre, on comprend qu'on puisse rarement y procéder.

Quoi qu'il en soit, je me permets de vous adresser l'observation suivante, que vous publierez si vous pensez qu'elle puisse en provoquer d'autres à venir au jour de la publicité :

OBS. — B... Jules, dragon au 4e régiment, très-robuste, 24 ans, malade depuis cinq jours, dit-il, entre à l'hôpital de Belfort le 26 mars 1863, pour un embarras gastrique fébrile.

Je suis frappé immédiatement de la vibrance et de la force du pouls radial; en auscultant, je trouve les bruits du cœur sourds à la pointe, les battements peu marqués, et un bruit de souffle au deuxième temps, près du sternum, à la hauteur du mamelon et à 4 centimètres en dedans; matité précordiale exagérée, pouls fort, plein, vibrant, battant comme un bélier.

Nous avons donc affaire à une insuffisance aortique. Contrairement aux assertions de M. le docteur Durozier, nous ne trouvons qu'un souffle simple à la crurale.

Notons que le malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire.

Le 3 avril, le bruit de souffle se prolonge au delà du sternum, souffle simple dans la crurale, double aux carotides, pouls à 84.

Le 8, œdème des pieds, langue saburrale, essoufflement.

Le 10, indigestion la nuit, respiration accélérée, urines rouges, même souffle au deuxième temps, même pouls vibrant à 132.

Le 13, essoufflement, toux, œdème de la face et des pieds, respiration sifflante, matité aux deux bases.

Le 14, bronchite intercurrente avec œdème pulmonaire, forte sueur la nuit, crachats sanguinolents.

A partir du 16 avril, orthopnée, accès d'étouffement.

Le 17, à dix heures du soir, plus de pouls radial, mort à onze heures en allant à la garde-robe.

Autopsie le 19 avril 1863, en présence de mon ami le docteur Fauchon, médecin-major du 4e dragons.

Extrémités inférieures infiltrées.

Thorax. Deux à trois litres de sérosité dans les cavités pleurales, poumons sains, sans aucune adhérence.

Cœur, 16 centimètres de haut sur 14 de large.

Cœur gauche rempli d'un caillot noir, le droit d'un caillot fibrineux. La valvule mitrale contient deux ou trois grains cartilagineux, à cela près elle est normale.

Le ventricule a été ouvert par le bord gauche. L'orifice aortique laisse refluer l'eau par le ventricule, ce qui établit l'insuffisance.

Des trois valvules sygmoïdes aortiques, une seule, l'externe, est intacte. Sur les deux autres siége une concrétion végétante en forme de chou-fleur ou plutôt de plumet. La valvule postérieure est perforée à sa base par la tumeur, qui s'épanouit sur l'interne après son émersion.

Le tissu nouveau se laisse déchirer facilement. A la coupe, nous lui trouvons une couleur de truffe ou de boudin; la substance noire fondamentale est traversée par des tractus blancs. Notre chou-fleur ou plumet, avant de longer les valvules auxquelles il adhère et dont il empêche l'abaissement, émerge d'un tissu ramolli, brunâtre, qui, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, a remplacé le tissu musculaire du ventricule sous-jacent aux valvules; le ramollissement atteint le péricarde de la face postérieure, qui est épaissi. Enfin, au-dessous du point ramolli et dans le muscle ventriculaire, est contenu un dépôt sanguin brunâtre du volume d'une aveline; cette cavité communique avec le ventricule par un pertuis de 3 millimètres de diamètre.

Les autres organes, scrupuleusement examinés, ont été trouvés sains, notamment les reins.

Quoique le diagnostic de l'insuffisance ait été confirmé par l'autopsie, il nous paraît difficile de caractériser anatomiquement la tumeur du cœur gauche, puisque l'examen histologique nous a fait défaut. Nous penchons toutefois pour une végétation cancéreuse mélanique émergeant d'un ulcère infravalvulaire de même nature.

Pour ne pas allonger cette observation, nous avons jugé

---

e luxe presque nulle part. A Ischl, résidence impériale, si on enlève ses sites ravissants, ses promenades délicieuses, sa vallée riante où serpentent deux rivières, que reste-t-il ? un casino composé de deux grandes pièces, recouvertes d'un papier cramoisi et meublées avec des fauteuils et des chaises que le moindre bourgeois ne voudrait pas dans son salon. Les hôtels ne tiennent pas à se montrer plus exigeants que leurs thermes, et ne suivent pas l'exemple des grandes villes, Munich, Salzbourg, Vienne, par exemple, où ces établissements ont un luxe de décoration et de service que l'on ne connaît pas en France. Mais il n'en est pas ainsi dans les villes d'eau et, répétons-le en l'honneur de notre pays, nos thermes n'ont à envier à ceux de la Suisse et de l'Allemagne que leurs sites, que leurs montagnes et que leurs lacs, dont nos voisins savent, mieux que nous, il est vrai, tirer un parti admirable.

Mais revenons à Gais.

Les malades qui vont à Gais, logent donc à l'hôtel du Bœuf ou à celui de la Couronne; on leur apporte tous les matins le petit-lait préparé sur les montagnes, et ils le boivent de la manière que je dirai plus loin.

Un scrupule m'a pris en visitant les dépendances d'un de ces hôtels. Le propriétaire, fort aimable d'ailleurs, m'emmena avec une complaisance affectée dans ses ateliers et ses magasins de fromagerie, et me fit remarquer avec orgueil qu'il avait fait venir une bernoise pour fabriquer, en automne et en hiver, des *fromages de Gruyère*. La Bernoise était avenante, il est vrai, malgré un affreux nez qui bourgeonnait, et ses fromages étaient d'une dimension colossale.

Mais, pensais-je, puisqu'on fait à Gais le commerce des fromages de Gruyère, il serait bien possible qu'au printemps et en été on y fabriquât de même du petit-lait; ce serait moins grave que la confection des fromages de Gruyère, puisqu'en définitive ce serait toujours du petit-lait du canton d'Appenzell; et en effet, j'aperçus, ce qui confirma cette supposition, des vaches et des chèvres broutant dans un pâturage voisin, dépourvu, je l'assure, de ces plantes aromatiques et de ces feuilles de sapin qui, selon les enthousiastes, donnent une grande supériorité au petit-lait de ce canton. Le propriétaire d'ailleurs se défendit faiblement contre l'hypothèse que je lui exprimais, et se retrancha, en ses arguments, derrière la situation de sa localité qui compte comme le quatrième village en hauteur de toute la Suisse et qui est à 934 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Toute la valeur thérapeutique de Gais, en effet, en dehors du petit-lait bien entendu, réside dans son altitude. Cette position en raréfiant l'air, le rend léger, sec et vif, et il faudrait bien se garder de le faire respirer à tous les poitrinaires. Le site n'a rien d'engageant : le village, situé sur la grande route, a devant lui quelques champs dépouillés d'arbres et qui vont se perdre en talus dans une vallée sans rivière.

Tout autre est Weissbad.

Au fond d'une gorge étroite, confluent de deux cours d'eau, au milieu de la vigoureuse végétation alpestre, et entouré de trois montagnes dont l'orthographe des noms m'épouvante, Weissbad est tout à la fois un bon établissement sanitaire et un séjour délicieux. Des promenades ombreuses serpentent sur les bords d'un torrent, et l'on peut aller *jusqu'au bout du monde* (1) sans fatigue et sans danger. Un petit bois, dessiné par la main de l'homme, entoure à demi l'établissement, et semble le protéger contre les deux rivières qui forment son horizon.

La lecture de certains ouvrages d'hydrologie médicale qui se fabriquent au coin du feu, et la présence de deux rivières et du torrent supplémentaire de *la fin du monde,* font pressentir quelque belle installation balnéaire, à côté d'une buvette d'eau minérale, pour justifier au moins l'enseigne de ce lieu charmant, Weiss-Bad (*Bains de Weiss*).

Qu'on se détrompe et qu'on me laisse relever, en passant, cette seconde erreur, fort excusable d'ailleurs, cette fois, chez les touristes en chambre.

Non-seulement Weissbad n'a aucune ressource balnéaire, mais encore son propriétaire ne parle qu'avec dédain de Gonthen, qui ose utiliser à l'extérieur ses eaux ferrugineuses. — Il a des bains ! me disait-il avec un accent tout à la fois triste et méprisant, et comme s'il eût parlé d'un schismatique-renégat de la religion de leurs pères, la religion du petit-lait. — Non, Weissbad, malgré sa signification, n'a pas une baignoire, et ses rivières n'ont jamais été troublées que par quelque pâtre de la montagne ou quelque voyageur fatigué.

(1) Une de ces promenades aboutit à un torrent qui, débordé, vous force à revenir sur vos pas. On ne peut alors ni avancer, ni aller à droite à cause du torrent, ni aller à gauche à cause d'une montagne à pic, c'est *la fin du monde,* il faut reculer.

inutile de parler du traitement, qui n'a eu aucune influence sur la marche et l'issue de la maladie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la quinine comme cause de purpura.

Le docteur Vépan vient de publier dans le nº 61 de l'*Alg. méd. Centralzeitung* pour l'année 1866, quelques faits qui sembleraient démontrer une propriété peu connue de la quinine. Nous donnons, sous toutes réserves, ces faits analysés dans l'un des derniers numéros de la *Gazette médicale de Strasbourg*, désirant seulement appeler sur eux l'attention des observateurs français.

La quinine, dans les cas observés par le docteur Vépan, était toujours chimiquement pure, de sorte qu'elle seule pouvait être regardée comme cause des phénomènes observés.

1º Une femme de 50 ans prit toutes les six heures 10 centigrammes de sulfate de quinine pour une névralgie ; le lendemain, la dose fut augmentée de 5 centigrammes, et on lui appliqua un vésicatoire à l'aisselle. Le jour suivant, la place du vésicatoire était toute noire ; il en suintait une sérosité sanguinolente; de plus, tout le corps était recouvert de taches de purpura. La quinine fut suspendue, et on y substitua les acides minéraux ; au bout de neuf jours, tout le corps était sain ; l'aisselle était guérie au bout de quinze jours. L'auteur prescrivit ensuite de la quinine à la malade pour des douleurs de dents, et le purpura reparut.

2º Une femme prit de la quinine pour se débarrasser d'une fièvre tierce; le second jour elle eut une épistaxis; le corps était couvert de taches de purpura, les gencives saignantes. Les selles étaient foncées et sanguinolentes. On suspendit la quinine et on donna des acides minéraux pendant trois jours, puis un laxatif, et au bout de huit jours les taches avaient disparu.

3º Un garçon de douze ans, présentant une faiblesse générale, prit de la quinine. Au bout de quelques jours il se développa du purpura, mais la quinine fut continuée assez de temps pour essayer son action; le purpura augmenta, les gencives saignèrent. On cessa la quinine, on donna des purgatifs salins, et au bout de dix jours, la peau était saine.

4º Un homme qui prenait de la quinine pour une fièvre larvée, ne présentait encore au bout de quinze jours aucune trace d'affection cutanée. Rendu attentif à ce sujet, on crut qu'il y échapperait; trois jours après, il eut néanmoins vingt taches sur les épaules.

Réduction par l'éthérisation locale d'une hernie étranglée.

Un homme de trente-cinq ans, affecté depuis deux ans de hernie inguinale gauche, et n'ayant jamais porté de bandage, l'avait vue s'étrangler depuis trente-six heures, à la suite d'un violent effort. La tumeur était douloureuse, éructations presque continues avec vomissements. M. Wallace essaya le taxis; M. Barclay, à son tour, renouvela ces tentatives sans plus de succès, quoique l'opium et le calomel eussent été administrés.

Avant d'opérer, M. Barclay voulut employer l'appareil à jet d'éther de Richardson. Il en dirigea donc le courant sur la tumeur. Au bout de quarante secondes, la peau était blanchie; on interrompit le jeu de l'appareil, et en pratiquant immédiatement le taxis, on obtint la réduction comme par enchantement.

(*British méd. journ.* et *Gaz. méd. de Lyon*, nº 23, 1866.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 2 janvier 1867. — Présidence de M. GIRALDÈS.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique* ;

Les *Archives générales de médecine*.

— M. le docteur E. Cruveilhier écrit pour demander à être inscrit sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

— M. Lanelonge, de Saint-Martial (Gironde), adresse une observation d'emphysème traumatique. (Comm. : M. Labbé.)

— M. Sédillot adresse la lettre suivante :

La question de la régénération des os est assez importante pour que je ne craigne pas d'appeler de nouveau l'attention de la Société sur quelques points de ma dernière communication, qui pourraient n'avoir pas été parfaitement compris.

Deux méthodes sont en présence.

L'une, à laquelle Larghi a donné la dénomination générale de résections sous-périostées, se fonde sur l'idée que le périoste détaché et isolé à l'état de gaînes ou de lambeaux, des os subjacents, que l'on résèque et que l'on enlève, les reconstitue et les reproduit.

L'autre méthode, que j'ai appelée évidement sous périosté, a pour doctrine que le périoste resté adhérent aux os peut seul les régénérer, et que l'os subjacent doit être, par conséquent, ménagé et conservé avec le plus grand soin.

Dans notre conviction, nous serons très prochainement témoins d'un sauve qui peut général parmi les partisans actuels des résections sous-périostées, et nous les verrons se défendre à qui peut mieux de les avoir jamais adoptées et soutenues.

Nous nous étonnons même, qu'une méthode si peu rationnelle, si dénuée de fondement, et si contraire à tous les enseignements de l'art ait pu résister jusqu'ici aux critiques et aux démonstrations négatives dont elle a été l'objet. Sa nullité radicale et sa condamnation définitive, ressortent cependant d'une expérience très-simple indiquée par Bacon, conseillée par notre éminent physiologiste Claude Bernard, et que l'on peut appeler élémentaire.

Quand on croit avoir découvert la cause d'un phénomène, disait Bacon, il faut renverser l'expérience, c'est-à-dire supprimer la cause ou le déterminisme et voir si l'effet continue à se produire.

C'est un procédé d'analyse et de contrôle qui est mis tous les jours en usage en physique et en chimie, et dont la valeur est absolue.

Le beau traité de M. Claude Bernard, sur la méthode expérimentale, a montré tout le parti qu'on devait également en tirer en biologie.

Comment donc se fait-il que des chirurgiens, habitués cependant aux difficultés et aux périls de l'observation, soient frappés d'aveuglement à ce sujet et se mettent aussi formellement en contradiction avec l'évidence.

On prétend que les gaînes périostées reproduisent les os! La vérification est très-facile : enlevez la gaîne périostée, supprimez-la, et vous verrez si l'os continue à se produire. Si l'os ne se reproduit plus, la démonstration confirme votre supposition. Si, au contraire, l'os se reforme et se régénère, il est parfaitement certain que ce n'est pas la gaîne périostée enlevée qui a pu le reconstituer, puisqu'elle n'existait plus. Dans ce cas, il faut rechercher d'autres causes productrices et renoncer à une hypothèse insoutenable, à moins de fermer volontairement les yeux à la vérité.

Ces preuves, ces démonstrations, ont été données depuis longtemps.

Heine avait déclaré que les os se reproduisaient moins bien sans périoste, mais qu'ils se reproduisaient.

M. le docteur Marmy, dans son travail sur la régénération des os, inséré dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* (tome XXVII, Paris, 1866), a pratiqué comparativement un certain nombre de résections, avec ou sans conservation du périoste et, résultat bien remarquable, les os réséqués avec le périoste ont été fortuitement plus complets et plus réguliers que ceux dont le périoste avait été conservé.

Notre consciencieux et regretté collègue, M. le docteur Michon, a vu les os reproduits, il s'est assuré de l'habile et savante exactitude des expériences, et après avoir étudié la question avec toute l'attention scrupuleuse qu'il apportait dans l'accomplissement de ses devoirs, il a traité les résections sous-périostées, de chirurgie de laboratoire et d'aventure.

Toute la Société de médecine de Strasbourg a eu sous les yeux les pièces pathologiques recueillies par M. Marmy, et chacun peut encore aujourd'hui les étudier au muséum anatomo-pathologique du Val-de-Grâce, où elles ont été déposées.

Ces expériences n'ont soulevé aucune critique ni aucun doute, et elles imposent cette conclusion définitive et absolue : que les gaînes et les lambeaux périostés ne sont pas la cause des régénérations osseuses, et que la méthode des résections sous-périostées repose sur une déplorable illusion.

Il ne suffisait de montrer l'erreur et la gravité de ses conséquences, puisqu'une foule d'opérations ont été pratiquées sur l'homme, sous l'empire de ces idées aussi fausses qu'irréalisables, il importait d'expliquer les causes et le mécanisme des reproductions osseuses que la chirurgie a observées de tout temps, et c'est ici que je reprends la démonstration dont ma dernière communication était le sujet.

Si le périoste isolé ne reproduit rien, le périoste adhérent reproduit parfaitement les os dans certaines conditions d'hyperplasie sur lesquelles nous nous proposons de revenir plus tard, pour les mieux caractériser.

Nous n'examinerons pas, en ce moment, l'opinion de M. Ranvier, qui a, dans un travail remarquable, considéré le périoste comme une membrane purement fibreuse, ne possédant aucune propriété ostéogénique. C'était aussi l'avis de Bichat, et M. Ranvier rapporte à l'os lui-même et à une sphère de cellules médullaires, dans laquelle il se forme, la couche ostéogène qu'il différencie nettement de sa membrane fibreuse d'enveloppe.

Nous prenons le périoste tel qu'il est généralement décrit et accepté, et nous le voyons produire de la matière osseuse en grande abondance, dans tous les cas où l'os subjacent a été cautérisé, traversé par un corps étranger, bourré de charpie et évidé.

Dans l'état fœtal, les os présentent un certain nombre de points d'ossification qui s'étendent par irradiation, projettent en tous sens de la matière osseuse, dont la rencontre avec les pièces osseuses voisines constitue, soit la continuité et la fusion d'un seul os, soit des épiphyses, plus ou moins longtemps séparées des diaphyses par une couche cartilagineuse si bien étudiée par M. Broca.

Les travaux originaux de M. Serres, la publication de MM. A. Rambaud et Ch. Renault, sur l'origine et le développement des os, ne laissent aucun doute à ce sujet.

Il en est de même, jusqu'à un certain degré, des ossifications pathologiques.

L'os se reproduit directement, sans passer par la forme cartilagineuse, et il naît de tous les points où le périoste, adhérent à l'os subjacent, a conservé sa vitalité et acquis, par suite d'un traumatisme, d'énergiques propriétés ostéogéniques. On voit alors la matière osseuse, représentée par des ilots, des mamelons, des aiguilles, des embranchements distincts, se réunir, se tasser, s'accumuler et occuper tous les espaces libres qui lui sont offerts, s'y mouler et prendre très-exactement la forme des parties environnantes.

J'ai exposé ces idées dans un mémoire ayant pour titre : *De l'influence des causes mécaniques sur la forme et le développement des os : moulage de ces organes par des matières solidifiables injectées dans leurs gaînes périostées.* (Communication à l'Académie des sciences, 16 janvier 1865.)

Je montrais que la conservation du périoste avait pour principal mérite d'offrir un moule plus régulier à la matière osseuse, destinée à reproduire de nouveaux os, et c'est là en effet le seul avantage à invoquer en faveur des résections sous-périostées, avantage déjà signalé par Malgaigne et par nous, il y a déjà un assez grand nombre d'années.

Les figures 4, 5 et 6, que j'ai eu l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie, permettaient d'apercevoir et de suivre les progrès de ces ossifications régénératrices, si faussement attribuées aux gaînes et aux lambeaux du périoste conservé.

Je craindrais de fatiguer l'attention de la Société par une plus longue insistance sur ce sujet, et je me bornerai à dire que toutes ces idées sont conformes à la tradition chirurgicale, aux faits cliniques de régénérations osseuses dont nos annales sont remplies, et aux expériences sur les animaux.

LECTURE.

— **M. ED. CRUVEILHIER** fait une lecture sur un cas de *fistule congénitale du prépuce*.

COMMUNICATIONS.

— **M. SERRES**, d'Alais, communique un fait d'ovariotomie suivie de succès, qu'il a pratiquée cette année.

Ce fait présente les particularités suivantes :

La malade, qui avait une apparence chétive, était néanmoins dans d'excellentes conditions morales, et elle a supporté l'opération avec un grand courage et une très-grande force d'esprit.

L'opération a été pratiquée suivant les règles habituelles. Le pédicule, très-large, et des adhérences ont nécessité un peu de lenteur dans les manœuvres, et il a été remarqué qu'au niveau des points où des adhérences avaient été déchirées, il y avait seulement un peu de suffusion sanguine. La malade, d'ailleurs, ne perdit presque pas de sang.

Le rétablissement eut lieu promptement : il resta un petit point fistuleux au niveau de la suture, et qui depuis saigna au moment de chaque époque menstruelle. Mais ce qu'il y a de plus particulier, c'est qu'il y a une éventration, une hernie de la ligne blanche sous la matrice.

Weissbad n'a qu'une adoration, qu'un culte, si l'on peut ainsi dire : c'est celui du petit-lait. Tout y est ordonné, organisé dans ce but. Tandis qu'à Gais les malades font leur cure sous une galerie couverte, servant tout à la fois de casino et de promenoir, à Weissbad la scène se passe en plein air, sur la pelouse, à l'ombre d'un arbre séculaire, où viennent aboutir, pour les lentes promenades des malades, des sentiers odorants, des routes gazonnées et les allées sinueuses du bois, qu'arrose la rivière.

L'établissement, pour les jours froids ou pluvieux, a une grande salle rectangulaire où les malades se groupent autour de tables et font la cure. — Une exquise propreté est tout le luxe de l'ameublement.

Comme à Gais, l'établissement est en même temps un hôtel; mais ici les malades n'ont pas le choix : il n'y a, dans un rayon assez étendu, qu'une seule habitation, et qui ne reçoit pas les étrangers.

Gonthen, comme semblait me le dire le propriétaire de Weissbad, est un renégat ; il s'occupe bien plus des femmes stériles que des poitrinaires, et, comme il a à peu près abandonné les cures de petit-lait, il rentre dans l'hydrologie, et ne doit plus occuper, que pour mémoire, une place dans la médication séro-lactée.

Rorschach n'est point une station proprement dite ; cette ville ne possède aucun établissement, voire même aucun hôtel spécialement affecté aux cures de petit-lait, comme à Gais et à Weissbad. Seulement, un fermier et un pharmacien de la ville reçoivent tous les matins le petit-lait des montagnes d'Appenzell, et les habitants vont le chercher à la chopine et le boivent chez eux.

Il n'y a pas là les conditions de cette médication spéciale que je suis allé étudier en Suisse, et je ne cite Rorschach que pour dissiper l'erreur de ceux qui mettent cette localité au nombre des stations de cure séro-lactée.

Mais à un quart d'heure de la ville, toujours sur le lac de Constance, se trouve un petit bourg, à l'entrée duquel on rencontre un grand bâtiment dont la façade porte en gros caractères : *Horn-Bad*. On y prend, en effet, des bains dans le lac de Constance, mais on y boit aussi du petit-lait.

L'établissement, qui, comme à Gais, Weissbad et Gonthen, sert à loger les étrangers, est sur la route qui longe le lac de Constance. Un jardin mi-potager, mi-d'agrément, est en face de lui, de l'autre côté du chemin ; c'est sous une de ses tonnelles que se font les cures.

A l'exclusion de Gonthen, qui ne doit pas entrer en ligne de compte, puisqu'il affecte une destination spéciale, la station de Horn se distingue des autres établissements que j'ai visités en Suisse, en ce qu'il ajoute à la médication séro-lactée quelques pratiques hydrothérapiques.

Mais sous ce rapport, hélas! l'aménagement est des plus primitifs : il consiste en une piscine dans le lac de Constance, où les malades se livrent au plaisir de la natation, et en une douche perpendiculaire que l'on fait agir au moyen d'une ficelle.

N'importe, ces moyens, tout incomplets qu'ils soient, ont une importance thérapeutique dont il faut tenir compte, et dont je parlerai dans ma prochaine lettre.

FÉLIX ROUBAUD,
Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

Dictionnaire universel d'Histoire naturelle, par Charles d'ORBIGNY, avec la collaboration de nombreux savants, la plupart membres de l'Institut. — Nouvelle édition revue et augmentée, pouvant former 26 volumes chacun de 400 pages à 2 colonnes, in-8º grand-raisin, accompagnés d'une magnifique collection de plus de 300 planches gravées sur acier et coloriées à la main par les meilleurs artistes. — L'ouvrage est publié par livraisons de 24 à 32 pages, presque toujours accompagnées d'une des planches de l'Atlas. — Tous les samedis il paraîtra une livraison. Prix : 1 franc. — Ces livraisons seront réunies, cinq par cinq, en *séries* qui se vendront séparément au prix de 5 francs. — La deuxième *série* vient de paraître. — Paris, 1867. Ch. Delagrave et Cᵉ, libr., rue des Écoles, 78.

De la Phthisie pulmonaire. Étude anatomo-pathologique et clinique, par M. HÉRARD, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé libre de la Faculté de médecine, et M. V. CORNIL, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-8º de 750 pages, avec 27 figures intercalées dans le texte, et 3 planches tirées en chromo-lithographie. Prix : 10 francs. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Traité complet d'accouchements, par le docteur JOULIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; deuxième partie, fascicule premier, pages 741 à 1,006, comprenant la *dystocie*. L'ouvrage sera terminé par la publication de deux fascicules paraissant de deux en deux mois. — Prix de l'ouvrage complet, 16 fr. — Paris, 1866, F. Savy.

Pendant l'opération, l'ovaire du côté opposé au kyste avait paru un peu malade, et nous nous étions demandé s'il fallait l'enlever. Je n'ai pas cru devoir le faire, parce qu'cet ovaire présentait le même aspect que l'ovaire de la jeune fille opérée par moi l'année dernière. Je n'y avais pas touché, et, jusqu'à ce jour, il me paraît que cet organe n'a été le siége d'aucune formation pathologique nouvelle.

M. BOINET demande si le péritoine a été compris dans la suture de la paroi abdominale. Il dit n'avoir jamais entendu dire ni remarqué que, quand la suture était ainsi pratiquée, il y ait eu une éventration.

M. SERRES, d'Alais. Le péritoine a été compris dans la suture.

M. SERRES, d'Alais, donne communication d'un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur la vision binoculaire expliquée par la disposition des arcs rétiniens.* M. Serres part de ce principe, que l'œil reporte la sensation perçue à l'intérieur, et que cette sensation est arrêtée aux points d'intersection des axes optiques, où les deux images, perçues séparément par chaque œil, se fusionnent. Appliquant ensuite, au moyen de l'horoptère, les données précédentes, il montre qu'il y a une série de positions pour lesquelles l'axe optique, avec un axe secondaire, forment dans l'œil des angles dont un des côtés est un arc rétinien, et que ces arcs, au nombre de douze, représentent tout le champ visuel de la rétine; que, en combinant ces arcs de façon à les fusionner, on arrive à déterminer les points où un objet est vu simple, et ceux où il est vu double. M. Serres pense que cette explication vaut mieux que la théorie des propriétés synesthésiques de points symétriques de la rétine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Coxite aiguë compliquée d'ostéo-périostite de l'os iliaque.

M. MARJOLIN. J'ai déjà eu plusieurs fois occasion de soumettre à l'examen de la Société des cas d'ostéo-périostite avec décollement d'épiphyses, mais je ne crois pas avoir jamais observé de faits dans lesquels des lésions aussi graves se soient produites en aussi peu de temps.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation est une petite fille de quinze ans, assez grande, mais très-grêle. Dans la maison où elle était en apprentissage, elle était chargée des commissions, et c'est peut-être à cette cause qu'il faut attribuer le genre d'affection auquel elle a succombé. Le 14 décembre dernier, elle rentra chez sa mère, ayant du malaise, du frisson, et se coucha. Au premier moment, on crut que les douleurs dont elle se plaignait dans la hanche étaient dues à du rhumatisme; on fit des frictions, on appliqua des cataplasmes émollients, et l'enfant resta au lit. Malgré ces soins, les douleurs et la fièvre augmentant, elle fut conduite, le 17 décembre, à Sainte-Eugénie, et placée dans un service de médecine comme atteinte de rhumatisme articulaire. Le 21, ayant été appelé à la voir, je trouvai l'enfant très-abattue et ayant beaucoup de fièvre. Elle était couchée sur le dos, le membre abdominal gauche demi-fléchi et tourné dans la rotation en dehors; la fosse iliaque gauche était un peu tendue, douloureuse, le pli de l'aine effacé par la tuméfaction. Le moindre mouvement imprimé occasionnant les plus vives douleurs, j'eus beaucoup de peine à la faire coucher sur le côté droit pour examiner la hanche gauche, qui était très-tendue, surtout au-dessus du grand trochanter. En cherchant avec beaucoup d'attention si je ne trouverais pas de collection purulente, je sentis profondément la fluctuation au-dessus du grand trochanter; certain alors que j'avais affaire à une ostéo-périostite profonde, intéressant probablement l'articulation coxo-fémorale, je plongeai un bistouri jusqu'au-dessus du bourrelet cotyloïdien, et le long de la lame je glissai une sonde canelée, et je sentis l'os à nu. Immédiatement du pus s'écoula; je retirai alors le bistouri droit, pour débrider plus largement avec un bistouri boutonné, et après avoir cherché inutilement si je ne trouverais pas le moyen de faire une contre-ouverture et de passer un drain, je me contentai d'introduire une grosse sonde pour faciliter l'écoulement du pus et me donner le moyen de faire des lavages. A la suite de cette opération, la malade éprouva un soulagement notable. La hanche devint moins tendue, moins douloureuse; l'engorgement de la fosse iliaque diminua, et la cuisse put être portée dans l'adduction. Pendant trois ou quatre jours, l'amélioration, qui coïncidait avec le libre écoulement du pus, me laissait un peu d'espoir; mais bientôt les symptômes généraux s'aggravèrent, les douleurs locales devinrent de plus en plus vives; il survint des frissons, des escarres au siége et de l'infiltration des membres inférieurs, et enfin l'enfant succomba épuisée par la douleur et la suppuration.

A l'autopsie, nous trouvâmes la capsule articulaire détruite, la tête du fémur entièrement séparée; tout au pourtour du bourrelet cotyloïdien, dans la fosse iliaque externe, le périoste était détaché. Sur la tête du fémur, il n'y avait plus de trace de cartilage, non plus que dans la cavité cotyloïde, qui était perforée, désunie; enfin sur la face interne de l'os des îles, le périoste était également décollé dans le pus. Le col du fémur, scié suivant sa longueur, était noirâtre comme s'il avait macéré dans le pus. Tels étaient les désordres qui, en moins de vingt jours, avaient amené la mort. En attaquant dès le début l'affection, aurait-on pu prévenir les accidents. Sans répondre affirmativement, je dirai que, déjà à plusieurs reprises, j'ai été témoin de ces erreurs de diagnostic, qui ont fait prendre pour des rhumatismes articulaires des ostéo-périostites épiphysaires. Lorsque j'ai pu, dès le début, pratiquer le débridement, j'ai été assez heureux pour prévenir de très-graves accidents, et alors, dans quelques cas, la maladie s'est terminée par une nécrose plus ou moins étendue; mais au moins j'ai pu sauver le malade. Dans d'autres cas, au contraire, lorsque la maladie avait fait déjà de grands progrès, il a fallu recourir à l'amputation, ressource trop souvent inutile, parce qu'il y avait déjà des symptômes d'infection purulente consécutive à l'ostéomyélite.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire annuel, Dr DOLBEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

92. Étude de quelques-unes des variations que l'altitude fait subir à l'air ambiant et l'influence de ces variations sur l'homme, par M. Augustin Dumas.

93. De la tuberculisation aigue chez l'homme, par M. Gustave Cocatrice.

94. Étude sur le choléra, par M. Louis Alexis Foing.

95. Essai sur les déplacements du cristallin, par M. Achille Bernardot.

96. Des divers états qui peuvent simuler la grossesse, par M. H. Descosse.

97. De l'utilité du toucher et du palper en obstétrique, par M. Lucien Hugard.

98. Des causes et des symptômes des paralysies, par M. Albert Spineur.

99. Considérations sur les fractures du fémur, par M. Alfred Gouin.

100. Des courants continus et de leur action sur l'organisme, par M. Louis Wintrebert.

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie dans les hôpitaux et hospices, s'ouvrira le mardi 12 février 1867, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Assistance publique à Paris, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui voudront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du secrétariat de l'administration, de une heure à trois heures.

Le registre d'inscription, ouvert le 18 janvier, sera fermé le mercredi 30 du même mois, à trois heures.

— Le concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie, s'ouvrira, à midi précis, le lundi 18 février 1867, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le banquet des internes en médecine des hôpitaux civils de Paris, aura lieu, cette année, le samedi 23 février, à six heures, dans les salons des Frères-Provençaux (Palais-Royal).

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs. La liste de souscription sera fermée le mercredi 21 février, à cinq heures du soir.

On est prié de remettre sa cotisation à l'un de MM. les membres de la commission permanente : Denonviliers, Béhier, Guersant, Hardy (de Saint-Louis), Bouchut, Piogey, Tillot (Émile), Martineau, Horteloup fils, Damaschino, Blache fils, Dieulafoy;

Ou à l'interne économe de la Salle de garde dans chaque hôpital.

Erratum. — L'observation de paralysie double de la face, publiée dans notre dernier numéro, avait été recueillie par M. Pelvet, et lue à la Société médicale d'observation.

Traité pratique sur l'art des Accouchements, par M. L. HYERNAUX, docteur en médecine, chirurgie et accouchements, chirurgien de la Maternité de Bruxelles. 1 vol. in-8° de 960 pages, avec figures; deuxième édition, considérablement augmentée et enrichie de la description de quelques nouveaux instruments employés en obstétrique. Prix : 10 francs. — Bruxelles, 1866, J. Mayolez. Paris, 1866, Germer Baillière.

Cannes et son climat, par M. le docteur DE VALCOURT, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, licencié en droit, médecin à Cannes. 1 vol. in-18 de 160 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — La question de l'industrie des nourrices et de la mortalité des nourrissons à l'Académie de médecine.— HÔTEL-DIEU (M. Vigla). Observations d'accidents articulaires, avec uréthrite blennorrhagique chez la femme. — Des hémorrhagies utérines. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Chronique et nouvelles scientifiques.

PARIS, LE 21 JANVIER 1867.

La question de l'industrie des nourrices et de la mortalité des nourrissons à l'Académie de médecine.

« Je me félicite, pour ma part, disait M. Tardieu en prenant possession du fauteuil de la présidence, d'avoir, pour mes débuts, à diriger la fin des débats relatifs à la mortalité des enfants nouveau-nés, et à soumettre aux délibérations de la compagnie des conclusions dignes d'elle et de la gravité d'un sujet qui préoccupe à la fois l'opinion et le gouvernement lui-même. » Plus cette discussion avance, en effet, et plus son importance s'accroît, plus s'agrandissent les conséquences physiologiques et sociales de son objet, et avec elles le rôle de l'Académie et de la science médicale, qu'elle représente et résume dans tout ce qu'elle a de plus élevé. On n'a pas oublié avec quelle ampleur M. Husson a traité la question, qu'il a élevée de prime abord à la hauteur des plus grandes questions sociales; on n'a pas oublié non plus, et les nombreux et instructifs documents apportés à la tribune par M. Devilliers, et les chaleureux plaidoyers de M. Boudet en faveur des innombrables et obscures victimes dont on connaît maintenant dans toute son étendue l'effrayant martyrologe à peine soupçonné jusque-là. Les deux dernières séances n'ont en rien cédé aux précédentes, en intérêt et en utilité, pour la solution probable de cette discussion.

M. Broca a marqué son début à l'Académie par une attitude franche et nette dans le sens de la compétence et de l'intervention active de l'Académie. Sans doute, sauf quelques résistances partielles qui finiront probablement par céder, si elles ne l'ont fait déjà, la compétence de l'Académie était déjà parfaitement acceptée. Mais M. Broca l'a mise hors de toute contestation en faisant un juste départ de ce qui revient à l'administration et de ce qui est dans les attributions de la science, et en montrant que s'il appartient exclusivement à l'autorité de faire et d'édicter des règlements, c'est la science seule qui a qualité, dans la circonstance, pour en préparer les bases.

L'Académie est donc compétente et seule compétente. C'est là un point mis désormais hors de doute. Mais s'il lui reconnaît l'aptitude, M. Broca conteste, en revanche, que l'Académie ait actuellement devers elle tous les documents nécessaires pour résoudre la question. Les éléments statistiques fournis par M. Brochard seraient inexacts, suivant lui, et des recherches puisées à des sources plus authentiques montreraient que, contrairement aux conclusions de M. Brochard, la mortalité serait plus grande dans le grand bureau que dans les petits bureaux, et que c'est moins dans ces derniers qu'il faut chercher les causes de la mortalité excessive des nourrissons, que dans les placements faits par des intermédiaires officieux, sans qualité ni garantie.

De quel côté est, à cet égard, l'erreur ou la vérité? C'est ce qu'il nous serait impossible de dire pour le moment. Il faudra cependant que ce point soit éclairci, car, tandis que les conclusions de M. Brochard tendraient à faire considérer le régime du grand bureau comme le meilleur modèle à proposer pour les réformes projetées, ces conclusions seraient formellement infirmées par les recherches de M. Broca, et il faudrait chercher ailleurs, par conséquent, la base de ces réformes. Mais ce n'est là, au fond, qu'un point secondaire qu'il faudra éclaircir sans doute, mais qui est primé, pour le moment, par la question préalable du grand fait général qu'il s'agit de livrer à l'enquête de l'Académie. Quoi qu'il en soit, en effet, de ce désaccord en matière de statistique, il ne porte en réalité que sur un déplacement de chiffres, et non sur leur ensemble et sur la généralité du fait lui-même qui en ressort, savoir la mortalité excessive des enfants confiés en nourrice. Or, ce sont les causes de cette mortalité excessive aujourd'hui bien constatée, qu'il s'agit de rechercher.

On en a déjà indiqué plusieurs, telles que les disproportions de l'âge de la nourrice ou de l'âge de son lait, l'absence ou l'insuffisance de la lactation et la substitution de l'allaitement artificiel, le défaut de soins, le sevrage prématuré de l'enfant de la nourrice, les transports et les changements d'air et de climat avec tous leurs inconvénients et leurs dangers, etc. Mais jusqu'ici personne au sein de l'Académie n'avait encore songé à l'une des causes les plus importantes et les plus générales peut-être, non-seulement de la mort des nourrissons, mais encore de la dégénérescence de ceux qui survivent. On a beaucoup parlé de l'insuffisance de l'allaitement ou de l'alimentation, mais on n'avait rien dit ou presque rien dit de la qualité même de l'alimentation considérée dans ses rapports avec l'âge et la constitution organique spéciale des enfants. Ce n'est pas seulement par insuffisance que pèche souvent l'alimentation des enfants, c'est plus souvent encore par excès et surtout inappropriation; c'est, en un mot, par l'alimentation prématurée, c'est-à-dire la substitution à l'allaitement, dans les premiers mois de l'existence, d'une nourriture commune plus ou moins substantielle et inappropriée aux besoins de l'enfant et à l'état fonctionnel de ses organes digestifs. C'est, en effet, l'usage prématuré d'aliments où manquent les principes essentiels à la formation et au développement des organes de l'enfant et où se trouvent, au contraire, en excès, des éléments inassimilables ou indigestes, qui donne lieu à cette affection gastro-intestinale de l'enfance désignée sous le nom de carreau, qui n'est elle-même que la période initiale de l'affection rachitique si commune dans les classes indigentes et parmi les enfants élevés en nourrice, laquelle laisse la vie durant des traces indélébiles chez les sujets qui ont survécu à son atteinte.

C'est ce qu'a parfaitement établi dans la dernière séance M. J. Guérin, qui est entré le premier, à cet égard, sous le double point de vue étiologique et pathologique, dans le cœur même du sujet. Cette importante dissertation qui a été accueillie comme elle le méritait, c'est-à-dire avec une faveur marquée, a soulevé un nouvel aspect de la question qui en élargirait tellement les horizons, qu'il a paru opportun au président d'en prendre acte dès à présent pour l'ouverture d'un débat spécial dont l'époque serait ultérieurement fixée. Nous voulons parler de l'influence probable, sinon certaine, de ce mode vicieux d'alimentation sur la dégénérescence d'une partie notable de la population, accusée annuellement par le nombre croissant des cas de réforme pour le service militaire.

Ce nouvel ordre de faits, bien que touchant en réalité au sujet de la discussion, puisqu'il procède de la même source que la mortalité des nourrissons, est trop important, en effet, pour être traité incidemment. Tout le monde approuvera l'ajournement proposé par M. Tardieu. Nous tenons cependant à signaler en passant cette étroite connexité de deux questions d'un intérêt social également important, tant il est vrai que les questions s'étendent et s'agrandissent à la lumière de l'analyse étiologique qui en révèle à la fois tous les aspects et tous les rapports.

C'est à M. Broca si compétent, comme on le sait, pour tout ce qui a rapport à l'anthropologie, qu'il appartiendra de formuler devant l'Académie les termes de la nouvelle question à lui soumettre.

Pour revenir à nos nourrissons, au point où en est arrivée aujourd'hui la discussion, nous pensons qu'elle doit toucher bientôt à son terme. On ne voit pas trop, en effet, ce qu'elle pourrait gagner à se prolonger. Il n'est assurément pas un membre de l'Académie qui ne soit parfaitement convaincu, à l'heure qu'il est, de toute l'importance et de toute la gravité de la question qui lui est soumise. Mais si on est suffisamment d'accord sur le but, il s'en faut qu'il en soit de même pour les moyens. En présence des propositions les plus divergentes qui se sont déjà produites, et sans compter celles qui pourront se produire encore, ce n'est pas dans une discussion générale qu'on pourra s'entendre. Il est d'ailleurs devenu évident pour tout le monde qu'une enquête préalable est indispensable, et que cette enquête ne peut être utilement faite et menée à bonne fin que par le concours de l'Académie et de l'administration. C'est donc sur la proposition de la nomination d'une commission qui sera investie, à cet effet, de tous ses pouvoirs, que l'Académie devra être consultée tout d'abord.

Nous laissons parler ici M. Boudet, l'ardent promoteur de la proposition, à laquelle se sont ralliés MM. Blot, Broca et J. Guérin.

« Depuis quatre mois que la discussion sur la mortalité des jeunes enfants est commencée, a dit l'honorable académicien, l'industrie nourricière continue à fonctionner dans les plus déplorables conditions, et des milliers d'enfants périssent victimes de cet état de choses ; l'opinion publique vivement émue attend impatiemment les résultats de la discussion ; il importe de conclure, et vu que la commission dont M. Blot était l'organe a proposé elle-même la nominaton d'une nouvelle commission, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de nommer, sans délai et sans arrêter pour cela la discussion, une commission de sept membres qui devra se mettre immédiatement à l'œuvre pour étudier les idées et les propositions qui se sont produites ou qui se produiront ultérieurement pendant le cours de la discussion, pour examiner les documents que l'Académie aura reçus, et rédiger des conclusions qui, après avoir été soumises à l'Académie et sanctionnées par son vote, seront adressées aux ministres compétents comme l'expression de l'opinion et des vœux de l'Académie. Cette commission devra, en outre, rédiger une notice sur l'industrie nourricière, sur les conditions dans lesquelles elle fonctionne, sur les dangers qu'elle offre pour les jeunes enfants, sur les avantages de l'allaitement au sein comparé à la nourriture au biberon, et telle, en un mot, qu'elle puisse éclairer les familles sur toutes les questions qui intéressent la santé, la vie et le bien-être des jeunes enfants. »

A titre de documents pour la commission future, M. Boudet a présenté sous forme de vœux à exprimer par l'Académie, quelques propositions. Voici en quoi se résument les principales d'entre elles :

Organiser, réglementer et surveiller l'industrie nourricière de la manière la plus propre à garantir le bien-être, la santé et la vie des nourrissons. La soumettre à une inspection instituée dans chaque département, placée sous la surveillance des conseils et comités d'hygiène, et confiée à des médecins qui devront fournir, tous les six mois au moins, à ces conseils et à l'autorité, administrative un rapport sur les résultats de leur inspection, et adresser à la fin de chaque année à l'Académie de médecine un rapport général.

Assujettir les bureaux des nourrices à l'autorisation préalable et par conséquent à une enquête sur la moralité du demandeur, sur l'organisation et la salubrité de son établissement.

Établir dans chaque bureau, pour chaque nourrice placée par son entremise, un dossier où seront réunies les pièces constatant sa moralité, ses moyens d'existence, son âge, celui de son dernier enfant.

Assujettir chaque nourrice à posséder un livret destiné à constater les engagements réciproques contractés entre elle et les parents du nourrisson, et les observations des médecins inspecteurs sur la manière dont elle remplit ses obligations.

Appliquer dans les plus larges proportions le principe des secours à domicile pour les mères et les filles-mères nécessiteuses, en vue de favoriser l'allaitement maternel et de restreindre autant que possible l'exercice de l'industrie nourricière.

Instituer des primes d'encouragement et d'honneur dans chaque arrondissement pour les nourrices les plus méritantes.

Enfin encourager, favoriser, aider et propager dans toute l'étendue de l'empire les sociétés protectrices de l'enfance.

M. Boudet ne borne pas encore là sa proposition. Se fondant sur des considérants nombreux et fortement motivés, déduits surtout de l'importance de la question générale de la mortalité des jeunes enfants en France, question trop complexe et trop étendue pour être approfondie et résolue dans un délai déterminé, et qui exigera une enquête longue et considérable; se fondant sur cette circonstance, que la réforme plus ou moins profonde qui en résultera ne pourra être accomplie que par une action énergique continue et persévérante de la part de l'Académie, M. Boudet propose qu'en vertu du droit qui lui est attribué par son règlement, elle institue, sous le nom de commission de l'hygiène de l'enfance, une commission permanente

chargée de correspondre avec les médecins inspecteurs des nourrices, de provoquer et de recueillir les résultats de leurs recherches sur l'objet de leur inspection, d'ouvrir une enquête médicale sur les causes de la mortalité des jeunes enfants dans toute l'étendue de l'empire, enfin d'éclairer, par tous les moyens en son pouvoir, l'opinion publique sur l'hygiène de l'enfance.

Il y aurait beaucoup à dire sur ce projet. Déjà quelques objections ont été présentées par M. Devergie. Mais ce n'est pas le moment de l'examiner dans ses dispositions particulières. C'est sur son ensemble seul et sur l'esprit qui l'a dicté, qu'il y a lieu de se prononcer pour l'instant. Or, sauf quelques réserves sur les détails, la proposition de M. Boudet nous paraît mériter d'être prise en sérieuse considération, et nous ne doutons pas que l'Académie en accepte le principe en votant la nomination d'une commission qui aura à lui soumettre plus tard son appréciation. C'est ce qu'elle fera sans doute dans la séance prochaine. — Dr Brochin.

Nous avons reçu de M. le docteur Caron, quelques considérations sur le sujet en discussion, qui auraient dû trouver place ici. Nous en présenterons un résumé dans le numéro prochain.

HOTEL-DIEU. — M. Vigla.

Observations d'accidents articulaires, avec uréthrite blennorrhagique, chez la femme.

(Recueillies par M. le Dr Hémey.)

Obs. I. — Le 2 novembre, entrait à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de trente-deux ans, chapelière.

Son grand-père maternel, ainsi que sa propre mère, sont atteints de rhumatisme; elle n'a ni frère ni sœur, et les renseignements obtenus sur sa santé habituelle sont les suivants : dès l'âge de douze ans, cette fille fut très-sujette aux névralgies frontales; les douleurs étaient vives, mais ne s'accompagnaient jamais de nausées ni de vomissements. Depuis les fièvres de l'enfance, qui furent peu graves chez elle, sa santé, jusqu'à ce jour, fut bonne.

Vers le commencement d'octobre dernier, elle s'aperçut, dit-elle, que ses fleurs blanches devenaient plus abondantes, et que même la couleur en était changée, son linge était taché en jaune verdâtre; elle éprouvait aussi une cuisson vulvaire, qu'augmentait notablement l'émission des urines. Pendant tout le mois ces symptômes persistaient, en diminuant toutefois d'intensité, lorsque, le samedi 27, elle ressentit dans le bras droit une douleur vague; c'était d'abord une sorte d'engourdissement qui gagna bientôt, les jours suivants, le haut du membre et l'épaule.

Le 1er novembre, cette douleur s'était déplacée; elle occupait le côté gauche de la poitrine; elle avait, en outre, augmenté de force à tel point, qu'elle gênait la respiration.

Le 2, au matin, en s'éveillant, la malade s'aperçoit que son avant-bras gauche et son poignet surtout étaient enflés et douloureux. Dans la même journée, elle eut encore un peu de douleur dans la main gauche et le pied du même côté. Le soir de ce même jour, la malade entre à l'hôpital. A ce moment, le poignet était très-enflé et douloureux; non-seulement les mouvements imprimés à l'articulation faisaient souffrir la malade, mais encore la simple pression sur les points les plus voisins de l'article, lui arrachait des plaintes. Depuis quelques heures seulement, l'œil droit était devenu douloureux, et l'on constatait sur la conjonctive oculaire et palpébrale une teinte rouge sang bien limitée vers l'angle externe et inférieur de l'œil. L'état général était assez bon, la chaleur cutanée très-modérée, et le pouls à 88 par minute. (Poudre de Dower, cataplasme.)

Le 3, le poignet est plus gros et plus sensible que la veille; la rougeur de la conjonctive a gardé la même teinte foncée, mais l'espace qu'elle occupe est plus considérable : tout l'angle externe et le repli palpébral inférieur participent à l'inflammation, et cependant les paupières ne sont pas sensiblement gonflées; la douleur du pied, ainsi que celle du côté, n'existent plus du tout; la réaction est un peu plus vive, le pouls marque 96 pulsations. Le soir du même jour, la conjonctive est complètement enflammée; les paupières sont très-gonflées, à tel point que l'œil ne peut plus s'ouvrir. Cet aspect fait songer à une ophthalmie spécifique, et c'est alors que l'on obtient les renseignements précédents, qui sont pleinement confirmés par l'examen des parties génitales. On trouve la muqueuse vaginale légèrement rouge, et l'on peut encore faire sourdre du canal de l'urèthre une goutte de mucopus. (Eau alcoolisée dans l'œil.)

Le 4, l'état du poignet est sensiblement le même. L'ophthalmie a fait de nouveaux progrès, toute la conjonctive est prise; il y a une sécrétion âcre et purulente, et la muqueuse forme bourrelet autour de la cornée, qui est intacte.

Le 5, ce bourrelet est plus rouge et plus saillant, le gonflement palpébral plus considérable, et la cornée présente un léger trouble; il y a même vers la partie interne et inférieure une petite élevure transparente, mais dont la paroi est très-amincie. (Calomel, onguent mercuriel, cataplasme, eau alcoolisée.)

Le 6, même état. Le gonflement persiste, la cornée se trouble davantage, la petite élevure devient plus saillante. On instille dans l'œil deux gouttes de sulfate neutre d'atropine; le reste du traitement est continué. Les règles apparaissent.

Le 7, même état. On ajoute au traitement un collyre de nitrate d'argent à 1/300.

Le 8, la petite ampoule s'est perforée; il s'est échappé, par son ouverture, une certaine quantité de liquide. Même traitement.

Les 9 et 10, légère amélioration. Le gonflement palpébral diminue, la perforation de la cornée tend à se cicatriser; la pupille est toujours dilatée par la belladone; le poignet est moins gonflé et surtout moins douloureux; les gencives commencent à s'enflammer.

Les 11 et 12, l'état de la malade continue à s'améliorer; elle ouvre l'œil et distingue confusément les objets; le poignet n'est plus douloureux à la pression; les mouvements seuls y déterminent de la douleur, encore est-elle moins vive.

Le 15, la gengivite est très-intense, le calomel est supprimé; le gonflement du poignet diminue, la douleur est la même, et rend encore les mouvements impossibles.

Le 17, les douleurs dont la malade se plaignait autour de l'œil diminuent beaucoup; l'état du poignet reste stationnaire. (Vésicatoire sur l'articulation.)

Le 20, l'état de la malade est sensiblement meilleur. L'œil est encore très-sensible à la lumière; la conjonctive est généralement rouge et granuleuse; la suppuration est très-peu abondante. La cornée présente toujours une ulcération vers sa partie interne et inférieure, et autour de cette ulcération quelques vaisseaux. La pupille est dilatée par la belladone, et la malade distingue les objets assez bien.

Le poignet est de moins en moins douloureux, l'écoulement vaginal est peu abondant.

Le 24, le poignet est sensiblement amélioré, il supporte quelques mouvements sans trop de souffrance; mais l'œil est plutôt en moins bon état : la conjonctive s'épaissit et se couvre de granulations; la cornée elle-même devient de jour en jour plus opaque. Le collyre au nitrate d'argent est supprimé, et l'œil est touché avec le crayon de sulfate de cuivre une fois par jour.

Le 29, la malade se plaint d'une assez vive douleur du côté gauche du thorax, mais la respiration est forte et bien pure (sinapisme). L'œil va beaucoup mieux; il y a cependant une petite hernie de l'iris pour laquelle on applique un bandage compressif. Le poignet va très-bien, et la stomatite est tout à fait guérie.

Le 30, la douleur thoracique persiste; on applique un vésicatoire. L'œil est dans le même état. Le poignet va de mieux en mieux; il n'y a que les mouvements forcés qui soient douloureux.

Le 5 décembre, la petite ampoule transparente de la cornée s'est distendue à tel point, qu'il y a eu de nouveau rupture et écoulement d'une certaine quantité de liquide. Les granulations sont moins nombreuses; je ne les touche plus que tous les deux jours avec le crayon de sulfate de cuivre. La douleur du côté gauche s'est tout à fait apaisée, et l'état général est bon.

Le 8, même état. Quelques fleurs blanches.

Le 13, enfin, l'état de la cornée s'améliore, quoique lentement. Le poignet ne présente plus qu'une légère roideur dans les mouvements exagérés. Aucune autre douleur ne s'est manifestée, depuis huit jours, dans aucun point du corps.

Obs. II. — Le 14 novembre, entrait à l'hôpital une autre fille âgée de dix-neuf ans.

Le père de celle-ci fut très-tourmenté par les rhumatismes pendant une période de dix années. Sa mère a de fréquentes migraines. Elle-même paraît, jusqu'à ce jour, n'avoir eu aucune atteinte rhumatismale, non plus que ses frères et ses sœurs.

Elle fut réglée à treize ans, et depuis ce moment, elle le fut régulièrement; elle n'avait jamais eu ni pertes ni fleurs blanches. Elle eut, il y a deux mois, des rapports sexuels pour la première fois. Les règles vinrent, pour la dernière fois, le 14 octobre, et bientôt après elle ressentit de la cuisson en urinant. Son linge était taché, et ces accidents paraissent avoir atteint leur maximum vers le 26 octobre.

Le 11 novembre, après sa journée, elle éprouva de la douleur dans le côté et dans le bras droit.

Le 12, la main et le coude étaient enflés et douloureux.

Le 13, le côté droit allait mieux, mais le bras gauche était pris des mêmes douleurs, un peu moins vives.

Le 14, c'était le genou gauche qui se prenait à son tour, et la malade entrait le soir même à l'hôpital.

Le 15, tout le mal est localisé dans le genou; la malade souffre beaucoup, le membre est demi-fléchi, et, dans la rotation externe, la tuméfaction de l'articulation est très-grande, la sensibilité extrême; la région est chaude, mais sans rougeur; le pouls bat 72 pulsations, l'état général est bon. (Application de ventouses scarifiées.)

Le 16, amélioration. Bien que la douleur soit encore très-vive, le gonflement est moins considérable.

Le 18, la douleur reprend une nouvelle intensité; la jambe reste immobile, dans la position indiquée tout à l'heure, le simple frôlement du drap détermine de vives douleurs. Le pouls est à 84 pulsations par minute. (Application de douze sangsues.) Il existe à ce moment une rougeur assez marquée du méat urinaire, mais il n'y a plus d'écoulement par l'urèthre, et l'écoulement vaginal est tout à fait blanc.

Le 19, état stationnaire, pouls à 68; mais l'articulation est toujours tellement douloureuse, qu'on ne peut lui imprimer aucun mouvement sans déterminer une grande douleur.

Le 20, même état. (Application de vésicatoire.)

Le 24, les douleurs sont moins vives, mais l'immobilité de l'articulation persiste. L'état général est bon, et nulle autre douleur, ni articulaire ni musculaire, n'apparaît chez cette malade.

Du 24 au 5 décembre, l'état général continue à être satisfaisant. Jamais la malade n'a le moindre mouvement fébrile; ses urines sont légèrement chargées : elles ne contiennent ni sucre ni albumine, et le dépôt opalin qu'elles présentent disparaît par la chaleur; elles sont, de plus, acides lors de l'émission. L'articulation, malade pendant cette période de dix jours, est sensiblement restée dans le même état, un jour plus douloureuse, le lendemain beaucoup moins; mais la position reste la même; toujours le membre est dans la flexion et la rotation en dehors, et la douleur est encore telle, qu'aucun mouvement n'est possible. Depuis le 1er décembre, on applique sur l'articulation des cataplasmes de poudre de ciguë, et la malade prend à l'intérieur deux pilules, de 0,10 chacune, composées de parties égales de poudre et d'extrait de ciguë.

Le 7, constipation. (Huile de ricin.)

Le 13, enfin, la douleur articulaire est assez diminuée pour permettre d'allonger le membre, que l'on parvient presque à amener à l'extension en quelques jours; cependant les mouvements forcés arrachent encore des cris à la malade, dont l'état général est du reste bon.

Je ne crois pas que l'influence blennorrhagique sur les manifestations articulaires présentées par ces deux malades, puisse être discutée.

Chez la première, nous voyons en effet une ophthalmie qui n'a que malheureusement trop confirmé son origine par sa marche et sa terminaison.

Chez la seconde, la localisation pendant plus d'un mois de l'inflammation sur le genou gauche, la position du membre, la forme de l'articulation, son extrême sensibilité, sont autant de circonstances que l'on ne trouve pas dans le rhumatisme franc, dégagé de toute espèce de complication. Je fais donc ici, pour ma part, jouer un grand rôle à l'influence blennorrhagique; mais voyons quelle est cette influence, et dans quelles circonstances elle se montre.

La spécificité blennorrhagique, si elle existe, est-elle nécessaire ?

Je ne le crois pas. On trouve dans les auteurs des observations où un simple traumatisme de l'urèthre avait donné lieu à des accidents articulaires du genre de ceux qui nous occupent. La localisation de l'inflammation au canal de l'urèthre paraît, au contraire, être une cause indispensable à l'apparition de ces accidents articulaires. Dans nos deux observations, le canal fut enflammé, et je ne pourrais pas citer une seule observation authentique dans laquelle il en fût autrement.

Les femmes comme les hommes, quoique dans de moindres proportions, sont susceptibles de présenter des accidents articulaires. Les observations se multiplient beaucoup depuis que l'attention est appelée sur ce sujet, et, en moins d'un mois, je viens d'être témoin des deux nouveaux faits que je rapporte ici. Avec la plupart des auteurs, je crois donc que cette rareté des accidents articulaires chez la femme, est bien plutôt apparente que réelle.

Quelle part devons-nous faire maintenant, d'un côté au rhumatisme, et de l'autre à la blennorrhagie? Admettons-nous, avec certains auteurs, que ces accidents n'ont de commun avec le rhumatisme que le siége des lésions, et qu'il convient de les séparer d'une façon absolument complète du rhumatisme? Je suis loin, quant à moi, d'être aussi absolu, car je n'ai pas encore observé un malade atteint de ces accidents articulaires, qui n'ait en même temps, dans ses antécédents propres ou dans ceux de sa famille, des manifestations rhumatismales à signaler, et les deux femmes dont je lisais tout à l'heure l'histoire, sont issues de parents rhumatisants. De ce que je n'ai pas observé moi-même, je n'ai pas le droit de conclure, puisque d'autres plus habiles ont cru voir de ces accidents articulaires chez des blennorrhagiques qui n'avaient pas d'antécédents rhumatismaux; mais j'ai le droit de douter et de faire observer combien il est difficile, quelquefois, d'obtenir les antécédents des malades. J'ajouterai, à ce propos, que la scrofule, elle aussi, a des manifestations articulaires, et que si l'on ne rencontre pas dans les antécédents des malades la diathèse rhumatismale, il faut voir si l'on n'y rencontrerait pas la scrofule, et, pour formuler mon opinion, je crois que l'inflammation uréthrale est susceptible, chez des sujets rhumatisants, goutteux ou scrofuleux, de donner lieu à des accidents articulaires qui ont un cachet tout particulier, modifiés qu'ils sont par l'influence de cette inflammation uréthrale sur l'économie.

Enfin je terminerai ces réflexions en faisant remarquer, comme l'ont déjà fait plusieurs auteurs, que la localisation des accidents à une ou deux articulations n'a rien d'absolu, et que les malades ont très-souvent des douleurs passagères de côté et d'autre. M. Texier, dans sa thèse, insiste à juste titre sur ce point, et les deux malades précédentes sont de nouveaux exemples de cette dissémination des douleurs. Un seul fait reste acquis : c'est que l'inflammation prend une intensité incomparablement plus grande sur une ou deux articulations au plus. Mais je ne voudrais surtout pas conclure, comme quelques médecins sembleraient disposés à le faire, que par ce seul fait que les douleurs ont été assez multipliées, comme cela s'est passé chez nos deux malades, on n'a pas sous les yeux un de ces cas dits de rhumatismes blennorrhagiques, mais bien un rhumatisme simple. Tout au contraire, ce sont ces exemples-là qui me font admettre comme nécessaire, chez les sujets qui nous occupent, la présence d'antécédents de rhumatisme, de goutte ou de scrofule.

DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

Et de leur traitement par les injections de perchlorure de fer.

Par le Dr Boissarie, ancien interne des hôpitaux.

Deux fois, dans l'espace de dix-huit mois, nous avons eu à combattre chez la même malade des hémorrhagies graves qui se sont prolongées jusqu'au trentième et quarantième jour après l'accouchement. Tous les moyens ordinaires avaient été successivement, mais en vain, mis en usage pour triompher de cet accident qui mettait la vie en danger. C'est alors que nous avons eu recours aux injections de perchlorure de fer portées jusque dans l'intérieur de la matrice, et sous leur influence, la perte s'est arrêtée immédiatement.

Il y a dans l'observation de ce fait un double sujet d'étude; celui d'abord d'une affection rare et mal définie dans ses causes; en second lieu, l'emploi d'une médication diversement jugée, proscrite par un grand nombre d'auteurs, tandis qu'elle a fourni entre les mains de plusieurs des résultats heureux et décisifs.

Nous allons rapporter brièvement les détails de notre observation.

Madame X..., d'un tempérament lymphatique, âgée de trente-deux

ans, abondamment réglée, et déjà mère de deux enfants, accouche, le 8 décembre 1863, d'un enfant à terme, bien portant. Tous les phénomènes du travail et de la délivrance sont aussi simples et aussi réguliers que possible.

Dans les trois premiers jours, les suites de couche ne présentent rien d'anomal. Les lochies deviennent séro-sanguinolentes, puis entièrement séreuses. Le douzième jour, la malade se lève, mais dès le lendemain le sang reparaît par intervalles et en petite quantité. Peu préoccupée de cette complication, elle n'en continue pas moins à se lever jusqu'au dix-huitième jour. A ce moment elle nous fait appeler; la perte était continue et le sang s'échappait par caillots; nous trouvons l'utérus volumineux, ramolli, le col largement ouvert. La malade est remise au lit, le siége élevé, la tête base, des compresses froides sont maintenues sur le ventre; elle prend, dans l'espace de deux jours, 4 grammes de seigle ergoté par prises de 50 centigrammes, l'hémorrhagie n'en continue pas moins, et cependant pour rendre l'immobilité plus absolue, nous pratiquons le cathétérisme de la vessie deux fois par jour. L'ergotine est substituée au seigle ergoté, et le perchlorure de fer donné à haute dose à l'intérieur.

Malgré ce traitement, nous restons spectateurs impuissants d'une hémorrhagie qui va en augmentant du dix-huitième au trente-cinquième jour. Dans ces conditions, l'état général s'affaisse, le pouls est faible, presque insensible, les extrémités se refroidissent, les digestions sont très-difficiles, les syncopes imminentes. Le vin d'Espagne le jour, l'opium la nuit ne peuvent soutenir une économie défaillante. C'est alors que, poussé à bout, nous songeons aux injections utérines. Avec un irrigateur muni d'une canule en gomme et porté dans la cavité du corps de la matrice, nous injectons à deux reprises dans la même journée un litre d'eau vinaigrée. Cette tentative reste sans résultat pour la perte. Le lendemain persévérant dans la même voie, après une première injection d'eau employée en lavage, nous injectons 100 grammes de perchlorure de fer (solution Ravatz) étendus dans 400 grammes d'eau. Pour la première fois, depuis le début des accidents, l'hémorrhagie diminue sensiblement. Nous recommençons le soir; enfin le lendemain quelques caillots paraissant encore, nous faisons une dernière injection qui tarit aussitôt et définitivement l'écoulement rouge, qui est remplacé par une abondante perte blanche.

Cette leucorrhée cesse trois jours après, et le huitième jour notre malade commence à se lever; sa convalescence s'établit franchement pour n'être plus troublée par aucun accident.

Redevenue enceinte, l'année suivante, madame X... accouche le 11 octobre 1865; tout va pour le mieux jusqu'au huitième jour. Instruite par l'expérience précédente, elle garde le repos le plus complet. Malgré toutes ces précautions quelques stries rouges reparaissent et en même temps une douleur très-vive se fait sentir au niveau de l'ovaire droit; cette douleur, qui s'exaspère par intervalles, précède en général l'écoulement sanguin et mesure son intensité. Quoi qu'il en soit, jusqu'au douzième jour la perte est peu abondante. Nous remettons successivement en usage le seigle ergoté, l'ergotine, le perchlorure de fer; mais ni le repos, ni les médications internes ne nous donnent de résultats. La douleur vive ressentie dans l'hypochondre droit, nous permettant de penser que la perte est occasionnée par une congestion de l'ovaire ou des annexes de l'utérus, nous faisons appliquer un large vésicatoire sur le ventre; nous arrivons ainsi au vingt-huitième jour. A ce moment, la perte est devenue continue et très-abondante. La matrice est revenue sur elle-même, mais ses parois sont flasques, le col est élevé et largement ouvert, les culs-de-sacs du vagin souples et libres.

Le vésicatoire était donc resté sans effet, et les forces de notre malade déclinaient sensiblement; poussé à bout pour la seconde fois, mais encouragé par un premier succès, j'ai encore recours aux injections intra-utérines. Les trois premières faites le trente et un, trente-deux et trente-quatrième jour, ne donnent qu'un résultat incomplet; nous doutions presque de notre procédé, lorsqu'une dernière injection, faite à proportions égales, arrête définitivement la perte, et le même jour un écoulement blanc très-abondant annonce la modification profonde qui a été imprimée à la surface de l'utérus. Comme dans la première expérience ces injections n'ont paru apporter aucune secousse à l'économie; il n'y a eu ni frissons, ni fièvre, une seule fois la malade ressentit des coliques passagères; une irritation seulement était occasionnée par le passage du liquide à la vulve; mais l'usage du spéculum corrigea entièrement cet inconvénient. Cette fois aussi la convalescence fut rapide et sans complication.

Les pertes que nous avons eu à combattre ne se rattachent à aucun des accidents immédiats de l'accouchement. Les lochies elles-mêmes semblent avoir parcouru leur cours régulier.

Il y a eu, du huitième au douzième jour, un temps d'arrêt après lequel l'hémorrhagie s'est renouvelée pour suivre une marche constamment croissante, désignée sous le nom d'hémorrhagie secondaire. Cet accident est très-rare à cette date; à peine signalé dans les auteurs d'accouchement. Fergusson n'en a observé qu'un cas sur 16,654. Madame Lachapelle, qui a observé ce phénomène, le rattache à un molimen hémorrhagique, sous l'influence duquel le sang transsude sans interruption. M. Blot rapporte cet accident à une altération du sang, conséquence fréquente de l'albuminurie; mais ici toutes ces causes ne peuvent nous rendre un compte suffisant du fait que nous signalons; nous n'avons, en effet, ni albuminurie, ni altération du sang; en outre la matrice était bien revenue sur elle-même, et si plus tard ses parois devinrent plus flasques, cet état nous parut plutôt la conséquence que la cause de la perte.

En suivant l'ordre des phénomènes, vous voyons un accouchement régulier, une délivrance facile, des lochies normales, remplacés, du sixième au huitième jour, par un écoulement blanc, puis au douzième jour, alors que l'état puerpéral touche à sa fin, un suintement rouge reparaît quelques heures, augmente le lendemain et devient peu à peu continu et très-abondant.

D'autre part, cherchant à coordonner ces phénomènes avec ce qui se passe du côté de l'utérus, nous voyons l'utérus immédiatement après l'accouchement se contracter régulièrement; sous cette influence, les vaisseaux placentaires diminuent de calibre et se ferment peu à peu. Mais leur extrémité correspond à une surface dénudée, à une plaie véritable, dont la cicatrisation s'effectue plus ou moins rapidement. Si dans des circonstances données, cette plaie au lieu de se réunir, reste mollasse, sanieuse; si là, comme dans toute la solution de continuité, il y a un travail de réparation différent, si des fongosités se forment, n'avons-nous pas comme le point de départ d'un polype vasculaire qui va aller en s'organisant (Scanzoni)?

Or, quelle action pouvons-nous attendre contre cette production nouvelle d'une médication générale? que nous donneront l'ergotine et les toniques divers?

Il faut opposer à une affection devenue locale un traitement local, et malgré leurs inconvénients, les injections astringentes deviennent une indication absolue.

Cette pratique est, du reste, très-ancienne, mais il règne à l'endroit de ses applications une incertitude qui arrête la main du plus grand nombre, et nous dispose à tout essayer avant de recourir au bénéfice des injections. Sans vouloir dissimuler tous leurs inconvénients, peut-être est-il naturel de penser que tous les faits malheureux qui leur ont été attribués ne leur appartiennent pas. Dans les observations de M. Hervieux sur les morts subites dans l'état puerpéral, souvent la cause reste inexpliquée. Dans un cas en particulier, où les injections avaient été employées, on ne trouva à l'autopsie aucune trace de péritonite. Pour beaucoup de faits, la part entre la cause et l'effet reste encore à établir. Quoi qu'il en soit, sans pouvoir tirer aucune conséquence générale, nous n'avons pas moins à nous louer de l'emploi du perchlorure de fer en injections dans les observations que nous avons citées, et en suivant l'hypothèse que nous avons émise sur la cause de l'hémorrhagie, leur emploi paraît non-seulement heureux, mais encore rationnel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 9 novembre 1866. — Présidence de M. Barthez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RAPPORT.

M. Ollivier lit un rapport sur la candidature de M. Sané, et conclut en demandant que l'observation qui fait le sujet de ce rapport soit envoyée au comité de publication, et que M. Sané soit inscrit au nombre des candidats aux places vacantes de membres titulaires de la Société.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

LECTURE.

M. Pelvet lit une observation intitulée : « *Paralysie double de la face.* » (Voir le numéro du 17 janvier.)

M. Magnan. Dans l'observation que vient de lire M. Pelvet, les symptômes éprouvés par le malade du côté des extrémités inférieures, tels que les fourmillements, etc., indiquent que la paralysie des nerfs faciaux ne tenait pas simplement à une lésion périphérique, et qu'elle reconnaissait pour cause une lésion centrale. La conservation presque complète de l'excitabilité ne plaide pas en faveur d'une paralysie rhumatismale. La distinction des paralysies en centrales et médullaires, telle qu'elle a été faite par Marschall Hall au moyen de l'électricité, n'est du reste pas rigoureusement exacte, car j'ai plusieurs fois constaté la conservation de l'excitabilité électrique dans des paralysies tenant à des altérations profondes de la moelle.

Je crois qu'il s'agissait ici d'une lésion cérébrale de nature syphilitique.

M. Pelvet se range aussi à l'opinion formulée par M. Magnan.

M. Bricheteau. L'observation lue par M. Pelvet est très-intéressante par sa rareté. Notre collègue M. Pierreson, a présenté autrefois à la Société un fait analogue, et après avoir cherché les exemples de la même maladie publiés dans la science, en avait pu réunir à peine une vingtaine. Parmi elles la syphilis était la cause la plus commune; après elle venait l'influence du froid. La durée la plus longue de la maladie était observée sous l'influence de cette dernière cause. Nous ne pouvons pas faire intervenir ici la durée du mal comme élément de diagnostic, puisque le malade n'a pas été suivi jusqu'à sa guérison.

M. Cornil. Il me paraît difficile d'admettre sans aucun doute la nature syphilitique et le siége central de cette paralysie. Le malade, en effet, était porteur d'accidents syphilitiques secondaires. Les plaques muqueuses du scrotum pourraient, à la rigueur, appartenir à une période plus avancée, mais l'éruption papuleuse de la peau, si bien décrite par M. Pelvet, appartient évidemment aux premiers accidents secondaires. De plus, dans l'hypothèse d'une lésion cérébrale syphilitique, à laquelle on rattacherait les fourmillements des extrémités et la paralysie faciale, il faudrait supposer que les productions gommeuses ont précédé de plusieurs mois l'éruption papuleuse. Aussi, je crois qu'il vaut mieux avouer tout simplement que la cause nous échappe, plutôt que de faire une hypothèse bien éloignée de la certitude.

M. Voisin croit qu'il s'agissait ici d'une lésion syphilitique de la protubérance annulaire; il voudrait savoir si, dans ce cas, il y avait des troubles de la locomotion et de la station, et si le malade n'éprouvait pas un besoin irrésistible de marcher en avant.

M. Pelvet. Le malade marchait très-bien et restait parfaitement en équilibre.

M. Hemey insiste sur une des particularités les plus intéressantes de l'observation de M. Pelvet : c'est la conservation du clignement involontaire des paupières alors que tous les autres mouvements des muscles faciaux étaient abolis. M. Hemey a remarqué, dans la paralysie glosso-pharyngée, des phénomènes analogues, et a constaté la conservation des mouvements instinctifs même dans les parties où le mouvement volontaire était aboli.

Le secrétaire, V. Cornil.

Séance du 23 novembre 1866. — Présidence de M. Barthez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. Beaumetz lit un travail sur les phénomènes morbides de la vision dans les maladies de la moelle épinière.

La discussion des questions que soulève ce mémoire est renvoyée après sa publication, afin que les membres de la Société puissent en prendre une connaissance plus complète.

ÉLECTIONS.

On procède au scrutin pour la nomination d'un archiviste et de deux membres titulaires. Sont nommés :

Archiviste. — M. Dujardin-Beaumetz.

Membres titulaires. — MM. Gouraud et Sanné.

Le secrétaire, V. Cornil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 2 novembre 1866. — Présidence de M. Guibout, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. Blondeau lit le mémoire suivant : *Accidents de rétention d'urine consécutifs à l'application de mèches dans le rectum après l'opération de la fistule et de la fissure de l'anus.*

Quoique déjà fort anciennes de date, puisque c'est en 1849, pendant mon internat à l'hôpital de la Charité, dans le service de mon très-honoré maître, M. le professeur Velpeau, que je les ai recueillies, les quatre observations sur lesquelles j'appelle aujourd'hui l'attention de la Société m'ont paru dignes d'intérêt.

Parmi les accidents qui accompagnent, ou plutôt, suivent les opérations pratiquées sur la partie inférieure du rectum, les chirurgiens ont signalé la difficulté d'uriner qu'éprouvent quelquefois les opérés, et qui peut être portée jusqu'à la rétention complète de l'urine.

Les observations que je rapporte sont des exemples de faits de ce genre. Dans ces cas, toutefois, la rétention d'urine a été la conséquence, non plus de l'opération elle-même, c'est-à-dire de la lésion produite par le chirurgien à la partie inférieure du rectum, mais bien de la présence en cette région de mèches de charpie simplement enduites de cérat ordinaire, et constituant l'appareil de pansement.

Au commencement du mois d'août 1849, un homme de trente-trois ans entrait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau, pour s'y faire traiter d'une *fissure à l'anus.* Domestique de son état, cet individu paraissait être de tempérament lymphatique, de sensibilité nerveuse excessive et, pour employer une expression qui, tout en n'étant pas française, fera peut-être mieux comprendre ma pensée, d'une *émotionnabilité* exagérée. Préoccupé outre mesure de sa santé, d'ailleurs bonne, du moins en apparence, c'est dans d'assez mauvaises dispositions d'esprit qu'il se décidait à subir la petite opération qui devait guérir sa fissure. Cette opération consista en l'incision du sphincter de l'anus au niveau de l'ulcération, et le pansement, en l'introduction dans le rectum d'une mèche de charpie enduite de charpie simple qui devait rester à demeure.

Quelques heures après, le malade fut pris, sans pouvoir les satisfaire, d'envies d'uriner accompagnées de sensation de chaleur, de brûlure au niveau du col de la vessie et de la région prostatique de l'urèthre. La strangurie était telle qu'il fallut, dans la journée, pratiquer le cathétérisme. On se servit, à cet effet, de l'algalie ordinaire, qui pénétra librement dans la vessie et donna passage à une assez grande quantité d'urine. Indépendamment de l'état de souffrance que lui occasionnait sa rétention d'urine, le malade n'accusait aucune douleur, pas plus du côté du rectum qu'en aucune autre partie du corps.

Pendant une huitaine de jours, on fut ainsi obligé de recourir à la sonde quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures, pour vider la vessie qui, dans l'intervalle, ne laissait échapper qu'avec beaucoup de peine quelques gouttes d'urine.

Mais le huitième jour, alors que le volume des mèches eut été diminué, bien que les premières n'aient jamais été bien grosses, alors surtout que le malade se fut habitué à les supporter, les urines reprirent leur cours normal et furent évacuées aussi naturellement qu'elles l'étaient autrefois.

Cette observation ne semblera peut-être pas suffisamment concluante au point de vue du fait que je cherche à démontrer, car, à l'inverse de ce que je prétends, on pourrait objecter que les accidents survenus chez le malade en question étaient occasionnés, non-seulement par la présence de la mèche placée dans le rectum, mais encore probablement davantage par la lésion du sphincter de l'anus, comme dans les cas cités par les chirurgiens. Il n'en est plus ainsi pour les trois observations qui vont suivre, parce que chez les malades qui en sont les sujets, il a suffi d'enlever la mèche, dont la présence avait causé la rétention d'urine, pour que cet accident cessât tout à coup et ne se reproduisît plus désormais, quoiqu'on ait continué d'employer le même appareil de pansement.

Un homme âgé de trente-neuf ans, grand, fortement musclé, de vigoureuse constitution, fut opéré, le 27 février 1849, d'une *fistule à l'anus.* Après l'incision de la plaie, on en excisa les lèvres, et l'on pansa avec une mèche de charpie enduite de cérat. Quatre jours se passèrent sans que le patient éprouvât quoi que ce soit du côté des voies urinaires. Mais le cinquième jour, l'élève chargé du pansement ayant employé une mèche un peu plus forte que les premières, sans que, toutefois, le malade se plaignît d'en être incommodé, la miction devint tout à fait impossible. Cette rétention d'urine causait au patient un grand malaise qui ne cessa qu'au moment où, à ma visite du soir, je le débarrassai de sa mèche, et qu'il eût pu immédiatement uriner seul très-abondamment.

Depuis lors, bien que l'on continuât à introduire chaque jour une nouvelle mèche, le malade n'éprouva plus d'accidents, et la guérison de sa fistule s'étant opérée sans nouvelle complication, il quitta l'hôpital le 19 mars.

Quelques semaines auparavant, le 15 janvier, était couché, au n° 17 de la salle Sainte-Vierge, un jeune homme de dix-neuf ans, affecté d'accidents syphilitiques consistant, entre autres, en une tumeur occupant la marge de l'anus. Du volume d'une forte amande, aplatie,

de couleur blanc rosé, presque sessile, cette tumeur présentait à son centre une ulcération superficielle, grisâtre, de la surface de laquelle suintait de la mucosité purulente, et avait tous les caractères d'une plaque muqueuse. Que cette plaque muqueuse ulcérée eût pour base une marisque hémorrhoïdale, que la tumeur qu'elle constituait fût uniquement formée de tissu cellulaire hypertrophié, l'indication de l'exciser restait la même.

Le malade s'étant d'abord refusé à cette petite opération, elle ne fut pratiquée que le 3 février. Dans la journée survinrent des envies d'uriner impossibles à satisfaire. A ma visite du soir, je trouvai le patient dans un état d'anxiété des plus pénibles. Mais aussitôt que j'eus retiré la mèche introduite dans le rectum, il urina aussi librement que d'habitude, et fut immédiatement soulagé de son malaise. Quelques instants après, je réintroduisis une nouvelle mèche semblable à la première, et le pansement fut continué chaque jour, pendant quelque temps, sans provoquer de nouveau les accidents qui étaient survenus le premier jour.

Le quatrième fait offre d'autant plus d'intérêt, qu'il n'y avait pas eu d'opération pratiquée, et qu'il s'agit d'une femme.

Cette femme avait un *rétrécissement du rectum*, que l'on chercha à guérir par la *dilatation* à l'aide de mèches de charpie. Bien que la mèche introduite pour la première fois fût assez peu volumineuse, la malade fut prise, dans le courant de la journée, de rétention absolue d'urine. Le malaise qu'elle en éprouva augmenta progressivement et arriva à un tel degré que, à ma visite du soir, je la trouvai près de tomber en syncope. Je la délivrai de sa mèche, et presque aussitôt les urines s'écoulèrent librement, au grand soulagement de la patiente. Dès le soir même, je réintroduisis une nouvelle mèche pareille à la première, et le traitement fut suivi pendant un assez long temps, sans que la malade éprouvât rien de semblable à ce que je viens de rapporter.

La rétention passagère de l'urine, survenue chez ces malades, ne peut évidemment pas être attribuée à une compression exercée sur les conduits excréteurs de l'urine par les mèches introduites et laissées à demeure dans le rectum. Inadmissible déjà pour les hommes, chez lesquels ces mèches étaient loin d'avoir un volume suffisant pour comprimer l'urèthre, cette explication l'est encore plus pour la femme, et il n'est pas besoin d'insister sur la raison, que chacun comprend du reste avant de l'énoncer.

Cette rétention d'urine me paraît donc avoir été la conséquence d'un état spasmodique du col de la vessie ou de la première portion de l'urèthre ; état spasmodique reconnaissant lui-même pour cause l'irritation que la présence d'un corps étranger à l'extrémité inférieure du rectum provoquait dans les muscles de cette région.

Or, et sur ce point je demanderais l'avis de ceux de mes honorables collègues qui, s'occupant plus spécialement de chirurgie et d'anatomie, sont plus compétents dans ces questions, l'anatomie chirurgicale ne montre-t-elle pas que, d'une part, des faisceaux du muscle releveur de l'anus, dont les fibres s'insèrent à tout le pourtour du bassin, se rendent de là sur l'extrémité inférieure du rectum, sur la prostate chez l'homme et sur la vessie? D'autre part, le muscle de Wilson ou pubio-uréthral, indépendamment de ce que la plus grande partie de ses fibres, près de la face postérieure et du corps du pubis, convergent vers la portion musculeuse de l'urèthre où elles s'insèrent, n'en envoie-t-il pas quelques-unes sur la prostate et jusque sur le rectum?

Même disposition anatomique existe chez la femme. Chez la femme, en effet, dit M. le professeur Richet, dans son *Traité pratique d'anatomie chirurgicale* auquel j'emprunte ces détails, au-dessus de l'aponévrose moyenne du périnée, beaucoup moins forte et résistante qu'elle ne l'est chez l'homme, et traversée non-seulement par l'urèthre mais encore par le vagin, on rencontre, sur les côtés et en arrière, les fibres du muscle releveur de l'anus; en avant, deux petits faisceaux charnus, qui représentent jusqu'à un certain point le muscle de Wilson. Les fibres de ces deux petits muscles s'insèrent les unes sur l'urèthre même, les autres se portent jusqu'au bulbe du vagin; les premières arrivent sur les parties latérales du col de la vessie.

On comprend dès lors comment une plaie intéressant les muscles de l'anus, comment un corps étranger, une mèche, par exemple, comme dans les cas dont il s'agit ici, introduits et laissés à demeure dans le rectum, peuvent occasionner la rétention d'urine.

L'irritation produite du côté de l'anus, sollicitant la contraction des muscles dont les fibres aboutissent d'une part à l'extrémité inférieure du rectum, de l'autre à la portion musculeuse de l'urèthre et au col de la vessie, à l'égard desquelles elles jouent le rôle de constricteurs, il résulte que, par le fait de cette contraction exagérée, le calibre de ces conduits est diminué, si bien que le cours des urines peut être entravé ou même complétement supprimé.

Quant à cette particularité, que les accidents survenus chez nos malades à la suite de l'introduction d'une première mèche dans le rectum, aient cessé aussitôt cette mèche enlevée, pour ne plus se reproduire, à un moment donné, bien que de nouvelles mèches semblables aux premières aient continué d'être employées, elle s'explique par l'accoutumance. Si, pour le sujet de la première observation, dont l'irritabilité nerveuse était excessive, il a fallu huit jours pour que cette accoutumance s'établisse, chez les quatre autres, elle s'est établie beaucoup plus rapidement, ainsi qu'il serait facile d'en trouver des exemples dans l'histoire des opérations les plus vulgaires de la chirurgie, comme le cathétérisme de l'urèthre.

DISCUSSION.

M. BOINET fait remarquer que les tumeurs hémorrhoïdales déterminent souvent des accidents analogues à ceux dont il vient d'être fait mention.

M. BLONDEAU a jugé dignes d'intérêt les faits qu'il a communiqués à la Société, parce qu'il n'existait pas, à sa connaissance, d'autres exemples de rétention d'urine dus à la présence d'une mèche dans le rectum.

M. FORGET croit qu'il n'y a pas de parité à établir entre les conditions pathologiques dans lesquelles se trouvaient les malades observés par M. Blondeau et celles d'individus affectés d'hémorrhoïdes.

Dans le premier cas, la dysurie paraît due à un état spasmodique provoqué par l'opération qu'avaient subie les malades, et entretenu par le pansement qui avait été fait.

Les accidents de cette nature doivent être rares; ils s'expliquent par quelque solidarité anatomique entre la région opérée et la vessie.

M. BLONDEAU. Les malades que j'ai observés n'accusaient aucune douleur à la région périnéale.

Dans une de ces circonstances, le malade n'avait subi aucune opération. Une mèche d'un volume moyen avait été introduite dans le rectum, affecté d'un rétrécissement de cause probablement organique. Il se produisit une rétention d'urine des plus opiniâtres.

M. BOINET. On ne peut attribuer la rétention d'urine à la présence de la mèche introduite dans le rectum ; elle ne dépassait pas un volume moyen; or Blandin avait l'habitude de se servir de mèches énormes, sans que jamais, à la connaissance de M. Boinet, leur présence dans le rectum ait paru porter quelque trouble sur l'accomplissement physiologique des fonctions vésicales.

Peut-être les malades qui font l'objet des observations de M. Blondeau, étaient-ils atteints de fissure en même temps que de fistule. On sait de quelles vives douleurs la fissure est la cause. Les souffrances aiguës, causées par une semblable lésion, ont peut-être été l'origine de l'état spasmodique du col de la vessie.

M. BLONDEAU objecte que les malades dont il s'agit n'étaient pas atteints de fissure. Il croit, d'ailleurs, que les troubles nerveux présentés par les organes urinaires consécutivement à l'application d'une mèche rectale, sont plus probables si l'on a recours à une mèche d'un petit volume que si l'on emploie une mèche très-grosse.

M. DEVILLE. Certains sujets présentent, à uriner, une difficulté qui n'a d'autre raison qu'une constipation opiniâtre. Lorsque les garde-robes sont effectuées, la miction devient facile. La dysurie observée par M. Blondeau paraît, à M. Deville, avoir pour cause pure et simple la présence dans le rectum des mèches qui y ont été introduites.

M. BOINET fait remarquer combien il est facile de porter dans les fonctions vésicales une perturbation de nature toute nerveuse et qui renaît sous les influences les plus dissemblables.

Les faits signalés par M. Blondeau ne seraient-ils autre chose qu'une de ces innombrables bizarreries auxquelles sont sujettes les fonctions urinaires?

M. LAGNEAU. Chez la femme, je me rends difficilement compte de la compression que développerait sur la vessie une mèche introduite dans le rectum.

M. FORGET. Les phénomènes de nature spasmodique échappent à toute explication précise.

M. GUIBOUT est disposé à invoquer une influence de cet ordre pour interpréter les phénomènes observés par M. Blondeau.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date de ce jour, M. Aubert-Roche, médecin en chef de la Compagnie de l'isthme de Suez, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur pour son dévouement pendant l'épidémie cholérique en Égypte.

— Conformément à un rapport fait par M. Devergie, au nom du conseil d'hygiène publique, l'administration s'occupe en ce moment d'un projet de loi tendant à étendre à toutes les communes de France, l'obligation de la vérification des décès.

— M. le professeur Béhier commencera son cours de clinique médicale le lundi 28 janvier, à neuf heures, à l'amphithéâtre n° 1 de l'hôpital de la Pitié.

Visite et interrogations au lit du malade tous les matins, à huit heures et demie.

Le Directeur, Dr H. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 10. — JEUDI 24 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 24 JANVIER 1867. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JANVIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance d'hier s'est passée tout entière en correspondance et en présentations d'ouvrages. Parmi les pièces de la correspondance on trouvera une lettre de M. Boudin qui donne des renseignements précis et instructifs relativement à l'incident soulevé dans la dernière séance. Il en résulterait que loin que la moyenne de la taille s'abaisse en France, elle s'élève au contraire; et s'il est question d'abaisser le chiffre fixé pour le recrutement, c'est en vertu d'autres considérations étrangères à la circonstance de la taille elle-même. Enfin le chiffre des exemptions pour infirmités, loin de s'accroître annuellement, comme cela a été dit dans la discussion, s'abaisserait au contraire. Nous acceptons ces faits avec plaisir, sans que cela diminue en rien l'importance et l'opportunité de la discussion engagée sur la mortalité des nourrissons.

Cette discussion, ainsi que nous le présumions, est très-probablement arrivée à son terme. M. Piorry qui s'était fait inscrire pour prendre la parole, paraît y avoir renoncé, et nous ne sachons pas qu'aucune inscription nouvelle ait eu lieu. La séance prochaine sera donc, suivant toute apparence, consacrée à la délibération sur les diverses propositions qui ont été soumises à l'Académie.

Après les présentations qui ont suivi le dépouillement de la correspondance, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

Voici, d'après les bruits qui sont parvenus jusqu'à nous, l'ordre de présentation des candidats : 1° M. Legouest; 2° M. Chassaignac; 3° M. A. Guérin; 4° M. Demarquay; 5° M. Verneuil; 6° M. Giraldès.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Nous profitons de la brièveté de cette séance pour mettre sous les yeux de nos lecteurs les réflexions suivantes de M. le docteur Caron, sur la mortalité des nouveau-nés.

Dr Brochin.

De la mortalité des nouveau-nés et des moyens d'y remédier, par M. Caron.

MM. les académiciens nous permettront-ils de leur faire remarquer que c'est de la tribune de la rue des Saints-Pères, que l'autorité administrative, les médecins, les familles, les mères et les nourrices attendent la solution de ce fameux problème : des causes de la mortalité des nouveau-nés?

Ils ne doivent pas non plus se dissimuler que c'est par eux aussi que tout le monde espère voir se formuler le vrai, l'unique moyen d'y remédier.

Et cependant aucun de ceux qui, jusqu'à ce jour, ont pris part à la discussion, ne nous semble pouvoir prétendre au mérite d'avoir en quoi que ce soit répondu à l'attente générale (1). Il ne faut pas, en effet, croire que l'on ait beaucoup avancé la question en signalant toutes ces petites turpitudes du commerce des nourrices, en supputant avec acharnement la mortalité respective de telle ou telle localité. Si tant de causes physiques, telles que la constatation obligatoire des naissances au Bureau de l'état civil, le transport des nouveau-nés dans des voitures aussi mal conditionnées, peuvent contribuer en partie à ces tristes résultats, il ne faut pas non plus oublier que la catégorie des enfants assistés ne constitue pas à elle seule le plus grand contingent de la statistique; que ce chiffre est de beaucoup supérieur parmi ces enfants de famille, que les mères abandonnent trop facilement à la merci de ces nourrices improvisées. Nous avons dit improvisées, car, qui pourra jamais nous prouver que la femme de campagne, toute respectable, toute généreuse qu'on veuille bien la regarder, en vendant ou en donnant son lait, soit plus instinctivement douée de cette science de la *puériculture*, qui lui permet de comprendre à première vue toutes les exigences physiologiques de l'enfant qui lui est confié?

Pour justifier ce premier fait, nous faudra-t-il rappeler à nos confrères que si précisément les petits Parisiens, par une foule de circonstances particulières qui se rattachent au manque des conditions hygiéniques générales ou personnelles, se trouvent déjà moins favorablement constitués que ceux des villes et des campagnes, ce doit être une raison plus sérieuse encore pour suivre à leur égard une méthode d'éducation physique et physiologique différente de celle qu'on suit pour les premiers?

Ce qui a dû frapper tous les praticiens, comme cela nous a frappé nous-même, c'est que jusqu'à présent, aucun de ceux qui ont qualité dans ces questions ne se soit encore élevé pour protester contre cette abstention, ce mutisme médical qui abandonne depuis les temps les plus reculés, aux chances du hasard, aux éventualités des localités, aux caprices des femmes, aux entraînements des mères, l'exécution des lois physiologiques les plus indispensables à la réalisation des fonctions naturelles, celles qui doivent, qui peuvent essentiellement contribuer à l'édification anatomique et physiologique des individus.

Interrogez, en effet, l'observation et l'expérience des physiologistes; demandez-leur ce que peuvent, ce que doivent faire les appareils, les organes naissants du nourrisson sur ces aliments, dont la quantité et la qualité se trouvent déjà si disproportionnées à l'activité physiologique qui les caractérisent. Ils vous répondront assurément des conséquences morbides qui doivent en résulter.

La santé des enfants n'est certainement pas moins intéressante que la qualité des fruits, que la beauté des végétaux; et tout le monde comprend que pour arriver à de bons et d'utiles résultats en horticulture comme en agriculture, il faut agir avec discernement, il faut avoir fait certaines études que l'expérience a sanctionnées.

Qui jamais s'est donné la peine de spécifier rigoureusement et physiologiquement aux mères de la ville ou de la campagne, aux nourrices de profession, les proportions dans lesquelles elles doivent journellement donner le sein ou le biberon? Qui, d'autre part, leur a exposé le procédé le plus hygiénique pour composer la nourriture artificielle par laquelle on se propose de remplacer le lait de la mère ou de la nourrice? Enfin, peut-on jamais compter sur l'intelligence ou la patience des femmes pour profiter de la lecture des livres où ces questions sont exposées?

Ce sont bien effectivement les physiologistes qui pourront faire comprendre comment, à cette période de l'existence, le dérangement, la perversion apportés dans l'activité fonctionnelle des appareils, comme dans les produits qui en résultent, doivent tôt ou tard retentir sur la constitution, la santé définitive de l'individu qui le a subis.

Si maintenant, pour nous résumer, nous tenons compte de l'observation formulée par M. Broca, si nous interrogeons ces statistiques officieuses et officielles, que nous apprennent-elles? C'est que la très-grande majorité des décès ont précisément lieu dans les premiers mois de la vie; qu'ils résultent le plus généralement d'accidents gastro-intestinaux et pulmonaires, que provoquent l'alimentation permanente et forcée à laquelle sont condamnés les nouveau-nés.

Les physiologistes sont en assez grand nombre dans la docte compagnie et plus autorisés que nous pour spécifier d'une manière absolue des résultats de ces digestions incomplètes, insuffisantes ou de mauvaise qualité; pour démontrer plus rigoureusement aussi l'influence de ce régime sur la mise en activité des différents appareils de l'économie à cette époque de la première enfance.

Nous faisons en conséquence des vœux pour que les élus de la science se pénètrent enfin des besoins, de l'urgente nécessité d'envisager la question à ce nouveau point de vue, afin qu'ils procèdent, s'ils le jugent convenable, à une sérieuse et profonde réforme dans le code d'éducation maternelle; qu'ils travaillent à la réalisation d'un nouveau guide pratique, à l'usage des mères, des nourrices de profession, dans le but de substituer à cette éducation empirique, erronée, dangereuse, des données scientifiques essentiellement physiologiques, que les médecins devront toujours commenter et interpréter au profit des sujets qui leur seront confiés.

(1) Nous croyons devoir faire remarquer que le travail de M. Caron était entre nos mains depuis plus de huit jours, par conséquent avant la dernière séance.

FEUILLETON.

LE DOCTEUR TAM-TAM

DEUXIÈME DU NOM.

Nous venons de recevoir, non sans quelque étonnement, la lettre suivante. Nous demandons la permission de la reproduire intégralement, car nous nous sommes fait une obligation sacrée de sacrifier à la vérité notre modestie bien connue :

Monsieur,

Vous venez de publier, dans la *Gazette des hôpitaux*, un portrait parfaitement réussi du docteur Tam-Tam, le chirurgien; permettez-moi de vous adresser tous mes compliments et de vous dire, sans flatterie aucune, que personne à Paris n'aurait été capable de tracer un portrait aussi remarquable. — (Ouf!) — Le docteur Tam-Tam doit être bien heureux; vous avez donné à son nom une nouvelle notoriété; vous l'avez porté aux quatre coins du globe, et le monde entier s'occupe de lui aujourd'hui.

Si je l'osais, monsieur, je vous adresserais une humble prière. Vous vous proposez, dites-vous, de tracer mon portrait. Hâtez-vous, je vous en prie; j'ai hâte de voir *mon nom et mes traits burinés* par votre plume si justement célèbre (ouf!!), et je vous adresse, à ce sujet, quelques notes qui faciliteront beaucoup votre travail.

A bientôt, je vous en prie, à bientôt!

J'ai l'honneur, etc., etc.

Dr CHRYSOCALE TAM-TAM.

N'est-ce pas à faire douter de tout, Seigneur Dieu! et si nous n'étions pas en plein carnaval, ne serait-ce pas le cas de se couvrir de cendres de la tête aux pieds! Quoi! c'est une réclame que j'aurais réussi à faire à M. le docteur Tam-Tam Ier! Si mon cœur n'était pas si tranquille, je n'hésiterais pas à livrer ma tête à toute la vindicte des lois. Mon pauvre docteur Chrysocale, je vous affirme que vous avez pris des merles pour des grives, et, si je n'aimais mieux vous croire un peu trop plein de votre idée, je proclamerais solennellement, à la face du monde qui ne voudrait jamais le croire, que je ne suis qu'un imbécile et un grand sot.

Le docteur Tam-Tam Ier n'a jamais existé, cher M. Chrysocale, que dans votre imagination; le portrait que j'ai tracé est un portrait de haute fantaisie; c'est un type, mon cher monsieur, ce n'est pas un individu, et il a fallu le verre trop grossissant de vos lunettes, votre amour du bruit et votre désir de me flatter et de me cajoler pour y voir autre chose.

Quant à vous, cher M. Chrysocale Tam-Tam, vous allez poser en personne, et vos notes me seront de la plus grande utilité; je vous remercie d'avoir pensé à les me envoyer. Pendant que vous y étiez, vous auriez dû écrire l'article tout entier, cela se fait quelquefois.

Le docteur Chrysocale Tam-Tam est un homme entre cinquante et soixante ans, grand, bien fait, de bonnes façons, ami du beau sexe, gai convive, nullement rigoriste, et qui a le mérite et le don de plaire à tout le monde. Il s'y applique d'ailleurs sans cesse, c'est sa préoccupation de tous les instants, car il pose toujours et joue perpétuellement un rôle longuement médité et répété fréquemment. Le docteur Chrysocale a toujours un masque sur son visage, mais si bien appliqué et si naturel, que les plus fins ne s'auraient s'en apercevoir. Ce masque il ne le quitte jamais, ni chez lui dans son cabinet, ni dans la rue, qu'il aille à pied ou en voiture; il le dépose seulement pour dormir, et c'est alors qu'il semble n'être plus lui-même.

En même temps que ce masque merveilleux, il dépose également sur sa table de nuit un superbe râtelier d'admirables dents (hélas!) et une paire de lunettes d'or d'un travail exquis. Car notre confrère, qui cependant a une vue excellente, n'a pas cru pouvoir se passer de ce supplément si désagréable; il a jugé, dans sa sagesse, qu'un docteur ne saurait exister sans lunettes, pas plus que sans une cravate blanche, bien empesée, d'une exquise propreté et sans un faux-col irréprochable. Ce sont là les exagérations fort peu blâmables, d'un homme qui ne livre rien au hasard, se tient continuellement sur le qui-vive, et fait tout tourner à sa plus grande gloire et à sa plus grande utilité.

Le docteur Chrysocale aime le bruit par dessus tout, et son plus grand bonheur est de voir son nom prononcé ou imprimé un peu partout; mais il aime un bruit tranquille, modéré, continu, *piano*; le son du tambour et de la grosse caisse l'effrayent et le font fuir; c'est un vrai *dilettante*. Pour le bien juger, entrons avec lui dans son cabinet de consultations et dans son salon d'attente.

Le salon est meublé et orné avec plus de recherche que de goût; l'or y domine un peu trop, et les diverses pièces de l'ameublement jurent quelque peu de se trouver côte à côte. Les tableaux appendus aux murailles n'ont qu'une fort mince valeur, mais ils sont splendidement encadrés. Le portrait du maître du logis s'étale seul au milieu d'un large panneau et il distribue gracieusement à tout le monde son éternel sourire. Çà et là quelques bronzes d'une certaine valeur; quelques vases un peu apocryphes de la Chine et du Japon; quelques pâtes tendres de Sèvres; en somme, rien de bien beau, mais un tas d'objets faits pour plaire et surtout pour attirer le regard. Le docteur Chrysocale Tam-Tam n'est pas avare, il serait plutôt un peu prodigue et, quand il le faut, il sait fort bien jeter l'argent par les fenêtres, dans l'espoir, bien entendu, qu'il rentrera par la porte.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçon sur la fièvre érysipélateuse.

Messieurs, au nº 19 de la salle Sainte-Martine, est une femme de soixante-dix ans, bien conservée et douée d'une constitution robuste. Interrogée sur ses antécédents héréditaires, elle déclara que sa mère avait été rhumatisante, et que son père, en qualité d'ancien militaire, n'avait pas pu échapper au rhumatisme. L'arthritisme et des maladies plus destructives encore de notre race sont, en effet, le triste revers de la médaille de la gloire militaire, offert aux yeux du médecin.

Il y a vingt-cinq ans, cette femme a subi une première atteinte de rhumatisme articulaire, qui dura fort longtemps et fut poursuivie d'articulations en articulations par 550 sangsues, en même temps qu'à la fièvre on opposait les saignées : déplorables excès d'un système qui a été funeste à toute une génération, et dont les esprits les plus fermes subissaient l'influence. Quant à moi, tout en reconnaissant que la saignée générale peut remplir avec une grande puissance certaines indications, je tiens à honneur d'être un de ceux qui ont les premiers proclamé la nécessité d'en restreindre l'usage, et de respecter, dans le sang humain, l'élément de la nature médicatrice. Et je ne crois pas, depuis dix-sept ans, avoir rencontré l'opportunité d'une seule saignée.

Cette femme fut très-longtemps à se remettre de la maladie et du traitement; il y a deux ans, elle subit une seconde atteinte de rhumatisme, beaucoup moins violente et plus courte que la première.

Le dimanche, 9 décembre, à la chute du jour, sans cause appréciable, cette femme perd connaissance; ce qui s'est passé autour d'elle, pendant deux jours, est effacé de sa mémoire.

Sa fille nous rapporte qu'elle débuta par un frisson violent et que les médecins appelés auprès d'elle la déclarèrent atteinte de congestion encéphalique. On lui appliqua, de chaque côté de la nuque, des sangsues qui coulaient encore quand la malade est entrée à l'hôpital, le 10 au matin.

Nous la trouvâmes dans un état demi-comateux, dont on ne la tirait qu'avec peine; la parole était embarrassée et ne se manifestait que par des mots sans suite. Les membres étaient dans un état de demi-résolution, retombaient quand on les soulevait, mais, quand on les pinçait, exécutaient quelques mouvements; la sensibilité semblait exagérée dans les membres inférieurs, la contractilité des sphincters ne paraissait pas altérée, la face était injectée, vultueuse, le pouls était fébrile, les artères sinueuses et très-évidemment athéromateuses; la radiale du côté droit présentait même, au niveau du poignet, un renflement comme anévrysmatique; à la pointe du cœur, on entendait un prolongement rude systolique; le frisson initial, la congestion faciale, ayant appelé mon attention sur les organes respiratoires, je constatai un râle crépitant sec dans le tiers inférieur du poumon gauche.

Je prescrivis un lavement purgatif, suivi de l'introduction dans le rectum de suppositoires composés avec du beurre de cacao, de la fleur de soufre et de l'aloès; des sinapismes; pour tisane, de la décoction de chiendent avec 4 grammes de crème de tartre, et pour aliment, des bouillons.

Le 11, la malade a eu des évacuations; la fièvre persiste; pendant la nuit, la malade a eu du délire, mais le matin, l'état cérébral s'est amélioré d'une manière notable; encore un peu d'incohérence dans les idées et d'étonnement dans la physionomie; les mouvements sont beaucoup plus libres; l'auscultation ne fait constater aucun changement.

Le 12, encore un peu d'excitation et de trouble intellectuel; pendant la nuit, l'état du poumon reste le même.

Le 13, les fonctions cérébrales sont rentrées dans l'ordre; une plaque érysipélateuse s'est développée sur la joue gauche; bouffissure, rougeur des paupières et du front.

Le 14, l'érysipèle s'est accentué davantage; la tuméfaction et la rougeur du front sont plus prononcées; la face interne des lèvres et des joues est rouge, gonflée, et offre les caractères de l'exanthème érysipélateux; un enduit pultacé couvre les gencives; quelques vésicules d'herpès apparaissent au pourtour de la bouche.

Le 15, la fièvre est tombée; l'érysipèle des paupières a diminué; sur la joue gauche, la plaque érysipélateuse présente un aspect gaufré, comme bulleux; l'herpès labialis est en pleine éruption; le bruit pulmonaire est devenu plus sec, plus gros, plus superficiel, et offre les caractères du frottement pleural, quoiqu'il ne s'entende habituellement que dans l'inspiration, on le retrouve par intervalles, quand on fait faire à la malade des expirations courtes et rapides. Les urines, traitées par l'acide nitrique et la chaleur, louchissent légèrement.

Le 17, l'érysipèle, très-pâle hier, a disparu aujourd'hui.

Ainsi, en résumé : frisson suivi de fièvre, double congestion de l'encéphale et du poumon; le quatrième jour apparaît un érysipèle de la face, qui, après avoir envahi tout le front, s'éteint au bout de quatre jours. Si cet érysipèle s'était montré après le frisson, il aurait commencé par un point de la face, se serait étendu symétriquement ou irrégulièrement, suivant qu'il aurait débuté par la ligne médiane ou par un des côtés du visage; sa durée eût été celle des différentes manifestations qui se sont succédé chez notre malade.

Ne peut-on pas admettre, sans être accusé de forcer les analogies, que l'ensemble de ces manifestations constitue une fièvre érysipélateuse à localisations multiples, successives et disséminées, différant par ce dernier trait de la fièvre érysipélateuse ordinaire, dont les localisations sont multiples, successives mais contiguës, commençant par un point et se propageant de proche en proche.

J'emploie à dessein ce mot de fièvre érysipélateuse, déjà adopté par quelques anciens. Dans l'érysipèle, la fièvre est si peu symptomatique de l'affection cutanée, qu'elle la précède le plus ordinairement et tombe avant la disparition complète de la congestion tégumentaire.

L'érysipèle est une maladie de ce groupe, que j'ai déjà eu l'occasion de signaler à votre attention : groupe qui comprend l'angine catarrhale, la pneumonie ou au moins certaines pneumonies, certaines laryngo-trachéites, espèces morbides que vous voyez régner simultanément sous l'influence des mêmes conditions extérieures, qui se succèdent quelquefois chez le même sujet, offrent pour caractère commun le mode congestif, accomplissent leur évolution à peu près dans l'espace d'un septenaire, et que j'avais appelées, il y a quelques années, fièvres heptémériques.

Plusieurs médecins les regardent comme des variétés de la synoque, opinion qui n'est pas dénuée de vraisemblance, mais qui échappe à une démonstration rigoureuse; on pourrait les nommer fièvres érysipélateuses.

Quoi qu'il en soit de cette généralisation, revenons à notre malade, pour analyser les symptômes qu'elle a présentés, et examiner la probabilité de l'opinion que j'ai émise sur la nature de l'affection dont elle a été atteinte.

L'acte congestif a débuté par l'encéphale. Il n'est pas très-rare que des phénomènes de congestion méningitique se montrent dans le cours de l'érysipèle de la face; ils peuvent même constituer une complication très-grave; ils sont ordinairement consécutifs à l'affection de la peau; mais pourquoi l'ordre de succession des localisations morbides ne pourrait-il pas être renversé, comme il l'est quelquefois pour les complications viscérales du rhumatisme articulaire?

La péricardite ne précède-t-elle pas quelquefois l'arthrite? La liaison de la congestion cérébrale ou méningitique avec l'érysipèle est, dans ce cas, si vraisemblable, que quand celui-ci apparaît, les phénomènes cérébraux disparaissent. C'est le même travail morbide qui, en changeant de siége, change d'expression symptomatique.

Si nous faisons attention à la durée de l'érysipèle chez notre malade, j'y trouve un nouvel argument à l'appui de ma manière de voir.

Un érysipèle primitif, c'est-à-dire celui qui se développe spontanément chez un sujet qui n'en a pas subi d'atteinte antérieure, dure très-rarement moins de six à sept jours. Chez notre malade, l'érysipèle facial a été bien caractérisé, accompagné même de cet exanthème buccal qui en est le retentissement sur les muqueuses; et notez que ce n'est point par continuité, ici, car l'érysipèle n'a pas atteint le pourtour de la bouche. Nous le constatons jeudi pour la première fois; samedi, il avait presque disparu. Voilà une durée bien insolite. Mais si nous mettons au compte de l'érysipèle la fluxion encéphalique qui a suivi le premier frisson, l'affection érysipélateuse retrouve sa durée normale.

Nous nous sommes demandé si les piqûres de sangsues n'étaient pas le point de départ de l'exanthème cutané; mais un intervalle de plusieurs travers de doigt, l'oreille toute entière, les séparait du foyer érysipélateux.

La complication pleuro-pulmonaire doit-elle être regardée comme une objection à cette interprétation? Je ne le pense pas. Je vous ai déjà parlé des nombreuses affinités de la pneumonie et de l'érysipèle; c'était un des thèmes favoris de Chomel. On voit ces deux affections se succéder; elles peuvent coïncider. Voyez d'ailleurs ce qu'il y a de spécial ici dans cette congestion pulmonaire : elle reste superficielle, limitée à une portion de la plèvre et à la couche pulmonaire sous-jacente. Un râle crépitant superficiel, et du bruit de frottement pleural, en sont les seuls signes stéthoscopiques. L'action congestive n'a fait qu'effleurer le poumon, peut-être parce qu'elle a son foyer principal ailleurs. Pour le remarquer en passant, elle se localise dans la poitrine du même côté que l'érysipèle de la joue. Pourrait-on attribuer cette coïncidence à ce consensus vaso-moteur qui amène dans les pneumonies la congestion de la joue correspondante au côté affecté? ou cette unilatéralité des lésions est-elle toute fortuite? Si on se demande pourquoi, dans la plèvre, la congestion érysipélateuse aboutit à une exsudation plastique, tandis qu'à la face une simple infiltration séreuse est la conséquence du travail inflammatoire, n'est-ce pas l'analogue de ce qui se passe dans le rhumatisme aigu, où les localisations rhumatismales de la plèvre et du péricarde aboutissent à des exsudats qu'on ne retrouve pas dans les articulations malades. Comme j'ai eu l'occasion de vous le faire remarquer à l'occasion de la pneumonie, les différences de structure et les destinations fonctionnelles des organes thoraciques, qui ajoutent à l'incitation phlegmasique, le stimulus d'un mouvement nécessaire, sont probablement les causes de ces terminaisons différentes. Pour compléter le tableau des symptômes, un herpès labialis, si commun dans la fièvre synoque, dans certaines formes de pneumonie, plus rare dans l'érysipèle, se montre à la période de résolution. La présence de l'albumine en très-petite quantité est un phénomène du même ordre, et a été signalé par Martin-Solon au déclin des érysipèles et des pneumonies.

Ainsi donc, je me crois autorisé à considérer cette affection comme une fièvre érysipélateuse à localisations multiples et disséminées. Peut-être ne trouverez-vous pas cette maladie dans les nosologies actuelles. Mais la nature est bien autrement vaste que le cadre étroit de nos classifications; et d'ailleurs les anciens, moins avancés que nous dans la science des détails, mais qui quelquefois avaient une intuition plus juste de l'ensemble, avaient admis cette fièvre.

Quelquefois, des localisations multiples, au lieu de coïncider, ou de se partager dans leur succession la durée de la fièvre érysipélateuse, en sont de véritables rechutes, et doublent, triplent même la durée de la maladie.

On peut voir l'érysipèle reparaître *in situ*, et se montrer à plusieurs reprises dans les parties qu'il avait primitivement envahies, parcourant plusieurs fois, par exemple, toute la périphérie de la tête.

M. Trousseau a depuis longtemps signalé l'extension de l'angine gutturale à la peau à travers les fosses nasales, et sa transformation en érysipèle cutané.

La même succession a été observée pour la pneumonie.

J'ai vu un malade chez lequel une angine intense, après avoir duré six à sept jours, a été suivie d'une sensation douloureuse le long de l'œsophage, puis bientôt après de douleurs épigastriques, et de vomissements; la langue était rouge et sèche, il y avait une fièvre intense et du délire. Six jours après le début de cette gastrite érysipélateuse (car il est difficile de donner un autre nom à cette affection), les symptômes s'apaisent, le pharynx et l'isthme du gosier rougissent de nouveau, une sensation de sécheresse est perçue dans les fosses nasales;

Le salon renferme déjà un certain nombre d'hommes et de femmes, paraissant appartenir aux classes élevées et moyennes de la société, et impatientes d'être admises auprès du célèbre docteur.

La porte s'ouvre, Tam-Tam paraît toujours souriant, et introduit dans son cabinet, avec une grâce parfaite, une jeune et charmante personne, descendue tout à l'heure d'un magnifique équipage.

— Docteur, dit-elle, une dame de ma connaissance a absolument exigé que je vinsse vous consulter; elle prétend que je dois être malade, mais j'espère bien que non.

— Tant mieux, chère madame; votre charmant visage porte, en effet, toutes les apparences de la santé, et cependant je serais bien étonné si nous ne trouvions pas une maladie de matrice.

— C'est ce que m'a dit la dame dont je vous parle.

— Eh bien, chère madame, que ressentez-vous?

— Rien, docteur, ou à peu près...

— Voyons un peu... Éprouvez-vous quelques douleurs dans les reins, dans les cuisses?

— Oui, à l'approche de mes époques.

— C'est bien cela. — Avez-vous quelques pertes blanches?

— Oui, mais seulement dans les jours qui précèdent ou suivent ces époques.

— C'est bien cela : madame, j'oserais déjà affirmer que vous avez bien une maladie de l'utérus.

— *La dame, effrayée :* — Croyez-vous, docteur?

— J'en suis sûr, madame, et il est fort heureux que vous vous soyez adressée à moi. Entre nous, je suis, à Paris, le seul médecin qui connaisse et qui guérisse ces maladies : mes confrères, même les plus célèbres, n'y voient goutte. Pour moi, c'est bien différent; j'ai fait de ces maladies le but constant de mes études et de mes réflexions, *et je vous prie d'accepter cette brochure, qui résume mes recherches et mes opinions sur la matière.* Prenez la peine de la lire : je passerai chez vous demain... Demain! non, tout mon temps est pris; je passerai chez vous après-demain, et nous commencerons le traitement. Vous sortirez de mes mains, madame, non-seulement guérie, mais encore plus jeune et plus belle, s'il est possible.

Une seconde dame est introduite; celle-ci est d'un certain âge, maigre, jaune, ridée, et porte sur toute sa physionomie l'empreinte d'une souffrance continue. Le docteur Chrysocale est pour elle tout aussi affable et souriant que pour la précédente cliente.

— Docteur, je souffre horriblement, et depuis longtemps déjà; je vomis tous mes aliments à peine digérés; je maigris à vue d'œil, et on prétend que j'ai une tumeur à l'estomac.

— Ne craignez rien, madame, nous guérirons tout cela. Tenez, il y a six mois environ, j'ai eu à soigner une malade présentant les mêmes symptômes et elle est aujourd'hui parfaitement rétablie.

— Que vous êtes bon et combien je vous serai reconnaissante!

— Mais vous venez un peu tard; heureusement il n'est jamais trop tard avec moi. J'ai étudié à fond les maladies semblables à la vôtre; j'en ai fait le but constant de mes études et de mes réflexions, *et je vous prie d'accepter cette brochure, qui résume mes recherches et mes opinions sur la matière.* Suivez le traitement que je vais vous prescrire, et revenez me voir tous les trois jours.

Le troisième malade est un homme vieilli, avant l'âge, par les excès de toute nature; il accuse des douleurs vagues sur tous les points du corps, de mauvaises digestions, une diarrhée presque continuelle et un peu de gravelle dans les urines.

— Bénissez le ciel qui vous a conduit chez moi, monsieur, s'écrie Ch. Tam-tam; votre maladie, je la connais si bien que je pourrais dire que je l'ai inventée, et dans tous les cas je l'ai étudiée sous un jour nouveau que mes confrères, même les plus illustres, n'ont jamais soupçonné. Cette maladie, cher monsieur, je l'ai examinée sous tous ses aspects, je la tiens, je la domine; elle a fait le but constant de mes études et de mes réflexions, *et je vous prie d'accepter cette brochure, qui résume mes recherches et mes opinions sur la matière.*

— Seulement, il faut absolument que j'examine vos urines, veuillez passer dans ce cabinet, monsieur, et.... Vous me comprenez, de reste.

Ce petit cabinet secret vaudrait la peine d'être décrit; le client est émerveillé, surtout quand il trouve à sa disposition, et pour l'objet indiqué un magnifique vase d'argent, ciselé avec goût. Le malade revient ébloui, ce vase surtout l'intrigue, il voudrait savoir...

Ce vase, cher monsieur, lui dit Chrysocale, est un don d'une altesse souveraine reconnaissante, de Mgr le Margrave de Gérolstein, que j'ai eu l'insigne honneur de guérir d'une maladie en tout semblable à la vôtre. Prenez la peine, cher monsieur, de repasser dans deux jours, j'aurai fait analyser vos urines, et je vous prescrirai un traitement.

La quatrième personne qui pénètre dans le cabinet de Tam-tam est une femme d'une trentaine d'années, jolie autrefois, mais un peu flétrie, à l'air malheureux et couverte de vêtements fanés et démodés. Notre homme, avant de lui rien dire, lui glisse dans la main une pièce de 5 francs.

Généreux et charlatan, dites-vous, cela se voit encore assez souvent. — Hé! Hé!

— Louise, je ne suis pas content de vous et je vais être forcé de me passer de vos services. Il ne suffit pas, pour gagner votre argent, de venir lire ou bailler dans mon salon deux heures durant; vous devez me trouver des malades, et surtout ne vient de votre part. Votre amie, Mme de Bois de la Ramée s'y entend bien mieux que vous; il n'est presque pas de jour où elle ne m'adresse quelque malade. Elle gagne son argent; vous, vous ne le gagnez pas; faites-y attention.

puis bientôt, avec un nouveau frisson, éclate un érysipèle de la face qui commence par le nez, et présente une marche et une durée habituelles.

Quelle est l'origine de cette fièvre érysipélateuse? Faut-il, comme dans le cas où l'érysipèle succède à l'absorption de liquides infectieux, supposer derrière elle la pénétration dans l'organisme de principes qui lui sont hostiles? Nous ne pouvons répondre à cette question. Les temps humides, variables, l'encombrement, paraissent favoriser le développement de la maladie.

En serait-il de même de certaines conditions diathésiques? Les pneumonies m'ont paru assez communes chez les arthritiques. Je ne prétends pas en faire une dépendance de l'arthritisme. Il n'y a rien d'irrationnel, cependant, à admettre que les conditions constitutionnelles, et par conséquent les diathèses, puissent offrir un terrain plus ou moins favorable au développement des maladies accidentelles, comme elles le font pour les maladies paralytaires.

ÉTUDES ET EXPÉRIENCES SUR LA SALIVE

Considérée comme agent de la carie dentaire

par M. le Dr E. MAGITOT. (1)

Les dents, constamment baignées par la salive, peuvent être altérées par la composition anormale de ce produit de sécrétion. Le docteur Magitot a entrepris cette étude pleine d'intérêt; il a montré, dans une série de communications faites à la Société de biologie, quel était le mécanisme de production de la carie dentaire et l'influence sur son développement de la nature acide des liquides de la bouche.

Voici, du reste, quels sont les faits principaux intéressants à connaître pour le médecin et qui résultent des recherches de M. Magitot.

La carie dentaire est due à une altération directe de l'organe par des substances qui prennent naissance ou sont accidentellement introduits dans la salive.

Ces substances ont une spécialisation singulière sur tel ou tel tissu dentaire isolément, en sorte qu'à côté des agents qui altèrent les dents dans leur totalité et d'une manière égale, il en est d'autres qui sont exclusifs à l'ivoire ou exclusifs à l'émail.

Cela explique la différence dans l'étendue de l'altération produite et le degré différent de résistance des dents suivant la bonne conformation de tel ou tel de leurs tissus constituants.

En supposant la dent intacte, s'il se trouve en contact immédiat avec elle une petite masse de matières diverses, débris alimentaires, mucosités, etc., sucres fermentés, acide lactique, citrique, etc., la *cuticule de l'émail*, au contact de l'élément acide, se ramollit et se détache : l'altération commence alors, toujours sous l'influence des mêmes agents, dans l'émail lui-même, dont les prismes se dissocient tandis que leurs interstices deviennent granuleux; les prismes eux-mêmes se pénètrent, à leur tour, de granulations et se résolvent en une poussière fine et blanche qui, se détachant, donne lieu à la formation d'une cavité.

Ceci est la première période de la carie dentaire : l'agent de destruction se trouve maintenant en présence de l'ivoire que son organisation spéciale, ses canalicules anastomosées, sa composition plus riche en matières organiques, rendent plus pénétrable.

L'ivoire s'imbibe de proche en proche, ses phosphates et carbonates terreux deviennent solubles, la matière organique, ramollie, putréfiée, reste souvent au fond de la dent malade, comme un foyer incessant de fermentations nouvelles.

Telle est la marche uniforme et constante de la carie dentaire; toujours les mêmes phénomènes se produisent, quelles que soient les influences diverses sous lesquelles se produit la carie, qu'elle se borne à une ou plusieurs dents ou bien qu'elle se généralise à toutes ou presque toutes les dents d'un même individu; la nature de la maladie reste la même avec de simples différences dans l'énergie et la durée d'action de la cause productrice.

La carie peut se propager d'une dent à l'autre par contact immédiat : tout intervalle, même faible, entre deux dents, neutralise cette contagion. Lorsqu'un agent destructeur exerçant son action dans un interstice dentaire n'a point, comme il le fait souvent, produit d'emblée deux altérations égales et simultanées, la carie, après avoir creusé une cavité plus ou moins vaste dans l'une des dents, devient pour la dent voisine, comme pour elle-même, un foyer de fermentation des plus actifs, et les phénomènes de décomposition purement chimiques, phénomènes essentiels de la carie, se reproduisent exactement pour la seconde dent comme pour la première.

La réaction de la salive est la cause première de ces altérations; et cette acidité de la salive est due le plus souvent à la fermentation des substances qui s'y trouvent contenues. M. Magitot s'est livré, à cette occasion, à des expériences très-neuves et très-intéressantes, sur le degré d'activité de ces produits acides susceptibles d'altérer l'émail des dents et que la salive peut normalement ou accidentellement renfermer.

Les substances qui altèrent l'ensemble des tissus dentaires sont les produits de fermentation des sucres, les acides lactique, butyrique, citrique, malique, le cidre, les substances albuminoïdes putréfiées. L'alun, l'acide oxalique, les oxalates acides désorganisent spécialement l'émail.

L'acide acétique, l'acide tartrique, le tannin et les tannates agissent spécialement et exclusivement sur l'ivoire et sur l'os.

Cette étude de la carie dentaire, en contradiction avec les opinions émises à ce sujet par Oudet, donne du phénomène une explication plus simple et plus rationnelle.

Rejetant l'existence de caries internes, le docteur Magitot admet que toujours la carie se fait, dans la dent, de l'extérieur à l'intérieur et que c'est au milieu acide dans lequel normalement ou accidentellement baignent les dents, qu'elles doivent l'altération qu'elles peuvent présenter et qui n'est autre que la dissolution des sels terreux combinés dans l'ivoire et l'émail avec des matières organiques, dissolution qui se fait dans la bouche, comme elle se ferait si on laissait la dent séjourner plus ou moins longtemps dans de l'eau légèrement acidulée.

Nous ne saurions d'ailleurs donner une meilleure idée du travail de M. Magitot qu'en reproduisant ici les conclusions qui terminent des recherches aussi remarquables par la précision que par l'originalité :

1° La carie dentaire est une altération purement chimique de l'émail et de l'ivoire des dents.

2° Elle procède constamment de l'extérieur à l'intérieur de l'organe; il n'existe aucun exemple rigoureusement constaté de *carie interne*.

3° La carie dentaire est *une*. La diversité de formes et de colorations dépend de simples variations secondaires dans la nature de la cause altérante, la marche et la durée de la maladie.

4° L'agent de la carie dentaire est la *salive* devenue le milieu de fermentations acides ou le véhicule de substances étrangères susceptibles d'altérer directement les tissus de l'ivoire et de l'émail.

5° La cavité buccale et la salive peuvent présenter normalement cette disposition aux fermentations, et la carie se produit alors dans l'état physiologique de santé parfaite.

6° Le plus souvent toutefois les dispositions fermentescibles de la bouche sont sous la dépendance de circonstances morbides locales ou générales amenant des modifications, soit dans le mode de sécrétion, soit dans la composition même des liquides salivaires.

7° Les diverses conditions de conformation et de structure agissent puissamment comme causes prédisposantes sur le développement et la marche de la carie. Ainsi, cette altération, qui épargne ordinairement les surfaces lisses et polies des dents, se montre presque exclusivement, soit dans les interstices dentaires, soit dans les trous, sillons, anfractuosités, que peut présenter la couronne, points où les actions chimiques se produisent le plus aisément.

8° Le nombre et la gravité des caries sont en raison inverse de la résistance des tissus dentaires et en raison directe des conditions de fermentation de la bouche, ou de l'énergie de l'agent destructeur.

9° La carie est susceptible de se réaliser artificiellement par imitation des conditions d'altération que peut présenter la bouche elle-même. Elle offre alors les mêmes caractères que la carie morbide, à l'exception de certains phénomènes de résistance organique.

10° Le mécanisme intime de production de la carie est une simple dissolution des sels terreux et calcaires qui entrent dans la constitution de l'émail et de l'ivoire par l'agent de nouvelle formation.

1. Brochure in-8°, J.-B. Baillière.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 janvier 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Des rapports sur des épidémies de choléra pendant l'année 1866, par MM. les docteurs Morin (de Ballancourt), Seurat (de Corbeil) et Plonquet, médecin à Ay.

M. le ministre de l'instruction publique adresse : 1° Deux brochures de M. le docteur Chevreuse (de Charmes-sur-Moselle) et une note de madame Quéjac, sage-femme en chef de la maternité de Montpellier, concernant toutes trois la mortalité des nouveau-nés. (Renvoi à M. Blot.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Hérard, Bernutz, Chauffard et Vigla, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Woillez avec envoi de l'exposé de ses titres et de ses travaux à l'appui de sa candidature;

3° Une lettre de M. le docteur Kuhn, médecin à Gaillon, sur la mortalité excessive des enfants dans le département de l'Eure. (Renvoi à M. Blot);

4° Une étude sur le choléra à Marseille, par M. le docteur Froment, ancien médecin de la marine. (Commissaire : M. Barth);

5° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Pougues et sur les différents modes d'action de ces eaux, par M. le docteur F. Roubaud;

6° M. BÉCLARD donne lecture d'une lettre de M. le docteur Boudin, relative à l'accroissement constant de la taille et à la diminution des infirmités dans la population recrutable en France. Voici cette lettre :

« Dans la dernière séance, dit M. Boudin, M. Pidoux a bien voulu rappeler que j'avais depuis longtemps démontré l'accroissement constant de la taille et la diminution continue des infirmités dans la population recrutable. En effet, sur 10,000 jeunes gens examinés de 1831 à 1855, la proportion des exemptions pour défaut de taille était de 904; elle n'atteignait pas même 600 de 1858 à 1860, et la moyenne annuelle des exemptions pour infirmités s'abaissait de 2,735 à 2,577.

« Pourquoi a-t-on donc abaissé la taille? Elle n'a pas été abaissée, puisque de 1m,54 qu'elle était avant la loi de 1832, elle a été portée à 1m,56. Pourquoi songe-t-on à l'abaisser?

« Le mieux, selon moi, serait de ne pas s'occuper de fixer la taille dans la loi, et d'en abandonner l'appréciation aux conseils de révision. Beaucoup d'hommes n'ayant que 1m,54 pourraient faire d'excellents soldats; les guerres du premier Empire l'ont prouvé.

« On a longtemps admis une prétendue solidarité entre la taille et l'aptitude militaire, erreur très-grave.

« Sur 10,000 jeunes gens âgés de vingt ans, on en trouve 904 en Normandie ayant une taille de 1m, 73; la Bretagne n'en fournit que 444. En revanche, 1,000 Bretons produisent 705 hommes aptes au service, alors que 1,000 Normands n'en fournissent que 643.

Nous connaissons à cette heure notre confrère Chrysocale Tam-tam chez lui; comme on le voit, c'est un charmant homme, d'une rare délicatesse, à peine égalée par une habileté extrême : suivons-le maintenant au-dehors.

Il se prodigue volontiers, il va partout, on le voit en tous lieux; au théâtre, aux concerts, dans les soirées, dans tous les dîners publics et officiels, dans toutes les réunions où il a quelque chance de parler, dans tous les lieux où il peut se faire voir. Il me dit lui-même dans ses notes, que les vieux moyens, usés par un charlatanisme antique, sont encore excellents, et qu'on a grand tort de les négliger. Ainsi, il ne dîne jamais en ville sans laisser l'ordre de venir le chercher au dessert pour Mme la comtesse de ***; s'il est au théâtre, on ne manquera pas de venir le réclamer à grand bruit pour Mme la marquise de ***, qui se meurt d'une indigestion. — Il n'est pas de nuit où l'on ne vienne plusieurs fois carillonner à sa porte pour le vicomte..., ou pour le général..., ou pour un sénateur...; seulement notre homme ne sort jamais passé minuit.

Mais c'est à table surtout, et dans un grand dîner d'apparat, que notre ami Chrysocale brille de tout son éclat. C'est un gai convive, mangeant bien, comme un vrai gastronome, ne buvant que les meilleurs vins, et tout juste en assez grande quantité pour s'exciter un peu et se donner du montant. Quand il est arrivé à son point, il part, et du premier coup il s'empare de la situation. Il cause bien et assez haut pour que tout le monde l'entende et l'écoute; il plaisante d'abord assez agréablement; il joue avec les plus subtils et les plus fins paradoxes; puis, quand il a favorablement disposé son auditoire, il entre en plein dans son sujet. Il raconte toutes les maladies curieuses qu'il a vues, tous les malades célèbres qu'il a soignés, tous les malheureux abandonnés qu'il a miraculeusement guéris, toutes les médications souveraines qu'il a inventées, tous les progrès qu'il a fait faire à la science; il se moque finement, plaisamment de ceux de ses confrères qui jouissent d'une grande notoriété; il leur reconnaît d'abord beaucoup de talent, et finit par les représenter comme des ânes bâtés. Bref, il arrive à persuader à tout son auditoire que lui seul est un vrai médecin, et que le malade n'a qu'une ressource, s'il ne veut pas mourir : c'est de l'appeler au plus tôt à son chevet.

Une des grandes et fortes qualités de Chrysocale Tam-tam, c'est de n'avoir aucune conviction; il soutient successivement toutes les opinions, c'est une affaire de public. Il est suffisamment débauché pour plaire à toute une classe de gens assez nombreuse; il est voltairien avec les voltairiens, panthéiste, déiste, matérialiste même avec les philosophes de ces diverses nuances; il est religieux avec qui le désire, et il se garderait bien de manquer l'office divin un saint jour de dimanche; seulement, il choisit la place la plus en vue, et chacun peut admirer son recueillement et sa componction.

Ceci est un axiome que je prends dans ses notes :

« Quand on veut faire son salut dans l'autre monde et sa fortune dans celui-ci, il faut toujours être au mieux avec les prêtres et les dévots. »

Comme les grands capitaines, sans cesse sur la brèche, Chrysocale Tam-tam ne néglige aucun moyen, si petit soit-il. Sa carte de visite, qu'il m'a fait l'honneur de m'envoyer, est un modèle du genre :

M. LE Dr CHRYSOCALE TAM-TAM,

Médecin de S. A. le margrave de Gérolstein, de son auguste mère et de ses nobles fils; médecin consultant de S. M. le roi d'Araucanie; membre ou président des académies de Rio-Janeiro, la Vera-Cruz, Altona, Syracuse, Alexandrie, etc., etc.; membre de la Légion d'honneur, officier ou commandeur de dix autres ordres étrangers.

Vous avez, chers lecteurs, reçu très-probablement ladite carte ou la suivante, que le hasard a mise entre mes mains, et qui vaut bien la peine d'être conservée :

LE Dr ***,

Médecin homœopathe, électricien, magnétiste, consultant auxiliaire de malades abandonnés. — Conférences et médications.

Et maintenant, très-chers et très-bénévoles lecteurs, il est temps d'abandonner ce monde-là et de revenir aux choses graves et honnêtes. La *Gazette des Hôpitaux* s'occupe habituellement de sujets assez sérieux pour que vous lui pardonniez de vous avoir fait perdre quelque temps à la lecture de ces fantaisies, qui n'ont qu'un grand tort... mais que je ne vous dirai pas.

Dr H. MONTANIER.

Leçons de Clinique chirurgicale, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. DOLBEAU, suppléant de M. Jobert de Lamballe, et recueillies par M. le docteur J. BESNIER, interne des hôpitaux. 1 volume in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Victor Masson et fils.

Étude sur le Phlegmon des ligaments larges, par M. le docteur FRABIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 400 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Des Corps étrangers dans les voies aériennes, par M. le docteur BERTHOLLE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine. (Prix Godard, 1865.) In-8° de 126 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès? Observations pour servir à la solution de cette question présentée à l'Académie des sciences, le 7 janvier 1867, par le docteur PÉAN, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

« Assurément la France n'a pas la prétention d'égaler les nations scandinaves et germaniques au point de vue de la taille. En revanche, 1,000 jeunes gens de vingt ans donnent en Prusse 283 soldats; ils en produisent 682 en France. »

— **M. BÉCLARD** signale ensuite parmi les pièces de la correspondance imprimée, l'éloge de Gratiolet, par M. Giraldès, et l'énumération des principaux titres scientifiques de M. le docteur Delioux de Savignac, à l'appui de sa candidature pour la section de thérapeutique.

— **M. BROCA** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Ollier, un exemplaire du *Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux*, qu'il vient de publier. Cet ouvrage comprend deux volumes, le premier contenant la partie expérimentale, et le deuxième la partie clinique. On sait, ajoute M. Broca, que c'est à M. Ollier qu'on doit la belle découverte de la transplantation du périoste.

— **M. LITTRÉ** remet à l'Académie, de la part de M. le docteur Costallat (de Bagnères de Bigorre) une instruction populaire pour l'extinction de la pellagre. Les observations les plus exactes et les plus étendues, dit M. Littré, ont donné une extrême probabilité, voisine de la certitude, à l'opinion que la pellagre des pays où l'on mange le maïs, est due au verdet qui affecte cette céréale. On détruit le verdet, on l'empêche de naître en passant le maïs au four. C'est sur cette observation que M. Costallat a fondé son instruction populaire.

— **M. ROBIN** fait hommage à l'Académie de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de : *Leçons sur les humeurs normales ou morbides du corps de l'homme*, professées à la Faculté de médecine.

— **M. LARREY** présente : 1° au nom de M. Legouest, une brochure sur les lésions traumatiques de l'aorte, article extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*;

2° Au nom de M. le docteur Dambre, le troisième volume du *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*;

3° Au nom de M. le docteur Heyselder, une brochure en allemand sur des questions d'hygiène militaire;

Et 4° un numéro des *Annales universelles de Médecine d'Omodéi*, continuées sous la direction du docteur Romolo Griffini.

— **M. J. GUÉRIN**, dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Lombard, de Genève, une note relative à l'influence de la température sur les nouveau-nés.

— **M. LEBLANC**, à l'occasion de la correspondance, présente quelques considérations sur la limitation de la taille. On a dit avec raison tout à l'heure, dit-il, qu'il n'y avait pas autant d'importance qu'on le croyait à fixer une limite à la taille pour la conscription. Il a été démontré depuis longtemps pour les chevaux de la remonte de cavalerie qu'on avait tort de s'attacher à la taille, mais que c'était à l'appropriation des chevaux aux divers services qu'on attendait d'eux en raison de leurs aptitudes spéciales qu'il fallait uniquement s'attacher. Il doit en être de même pour les hommes.

— **M. LE PRÉSIDENT** appelle à la tribune M. Demarquay pour une lecture.

M. Demarquay ne répond pas à l'appel de son nom, l'Académie se forme en comité secret à 3 heures 3/4 pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

Le comité secret durant jusqu'à près de 5 heures, l'Académie ne rentre pas en séance publique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Samedi dernier, la Faculté s'est réunie afin de dresser la double liste de présentation pour les deux chaires de pathologie interne.

Après dix-sept tours de scrutin, les deux listes suivantes ont pu enfin être formées :

Première chaire : En 1re ligne, M. Axenfeld; en 2e ligne, M. Empis; en 3e ligne M. Lorain.

Deuxième chaire : En 1re ligne, M. Hardy; en 2e ligne, M. Bouchut; en 3e ligne, M. Charcot.

Les candidats étaient : MM. Axenfeld, Bouchut, Charcot, Hardy, Jaccoud, Laboulbène, Lorain, Parrot, Empis.

— Par divers arrêtés ministériels :

I. — A partir du 1er janvier 1867, les cliniques internes et externes de la Faculté de médecine de Paris sont réparties et constituées de la manière suivante, dans les hôpitaux ci-après désignés :

Hôtel-Dieu. — Une clinique médicale; une clinique chirurgicale.

Charité. — Une clinique médicale; une clinique chirurgicale.

Pitié. — Une clinique médicale; une clinique chirurgicale.

Necker. — Une clinique médicale.

La clinique établie à l'hôpital Necker est provisoirement maintenue à la Charité.

L'hôpital spécial des Cliniques conservera ses deux cliniques de chirurgie et d'accouchements.

II. — *Collége de France.* — M. le docteur Marey est chargé, à titre de remplaçant, du cours d'histoire naturelle des corps organisés au Collége de France pendant l'année scolaire 1866-1867.

III. — La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du trésor public, à partir du 15 janvier 1866, pour l'achèvement de leurs études médicales (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme de docteur), est accordée aux étudiants de la Faculté de médecine de Paris, ci après dénommés, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par le choléra, savoir :

MM. Kohne, services rendus dans les hôpitaux de Paris; Castiau, services rendus aux mines d'Anzin; Rousset, services rendus dans le département de la Nièvre.

IV. — *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.* — M. Pontallié, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur honoraire de ladite École.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Chanut, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur honoraire de ladite École.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. M. Tixier (Hippolyte), docteur en médecine, est nommé suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, en remplacement de M. Ledru, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Gentilhomme, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé suppléant pour la chaire d'anatomie et de physiologie à ladite École.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Courbon, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux anatomiques à ladite École.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Gruyes (Louis-Michel) est nommé aide d'anatomie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Jankergurstel, démissionnaire.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine, aura lieu dimanche 27 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Velpeau.

Cette assemblée a pour objet : 1° la lecture du compte rendu de l'année 1866 par le secrétaire général; 2° l'approbation de la modification à l'art. 5 des statuts, adoptée par la commission générale dans la séance du mois de juillet 1866; 3° l'élection d'un président, de deux vice-présidents, d'un trésorier.

Les candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale, sont : Président, M. Velpeau; vice-présidents, MM. Barth et Nélaton; trésorier, M. Louis Genouville.

4° Le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Conformément aux termes de l'article 8 du règlement d'administration intérieure, seront seuls admis, comme membres titulaires, les sociétaires présents à l'assemblée qui déclareront accepter ces fonctions.

Voici le texte de l'article 5 actuel des statuts et de l'article modifié :

Art. 5 (actuel). — La Société est représentée par une commission générale composée de quarante-quatre membres, fournis en nombre égal par les vingt-deux arrondissements du département de la Seine, et désignés par le sort dans la première séance générale de l'année.

Art. 5 (modifié). — La Société est représentée par une commission générale composée de quarante-quatre membres désignés par le sort dans la première séance de l'année.

— M. le maire de Stenay (Meuse) nous prie d'annoncer que ce poste médical se trouve vacant en ce moment par le décès du regretté docteur Drapier.

Stenay est une petite ville de 3,000 âmes : le canton se compose de 26 ou 27 villages; il est très-riche. Un jeune docteur pourrait faire de 6 à 8,000 francs de clientèle.

— Les élèves en médecine qui, avant de soutenir leur thèse pour le doctorat, seraient désireux de s'initier, par un stage de 3 mois, à la pratique de la médecine mentale apprendront avec plaisir qu'une place d'interne intérimaire sera vacante à l'asile de Saint-Gemmes, près Angers, à partir du 5 février prochain.

Logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage et moitié du traitement, lequel est de 600 francs par an.

S'adresser immédiatement à M. Fabre, interne titulaire audit établissement.

Considérations pratiques sur l'anesthésie obstétricale, par le docteur FAURE. In-8° de 62 pages. Prix : 1 fr. 50 cent. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 11. — SAMEDI 26 JANVIER 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 26 JANVIER 1867. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JANVIER 1867.

Le *Moniteur* de ce matin renferme un rapport du ministre de la guerre, sur divers règlements qui seront prochainement promulgués. Nous en extrayons le passage suivant, qui intéresse les médecins militaires :

RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE.

Ce nouveau règlement comporte trois parties :

La première traite du service des hôpitaux à l'intérieur;

La deuxième, du service des hôpitaux en campagne;

La troisième, du service des infirmeries régimentaires.

Dans cette dernière partie, qui est toute nouvelle, on s'est attaché à donner aux infirmeries une importance qui permettra de confier aux médecins des corps un service plus en rapport avec leur mérite.

Dans ce même but, j'ai l'intention de me concerter avec mon collègue de l'intérieur, pour obtenir l'admission de médecins régimentaires dans les hospices civils, comme médecins traitants.

Le régime alimentaire des hôpitaux, qui laissait à désirer au point de vue de la variété, a été complétement remanié; on ne fait plus le bouillon gras qu'une fois par jour. En diminuant ainsi de moitié la quantité de viande bouillie à consommer, on peut donner de la viande rôtie à tous les malades pour lesquels les médecins traitants jugent cette prescription utile. Le nouveau régime mis en essai à l'intérieur et en Algérie a été partout accueilli par les malades et signalé par les médecins comme un véritable bienfait. Il n'impose pas de surcroît de charges au Trésor; les rapports permettent même d'espérer qu'il réalisera la plus heureuse des économies, en abrégeant la durée des convalescences et en diminuant par cela même le nombre des journées d'hôpital. Je suis heureux de signaler à Votre Majesté une amélioration qui sera précieuse à sa sollicitude pour le bien-être du soldat.

Le nouveau règlement prévoit le concours des sociétés de secours qui, autorisées par la convention internationale de Genève, peuvent, à un moment donné, venir puissamment en aide à l'administration et aux médecins.

Il donne une autonomie suffisante à tous les personnels qui concourent au service des ambulances, tout en maintenant le principe de l'unité de direction.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Diathèses. — Évolution parallèle.

(ARTHRITES, ASTHME, SCROFULE, TUBERCULES.)

Dans une de ses leçons cliniques, M. Guéneau de Mussy a fait l'histoire d'une femme qu'il considère comme étant à la fois sous l'influence de deux diathèses.

Cette femme, âgée de trente ans, couchée au n° 6 de la salle Sainte-Martine, est née d'une mère qui se plaignait souvent de douleurs dans les articulations, ou de migraines, et dont la mère, aïeule de la malade en question, était asthmatique. Quant au père, il était scrofuleux et est mort de phthisie pulmonaire vers l'âge de quarante-deux ans. Ainsi, d'un côté, diathèse arthritique, manifestée chez les ascendants par des douleurs articulaires, des migraines ou de l'asthme; et de l'autre côté, diathèse scrofuleuse, ayant amené chez le père une phthisie tardive.

Dès son enfance, la malade ressentit les effets de cette double diathèse; elle eut des accès d'asthme dès l'âge de huit ans; elle eut au cou des ganglions engorgés; les règles s'établirent tard et mal; les accès d'asthme se reproduisirent à intervalles plus ou moins longs; la malade, à la suite de chagrins, tomba dans un état de névropathie générale, et en même temps on commença à concevoir des craintes pour la poitrine.

On trouve, au sommet du poumon droit, à la percussion, le son plus mat et d'une tonalité plus élevée; l'élasticité pulmonaire, diminuée; ces signes sont surtout faciles à percevoir dans le sillon qui sépare le deltoïde du grand pectoral; sur les mêmes points, à l'auscultation, la respiration est plus sèche, moins pleine, l'expiration plus prolongée. Il y a huit ans, cette femme fut traitée pour un *engorgement* du poumon droit, dit-elle; et dernièrement la petite toux, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, etc., avaient été combattus avantageusement par l'emploi de l'eau de la Bourboule. Puis ces symptômes étaient revenus, et le même remède avait déjà donné un résultat assez satisfaisant, lorsque éclata un nouvel accès d'asthme.

Faut-il voir dans cet accès d'asthme, survenant lors d'une amélioration des signes rationnels de la tuberculose, une simple coïncidence ou le résultat d'un balancement entre deux diathèses à évolutions parallèles? Cette question a été, pour M. Guéneau de Mussy, l'occasion d'exposer sur l'action réciproque des diathèses parallèles, et sur les diathèses mixtes qui résultent parfois de leur combinaison, des idées propres, beaucoup trop développées pour que nous puissions aujourd'hui les examiner en détail. Nous nous bornerons à en signaler rapidement les points principaux.

Suivant M. Guéneau de Mussy, il peut arriver plusieurs choses lorsque le même individu se trouve soumis à l'influence de deux diathèses.

Ou bien l'évolution des deux se trouve en même temps retardée, chacune mettant, pour ainsi dire, obstacle à l'autre. C'est ainsi qu'on voit quelquefois des tubercules et des cancers, coexistant en proportion à peu près égale, se développer avec une lenteur inusitée.

Ou bien les manifestations de l'une prendront un développement rapide, et alors celles de l'autre en seront retardées, entravées, amoindries; ainsi qu'on l'observe chez ceux qui, à la fois cancéreux et tuberculeux, meurent de cancer avec très-peu de tubercules ou de tubercules avec peu de cancer.

Ou bien encore chacune des deux diathèses prenant à son tour le dessus, affaiblira pour quelque temps les manifestations de l'autre, sauf à laisser l'autre dominer un peu plus tard, et ainsi de suite, comme par une sorte de balancement.

M. Guéneau de Mussy a raconté l'histoire d'un homme goutteux et tuberculeux, dont la phthisie semble s'amender lorsqu'il a de violents accès de goutte. A ce propos, le professeur a rappelé que la même chose a été observée souvent lorsque deux maladies aiguës, deux fièvres éruptives, par exemple, commençaient vers la même époque sur le même sujet. En 1843, on a raconté, à la Société médicale des hôpitaux, l'histoire d'un homme qui était atteint de petite vérole, lorsqu'il fut pris du choléra. Pendant quinze jours l'affection éruptive fut arrêtée complétement, mais ensuite elle reprit son cours lorsque le choléra fut guéri.

Enfin, M. Guéneau de Mussy s'est demandé s'il n'existait pas des diathèses mixtes, ou, pour mieux dire, des manifestations se rapportant à deux diathèses. Il a cité l'exemple d'une femme, de constitution scrofuleuse, qui fut prise d'abord d'un rhumatisme aigu occupant plusieurs articulations. Lorsque le rhumatisme, s'affaiblissant, eut abandonné toutes les articulations malades, moins une seule, il se fixa sur cette dernière une action morbide qui, cette fois, se rattachait plus encore à la diathèse scrofuleuse qu'à la diathèse rhumatismale, et dont le résultat fut la production d'une tumeur blanche.

Enchondrome de la région mammaire. — Extirpation. Guérison.

L'enchondrome de la région mammaire, même chez la femme, est assez rare pour que sa description n'ait pas pris place dans les traités classiques, et pour que, dans les traités spéciaux, elle occupe une très-petite place. C'est ce qui nous engage à rapporter l'observation suivante recueillie dans le service de M. Foucher :

La femme X., âgée de soixante-trois ans, entre à l'hôpital, service de M. Foucher, pour se faire opérer d'une tumeur de la région mammaire gauche. La malade fait remonter le début de cette tumeur à sept mois; mais comme à cette époque la tumeur avait déjà le volume d'une noix, il est probable que son début doit être reporté à une époque plus éloignée. En tout cas, la tumeur reste stationnaire pendant deux ou trois mois, et depuis lors elle a augmenté de volume assez rapidement pour engager la malade à se faire opérer. On ne trouve chez la malade aucun antécédent héréditaire de cancer ou de tout autre état diathésique : sa constitution est bonne.

La tumeur est située à la partie externe du sein gauche, elle a le volume et la forme d'un petit œuf de poule, elle est très-dure et un peu douloureuse à la pression, la surface est légèrement inégale, et elle adhère à la peau, qui fait corps avec elle. En ce point, la peau est rétractée, d'un aspect gaufré, et semée de petites plaques blanchâtres qui lui donnent une certaine ressemblance avec un tissu de cicatrice. Profondément la tumeur se perd au milieu des tissus et paraît en connexion intime

---

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

IV. — **La Suisse** : LA CURE DU PETIT-LAIT.

Après vous avoir parlé si longuement des établissements de la Suisse, consacrés à la médication séro-lactée, il est grand temps que je dise comment se prépare le médicament, de quelle manière il est administré et les maladies contre lesquelles il est employé.

Ce sera le sujet de ce chapitre.

Sans que je le fasse de nouveau remarquer, il reste bien entendu que, dans l'opinion de cette partie de la Suisse, tout le petit-lait consommé dans les cantons de Saint-Gall et d'Appenzell, se fabrique dans des bergeries établies sur les montagnes, et que celui qui serait préparé sur place, comme je l'ai soupçonné à Gais, peut-être un peu méchamment, j'en conviens, serait nul et de mauvaise qualité.

De plus, comme la méthode de préparation est à peu près la même dans tous les pays, chaque fabrique, si l'on peut ainsi dire, se vante d'avoir un procédé à elle, ce qu'en terme du métier on appelle le *tour de main*. Ainsi à Ischl, le régisseur me dit avoir fait venir des bergers d'Appenzell, qui durent se retirer devant un pâtre du Salzkammergut, dont la manière de faire le petit-lait était bien supérieure à tous les procédés de la Suisse. De son côté, la Suisse n'admet même pas la possibilité d'une rivalité, et si, par malencontre, on aborde ce chapitre, on ne vous répond pas, on sourit dédaigneusement, on hausse les épaules... et tout est dit.

N'ayez pas l'ambition de pénétrer les mystères de ce tour de main; c'est un secret que le père transmet à son fils, et pour la conception et la réalisation duquel il faut avoir humé, dès sa naissance, les senteurs aromatiques des montagnes et disputé aux chamois les sombres asiles des forêts de pins.

Pour moi, dont l'imagination est un peu blasée sur le merveilleux depuis les tables tournantes et le spiritisme, je crois tout simplement que le fameux tour de main n'est pas autre chose qu'un effet de l'habitude, ou, si l'on préfère, d'une expérience, acquise au bout de huit jours, et basée sur les rapports du lait et du réactif mis en usage.

Quoiqu'il en soit, voici la manière dont on opère en Suisse.

On porte d'abord le lait à une température de 28 à 30° Réaumur; à cette température, et sans le retirer du feu, on mêle au lait de l'acide acétique étendu, dans la proportion d'une cuillerée à bouche pour quatre litres de lait; on laisse reposer le mélange jusqu'à la séparation du sérum et du fromage; on retire celui-ci, que l'on destine aux usages culinaires; et la partie liquide qui, par cette première opération n'a pas acquis la limpidité et la pureté du petit-lait médicinal, est remise sur le feu pour qu'elle atteigne de nouveau la température de 30° Réaumur. Alors un morceau de présure, contenu dans un petit sac de toile grossière, est vivement promené et exprimé, pendant une demi-heure et plus, dans le liquide dont cette opération précipite les dernières parties solides que n'avait pas détachées l'acide acétique.

Le petit-lait, ainsi clarifié est versé à travers une mousseline épaisse dans des hottes de bois, comme je l'ai dit précédemment, et transporté sur le dos des pâtres aux diverses destinations qui le consomment.

La présure, tout le monde le sait, n'est pas autre chose que l'estomac du veau ou du mouton. Les uns l'emploient à l'état frais, les autres lui font subir une sorte de salaison; en Suisse on la dessèche à l'ombre, ou à la chaleur sèche, en la suspendant dans l'âtre, comme on fait en Provence pour les jambons que l'on veut fumer. On la découpe en lanières, et l'on se sert du même morceau pendant un ou deux mois tous les jours.

Le petit-lait, pour être bu, doit toujours avoir une température d'au moins 25° Réaumur; à Weissbad et à Gais on m'a assuré que cette température se maintenait très longtemps dans les hottes de bois blanc hermétiquement fermées et enveloppées de linge. A Horn et à Rorschach les hottes sont en fer blanc, également enveloppées de linge, parce qu'elles ont à faire un plus long trajet dont une partie en chemin de fer.

Cette condition du maintien de la même température a, ce semble, une certaine importance, car partout on s'étudie à prévenir le refroidissement du petit-lait, soit en employant, comme en Suisse, des vases de bois ou de métal préalablement échauffés, soit, comme je le dirai à l'occasion de Ischl, en maintenant le petit-lait dans un bain-marie dont on renouvelle l'eau au fur et à mesure qu'elle se refroidit.

Le médicament, ainsi préparé et conservé, est puisé dans les hottes au moyen d'un verre à anse et distribué aux malades.

Le service commence à six heures du matin, et finit à huit. Une cloche appelle, de quart d'heure en quart d'heure, les buveurs disséminés et les empêche de s'abandonner à de trop faciles distractions. Tous les malades n'absorbent pas indistinctement la même quantité de petit-lait : celle-ci varie selon l'état de l'estomac, la nature de la maladie, l'âge, le sexe, les habitudes, en un mot, selon cette foule de conditions qui inspirent au médecin le dosage de chaque médicament.

Néanmoins la moyenne est de cinq verres, chaque verre étant, en Suisse, d'une capacité de 344 grammes.

Pendant les premiers jours de la cure, le malade doit s'abstenir le plus possible d'exercice; la promenade même lui est interdite; plus tard, du huitième au dixième jour du traitement, un peu de marche

avec la glande. Les ganglions axillaires sont sains, et il n'existe que quelques douleurs spontanées peu intenses.

Le 17 novembre M. Foucher pratiqua l'opération ; la malade étant préalablement chloroformée, l'opérateur comprend la tumeur dans deux incisions semi-elliptiques qui permettent de l'enlever en totalité, en la disséquant au sein des tissus voisins. La plaie fut réunie au moyen de la suture entortillée. Les suites de l'opération ont été fort simples, la plaie se cicatrisa par première intention, sauf à sa partie inférieure, où il se fit une légère suppuration sur le trajet de deux fils à ligature. Le 2 décembre la malade sort de l'hôpital, la plaie est parfaitement guérie et ne laisse d'autre trace qu'une cicatrice linéaire presque imperceptible.

La tumeur, examinée immédiatement après son ablation, offre la consistance du cartilage, sur une coupe on voit nettement qu'elle est formée par une trame très-serrée de tissu fibreux comprenant dans ses mailles des parties d'une moindre consistance et en quelques points ramollies; on ne fait sourdre aucun suc en raclant la surface de la coupe.

L'examen histologique fait dans le laboratoire de M. le professeur Robin a montré qu'avec une trame très-serrée de fibres lamineuses qui forment une grande partie de la tumeur et expliquent sa dureté, on trouve très-manifestement des cellules ordinaires de cartilage à contours régulièrement ovoïdes, et contenant un ou deux noyaux avec des nucléoles. Entre les éléments lamineux et les cellules se trouve une grande quantité de granulations presque toutes de nature graisseuse. Tels sont les éléments fondamentaux qui composent cette tumeur. Il faut pourtant signaler comme l'ont montré plusieurs préparations des culs-de-sac glandulaires normaux de la mamelle ou dépouillés de leur gaîne épithéliale, et qui avaient d'abord fait croire à un adénome, particularité qu'expliquent peut-être les connexions de la tumeur avec la glande.

Myosite syphilitique.

Nous avons déjà entretenu plusieurs fois les lecteurs de cette Revue de certaines altérations ou tumeurs musculaires syphilitiques tertiaires, dont il importe d'autant plus de reconnaître de bonne heure la nature que la guérison en est à peu près assurée par un traitement méthodique bien dirigé, tandis que, abandonnées à elles-mêmes, elles peuvent entraîner souvent des conséquences graves ou tout au moins très-fâcheuses.

Voici un nouvel exemple de ce genre de lésions syphilitiques tertiaires qui vient de se présenter dans le service de M. le professeur Nélaton, à la Clinique.

Une jeune femme entrée dans le service le 22 janvier, présente un engorgement de la région latérale gauche du cou, engorgement considérable qui s'étend depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'extrémité antérieure de la clavicule, suivant par conséquent le trajet du muscle sterno-mastoïdien et débordant un peu de chaque côté les bords de ce muscle. Le tégument qui recouvre cet engorgement est tendu, rosé, dur et épaissi ; il a perdu sa souplesse et sa mobilité sur les organes sous-jacents. En poussant plus loin l'exploration on sent que cet engorgement s'étend profondément et qu'il comprend, avec la peau et l'aponévrose, le muscle sterno-mastoïdien lui-même et l'atmosphère cellulo-graisseuse qui l'environne, et qu'il se propage jusqu'à la région carotidienne. La malade n'accuse, du reste, aucune douleur et la pression elle-même provoque à peine un peu de sensibilité.

C'est là, ainsi que l'a établi M. Nélaton, un de ces cas de myosite spécifique, ou plutôt de tumeur gommeuse syphilitiques des muscles.

Sur quoi se fonde cette dernière détermination ? — Le voici.

La malade, allant d'elle-même au-devant de l'interrogatoire, a été la première à accuser une ancienne affection syphilitique. Il est difficile de savoir, d'après les renseignements un peu vagues qu'elle donne, quel a été l'accident primitif, mais elle a eu, dit-elle, des taches jaunâtres sur la peau, ce qui, suivant toutes les probabilités, doit se traduire par une roséole syphilitique. Elle a pris du mercure à l'intérieur et des bains de sublimé ; ce qui ne l'a pas empêchée d'avoir des accidents ultérieurs, et enfin, en dernier lieu, l'accident tardif pour lequel elle est entrée à l'hôpital.

Qu'adviendrait-il de cet état si la maladie était abandonnée à elle-même? La terminaison la plus habituelle de cette affection est un travail lent d'altération et de destruction des tissus atteints, l'ulcération de la peau et la production d'un gros bourbillon qui serait éliminé à la manière des lambeaux mortifiés que l'on extrait d'un membre envahi par un phlegmon diffus. Le muscle sterno-mastoïdien lui-même frappé de la même altération perdrait sa contractilité, et indépendamment de la cicatrice qui en résulterait inévitablement au cou, il y aurait production d'un cordon fibreux inodulaire, qui donnerait lieu à un torticolis permanent.

Rien de tout cela n'arrivera grâce au traitement qui va être institué. La malade va être soumise à la médication des accidents tertiaires ; et il y a tout lieu d'espérer que d'ici à un mois ou cinq semaines environ toute trace de la maladie aura disparu. On ne devra pas, toutefois, s'en tenir là. Le traitement iodique devra être prolongé pendant plusieurs mois, quatre, cinq ou six mois même, si l'on veut prémunir sûrement la malade contre toute chance de retour de nouveaux accidents. Et il sera très-probablement utile aussi de combiner la médication mercurielle avec la préparation iodée.

Nous suivrons cette malade et nous rendrons compte, en temps et lieu, du résultat obtenu.

DE L'EFFICACITÉ DES VAPEURS DU GAZÉOL,

Dans le traitement des maladies bronchiques catarrhales chez les nouveau-nés.

Par M. le docteur Oscar MEYER, médecin en chef de la maison des Enfants-Trouvés, à Saint-Pétersbourg.

(Extrait du Journal de médecine de Saint-Pétersbourg.)

En 1864, MM. Diday et Commenge ont guéri (sur une première proposition faite par M. le docteur Rater), un assez grand nombre d'enfants atteints de coqueluche, en les soumettant à l'action des gaz qui se produisent dans les chambres de purification des usines à gaz. D'un autre côté, des observations recueillies par MM. Barthez, Bergeron, Blache, Roger et autres, n'étaient pas d'accord avec ces expériences ; ces derniers considéraient ce traitement tantôt comme dangereux et tout au moins inutile.

Ces jugements contradictoires devaient paraître singuliers, et la méthode elle-même aurait été mise au rebut, comme tant d'autres en thérapeutique, si M. Burin Du Buisson ne nous avait pas donné des explications sur les causes des résultats opposés, obtenus par l'inhalation des vapeurs des épurateurs du gaz. Ses expériences le conduisirent aux conclusions suivantes :

1° Que la composition et la proportion des vapeurs ou gaz des épurateurs variaient entre eux dans la chambre de purification de chaque usine.

2° Que dans les gaz propres à l'inhalation il se trouvait mêlés des gaz délétères, que ces derniers prévalaient même quelquefois.

3° Que dans la chambre de purification de la même fabrique, la proportion des gaz varie selon les différents temps du jour, et que, dans ces conditions, il n'était pas possible d'obtenir des résultats identiques.

Pour y remédier, M. Burin du Buisson a composé un liquide s'évaporant facilement qu'il a nommé gazéol, dont la formule a été publiée par divers journaux médicaux, et a proposé de verser la quantité ordonnée par le médecin dans une fiole placée elle-même dans un vase contenant de l'eau chaude, afin de faciliter l'évaporisation du gazéol.

Pour arriver à notre but, nous faisions évaporer une cuillerée à café de gazéol dans un flacon à large ouverture, ou [mieux encore dans une soucoupe, en tenant le vase au-dessus d'un autre contenant de l'eau chaude, que l'on renouvelait à mesure qu'elle refroidissait. Au premier abord, les exhalaisons ammoniacales semblaient incommoder un peu le malade qui se trouvait le plus rapproché du vase ; mais peu à peu elles se répandaient dans la chambre uniformément. La seule précaution à observer pendant cette expérience fut de tenir les enfants éloignés du vase.

La chambre où cette expérience fut faite, avait une longueur de 25 pieds, 10 de largeur, 14 de hauteur, ce qui donne 3500 mètres cubes.

Les enfants furent amenés dans cette chambre trois fois par jour, à neuf heures du matin, à deux heures de l'après-midi et à sept heures du soir, chaque fois pendant une heure. L'on a essayé le gazéol pendant les mois de novembre, décembre et la moitié de janvier sur 39 enfants. D'abord l'on ne traita que des enfants atteints de toux simple. Mais ayant bientôt remarqué la puissance des vapeurs du gazéol sur les bronchites catarrhales, l'on soumit aussitôt à ce traitement tous les enfants atteints d'affections catarrhales quelconques.

Le gazéol adoucissait d'une manière extraordinaire la toux, et pendant que les enfants aspiraient, ils ne toussaient presque pas.

Des apparitions de quintes et spasmes laryngés furent guéris dans un à deux jours.

En même temps la toux, qui, avant l'emploi du gazéol, venait par paroxysmes, perdait ce caractère après quelques inhalations. La disparition des spasmes du larynx marchait de front avec l'amélioration de la bronchite catarrhale.

Le gazéol resta sans effet sensible dans la bronchite liée à la tuberculose miliaire. Il ne semble pas davantage avoir une influence favorable sur la toux souvent si terrible de cette maladie.

Avec la grande fièvre (alors que la chaleur spécifique du corps s'élève à 39 degrés centigrades et au-dessus), ainsi que dans la maladie du parenchyme pulmonaire, comme la phthisie pulmonaire tuberculeuse, l'usage du gazéol fut abandonné.

Il est encore à observer, pour l'avantage de l'emploi du gazéol, que les affections intestinales qui accompagnent si fréquemment les bronchites catarrhales, disparaissaient promptement, parce que cette médication n'introduit rien dans l'estomac qui puisse empêcher la digestion, qu'elle semble plutôt favoriser.

Sur 21 enfants, 4 seulement (20 p. 100) avaient un catarrhe intestinal ; tandis qu'en 1864 (avant l'emploi des inhalations de gazéol), de 178 jeunes malades atteints de catarrhes bronchiques, 94 (52,7 p. 100) souffraient aussi de catarrhe intestinal.

Pour la pneumonie catarrhale, l'on a seulement employé le gazéol après la disparition des premiers phénomènes. Dans cinq cas de bronchite catarrhale, nous avons obtenu la guérison, savoir :

- Un cas en six jours.
- Un cas en dix jours.
- Un cas en treize jours.
- Un cas en vingt jours.
- Un cas en quarante-cinq jours.

La guérison du cinquième cas n'arriva qu'après quarante-cinq jours. Mais ici encore une laryngite catarrhale compliquait le mal.

Lorsque, avant la connaissance du gazéol, nous traitions avec des expectorants la bronchite catarrhale qui reste avec la pneumonie, elle cédait au plus tôt en deux, ordinairement en trois ou quatre semaines ; et dans la plupart des cas il y avait des récidives de pneumonie qui emportaient les enfants.

En 1864, toujours avant l'emploi du gazéol, la durée moyenne du traitement était de deux mois et demi. Exceptionnellement, un cas fut guéri en quatorze jours (bronchite catarrhale) ; un autre cas de laryngite catarrhale fut traité pendant douze jours.

Comme l'emploi du gazéol dans la maison des orphelins devient chaque jour plus important, et que nous avons à disposer d'un matériel mieux approprié, nous pourrons peut-être donner plus tard des renseignements détaillés sur l'usage de ce nouveau mode de traitement.

RECHERCHES COMPARATIVES

Sur les maladies vénériennes dans différentes contrées,

Par M. le D[r] Gustave LAGNEAU.

(Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de médecine.)

Les ulcérations génitales, très-nombreuses dans certaines contrées, entre autres dans les colonies anglaises de l'Amérique

---

lui est permise, et ce n'est que progressivement qu'il peut aborder la promenade, mais faite, toujours et invariablement, avec une extrême lenteur. Cette condition est si rigoureusement prescrite à Weissbad, que les Français, et surtout les Parisiens, y sont considérés comme de très-mauvais malades, parce qu'ils ne savent point marcher comme un recteur suivi des quatre Facultés.

Une heure après le service du petit-lait, c'est-à-dire à neuf heures, les malades qui n'ont pas éprouvé d'effet laxatif, prennent soit un potage au pain, soit du chocolat, soit du café noir ou à la crème ; ceux, au contraire, dont le corps a été dérangé, se contentent d'une soupe à la farine.

A midi, repas copieux d'où sont rigoureusement exclus les acides, les crudités et la viande de charcuterie ; le vin est permis, mais il est préférable de s'en abstenir.

Dans le courant de la journée, on peut boire un ou deux verres de lait de vache ou de chèvre, soit pur, soit coupé avec de l'eau de seltz ; mais au début du traitement il vaut mieux ne rien prendre du tout.

Enfin, à huit heures du soir une légère collation est servie, et se compose, soit d'un potage comme le matin, soit d'un gâteau trempé dans un verre de lait encore chaud de la mamelle ; mais on assure que la médication séro-lactée est plus active, si l'on se contente de la collation du matin et du copieux repas de midi.

Je ne dois rien omettre de ce qui se rapporte à ces établissements inconnus en France, puisque mon voyage avait précisément pour but de de ces inpénétrer dans tous les détails de leur organisation.

Qu'on me permette donc de noter, en courant, le côté industriel stitutions.

A Rorschach, comme je l'ai dit, le petit-lait se débite à la mesure chez un fermier et chez un pharmacien qui se font concurrence, et qui varient leurs prix, selon l'abondance ou la rareté de la marchandise et des consommateurs.

Dans les autres établissements, à Gais, à Weissbad et à Horn le prix du petit-lait se paye par journée. A Horn, le malade paye 70 centimes par jour, quelle que soit la quantité de petit-lait qu'il consomme, et règle de gré à gré les conditions de logement et de nourriture. A Weissbad et à Gais le tarif est ainsi établi : le petit-lait, 60 centimes par jour, sans égard au nombre de chopines ; la soupe du matin, 40 centimes ; même prix pour celle du soir.

Ainsi, en admettant la nécessité d'une collation à neuf heures du matin, le prix de la médication séro-lactée serait de 1 franc par jour. Ce prix n'est pas suffisamment rémunérateur, et les propriétaires des trois établissements que j'examine ne pourraient pas évidemment subsister s'ils ne trouvaient pas une large compensation dans l'industrie d'hôtelier qu'ils cumulent avec celle du petit-lait.

Nous verrons une organisation différente en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie, là où les établissements de petit-lait sont complétement indépendants des hôtels et des auberges.

Mais je reviens bien vite au sujet principal de mes études, c'est-à-dire au côté purement médical de la médication séro-lactée.

Gais et Weissbad ne reçoivent guère que des affections des voies aériennes ; chacune de ces stations a sa clientelle particulière que l'on devine sans peine, si on réfléchit à leurs conditions respectives d'altitude, de température, d'humidité et de sécheresse.

La plus grave de ces affections est la tuberculose. Le petit-lait — et ici il faut bien réellement le petit-lait de chèvre — n'a une influence heureuse que tout à fait au début de la maladie. Quand les tubercules sont formés et à plus forte raison ramollis, le petit-lait n'exerce plus aucune action, ni bonne, ni mauvaise ; il passe indifférent. Mais lorsque les forces ont sensiblement diminué et qu'il existe, soit la diarrhée, soit des sueurs colliquatives, le petit-lait devient nuisible, il faut s'en abstenir.

Ce n'est point en Suisse, où l'air est très-vif et sec, que se donnent ordinairement rendez-vous les tuberculeux ; on les trouve en plus grand nombre à Ischl et à Méran, dont le climat plus doux seconde mieux la médication séro-lactée.

Parmi les autres affections des voies aériennes, la Suisse compte surtout des bronchites et des laryngites chroniques ; le petit-lait exerce évidemment sur elles une action très-salutaire ; mais il est, à lui seul, quelquefois insuffisant à se rendre complétement maître du mal. C'est ici encore qu'éclate l'infériorité de la Suisse : trop infatuée de l'excellence aromatique de son petit-lait, elle dédaigne d'y associer les eaux minérales, et se prive ainsi de ressources précieuses dont on tire ailleurs, comme je le dirai, un excellent parti.

Horn, probablement séduit par le voisinage du lac de Constance, a tenté un commencement d'émancipation, et ne professe plus, comme à Gais et à Weissbad, la religion exclusive du petit-lait. Son premier essai, trop timide, ne peut donner lieu, jusqu'à présent, qu'à des conjectures.

Cependant son médecin, M. le docteur Tobler, m'a dit, avoir retiré de bons avantages de l'association du petit-lait et des bains, dans les engorgements du foie et de la rate, dans certaines névropathies avec perte des forces et de l'appétit, et surtout dans les écoulements muqueux chez la femme.

Tel est à peu près le cadre des affections qui se rencontrent dans les établissements séro-lactés de la Suisse ; nous verrons plus loin combien ce cadre s'agrandit entre les mains habiles qui savent marier le petit-lait, soit avec les eaux minérales, soit avec l'hydrothérapie, et qui, combinant de mille manières ces précieuses ressources, parviennent à en tirer des indications inattendues et des effets à peine croyables.

FÉLIX ROUBAUD.

septentrionale, seraient presque exceptionnelles parmi les Arabes et les Kabyles de notre Algérie.

Les syphilis constitutionnelles, extrêmement fréquentes chez les indigènes de l'Algérie, seraient peu nombreuses chez les soldats nègres des colonies anglaises d'Amérique, d'Afrique et de Ceylan, quoiqu'ils aient un assez grand nombre d'ulcérations génitales. Chez eux, l'infection moins fréquente déterminerait des poussées moins multiples.

L'évolution de la syphilis serait moins rapide dans les pays froids que dans les pays chauds, à Christiania qu'en France, en France que dans les régions tropicales.

Les bubons, qui accompagnent les ulcérations génitales ou se montrent d'emblée, seraient beaucoup plus fréquents en Chine, Cochinchine, Nouvelle-Calédonie, Polynésie, Mexique, etc., que dans les pays froids, comme dans les colonies anglaises de l'Amérique septentrionale et des terres australes.

Les blennorrhagies, très-fréquentes dans les États-Unis, moins communes en Chine, ne se montreraient guère, parmi les indigènes de l'Algérie et du Levant, que chez ceux qui se trouvent en relation avec les Européens.

Les orchites seraient fréquentes aux États-Unis et en Chine, quoique dans ce dernier pays les blennorrhagies soient peu communes.

Les affections syphilitiques et les affections blennorrhagiques, suivant les régions et les peuples, se trouveraient dans le rapport de 3 à 1, ou dans le rapport inverse de 1 à 2.

Les maladies syphilitiques se guériraient moins promptement dans les pays froids que dans les pays chauds, à Christiania qu'en France, en France qu'en Algérie et dans les pays intertropicaux. Elles se guériraient facilement chez les nègres.

De deux peuples se trouvant en contact dans un même pays, la syphilis sévirait plus cruellement sur celui qui antérieurement en aurait été le moins atteint.

Les individus qui contracteraient la syphilis dans un pays, généralement verraient leur affection s'amender dans un pays plus chaud, et s'aggraver dans un pays plus froid.

Quoique la syphilis soit répandue dans la plupart des pays et chez la plupart des peuples, d'après MM. Thorstensen, Schleisner, Hjaltelin et Jacolot, elle ne semblerait pas pouvoir s'établir d'une manière durable en Islande, située presque sous le cercle polaire, et, suivant Livingstone, elle se guérirait spontanément dans l'intérieur de l'Afrique australe.

Dans la plupart des pays, la fréquence des maladies vénériennes, en général, est en rapport avec l'insuffisance des mesures prophylactiques et des moyens de traitement. Tandis que dans les armées des îles Britanniques, où les mesures de prophylaxie publique sont presque nulles, la proportion annuelle des vénériens s'élève à 318 ; en France, où ces mesures sont en vigueur, mais sont irrégulières, cette proportion est de 113; enfin, en Belgique, où des mesures sévères sont uniformément appliquées, l'armée ne présente plus annuellement que 90 vénériens sur 1,000 hommes d'effectif.

DE LA MORTALITÉ

A Paris, à Londres, à Vienne et à New-York en 1865 (1),

Par M. le docteur VACHER.

MORTALITÉ GÉNÉRALE.

Le nombre des décès constatés en 1865 a été de :

Paris	51,285,	soit 1 décès sur 36,3	vivants.
Londres	73,460,	soit 1 — sur 41,2	—
Vienne	17,982,	soit 1 — sur 34,4	—
New-York	25,645,	soit 1 — sur 40	—

Quand on décompose la mortalité suivant les âges à Paris, on est frappé du nombre relativement très-petit des enfants au-dessous de un an que renferme la capitale, et du chiffre effrayant des décès que présente cette partie de la population. Ainsi en 1861, il y a eu 53,570 naissances; le recensement fait au mois de mai de cette année a constaté la présence, dans la capitale, de 21,572 enfants au-dessous de un an; et la mortalité pour ces enfants a été de 8,740, un peu plus de 1 sur 3. D'autre part, les récents et remarquables travaux de MM. Brochard et Monot établissent que les trois quarts des *petits Parisiens* qu'on envoie en nourrice, dans les départements, succombent dans les premiers mois. Tout compte fait, on peut dire que sur 50,000 enfants qui naissent chaque année à Paris, il n'en reste plus que 20,000 de vivants vers la fin de la premiere année !

Voilà un premier fait établi par la statistique; en voici un autre qui n'est pas plus consolant. Si l'on prend pour types de quartiers riches le IIe arrondissement (Bourse), le VIIIe (Champ-Élysées), et IXe (Opéra), qui contiennent le moins d'indigents secourus, et pour lesquels la contribution personnelle, mobilière est la plus élevée ; si l'on prend d'autre part pour types d'arrondissements pauvres : le XVIIIe (Montmartre), le XIXe (Buttes-Chaumont), et le XXe (Ménilmontant), on trouve que la mortalité à domicile est de 13 décès sur 1000 habitants dans les arrondissements riches, et de 31 sur 1000 dans les arrondissements pauvres. L'auteur s'est appliqué à rechercher quelles sont les maladies spéciales pour lesquelles l'influence de la misère sur la mortalité est le plus évidente, et il a ainsi étendu et complété les intéressantes recherches faites sur ce sujet, par le regrettable Villermé.

Le chiffre des décès est, comme on voit, deux fois plus considérable dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches; mais, par une sorte de compensation, la proportion des naissances, dans les arrondissements pauvres, est presque double de ce qu'elle est dans les arrondissements riches; en effet, dans les premiers, elle est de 39 pour 1,000, et dans les seconds, de 21 pour 1,000.

Un autre fait qui mérite d'être signalé, c'est le grand nombre d'individus qui, à Paris, vont mourir à l'hôpital. Tandis qu'à Londres, à peine un individu sur six, va mourir à l'hôpital ; et à New-York, 1 sur 7; à Paris il y a 1 décès à l'hôpital pour 2,7 à domicile. L'auteur, n'ayant pu se procurer les documents officiels, regrette de n'avoir pu donner, sur la mortalité aux hôpitaux, que des détails incomplets.

MORTALITÉ PAR CAUSES SPÉCIALES DE DÉCÈS.

Maladies constitutionnelles. — Les relevés statistiques de l'auteur montrent que les maladies constitutionnelles sont de toutes les causes spéciales de mort, celles qui emportent le plus de monde partout, excepté à Paris, où cette année la présence du choléra a donné la prépondérance aux affections zymotiques ; on peut dire que les maladies constitutionnelles (phthisie, cancer, scrofule, tuberculose des organes), entrent pour un cinquième dans le chiffre de la mortalité générale. De toutes les maladies qui appartiennent à cette classe, la phthisie pulmonaire est la plus meurtrière, on constate :

A Paris	1 décès	par phthisie	sur 6 décès.
A Londres	1 —	—	sur 8 —
A Vienne	1 —	—	sur 4 —
A New-York	1 —	—	sur 7 —

L'auteur montre, à l'aide de relevés embrassant plusieurs années, que la phthisie est plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin, ce qui semble tenir à nos habitudes sociales, qui obligent la femme à une vie plus sédentaire que l'homme.

La mortalité par phthisie est maximum au mois d'avril, résultat que l'auteur attribue aux brusques variations de température qui se produisent à cette époque de l'année, et qui ont une influence fâcheuse sur cette catégorie de malades.

Maladies zymotiques. — L'auteur comprend, sous ce titre, les maladies comme la petite vérole, la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, le croup, le choléra, etc., qui se développent sous l'influence de germes morbides, hypothétiques ou réels. Les maladies zymotiques fournissent une proportion de décès presque aussi élevée que les maladies constitutionnelles. Nous donnons ici quelques chiffres pour Paris :

Fièvre typhoïde	1,162	décès.
Variole	765	—
Rougeole	343	—
Diphthérie et croup	945	—
Choléra	6,591	—
Érysipèle	372	—

Les maladies inscrites dans ce tableau étant généralement d'un diagnostic facile, on peut accepter les chiffres précédents comme assez vraisemblables. Nous ne ferons qu'une remarque au sujet de la variole; c'est que la mortalité, par suite de petite vérole est, si l'on tient compte du nombre des vivants de chaque âge, dix fois plus meurtrière pendant la première année, à partir de la naissance, qu'à toute autre époque de la vie, que la mortalité est surtout effrayante dans les trois premiers mois de la naissance, d'où l'auteur tire cette conclusion qu'il faut vacciner l'enfant aussitôt après la naissance, ou quelques jours après qu'il est né, mais qu'il faut se garder d'attendre le troisième mois, l'enfant pouvant succomber à la variole avant cette époque.

Choléra. — Le nombre des décès cholériques constatés à Paris en 1865 est de 6,591. L'auteur recherche dans son livre quelle peut être l'influence de la densité de la population, de l'altitude, de l'aisance ou de la misère, et des circonstances météorologiques sur la marche du choléra à Paris. Pour cette cause de décès, comme pour beaucoup d'autres, il trouve que l'influence de la misère est prépondérante. Dans les quartiers pauvres, la mortalité par choléra est trois fois plus considérable que dans les quartiers riches. Le XXe arrondissement, un des plus pauvres de Paris, fait exception à cette loi ; chose bien singulière, en remontant aux épidémies de 1832, 1849, 1854, on trouve que cette partie de la population de Paris n'a fourni qu'un chiffre insignifiant de décès cholériques, alors que le fléau décimait les localités et les arrondissements limitrophes. L'auteur a recherché quelle pouvait être la cause de cette anomalie ; il a fait voir que, ni l'altitude, ni l'exposition, ni la densité de la population, ni les influences atmosphériques ne pouvaient rendre compte de ce fait, et il arrive par voie d'exclusion à attribuer l'immunité de Belleville à la bonne qualité de ses eaux potables. On sait que les fontaines de Belleville sont alimentées par les sources des prés Saint-Gervais; les eaux que fournissent ces sources cheminent dans des conduites souterraines jusqu'à leur point de distribution; par les plus fortes chaleurs de l'été, leur température ne dépasse pas 10 à 12 degrés, et elles sont exemptes de ces impuretés organiques qui souillent les eaux de la Seine pendant l'été. Un fait qui rend plausible cette explication, c'est que Montmartre et Batignolles, qui ont été particulièrement éprouvés par le choléra, recevaient dans leurs réservoirs l'eau puisée à l'usine de Saint-Ouen, à 1,500 mètres du grand égout collecteur.

L'auteur fait remarquer, en terminant son étude sur le choléra, que ce n'est pas seulement à Paris que l'on a observé cette influence des eaux potables sur la mortalité par choléra. A Londres, durant l'épidémie de 1854, les registraires des districts sud de la capitale, où le choléra sévissait avec le plus de violence, avaient reçu ordre, quand un cas de mort par choléra leur était signalé, de rechercher par quelle compagnie d'eau était alimentée la maison où le décès était survenu. L'enquête constata que 2,284 décès étaient survenus dans des maisons qui recevaient l'eau non purifiée de la Tamise, et 294 dans des maisons qui recevaient l'eau filtrée de *Lambeth company*.

Nous n'entrerons pas dans une analyse plus détaillée de l'*Étude sur la mortalité*. L'auteur ne s'est pas étendu également sur l'examen de toutes les causes de décès; il a porté principalement son attention sur les maladies qui, par la facilité avec laquelle elles sont généralement reconnues, laissent peu de prise à l'erreur, et peuvent fournir les éléments d'une statistique assez rigoureuse ; il a écarté tout ce qui leur semblait suspect au point de vue de l'exactitude des constatations. Il faut bien le dire, la statistique mortuaire à Paris, malgré les louables efforts de l'administration municipale, laisse énormément à désirer ; nous sommes, sous ce rapport, bien en arrière de ce qui se pratique à l'étranger. A Londres, à New-York, même à Saint-Pétersbourg, le bulletin de décès est rédigé par le médecin traitant; à Paris, c'est le médecin vérificateur des décès qui est chargé de ce soin; et n'est-il pas évident que, dans un grand nombre de cas, le médecin vérificateur se trouve dans l'impossibilité de reconstituer le diagnostic de la maladie, sur la simple inspection du cadavre ou sur les renseignements si souvent insignifiants des familles? Un autre point non moins important, c'est que le dépouillement des bulletins et leur classement par cause de décès soient confiés à un médecin, comme cela se fait dans toutes les villes de l'étranger où existe une statistique des décès. Enfin, il y a urgence à remplacer la nomenclature actuelle du Bulletin de statistique municipale, par une autre nomenclature en harmonie avec les progrès de la science. Nous ne doutons pas que l'autorité qui a inauguré le nouveau service de statistique, ne tienne à honneur de le rendre aussi parfait que possible.

(1) *Étude médicale et statistique sur la mortalité à Paris, à Londres, à Vienne, etc.*, avec une carte météorologique. In-8°, Savy, éditeur.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 16 janvier 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Giraldès, président sortant, remercie la Société de la bienveillance dont elle l'a honoré pendant toute la durée de ses fonctions.

M. Giraldès invite M. Legouest, vice-président, à prendre le fauteuil de la présidence en l'absence de M. Follin, retenu par une indisposition.

RAPPORT.

De l'influence des exercices vocaux sur les résultats de la staphyloraphie.

— M. TRÉLAT lit un rapport sur un travail de M. Liégeois, candidat à la place de membre titulaire.

A l'occasion de ce rapport, M. Larrey et M. Trélat échangent quelques mots relatifs à l'historique de la staphyloraphie.

— M. VELPEAU demande que l'on insère dans les bulletins le rapport de M. Trélat. Dans ce rapport, dit-il, se trouvent formulées les indications de la staphyloraphie. On entrevoit quelles sont les causes du succès ou de l'insuccès de cette opération ; il y a, de plus, une foule de détails très-utiles pour les praticiens. M. Velpeau ajoute que parmi les promoteurs de la staphyloraphie, il faut citer Lambert et Eustache de Bézier, ainsi que cela résulte des recherches de M. Verneuil. Quant aux résultats fournis par l'opération de la staphyloraphie, ils sont variables; mais en général, ce qui est relatif à la prononciation, laisse souvent à désirer. J'ai vu, dit M. Velpeau, bien des opérés et en particulier celui de Roux, le résultat était loin d'être parfait. Je pourrais citer, entre autres, l'observation d'une jeune anglaise; la suture a réussi, mais la prononciation est encore imparfaite, quoique l'opération remonte à vingt ans. Nous ignorons les raisons pour lesquelles certains opérés parlent bien, d'autres très-mal, après les sutures les mieux faites; il faut que les observateurs s'engagent dans la voie indiquée par M. Trélat, et bientôt nous connaîtrons la cause des insuccès.

M. BROCA s'est demandé si l'infériorité de la suture palatine sur les appareils prothétiques, ne tiendrait pas à la manière dont on observait. Lorsqu'on applique un obturateur, on attend plusieurs mois avant de juger des résultats ; au contraire, on voudrait que les malades parlassent bien dès le jour où la suture est parfaite. En général, les chirurgiens négligent peut-être trop cette gymnastique physiologique sur laquelle insistent avec raison les fabricants pour faire prévaloir leurs appareils. Dans les cas de staphyloraphie, caractérisés d'heureux dans le rapport de M. Trélat, a-t-on fait usage de cette éducation particulière à laquelle je fais allusion ?

M. VELPEAU fait remarquer que les exercices de l'organe restauré sont insuffisants, ainsi que le démontrent les observations, pour rétablir l'intégrité de la fonction.

M. BROCA. Les observations auxquelles M. Velpeau fait allusion sont antérieures à l'époque qui a vu naître l'idée d'une éducation des opérés en rapport avec les lois de la physiologie.

M. TRÉLAT. Les faits qui permettent de répondre à la demande de M. Broca sont encore rares. Parmi les opérés de M. Liégeois, il en est un chez lequel l'éducation a produit un résultat très-satisfaisant. La staphyloraphie procure à certains malades la possibilité de dire tout, et chez ceux-là l'éducation doit fournir des résultats parfaits. D'autres malades restent dans l'impossibilité de prononcer certaines lettres, certaines syllabes, et cela pour des raisons encore mal déterminées. Chez ces derniers, l'éducation doit avoir peu de succès.

M. DESPRÉS dit qu'on peut très-bien juger de la valeur des appareils prothétiques, d'après les résultats immédiats que ceux-ci procurent, lorsqu'on les applique pour remédier à la perte de substance qui succède à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la voie

palatine. Les malades parlent immédiatement aussi bien qu'avant l'opération.

M. TRÉLAT. Il faut se garder de confondre les divisions accidentelles du voile du palais avec les fissures congénitales.

La Société décide le renvoi au Comité de publication du travail de M. Liégeois et du rapport qui l'accompagne.

LECTURE.

M. DUBRUEIL donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Luxations simultanées des trois os intrinsèques du bassin.* (Commissaires : MM. Trélat, Lefort et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DE BEAUFORT présente à la Société de chirurgie un jeune homme qui a subi la désarticulation complète du pied gauche et qui porte une jambe de bois articulée.

M. de Beaufort, poursuivant sa tâche, a cherché à combler une lacune que présente la prothèse du membre inférieur. Les amputés pauvres, ne pouvant se procurer des jambes artificielles métalliques, ont recours à la jambe de bois ordinaire, qui, dans les cas d'amputation sus-malléolaire et tibio-tarsienne, exposent le moignon à de graves accidents.

La jambe de bois articulée inventée par M. de Beaufort, et construite par M. Werber, se compose de deux attelles articulées à la hauteur du genou, et se termine en un pied à base convexe, système qui a été l'objet d'un rapport (1) fait à l'Académie de médecine par M. le baron Larrey, en 1854.

Le nouveau moyen de prothèse, solide, léger, d'un prix modique, permet de développer le pas mieux que tout autre appareil. Il a été, du reste, adopté par l'administration de l'Assistance publique le 4 décembre 1865, sur le rapport de M. le docteur Broca.

Le jeune homme présenté par M. de Beaufort a reçu son appareil à l'hôpital de la Pitié, le 13 du mois dernier, dans le service de M. le docteur Gosselin.

MM. BROCA et **LARREY** insistent sur l'importance des appareils de M. de Beaufort, et surtout sur la modicité de leurs prix. C'est là la principale raison qui en a recommandé l'adoption dans les hôpitaux civils et militaires. M. Larrey ajoute que M. de Beaufort, qui s'est dévoué au soulagement des malheureux amputés, a le mérite de ses inventions, mais qu'il en laisse le profit aux fabricants d'appareils.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 14 décembre 1866. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. RIGAL lit une observation intitulée : *Anémie probablement consécutive à une uréthrite chronique. — Bruit de souffle anémique siégeant manifestement à l'orifice aortique. — Traitement par le fer et l'hydrothérapie. — Guérison.* (Sera publié.)

M. MARTINEAU fait quelques observations à M. Rigal, sur l'observation qu'il vient de lire. Y avait-il, chez le malade de M. Rigal, de l'atonie des organes génitaux et de la spermatorrhée ? Il est possible que la blennorrhagie ait déterminé une ulcération de l'urèthre, puis un rétrécissement en avant de cette ulcération, et que l'ulcère non guéri continue encore à sécréter du pus qui s'écoule dans la vessie au lieu d'être versé à l'extérieur. Pour que la constatation de la guérison fût bien complète, il aurait fallu pratiquer le cathétérisme.

En ce qui touche le bruit de souffle, M. Martineau n'est pas édifié sur sa nature purement anémique. Chez les enfants en effet, on peut s'assurer que les bruits de souffle, dans les maladies organiques du cœur, peuvent disparaître après avoir existé longtemps. Walsche a cité plusieurs exemples de ce genre et Natalis Guillot en avait observé un qu'il avait l'habitude de rapporter à ses élèves. Il est possible que M. Rigal ait eu affaire à un fait analogue.

M. RIGAL. L'écoulement n'ayant pas été examiné au microscope, je ne puis affirmer qu'il n'y avait pas de spermatorrhée; mais comme le malade n'avait pas de pertes dans l'acte de la défécation, il est bien probable qu'il ne rendait pas de sperme. Quant à l'hypothèse que fait M. Martineau d'une maladie organique, ce qu'il vient de dire relatif à l'absence du bruit de souffle ne peut pas s'appliquer au sujet de l'observation actuelle puisque c'était un adulte.

M. BRICHETEAU n'a pas l'intention de défendre les idées de M. Parrot sur le mécanisme du bruit de souffle anémique, mais il ne peut pas non plus se ranger à l'opinion émise par M. Rigal, touchant l'efficacité des injections astringentes à haute dose dans la blennorrhagie. Celles-ci en effet déterminent une inflammation qui guérit, mais qui laisse bien souvent persister l'uréthrite spécifique.

M. GOURAUD. On peut révoquer en doute la pathogénie émise dans l'observation de M. Rigal. Savons-nous si l'anémie n'existait pas longtemps avant la blennorrhagie et si ce n'est pas l'anémie qui précisément l'a entretenue si longtemps.

M. GÉRIN-ROSE se range au doute formulé par M. Gouraud.

M. RIGAL explique l'anémie par une déperdition d'albumine et par un état moral particulier, mais cependant il n'a pas été aussi affirmatif qu'on le suppose; le titre même de son observation en fait foi : *Anémie probablement consécutive,* etc.

M. BARTHEZ confirme ce que disait M. Martineau relativement à l'absence possible de bruits de souffle dans les maladies organiques du cœur chez les enfants. Chez ceux-ci, on ne trouve les maladies du cœur que par hasard, car cela ne les empêche ni de jouer, ni de courir, ni de faire de la gymnastique.

LECTURE.

M. HEMEY lit deux observations intitulées : *Accidents articulaires avec uréthrite blennorrhagique chez la femme.* (Voir notre numéro de mardi dernier.)

M. MARTINEAU regrette que M. Hemey n'ait pas rapporté plus de détails sur les règles et sur leur durée. Dans ces cas, le mot de rhumatisme lui semble mauvais, car ce sont de simples arthrites et non des rhumatismes. Il aurait voulu que M. Hemey eût recherché et noté dans son observation si les malades avaient été soumises aux causes habituelles du rhumatisme.

M. HEMEY ne veut pas discuter la question de la nature des accidents articulaires dans ses observations, parce que cela l'entraînerait trop loin, mais il a toujours trouvé dans ces cas et dans tous les autres qu'il a vus, des antécédents rhumatismaux chez les individus affectés.

M. MARTINEAU. On ne peut pas appeler rhumatisme des accidents articulaires fixes, non erratiques, sans fièvre, sans retentissement du côté des séreuses ou des autres organes, tels que cœur, cerveau, etc.

M. RIGAL désirerait voir se continuer un ancien usage de la Société, par lequel les observations étaient toujours suivies d'un résumé. M. Rigal se demande si toutes les inflammations de l'urèthre sont également aptes à déterminer des arthrites, et, eu égard au petit nombre de ces arthrites qui reconnaissent le cathétérisme pour cause, il se demande s'il n'y a pas eu là plutôt une coïncidence qu'une influence étiologique. M. Rigal s'élève contre les attributs que M. Martineau prête au rhumatisme articulaire. S'il est en effet le plus souvent fébrile, il peut être aussi presque complétement apyrétique.

M. MARTINEAU. M. Ségalas a observé souvent des abcès et des arthrites à la suite du cathétérisme.

M. CORNIL inclinerait plutôt à voir, dans les arthrites qui suivent le cathétérisme ou l'état puerpéral, une véritable infection purulente, suite de phlébite, plutôt qu'une influence mystérieuse des organes génitaux. Dans ces cas en effet, il y a comme point de départ soit une plaie en suppuration, soit des fissures causées par les sondes, et la présence d'abcès fréquents dans les mêmes circonstances en est la preuve.

Relativement à la question du rhumatisme, M. Cornil ne voit pas quelle est l'opposition entre les mots rhumatisme et arthrite, puisqu'il est bien certain anatomiquement que le rhumatisme articulaire consiste dans une ou plusieurs arthrites. De plus, il y a des arthrites rhumatismales qui sont primitivement limitées à une seule jointure, et qui ne s'accompagnent que de très-peu de fièvre, et dans les premiers jours seulement, sans qu'il y ait de blennorrhagie. Et si M. Martineau doute de l'existence de pareils faits, il pourra en voir actuellement trois dans le service de clinique de M. Bouillaud. Quant à la relation qui existe dans les observations de M. Hemey entre les accidents articulaires et la blennorrhagie, M. Cornil félicite leur auteur d'être resté dans une réserve prudente alors que ce sujet est ballotté entre tant d'opinions contraires.

M. MARTINEAU ajoute que les faits d'arthrites, suite de cathétérisme auxquels il faisait allusion, n'avaient d'habitude aucune gravité.

Le secrétaire, V. CORNIL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Marey, qui avait d'abord été chargé, à titre de remplaçant, du cours d'histoire naturelle des corps organisés au collége de France, vient d'être nommé professeur suppléant de cette même chaire.

— La séance annuelle de la Société protectrice de l'enfance aura lieu le dimanche 27 janvier 1867, à deux heures et demie très-précises, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau).

— Les docteurs J. et A. Sichel commenceront un cours clinique théorique et pratique des maladies des yeux, à leur dispensaire, rue du Jardinet, 3, le jeudi 31 janvier, à une heure, et le continueront les samedis, lundis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

(1) *Bulletin de l'Académie,* t. XVII, p. 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 JANVIER 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

I. — Depuis quelques temps, l'Académie des sciences n'a pas reçu beaucoup de communications intéressantes pour les médecins.

Ce que nous avons remarqué de plus saillant, à ce point de vue, dans les dernières séances, c'est une note de MM. Voisin et Liouville, sur quelques effets produits par l'emploi du curare.

Selon ces médecins, on observerait, à des doses qui pourraient varier entre 10 et 13 milligrammes : 1° un état brouillé de la vue avec sensation de pesanteur et demi-occlusion de la paupière, et sentiment de resserrement frontal ; 2° de la diplopie avec dilatation des pupilles, puis un sentiment de lourdeur de la tête, une tendance au sommeil et de l'assoupissement (effets hypnotiques).

La première catégorie de phénomènes, qui correspond aux doses les plus faibles (de 7 à 9 centigrammes), s'est produite du premier au troisième quart d'heure après l'administration hypodermique du curare, et a duré au plus une heure et demie. La seconde, produite en moins d'un quart d'heure par des doses plus fortes, n'a pas dépassé deux heures de durée.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire une note de M. Robin, à propos de *ses leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme*, qu'il offrait à l'Académie; et une autre note de M. Krabbe, *sur les helminthes de l'homme et des animaux domestiques en Islande.*

II. — La Société médicale des hôpitaux n'a pas eu de séance vendredi dernier, parce que la salle qu'elle occupe avait été brûlée la veille. Le dommage se borne heureusement à quelques planches, à quelques poutres et à quelques meubles calcinés.

III. — Nous avons déjà parlé plusieurs fois du traitement qui a été préconisé contre le cancer, à la Société pathologique de Londres. Ce traitement, qui consiste en injections et en applications d'acide acétique, a été essayé dans quelques hôpitaux, avec un résultat médiocre.

A Bicêtre, M. Tillaud l'avait employé chez un vieillard, dont la face était à moitié détruite par un cancer. Pendant les premiers jours, les progrès du mal ont paru retardés; les tissus semblaient moins engorgés, et l'on pouvait croire que l'acide acétique serait véritablement utile; mais bientôt l'ulcération a repris sa marche envahissante, et l'acide acétique a paru avoir épuisé son action.

A l'Hôtel-Dieu, M. Maisonneuve ayant essayé le même remède chez une femme dont le nez et la joue étaient rongés par une ulcération de mauvaise nature, n'en a pas obtenu le moindre résultat.

Et enfin, dans le cas le plus favorable, M. Laugier, qui, chez un malade atteint de cancroïde de la lèvre inférieure, avait d'abord produit une diminution considérable de la tumeur par des applications externes et des injections d'acide acétique, ne voyant pas de progrès ultérieurs, après quelques semaines d'attente s'est décidé à enlever, à l'aide de l'instrument tranchant, la portion malade de la lèvre.

IV. — Nous sommes bien en retard au sujet des hôpitaux de Paris, ayant cédé, mardi dernier, notre tour de parole à M. Brochin, afin que la question d'actualité, celle des nourrices, pût occuper un suffisant espace dans les colonnes de ce journal.

Ainsi, nous n'avons pas encore pu signaler la mort de ce malade, qui était couché au n° 46 de la salle Sainte-Marthe, service de M. Laugier, et dont nous avons déjà parlé comme présentant, à la suite d'une chute, ce singulier phénomène d'être paralysé des deux membres, supérieurs sans l'être des inférieurs. A l'autopsie, on n'a trouvé aucune lésion apparente de la moelle, mais plusieurs vertèbres étaient fracturées. L'examen microscopique des centres nerveux a été confié à MM. Ranvier et Cornil. Nous en indiquerons les résultats.

M. Simon nous a fait voir dans son service, salle Saint-Joseph, n° 20, à l'Hôtel-Dieu, une malade qui, elle aussi, offre un affaiblissement considérable des bras, sans être paralysée des jambes. Cette malade, entrée à l'hôpital le 22 janvier, sans renseignements d'aucune sorte, était alors dans la stupeur. On présume qu'elle doit être atteinte de quelque affection encéphalique, d'autant plus que la paupière gauche et le moteur oculaire du même côté sont paralysés; mais l'intelligence est intacte ainsi que la sensibilité, et les seules lésions de la motilité portent sur les membres supérieurs.

A la salle Saint-Agnès, n° 32, service de M. Guénaud de Mussy, on peut voir un très-bel exemple de ces dépôts pigmentaires qui sont le résultat fréquent de l'entérite tuberculeuse. Le malade en question, âgé de cinquante-sept ans, est dans les salles depuis le 26 octobre pour une diarrhée que rien n'a pu arrêter et qui semble se rattacher à une tuberculisation intestinale, comme il paraît par l'état des poumons. La peau de la face, en particulier, présente chez lui des taches grisâtres, très-analogues à celles qu'on trouve dans la maladie d'Addison, sauf qu'elles sont un peu moins foncées.

Signalons en regard une femme couchée au n° 15 de la salle Saint-Antoine, service de M. Fournier, et qui présente, entre autres choses, une mélanodermie essentielle, caractérisée par de larges plaques d'un gris brunâtre.

Nous reparlerons de cette mélanodermie qui diffère profondément de la maladie d'Addison, malgré la teinte semblable des taches produites par l'une ou par l'autre.

Trois malades ont été reçus pendant ces derniers froids dans le service de M. le professeur Laugier, pour une congélation des pieds ; deux sont morts, l'un très-rapidement avec des accident tétaniques. Nous reviendrons sur ces observations qui ont présenté quelques particularités intéressantes.

Dans la salle Saint-Paul, service de M. Maisonneuve, est couchée, depuis le 19 courant, une malade âgée de quarante-quatre ans, qui, à la suite d'une chute, a eu l'avant-bras luxé en avant. Ce genre de luxation est très-rare, son mécanisme était jusqu'ici mal connu, et nous publierons prochainement cette observation avec détails.

Dans une revue clinique du samedi, j'ai exposé les idées de M. Duchenne (de Boulogne) au sujet de l'ataxie locomotrice. En ce moment se trouve à l'Hôtel-Dieu toute une série de malades qui permettent de faire sur cette affection une étude très-intéressante au point de vue du diagnostic différentiel.

Deux ataxiques sont couchés dans le service de M. Simon : l'un à la salle de l'Ange-Gardien, n° 25, l'autre à la salle Saint-Joseph, n° 12.

Le premier est un homme de peine, âgé de cinquante ans, entré le 18 décembre, malade depuis à peu près deux ans. Il a commencé par s'apercevoir de troubles de la vision et de douleurs dans les membres, douleurs subites et passagères ; il éprouvait en même temps une certaine peine à marcher ; cependant il continuait son état, lorsque, il y a six mois, les douleurs augmentèrent, la marche devint plus irrégulière et bientôt il se vit forcé de renoncer à sa profession.

Les membres ont conservé toute leur vigueur, comme il est facile de s'en apercevoir en essayant de les plier ou de les relever malgré lui ; la sensibilité cutanée, soit au frôlement, soit au pincement, est un peu diminuée à gauche, ainsi que la sensibilité musculaire, car de ce côté la pression ou la piqûre profonde est à peine sentie ; mais à droite tous ces genres de sensibilité sont à peu près à l'état normal.

Lorsque, le malade étant sur son lit, on lui fait étendre et soulever une jambe, soit la droite, soit la gauche, ce mouvement, au lieu de se faire d'une manière régulière, a lieu par saccades pour ainsi dire ; le membre ondule, décrit des cercles, est projeté de côté et d'autre, subitement, sans pouvoir être maintenu pour quelques instants immobile. Ces vacillations et ces écarts n'ont aucun but déterminé et se rattachent, pour ainsi dire, à une sorte de *folie* des muscles.

Lorsqu'on ordonne à ce malade de se lever, de se tenir debout, de faire quelques pas, ce désordre, cette incoordination des mouvements deviennent beaucoup plus apparents.

Tous les muscles des membres inférieurs sont pris de spasmes qui se succèdent avec rapidité, et qui, visibles à l'œil, sont bien sentis à la palpation. Tout l'individu est, en conséquence, dans un état d'agitation continuelle; et dans la marche, les jambes, projetées en avant, agitées de mouvements de latéralité qui s'accroissent avec la fatigue, maintiennent difficilement le corps en équilibre. Du reste, comme les extenseurs ont gardé toute leur puissance, ce sont les talons qui les premiers rencontrent le sol.

Toute cette irrégularité de contractions musculaires est accrue dans une proportion considérable, lorsque le sujet ferme les yeux. Alors non-seulement la marche, mais la station debout deviennent impossibles; les mouvements et les spasmes les plus désordonnés se produisent et vont en augmentant jusqu'à ce que le malade tombe ou rouvre les yeux.

La jeune femme couchée au n° 12 de la salle Saint-Joseph, blanchisseuse, âgée de vingt-huit ans, entrée le 12 juillet, est dans un état analogue.

Elle aussi a commencé, depuis quelques mois, par avoir des troubles de la vue et des douleurs très-passagères. Pour les troubles de la motilité que nous venons de décrire, elle les présente à peu près au même degré; mais ce qu'il y a de très-remarquable chez elle, c'est qu'on ne peut constater ni d'un côté ni de l'autre aucune espèce d'anesthésie, ni d'analgésie : la sensibilité des parties, soit superficielles, soit profondes, est complétement intacte ; le sens musculaire n'est pas diminué. Au point de vue de l'analyse physiologique, ceci est important.

Maintenant, en regard de ces malades qui sont atteints d'une véritable ataxie locomotrice, mettons, avec M. Duchenne (de Boulogne), un sujet qui, lui, est atteint de vertiges tenant à une lésion de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, et, par suite peut-être, des méninges ou du cerveau.

Dans le service de M. Vigla, salle Saint-Julien, n° 25, est couché un homme de cinquante-trois ans, qui, depuis son enfance, a toujours souffert de l'oreille gauche.

Vers le commencement de décembre, les douleurs d'oreille sont devenues plus vives; il est sorti du pus par le conduit auditif externe, et le malade a été pris de vertiges, pour lesquels il est entré à l'Hôtel-Dieu le 16 janvier. Ce n'est pas, du reste, la première fois qu'il ressent ces vertiges, lesquels, en général, se sont dissipés en peu de temps. La région mastoïdienne est couverte d'anciennes cicatrices. Il s'agit donc bien, dans ce cas, du genre de vertiges *ab aure* décrit par Ménière.

Ce malade ne marche pas mieux que les précédents, et, au premier abord, on pourrait le croire atteint également d'ataxie locomotrice; mais lorsqu'on l'examine avec soin, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il s'agit de tout autre chose.

La sensibilité est partout normale, ainsi que la force musculaire. Les membres inférieurs, lorsqu'on les fait soulever l'un après l'autre, n'exécutent aucun mouvement désordonné. Le malade, couché sur son lit, n'éprouve aucune peine à faire tous les gestes qu'on lui commande.

Lorsqu'on le fait lever et se tenir debout, il exécute bien un balancement semblable à celui des ivrognes, mais aucune contraction musculaire n'a lieu sans but; les muscles qui peuvent ramener le corps dans la ligne de gravité entrent en action seuls; les collatéraux, qui ne pourraient que troubler l'harmonie, restent en repos.

Qu'on fasse marcher cet homme, il n'ira pas droit; comme les ivrognes il se balancera, il trébuchera de droite et de gauche; mais comme eux il paraîtra se préoccuper fort peu de son équilibre; et, soit à la vue, soit au toucher, ses muscles ne présenteront aucun de ces spasmes partiels et continuels qui étaient si pénibles chez les malades précédents. S'il ferme les yeux, la difficulté de la station debout ou de la progression en sera augmentée presque autant que chez les ataxiques, mais non point par le même mécanisme. Il oscillera et tombera tout d'une seule pièce, sans mouvement convulsif, sans projection violente des membres, d'un côté ou d'un autre.

Ce que nous observons chez ce malade existerait également dans toute espèce de vertige d'origine cérébrale ou cérébelleuse.

Voyons maintenant quels sont les troubles de la locomotion

qui résultent, non pas d'une ataxie locomotrice ou de vertiges, mais d'une simple lésion de la sensibilité.

Dans le service de M. Fournier, salle Saint-Antoine, n° 25, à l'Hôtel-Dieu, est entrée le 22 décembre 1866 une jeune fille de dix-neuf ans, qui depuis trois ans travaillait à l'aide d'une machine à coudre. La plaque sur laquelle elle appuyait le pied qui mettait en jeu l'appareil était de métal et partant, très-froide pendant l'hiver. Sous cette action du froid ainsi longtemps continuée, il se produisit une paralysie de la sensibilité qui, occupant toute la plante du pied jusqu'aux parties profondes, rendit la malade incapable de continuer sa profession, car elle ne pouvait plus calculer ses mouvements, faute de les sentir. En même temps elle devint chlorotique et gastralgique.

Lorsqu'elle fut examinée pour la première fois, l'insensibilité, soit au chatouillement, soit au pincement, soit à la pression, était complète, et s'étendait jusqu'à une ligne qui suivait assez exactement les rebords du pied. En approchant de la surface plantaire un charbon rouge, on ne provoquait aucune sensation, on pouvait même la brûler sans que la malade en eût conscience, tandis qu'elle retirait aussitôt son pied dès qu'on approchait le même charbon de la face dorsale.

En tordant sur elles-mêmes les articulations du gros orteil, on put constater que les mouvements ainsi communiqués n'étaient pas sentis, et que par conséquent la sensibilité articulaire était elle-même éteinte en cet endroit. A un examen superficiel on aurait pu s'y tromper, car lorsqu'on pliait fortement les phalanges du même orteil, les mouvements étaient révélés à la malade par la tension de la peau de la face dorsale qui avait conservé sa sensibilité.

Ce qui est curieux dans ce cas, ce n'est point la cause de l'anesthésie, car les paralysies *a frigore,* connues depuis longtemps, ont été indiquées notamment par Galien; un graveur célèbre a perdu ainsi l'usage de sa main; mais il est rare de voir une anesthésie si nettement limitée aux parties qui ont subi l'action du froid, et si complète en même temps, au point d'atteindre les articulations.

Cette jeune fille tombe quelquefois lorsqu'on lui fait fermer les yeux; mais c'est parce que, ne sentant pas le sol, elle pose son pied à faux sans s'en apercevoir. Quand elle dirige ses mouvements du regard, elle les exécute avec la plus grande précision.

Tous les malades précédents ont conservé intacte leur vigueur musculaire; il n'en est pas de même d'un homme de trente ans, couché au n° 4 de la salle Saint-Agnès, service de M. Guéneau de Mussy. Cet homme est atteint d'une paralysie des extenseurs du membre inférieur gauche, avec anesthésie des régions jambières antérieure et externe, sans cause connue. Lui aussi marche difficilement, mais son aspect est tout autre; il traîne la jambe, détache à peine du sol la pointe du pied, tandis qu'il soulève le talon. Du reste, il n'a ni crampes, ni irrégularité dans les mouvements; mais seulement une grande faiblesse musculaire. Il ne s'agit évidemment ici ni d'*ataxie locomotrice,* en prenant ce mot comme représentant une maladie déterminée, ni d'*ataxie,* d'incoordination, en prenant ce mot comme représentant un symptôme.

L'espace nous manque pour parler aujourd'hui de deux autres malades, qui sont couchés dans le service de M. Vernois, l'un à la salle Sainte-Madeleine, n° 14, l'autre à la salle Saint-Landry, n° 18, et qui présentent de l'incoordination des mouvements, des spasmes, de l'*ataxie symptôme,* sans être cependant atteints d'une ataxie locomotrice proprement dite; ainsi que d'un autre malade qui se trouve à la Charité, salle Saint-Louis, n° 11, dans le service de M. Bourdon, et chez lequel la gêne de la progression semble se rattacher à une thrombose de l'artère iliaque. — Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPETRIÈRE. — M. Charcot.

Étiologie de la Goutte.

(Leçon recueillie par M. le Dr Ball.)

Messieurs,

Nous venons d'esquisser à grands traits l'histoire pathologique et la géographie médicale de la goutte. Mais il nous faut maintenant quitter cette étude à vol d'oiseau, et descendre du point de vue très-général que nous avions adopté, pour nous occuper de l'analyse minutieuse des circonstances particulières qui peuvent donner naissance à cette maladie. Nous aurons l'occasion, dans le cours de cette étude, de signaler des faits encore peu connus en France, et qui méritent à tous égards de fixer votre attention.

Étude analytique des causes de la Goutte.

I. — Causes individuelles.

1° *Spontanéité.* — Il est incontestable que la goutte peut se développer spontanément; des faits rapportés par tous les auteurs le démontrent, et j'ai rencontré moi-même des cas de cette espèce. Il y a donc dans la constitution même de certains sujets des conditions favorables au développement de la goutte; les circonstances extérieures ne font que les mettre en évidence. Il n'y a rien qui doive vous étonner : car l'excès de production ou le défaut d'élimination de l'acide urique semblent être les conditions fondamentales de cette diathèse; or, l'acide urique existe à l'état normal dans le torrent circulatoire; et pour peu que la quantité en soit augmentée, la série pathologique tout entière peut se dérouler.

2° *Hérédité.* — La définition de la goutte telle, que l'ont formulée tous les auteurs modernes, comprend toujours la notion d'hérédité. Les médecins qui recueillent des observations dans les hôpitaux ont déjà constaté, sur ce point, la fréquence de la transmission héréditaire; à plus forte raison la reconnaît-on dans la pratique civile. Nous plaçons sous vos yeux quelques chiffres qui peuvent donner une idée approximative de l'importance de cette condition :

Scudamore, sur 523 goutteux, a rencontré l'hérédité 309 fois.
Patissier (rapport), sur 80, 34 fois.
Garrod, sur 100, 50 fois.

La goutte héréditaire se développe souvent de bonne heure, avant l'époque habituelle. C'est de trente à trente-cinq ans que l'on voit ordinairement se manifester la goutte spontanée; mais la goutte héréditaire n'attend pas toujours aussi longtemps pour se montrer. Souvent elle se déclare à un âge déterminé chez tous les sujets d'une même famille. Garrod nous apprend que dans l'une des grandes maisons d'Angleterre, l'aîné de la famille, au moment où il recueille l'héritage de ses ancêtres, est frappé de la goutte; et cette succession se perpétue depuis quatre siècles.

3° *Sexe.* — L'influence du sexe sur la production de la goutte n'est pas mois évidente que celle de l'hérédité. Les femmes jouissent, à cet égard, d'une immunité relative qu'il serait impossible de contester. Sur les 80 cas rassemblés par Patissier, il en est deux seulement qui appartiennent au sexe féminin. C'est à l'époque de la ménopause que ces accidents se développent de préférence, ainsi que le fait observer Hippocrate.

Sous ce rapport, comme nous le verrons bientôt, le rhumatisme chronique diffère essentiellement de la goutte. Il existe cependant des exceptions à cette règle, et l'on voit quelquefois des femmes devenir goutteuses de bonne heure; mais on reconnaît ici, presque toujours, l'influence de l'hérédité.

Ajoutons enfin que ce sont surtout les formes asthéniques de la maladie qui prédominent dans le sexe féminin.

4° *Age.* — C'est de trente à trente-cinq ans que s'étend, d'après Scudamore, l'âge classique de la goutte. On l'observe rarement avant la vingtième ou après la soixantième année. Garrod l'a cependant rencontrée une fois chez un sujet âgé de neuf ans, et une fois chez un jeune homme âgé de moins de dix-sept ans. Il rapporte aussi quelques cas dans lesquels cette affection s'est développée chez des vieillards de soixante ou soixante-dix ans.

Le rhumatisme, au contraire, se manifeste plus tôt, et on l'observe, en général, avant l'âge de trente-cinq ans.

5° *Tempérament, constitution.* — On s'est souvent attaché à rassembler les caractères d'une constitution spéciale qui prédisposerait à la goutte. Mais l'étude des faits nous apprend qu'elle ne respecte aucun tempérament, et peut se développer aussi bien chez les sujets affaiblis que chez les hommes vigoureux; seulement, le type de la maladie est modifié par les conditions générales de l'organisme. La forme sthénique se rencontre surtout chez les individus sanguins et pléthoriques; la forme asthénique, chez les femmes et les sujets nerveux.

II. — Quittons maintenant l'étude des causes qui tiennent à l'individu, pour nous attacher à celles qui résultent du milieu dans lequel il existe. Occupons-nous de l'hygiène et surtout de l'alimentation; nous y rencontrerons des données précieuses pour la solution du problème que nous cherchons à élucider.

1° *Climats.* — La géographie médicale nous a déjà montré que la goutte n'appartient guère qu'aux zones tempérées du globe, et semble fuir les contrés tropicales. Inconnue au Brésil, en Afrique et dans les régions équatoriales, elle frappe cependant quelquefois les Européens qui transportent dans les pays chauds les habitudes des pays froids : voilà pourquoi, aux Indes orientales, les Anglais y sont quelquefois exposés.

2° *Alimentation excessive et défaut d'exercice.* — On a reconnu de tout temps qu'un régime trop succulent et une vie trop oisive — deux causes qui agissent souvent de concert — prédisposent directement aux manifestations de la goutte : voilà pourquoi, sans doute, elle prédomine dans les classes aisées, et se rencontre moins souvent chez les gens du peuple. C'est ce que l'on exprime en termes familiers, en disant que la goutte provient d'un excès des recettes sur les dépenses. Nous verrons bientôt que les faits ne se prêtent pas toujours à une interprétation aussi facile; mais il est certain, du moins, qu'une nourriture trop animalisée favorise le développement de cette affection, et que les gros mangeurs sont souvent au nombre de ses tributaires.

3° *Influence du système nerveux.* — On ne saurait nier non plus l'influence exercée par les causes cérébrales. Les travaux intellectuels, les émotions morales, une grande contention d'esprit ont toujours occupé une place importante dans l'étiologie de la goutte. C'est ce qui justifie la boutade spirituelle par laquelle Sydenham se consolait d'être goutteux lui-même : « *Plures interemit divites quam pauperes sapientes, quam fatuos,* » dit-il en parlant de cette maladie. Il est incontestable que les hommes politiques les plus distingués, en Angleterre du moins, en deviennent les martyrs : on peut citer, entre autres, l'exemple des deux Pitt. On sait que le premier de ces deux grands ministres, le comte de Chatham, n'était pas un adorateur de Bacchus. Il est vrai qu'on ne saurait en dire autant de son fils, William Pitt, qui ne prenait jamais la parole à la Chambre des Communes sans avoir réchauffé son éloquence par des libations abondantes.

4° *Excès vénériens.* — L'abus du coït peut évidemment agir dans un sens favorable à la goutte, grâce aux perturbations du système nerveux qui en sont la conséquence; mais on peut recourir ici à une explication plus simple. On sait que les excès de ce genre se relient étroitement à l'ivresse des festins, et c'est peut-être au concours de cette dernière circonstance qu'il faut attribuer ici le rôle principal.

5° Il est deux autres causes qui doivent maintenant fixer notre attention : nous voulons parler de l'influence des boissons fermentées et de l'intoxication saturnine.

L'action des liquides fermentés est ici si manifeste, que Garrod a pu dire : « L'homme, privé de ces boissons, n'eût peut-être jamais connu la goutte. »

Le domaine de l'intoxication saturnine est beaucoup plus restreint à cet égard; mais, au point de vue pathogénique, ce côté de la question offre le plus grand intérêt.

Nous allons successivement étudier ces deux ordres de faits.

A. *Boissons fermentées.* — Il faut établir, au point de vue qui nous occupe, une distinction radicale entre les spiritueux (rhum, eau-de-vie, whiskey, genièvre, etc.), qui contiennent de 40 à 70 pour 100 d'alcool, et les simples boissons fermentées (vin, bière, cidre, etc.), dont la richesse alcoolique varie de 4 à 20 pour 100. Il semble, au premier abord, que plus un liquide est chargé d'alcool, plus il doit prédisposer à la goutte; mais il n'en est pas ainsi, et vous serez peut-être étonnés d'apprendre que l'usage et même l'abus des liqueurs distillées, ne paraissent pas exercer la moindre influence à cet égard. En effet, la goutte ne se rencontre guère chez les populations qui boivent de l'eau-de-vie. En Suède, où l'alcoolisme est si fréquent, d'après Magnus Huss, il n'est pas question de cette maladie. Il en est de même en Danemark, en Russie et en Pologne. En Écosse et en Irlande, la goutte est rare parmi les classes inférieures; à Édimbourg, c'est à peine si, dans une longue pratique nosocomiale, Bennett et Christisen en ont rencontré un ou deux cas. Or, dans ces pays, la seule boisson alcoolique dont le peuple fasse usage, est le whiskey (eau-de-vie de grain).

A Londres, au contraire, la goutte est très-commune parmi la population ouvrière, et se rencontre fréquemment dans les hôpitaux. Or, la seule différence fondamentale qu'on puisse invoquer à cet égard entre le nord et le midi du Royaume-Uni, c'est l'énorme consommation de bières fortes (ale, stout, porter) qui se fait parmi les ouvriers de la capitale.

L'influence vraiment remarquable de ces boissons est reconnue par tous les auteurs anglais, à commencer par Scudamore; il nous apprend « que la goutte est beaucoup plus fréquente à Londres, parmi les gens du peuple, depuis que l'usage du porter est devenu habituel. » Le témoignage de Watson, Budd, Todd, vient corroborer cette assertion : « La plupart de ceux qui s'adonnent à l'usage de la bière et surtout du porter, dit ce dernier, souffrent tôt ou tard de la goutte. »

Un exemple emprunté à Budd (1) met en lumière l'influence exercée par ce genre de boisson. Il existe à Londres un corps d'ouvriers qui travaillent à l'extraction du sable de la Tamise. Cette opération se fait pendant la marée basse, et les heures de travail tombent, par conséquent, tantôt le jour, tantôt la nuit. Les travailleurs, qui sont exposés à toutes les intempéries, sont obligés, en outre, de déployer une grande force musculaire. Aussi, pour obtenir un meilleur rendement (vous reconnaissez ici le caractère pratique des Anglais), on accorde à ces hommes une forte ration de porter. Ils en boivent chacun deux à trois *gallons* par jour : le *gallon* équivaut à quatre litres environ !!! A part cette énorme consommation de liquide, le régime qu'ils suivent est celui des classes les plus inférieures de Londres. Or, la goutte est exceptionnellement fréquente parmi ces pauvres gens, qui partagent ce triste privilège avec les pairs du royaume; et, bien que leur nombre ne soit pas très-considérable, plusieurs d'entre eux sont admis chaque année, comme goutteux, à l'hôpital des marins. Et pourtant ce sont, en général, de malheureux paysans irlandais chez qui le vice héréditaire ne saurait être mis en cause.

Garrod est arrivé, de son côté, aux mêmes résultats. Il a constaté que les employés des grandes brasseries étaient souvent frappés de goutte : et pourtant rien dans leurs antécédents ne pouvait expliquer cette prédisposition morbide, si ce n'est l'abus de l'ale et surtout du porter.

Cependant ces deux liquides ne se font pas remarquer par leur richesse en alcool. D'après Muller, l'ale écossaise en contient 8 p. 100, le porter, 5 p. 100. Ce chiffre est inférieur à celui de nos vins de France et ne dépasse pas celui des bières allemandes, qui ne produisent guère de tels effets, malgré l'énorme consommation qu'on en fait dans les brasseries.

On voit, par conséquent, que le raisonnement à priori ne saurait être appliqué à la question qui nous occupe, et que l'influence des boissons fermentées, sur la goutte, est loin de répondre au taux de leur richesse en alcool. Des circonstances d'un ordre différent, et qui nous ont échappé jusqu'à ce jour, viennent probablement s'interposer ici; et pour chaque espèce de boisson, il faut s'en rapporter aux données de l'expérimentation directe.

(1) Tweedie. *Library of Medecine.* Vol. V, art. Gout.

Nous allons maintenant examiner l'action des vins. Il faut accorder, ici, le premier rang aux vins spiritueux (le Porto, le Xérès, le Madère, le Marsala) dont on fait un si grand usage en Angleterre, dans toutes les classes de la société. Ils renferment une quantité considérable d'alcool, qui peut varier de 17 à 20 p. 100.

Les vins plus légers (Rhin, Moselle, Bordeaux, Champagne,) sont loin d'exercer la même influence.

Mais on ne saurait en dire autant du Bourgogne, qui cependant ne contient guère plus d'alcool que les précédents.

« L'Hermitage rouge et le Bourgogne, ce dernier surtout, dit Scudamore, renferment la goutte dans chaque verre. »

Le cidre lui-même, cette boisson peu dangereuse en apparence, paraît favoriser aussi le développement de cette affection. D'après Garrod, ce serait le cidre doux, n'ayant subi qu'une fermentation partielle, qui posséderait cette fâcheuse propriété.

Nous croyons avoir suffisamment démontré l'influence que certaines boissons peuvent exercer sous ce rapport. Passons maintenant à un autre sujet.

B. — *Intoxication saturnine.* — Garrod avait constaté que sur 51 goutteux entrés dans son service d'hôpital, il n'y en avait pas moins de 16 qui exerçaient la profession de peintres ou de plombiers; et des recherches ultérieures n'ont fait que confirmer ce résultat singulier. L'imprégnation saturnine a donc été rangée parmi les causes prédisposantes de la goutte.

Une fois cette coïncidence signalée, on vit affluer de toutes parts des documents à l'appui. Parmi les auteurs antérieurs à Garrod, on peut citer Musgrave, qui a vu la goutte succéder à la colique de Poitou; Falconer qui a fait la même remarque; Parry, qui dans son recueil d'observations, établit que la goutte est fréquente chez les sujets atteints de paralysie saturnine; enfin Todd qui rapporte plusieurs cas de goutte observés dans des circonstances analogues.

Depuis la publication du livre de Garrod, plusieurs auteurs anglais ont signalé des faits de ce genre : nous citerons surtout Burrows et Begbie. Mais en Angleterre, il faut tenir compte des causes alimentaires que nous venons d'énumérer. En France, où la colique de plomb est si commune, comment se fait-il que la goutte soit si rare parmi les gens du peuple?

Eh bien! il existe parmi les *saturnins* quelques goutteux, chez qui l'empoisonnement par le plomb est la seule cause qu'on puisse invoquer. Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un fait très-remarquable de ce genre; et M. le docteur Bucquoy vient de recueillir une observation presque identique à l'hôpital de la Charité.

Il resterait à déterminer la cause de cette étrange coïncidence. Garrod a constaté que l'imprégnation saturnine provoque une accumulation d'acide urique dans le sang, surtout dans les cas avancés, où il existe de la paralysie; ce fait a été constaté chez des saturnins non goutteux, qui paraissent ne point avoir été albuminuriques; car on a examiné les urines, et l'on s'est assuré que la proportion d'acide urique avait sensiblement diminué; mais dans ces analyses, il n'est pas question de la présence de l'albumine. Garrod s'est demandé si dans ce cas il y a production exagérée d'acide urique ou défaut d'excrétion de ce produit. Il penche vers cette dernière hypothèse, et voici l'expérience sur laquelle il s'appuie : après avoir examiné, pendant plusieurs jours, les urines d'un certain nombre de malades atteints d'affections diverses, pour constater le taux normal de l'acide urique, il les a soumis à l'usage médicinal de l'acétate de plomb, et il a vu diminuer l'excrétion de l'acide urique.

Ce serait donc en paralysant l'action du rein, au moins pour ce qui touche à l'élimination de l'acide urique, que le plomb favoriserait la manifestation de la goutte; mais cette maladie peut-elle éclater sous l'influence de cette seule cause? Oui, peut-être, dans quelques cas très-exceptionnels; mais s'il existe des causes adjuvantes, les effets du plomb se montreront avec la dernière évidence.

III. — *Causes excitantes.* — Incapables par elles-mêmes de produire la goutte, les conditions que nous allons énumérer ont une grande puissance pour provoquer le développement des accès.

1° *Boissons alcooliques.* Chez les goutteux, l'ingestion, même en quantité minime, de certains vins, le champagne, le porto, par exemple, suffit pour déterminer tantôt un violent accès de goutte, tantôt un simple gonflement du gros orteil. Aussi Garrod a-t-il pu dire : « Toutes les fois que chez un individu quel« conque, il suffit de quelques verres de vin pour provoquer « rapidement et invariablement l'inflammation d'une jointure, « cette inflammation est certainement de nature goutteuse. »

2° Les *indigestions*, les troubles gastriques agissent de la même manière;

3° Le *froid humide*, la suppression de la sueur, sont dans le même cas;

4° Il en est de même des *travaux intellectuels* immodérés, sur lesquels nous avons appelé déjà votre attention comme causes déterminantes de la goutte;

5° Les *causes traumatiques*, opérations, fractures, etc., peuvent développer un accès de goutte; j'ai vu une attaque de trismus produire ce résultat;

6° Les *causes débilitantes*, hémorrhagies, saignées, maladies graves, exercent aussi leur influence sur la production des accès. Cela est d'autant plus intéressant à noter, que l'on aime à se figurer la goutte comme une maladie de gens pléthoriques. Mais Todd a prouvé qu'elle s'attaque volontiers aux sujets débilités.

Nous consacrerons la prochaine séance à l'étude de la théorie de la goutte.

ÉTUDES

Sur l'action thérapeutique de la source Dominique,

Par M. le Dr Chabannes, médecin-inspecteur des eaux de Vals (1).

DEUXIÈME FAIT. — Une dame de trente-quatre ou trente-cinq ans, fut prise en 1856 d'accidents caractérisés par une inappétence insurmontable et une toux spasmodique qui se prolongèrent, l'une et l'autre, pendant plusieurs mois. Comme on le pense, l'état général se ressentit d'une diète aussi rigoureuse; la faiblesse était devenue extrême; cependant rien n'indiquait de lésion matérielle. Les choses en étaient là, lorsque le professeur Pétrequin, de Lyon, fut appelé à donner son avis. Un cautère à la potasse fut appliqué sous la clavicule; sirops pectoraux, tisanes béchiques, etc., etc., tout cela fut inutile. le mal dura encore quelques mois, et cette dame, que je ne perdis jamais de vue, guérit, on peut le dire, par la grâce de Dieu ou, si l'on veut, par les progrès du temps.

Tout allait à peu près depuis plusieurs années, notre malade ayant conservé son naturel fort irritable et fort rebelle aux prescriptions médicales, lorsque il y a un an environ, à la suite de contrariétés éprouvées sans des motifs bien sérieux, la toux et l'inappétence revinrent. Les fonctions menstruelles n'ayant jamais été bien régulières, ne présentaient aucun phénomène particulier. Mes prescriptions étaient mal suivies; mes craintes étaient d'ailleurs éveillées plutôt par le souvenir de la ténacité ancienne du mal et de sa longue durée, que par le spectacle des symptômes actuels.

Après avoir essayé quelques ferrugineux, la malade alla consulter une des sommités médicales de Lyon, qui ordonna l'eau du Mont-Dore coupée avec du lait, plus quelques calmants. Contrairement à son habitude, la malade exécuta religieusement les prescriptions, mais sans succès. C'est alors que je l'engageai vivement à boire de l'eau de la Dominique. En peu de jours la toux avait cessé, l'appétit était revenu.

Ici, ne doit point se présenter l'idée d'anémie telle que nous l'entendons ordinairement. Cette dame est colorée, malgré son état maladif, elle se livrait de longues journées à l'exercice d'une surveillance de chaque instant; ses forces étaient plutôt exaltées que diminuées. Les règles qui n'avaient pas paru depuis deux ou trois mois, reparurent; le bien-être ne s'est pas démenti depuis six mois.

Cette observation est surtout à remarquer à cause de l'éréthisme nerveux qui était en jeu; les événements les plus ordinaires de la vie suffisaient, pendant les deux périodes de crise dont nous venons de parler, pour provoquer des accès de toux interminables. Tout était prétexte à contrariété : les familiers de la maison, les enfants, l'époux, pour lesquels cette dame a un attachement sans bornes, devenaient, à certains moments, des objets d'impatience, insupportables à sa vue. J'ai la conviction que cet état, qu'un long voyage, dit d'agrément, n'avait pu calmer, se serait prolongé indéfiniment sans la Dominique, ainsi qu'il était arrivé il y a une dizaine d'années.

Sanguis moderator nervorum, dit-on; donnez du sang et les nerfs se calmeront. Le fer est sans contredit, un médicament héroïque pour arriver à ce but; mais il y a un choix à faire dans les préparations ferrugineuses que nous offre la matière médicale. La clinique nous enseigne que, pour avoir pour base le même agent, ces préparations ne sont pas pour cela identiques dans leurs effets. La source Dominique est une nouvelle préparation martiale, préparation sortant de toutes pièces du creuset de la nature, pour remplir, dans les cas qui nous occupent, cette double indication, tonifier en calmant, ou calmer en tonifiant, comme je l'avais établi en commençant.

TROISIÈME FAIT. — C'est un individu du Poitou, âgé de quarante-huit ans environ. A la suite d'hémorrhagies abondantes et répétées par l'anus, hémorrhagies occasionnées probablement par la présence des hémorrhoïdes, une anémie des plus prononcées s'est manifestée; bruit de souffle carotidien très-fort, décoloration complète de toutes les muqueuses accessibles à la vue, essoufflement à la moindre marche, digestions très-longues et pénibles, paresse pour tous les exercices corporels.

A première vue, l'état de cet individu me paraît si grave, que je porte un pronostic des plus fâcheux, le croyant atteint de quelque lésion organique, entretenant ce hémorrhagies si fréquentes. Le malade avait pris à domicile de nos eaux bicarbonatées sodiques, et il croyait en continuer l'usage sur les lieux, lorsque je lui conseillai la Dominique. Pendant une vingtaine de jours, en effet, cette eau médicamenteuse fut prise à la source et à table; je l'administrai à table, parce que l'état de l'estomac ne permettait pas des doses convenables. A la fin de la cure, notre malade partit fort satisfait, beaucoup plus coloré, nullement essoufflé, marchant la plus grande partie de la journée, et ne présentant aucun bruit de souffle carotidien.

Le sujet de cette observation avait fait un usage prolongé des ferrugineux et des astringents, lavements froids, etc., mais en vain. A son arrivée, chaque selle était encore accompagnée de sang en plus ou moins grande quantité; après dix jours de traitement, les traces de sang avaient disparu et, jusqu'au départ elles ne se montrèrent plus.

A Vals, les cas de ce genre sont si fréquents, qu'il est presque fastidieux de les enregistrer; mais la réputation de la source Dominique est si jeune encore, que les lecteurs de la *Gazette* pardonneront mon insistance à propager les services qu'elle m'a rendus, en vue des services qu'elle pourra leur rendre. La classe des ferrugineux, quoique enrichie journellement par les conquêtes de la chimie, est encore une de celles qui laissent le plus de lacunes à combler. Les préparations nouvelles, qui chaque jour sont recommandées aux praticiens, en sont une preuve. Au milieu de tant de richesses où, ce semble, la main n'a qu'à prendre, que de fois l'organisme ne trouve pas encore ce qui lui convient! Notre malade avait essayé bien des toniques, des ferrugineux qui auraient pu détruire toute confiance dans un médicament du même genre; et cependant la Dominique, venue la dernière, fit ce que les premiers n'avaient pu faire.

(1) Voir les numéros du 7 janvier.

Les trois faits dont nous venons de parler concernent des maladies générales, maladies *totius substantiæ*, que l'usage de la Dominique a fait disparaître en reconstituant tout l'organisme. Nous aurons à faire connaître d'autres cas, dans lesquels la débilité générale étant causée par une maladie organique déterminée, la Dominique devenait encore utile pour rendre du ton à l'économie, pour réveiller les forces radicales, sans néanmoins guérir la maladie principale. Nous allons citer un fait, dans lequel la Dominique a été dirigée avec succès contre la maladie d'un organe isolé.

QUATRIÈME FAIT. — Un jeune homme appartenant à la classe la plus élevée de la société, avait gagné dans les veilles, dans les plaisirs de la table, et toutes les prétendues jouissances qu'une grande fortune permet de se donner, une intolérance gastrique et un dégoût profond pour toute espèce d'aliment. Depuis plusieurs mois, il ne se sustentait qu'avec quelques minimes portions d'aliments froids, et encore, neuf fois sur dix, le vomissement suivait. J'omets les insomnies et tous les accidents névropathiques qui accompagnaient cet état.

Il essaya vainement les eaux faibles, puis les eaux fortes bicarbonatées sodiques de Vals; il ne survenait aucune amélioration. En dernière ressource, je l'adressai à la source Dominique; elle fut trouvée agréable au goût, fut tolérée, et en peu de jours, il n'y eut plus de vomissements, l'appétit revint et, malgré bien des infractions à mes prescriptions diététiques, une cure de quarante jours remit sur pied ce jeune vieillard, que les excès avaient réduit à un triste état.

L'influence tonique et sédative de la Dominique se manifesta ici très-rapidement. Dès les premières verrées fut calmé cet état d'éréthisme nerveux de l'estomac; le bien-être général ne tarda pas à suivre les bonnes digestions.

Le mérite reconstituant de la Dominique s'exerce sur tous les cas de la débilitation, quelle qu'en soit la cause. Cette proposition a un caractère de généralité que je ne puis maintenir, à cause du trop grand nombre d'observations qui me seraient nécessaires, et que je n'ai pas en mon pouvoir; mais voici un fait, pris sur un certain nombre d'autres, qui tend à établir ce que j'avance :

CINQUIÈME FAIT. — Un diabétique de 71 ans, qui avait fait plusieurs cures à Vichy, les années précédentes, vint à Vals pour y continuer son traitement. Les urines étaient fortement sucrées, l'état général faisait redouter une issue promptement funeste. Les jambes étaient considérablement infiltrées; une marche d'une cinquantaine de mètres était presque impossible. Pendant les quinze premiers jours de la cure, le malade but à nos sources ferrugineuses bicarbonatées sodiques fortes, et, contrairement à ce qui arrive ordinairement, il ne se trouva pas mieux. Même lassitude générale, même inappétence, même sécheresse de la bouche. Je parlai à notre diabétique des propriétés dont jouissait la Dominique, et il en commença l'usage aussitôt. Quinze jours durant, il en prit de six à huit verres par jour; une amélioration sensible ne tarda pas à se manifester. Au départ, la bouche était moins sèche, la soif moins vive, les forces générales meilleures, l'appétence pour la viande était revenue, l'infiltration des extrémités inférieures persistait encore, mais elle n'était plus gênante; le malade faisait des marches dix fois plus longues; il était, en un mot, très-satisfait d'un état auquel il ne s'attendait pas.

SIXIÈME FAIT. — Un homme de quarante-quatre ans, après s'être livré, de longues années, à des travaux excessifs de corps et d'esprit, est tombé peu à peu dans un état névropathique des plus graves; deux ou trois heures après chaque repas, il devient le théâtre de mille phénomènes divers, éructations sonores, bâillements, pandiculations, tiraillements dans les membres, face vultueuse et pâle alternativement, terreurs occasionnées par des vertiges fréquents, horreur du vide; marche-t-il sur un trottoir, rencontre-t-il une personne connue, il n'ose s'arrêter, il craint de ne pas tenir debout, plus plat est le sol sur lequel il stationne, plus imminente lui paraît sa chute, le sol ondule ou fuit sous ses pas.

L'estomac est capricieux, l'aliment qui passe bien aujourd'hui, fatigue le lendemain; l'intestin participe à tous les désordres. Ainsi, le malade obéissant à des besoins bien accentués, va, en moyenne, quatre fois par jour à la selle, et les matières sont suffisamment mouillées. La Dominique fit le fond du traitement de ce malade. A son départ, la marche était très-facile, les digestions normales, les selles avaient lieu une fois par jour, et les terreurs que les oscillations du sol et les vertiges provoquaient s'étaient évanouies avec leurs causes. Il serait bien long d'énumérer tous les médicaments que le pauvre dyspeptique avait pris; en voici quelques-uns qu'il se rappelait : liqueur de Pearson, noix vomique, musc, zinc, valériane, bains de baréges, etc., etc.; toutes ces préparations avaient été prescrites par un médecin dont la réputation est européenne.

Dans l'observation qui va suivre, la Dominique joue encore le principal rôle. Ici, comme pour le cas précédent, il fut fait usage de quelques autres sources voisines, de quelques bains d'eaux minérales, dont il est juste de tenir en compte l'influence; mais pour moi, qui ai suivi le développement des faits, il me reste la conviction que, sans la Dominique, les résultats auraient été loin d'être aussi satisfaisants. A Vals, il est rare qu'un traitement s'effectue à l'aide d'une source unique. C'est en combinant l'administration de plusieurs de nos sources que s'obtiennent le plus souvent les meilleurs résultats; il importe peu de dégager l'action de telle ou telle bicarbonatée, dans la solution du problème qui est le recouvrement de la santé; il n'en est plus ainsi, s'il s'agit de la Dominique; quand celle-ci intervient dans le traitement, deux agents très-distincts sont en présence. Il importe alors, en vue des applications futures, de dégager exactement cette inconnue, pour ainsi dire; c'est ce que je me

suis efforcé de faire, depuis que j'administre l'eau de cette source, et c'est guidé par mon expérience et par mon observation que, dans le cas qui va suivre, j'avance que la Dominique a été le principal agent de guérison.

Avant de reproduire la note du médecin qui nous avait adressé la malade, nous tenons à faire remarquer au lecteur qu'après avoir constaté dans les deux premiers faits de ces études, la dyspnée et la toux comme prédominances névropathiques, nous allons trouver ici l'aphonie comme prédominance corrélative. Voici, du reste, le texte de la note; elle sera suffisante pour faire apprécier la gravité du mal et l'importance de la guérison.

SEPTIÈME FAIT. — Mme *** est atteinte de dyspepsie grave, sans cependant que les explorations répétées des viscères digestifs aient fait découvrir dans ces viscères aucune lésion pathologique appréciable; caprices de l'estomac pour les aliments, inappétence, dégoût insurmontable pour toute la nourriture animale; sentiment de chaleur et d'acidité dans l'estomac et le long de l'œsophage; digestions lentes, pénibles et parfois douloureuses; tels étaient les principaux phénomènes de cette maladie, dont la conséquence inévitable fut un appauvrissement général de la constitution.

Ce mal dure déjà depuis environ dix ans; il a passé par beaucoup de phases, avec des intervalles plus ou moins longs, et pendant lesquels la santé ne s'est jamais remise complétement. La dernière phase, la plus grave sans doute, a commencé, il y a deux mois à peu près, par un affaiblissement progressif, aversion toujours croissante pour les aliments quels qu'ils fussent, et digestion de plus en plus difficile. Enfin sont survenus les vomissements pendant plusieurs jours, incoercibles, une céphalalgie intense, une *aphonie* presque complète et une faiblesse extrême. En même temps, on voyait l'anémie se prononcer chaque jour davantage. Des bains avec le sous-carbonate de soude, puis avec les sels stimulants de Pennès, l'eau de Vals que l'estomac supporte bien, tels sont en dernier lieu les remèdes qui ont le mieux réussi, et qui ont assez remonté la malade pour nous permettre de l'envoyer à Vals.

Le traitement suivi dans l'établissement fut complexe, mais c'est l'usage de la Dominique qui accentua le mieux la période de l'amélioration. Voici la lettre qui me fut écrite le 8 août suivant. « ... Nous avions presque perdu l'espoir de conserver Mme*** et nos médecins l'envoyèrent à Vals en désespoir de cause; ils sont aussi heureux que nous d'un si bon succès...... M*** a recouvré complétement la voix qu'elle avait perdue depuis longtemps. Elle est encore mieux qu'en quittant Vals.... » Qu'ajouter à ces lignes signées, les premières, d'un des plus grands noms médicaux de la France, les autres, par le nom le plus vénérable.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

101. Notes et réflexions médico-chirurgicales sur les phlegmasies de la matrice, par M. Alexandre Boggs.

102. Étude sur quelques luxations de la cuisse compliquées de fractures du fémur, par M. J. M. Camille Raillard.

103. Vices de conformation de la voûte palatine et du voile du palais, staphylorapbie, par M. Léandre Prévost.

104. De la contusion des articulations, par M. Clément Dom.

105. Étude sur la syphilis vaccinale, par M. Eugène Gautier.

106. Essai critique sur l'étiologie du varicocèle, par M. Anselme Carré.

107. Recherches sur l'introduction de l'air et des gaz qui le constituent (oxygène, azote, acide carbonique) dans le système veineux, par M. Jules Méric.

108. De l'emploi du sulfate de quinine par la méthode hypodermique, par M. Emmanuel-Auguste Proust.

109. De la coqueluche. Essai de traitement par les émanations des usines à gaz, par M. Edouard Roques.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE

DU DÉPARTEMENT DU NORD.

Concours annuel de 1867.

La Société centrale de médecine du département du Nord a arrêté son concours annuel de l'année 1867.

Tous les praticiens français et étrangers sont invités à prendre part au concours annuel.

Les mémoires, lisiblement écrits en français ou en latin, seront seuls admis à concourir.

Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites.

La Société demande aux concurrents la plus grande exactitude dans les citations, avec indication de la page et même, au besoin, de l'édition.

Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société.

Toutefois, l'auteur peut en demander copie à ses frais.

Les mémoires seront envoyés au secrétaire général suivant la forme académique, c'est-à-dire *franco*, sans indication de nom d'auteur, et portant une devise répétée sur un billet cacheté, avec le nom et l'adresse de l'auteur.

Ce billet ne sera ouvert que pour les mémoires couronnés.

Les rapports du concours seront imprimés au bulletin.

Tout auteur qui se fera connaître directement ou indirectement sera exclu du concours.

La clôture du concours annuel est fixée au 1er août 1867, terme de rigueur.

QUESTIONS.

La Société couronnera les mémoires qui lui en paraîtront dignes, en laissant aux concurrents le choix du sujet sur une des branches de l'art de guérir : Médecine, thérapeutique, obstétrique, pharmacie, médecine vétérinaire. Elle a réservé néanmoins la question de chirurgie.

QUESTION DE CHIRURGIE :

Des obstacles autres que les hernies au cours des matières dans l'intestin grêle, et des moyens d'y remédier.

Ces affections redoutables sont assez rares, pour que l'expérience personnelle d'un seul praticien soit nécessairement assez bornée à l'endroit des moyens chirurgicaux dirigés contre elles. La Société considérera donc comme un titre sérieux à ses récompenses une statistique exacte des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

PRIX.

Premier prix : Médaille d'or et une somme de 200 francs.
Deuxième prix : Médaille d'argent et une somme de 100 francs.
Mention honorable avec le titre de membre correspondant.

Une somme de 200 francs a été ajoutée au prix de chirurgie par un confrère anonyme. Elle élève à 400 francs la récompense ajoutée à la médaille d'or.

Le président, BINAUT.
Le secrétaire général, P. REY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le Maire de Saint-Georges-du-Vièvre (Eure), nous prie d'annoncer que ce poste médical est vacant.

Saint-Georges-du-Vièvre est un chef-lieu de canton qui a toujours eu deux médecins. L'un est mort il y a plus de deux ans, et l'autre a eu, il y a quarante jours, une attaque de paralysie.

— M. Moutard-Martin commencera, à l'hôpital Beaujon, des conférences de clinique médicale le mercredi 6 février, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants.

Tous les samedis, à huit heures et demie, conférences au lit des malades.

— M. le docteur Mallez commencera un cours clinique des maladies de l'appareil urinaire, le vendredi 1er février, à sept heures et demie du soir, 1, rue Christine, et il le continuera les mercredis, vendredis et samedis, à la même heure.

— M. le docteur Fort commencera son cours d'histologie le 1er février 1867, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de M. le docteur Auzoux, 2, rue Antoine-Dubois, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Fort recommencera un nouveau cours d'anatomie descriptive et des régions, le 1er février 1867, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Une deuxième leçon sera faite tous les jours, à quatre heures, rue Antoine-Dubois, 2, chez M. le docteur Auzoux.

Ces cours dureront deux mois.

Nos souscripteurs dont l'abonnement a fini le 31 décembre dernier, et qui sont en retard pour le payement, sont prévenus que dans quelques jours nous ferons traite sur eux. Ils sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement, nécessités par la traite que nous sommes sur le point de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui ont donné à relier leur collection peuvent la faire retirer au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 JANVIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie est en train de se recruter. Deux élections coup sur coup il y a à peine deux semaines ; élection aujourd'hui dans la section de médecine opératoire ; élection mardi prochain dans la section de thérapeutique. L'élection d'hier a été très-chaudement disputée entre MM. Legouest et Demarquay. Au premier tour de scrutin, les noms de ces deux honorables compétiteurs se suivaient comme deux coureurs, se dépassant alternativement l'un l'autre d'une tête, puis allant de front, lorsqu'au terme de la course, M. Legouest s'est trouvé avoir six voix d'avance sur M. Demarquay. — Chose triste à dire, l'un des vétérans de la chirurgie française, M. Chassaignac, n'a eu que treize voix. — Un second tour de scrutin a donné la majorité décisive à M. Legouest, qui représentera dignement à l'Académie, à côté de M. Larrey, notre chirurgie militaire.

Avant et après l'élection, l'Académie a entendu un discours de M. Piorry sur la question en discussion, la mortalité des nourrissons. Nous reviendrons sur cette lecture de M. Piorry, qui clôt la discussion. La séance prochaine sera consacrée à la délibération sur les diverses propositions qui ont été soumises à l'Académie, et il y sera très-probablement procédé à la nomination d'une commission, la seule solution possible pour le moment.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de la section de thérapeutique, sur les candidats à la place vacante dans cette section. Voici les noms des candidats et leur classement : 1° M. Noël Gueneau de Mussy ; 2° M. Hardy ; 3° M. Davaine ; 4° M. Marrotte ; 5° M. Delioux de Savignac ; 6° M. Boinet. A mardi donc encore les émotions du scrutin !

Nous allions oublier une présentation, intéressante cependant, qu'a faite M. Reynal au moment où M. le Président avait déjà proclamé le comité secret. Nous avons pu heureusement la recueillir et la mettre sous les yeux de nos lecteurs. On y verra la preuve démonstrative d'un fait jusque-là très-controversé, la reproduction du cristallin. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GOSSELIN.

Première leçon du cours de clinique chirurgicale : Sur l'observation en chirurgie.

Messieurs, je ne veux pas prendre possession de l'enseignement officiel de la clinique chirurgicale, qui vient de m'être confié, sans vous mettre au courant des idées qui me guideront, et de la voie dans laquelle j'essaierai de vous faire marcher pour commencer ou continuer vos études cliniques.

Ma formule est très-simple : je prendrai pour base de cet enseignement l'observation rigoureuse et complète.

Mais en même temps qu'elle est simple, cette formule pourra vous sembler banale. Car quel est le professeur de clinique, quel est le chirurgien d'hôpital qui n'ait l'intention de se guider sur l'observation ? Quel est même l'auteur de chirurgie qui n'ait eu la même prétention ?

C'est que l'observation peut être employée de diverses manières. On s'en sert à notre époque, et je m'en sers moi-même autrement que ne l'ont fait nos devanciers, et il me paraît nécessaire, pour vous faire bien savoir où nous en sommes sur ce point, de vous montrer en quoi nous différons de nos prédécesseurs.

Pour cela, jetons d'abord un regard en arrière, et voyons comment l'art d'observer en chirurgie s'est peu à peu amélioré, pour en arriver au degré où nous le possédons aujourd'hui.

I. — Il est un premier procédé d'observation qui a dû exister de tout temps : c'est celui qui consiste à interroger et examiner les malades pour obtenir, à l'aide des commémoratifs, des notions sur la cause et la marche de leur affection, à l'aide des symptômes physiques et fonctionnels des notions sur leur nature. C'est là l'observation clinique pure et sans adjuvant autre que les sens et le jugement de l'observateur : les sens pour constater les phénomènes apparents, le jugement et le travail de l'esprit pour s'élever, par cette connaissance et la comparaison avec les faits analogues, à une appréciation juste du mal et des moyens qu'il convient de lui opposer.

Cette observation exclusive du malade me paraît, si j'en juge d'après l'impression que m'a laissée la lecture des vieux livres, avoir sinon existé seule, au moins prédominé pendant une longue période d'années, que je ferai commencer à Hippocrate et finir avec le XVIIe siècle.

Cette observation était incomplète pour les trois raisons principales que voici :

1° Les cliniciens n'ayant pas des connaissances très-étendues en anatomie normale et pathologique, n'avaient pas fait précéder leurs recherches cliniques de l'observation anatomique, qui leur eût été nécessaire pour établir, par la comparaison du fait nouveau avec les faits antérieurs étudiés sur le vivant et sur le mort, un diagnostic précis, et pour avoir une idée exacte des rapports de la lésion avec les diverses parties de la région où elle se rencontrait.

2° La physiologie étant mal connue, on n'avait pas, pour se guider dans l'appréciation de certains phénomènes fonctionnels, les notions fournies par l'observation des fonctions à l'état sain. Comment aurait-on pu, à l'époque où la physiologie consistait en discussions incohérentes sur la bile, l'atrabile, la pituite et le sang, expliquer nettement les troubles fonctionnels ? Et cependant, chose remarquable, les écrivains de l'antiquité et du moyen âge se sont complu dans ces explications hypothétiques, et y ont perdu et comme noyé ce qu'il pouvait y avoir de juste dans leurs observations cliniques.

3° Les observateurs avaient un très-grand respect pour l'autorité des anciens, et n'osaient pas voir ou convenir qu'ils avaient vu autrement que leurs prédécesseurs.

C'est pour ces trois causes que nous trouvons si peu de progrès en matière d'observation, et par conséquent en chirurgie, qui est essentiellement une science d'observation, dans les livres de l'antiquité, de la période arabiste et de tout le moyen âge.

Voyons maintenant comment l'observation chirurgicale a commencé à entrer dans la voie du progrès à partir du XVIIIe siècle.

II. — Le XVIIe siècle s'était fait remarquer par l'impulsion donnée aux études d'anatomie normale par Vésale et Fallope qui avaient eu pour imitateurs et continuateurs, en France, Riolan et Winslow. La physiologie avait reçu un grand perfectionnement, et vu s'ouvrir des voies nouvelles par la grande découverte de la circulation du sang, à laquelle Harvey avait attaché son nom. D'autre part, Bacon et Descartes, en secouant le joug de l'autorité et faisant appel à l'expérience et à l'observation des hommes nouveaux, avaient fait perdre aux travailleurs l'habitude de se croire obligés de voir et de répéter ce que l'on avait vu ou cru voir avant eux.

Sous cette triple influence de l'anatomie, de la physiologie et de la philosophie, les chirurgiens, comme les médecins, avaient fait quelques efforts utiles en consignant des observations de malades dans leurs ouvrages, et substituant ainsi l'observation écrite à l'observation passagère recueillie à l'aide de la parole, et conservée plus ou moins fidèlement par la mémoire. Les ouvrages de Stalpart Vanderwiel et Tulpius sont les premiers remarquables à ce point de vue.

La chirurgie du XVIIIe siècle se ressent de cette influence, que ne tardent pas à fortifier d'ailleurs les observations anatomo-pathologiques de Morgagni, et les efforts que commencent à faire les chirurgiens pour vérifier et contrôler par l'observation cadavérique leurs observations cliniques. C'est à dater de cette époque que nous voyons les livres classiques, comme ceux de J. L. Petit, Ledran, Arnaud, Heister, et les mémoires de l'Académie de chirurgie, appuyer souvent leurs assertions de faits consignés par écrit, et que les chirurgiens font appel à de sérieuses études anatomiques pour compléter leur diagnostic et perfectionner leurs opérations. Les notions physiologiques nouvelles sur la circulation du sang, de la lymphe et du chyle, affaiblissent en même temps cette tendance des siècles antérieurs, à expliquer les faits dont on était témoin par les hypothèses impossibles de l'humorisme ancien. Cependant ces hypothèses sont loin d'avoir entièrement disparu. A l'époque dont nous parlons, quelques-unes sont remplacées par les théories tout aussi inadmissibles de l'iatro-mécanisme de Boerhaave, et trop souvent encore, dans les auteurs que je viens de citer, nous voyons l'observation des malades entourée des nuages de cette physiologie imparfaite. C'est une des raisons pour lesquelles leurs livres, si souvent cités, sont destinés bien plus à satisfaire la curiosité de ceux qui veulent suivre les progrès de l'esprit humain dans notre science, qu'à instruire ceux qui, comme vous, débutent dans la carrière.

Quoi qu'il en soit, le XVIIIe siècle a transmis au XIXe, avec l'ancienne observation clinique pure, que nous appellerons, si vous voulez, l'observation parlée, les adjuvants de l'observation anatomique et anatomo-pathologique, et l'habitude d'écrire les faits pour qu'ils fussent mieux retenus. Voyons les progrès qui ont été faits sous cette impulsion, d'abord pendant la première moitié de notre siècle, puis dans le commencement de la seconde moitié, celle à laquelle nous appartenons.

III. — Ce qu'il y a de frappant dans la chirurgie, la chirurgie française surtout au commencement de notre siècle, c'est le perfectionnement apporté au diagnostic et à la médecine opératoire par les progrès nouveaux de l'anatomie pathologique et normale. Dupuytren et M. Cruveilhier en France, Scarpa en Italie, ont été, pour la chirurgie, les continuateurs de Morgagni en anatomie pathologique. En plaçant l'observation des lésions à côté de l'observation des symptômes, ils ont mis le chirurgien à même de reconnaître ultérieurement les premiers par l'étude attentive des seconds. Blandin et notre maître vénéré, le professeur Velpeau, par leurs sérieux travaux sur l'anatomie chirurgicale, ont, d'autre part, introduit une grande précision dans l'art opératoire, perfectionné aussi par Lisfranc, dont le nom ne peut être passé sous silence dans cet hôpital, et dans cet amphithéâtre qui fut le sien. Malgaigne, venu après eux, a complété cette même anatomie chirurgicale par un autre procédé d'observation, l'expérimentation sur le cadavre humain et les animaux vivants, appliquant ainsi à la chirurgie un moyen d'étude que Magendie venait de vulgariser en France pour la physiologie, et dont Amussat avait déjà tiré parti dans ses travaux pathologiques sur l'introduction de l'air dans les veines et sur les blessures artérielles.

En même temps une science nouvelle qui est loin d'être finie et pour laquelle l'observation sur l'homme et les animaux n'a pas encore été suffisamment questionnée, prenait naissance, et corroborait l'observation clinique en la débarrassant de plus en plus des théories et des systèmes : je veux parler de la physiologie pathologique, inaugurée par les travaux de J. Hunter sur l'inflammation, de Jones sur les plaies artérielles, de Dupuytren et Delpech sur les tissus de cicatrice, de Breschet et Cruveilhier sur la formation du cal, continuée par ceux de Bonnet (de Lyon), de P. Bérard et de MM. Velpeau et J. Guérin, sur la décomposition des liquides organiques à la surface des plaies, et la résorption possible des substances délétères provenant de cette décomposition.

Pendant cette première moitié de notre siècle, les observations écrites se multiplient et se perfectionnent, en même temps qu'on commence à les compter, sous la forte impulsion d'un des médecins les plus distingués de notre temps, M. Louis. Non-seulement on les écrit et on les compte, mais encore on les discute, on les contrôle, on les critique au besoin tant dans la presse que dans les sociétés savantes, et on prépare ainsi les perfectionnements que nous allons voir s'accomplir dans la seconde moitié du siècle.

IV. — A l'époque actuelle, messieurs, nous suivons, pour ce qui est de l'assistance donnée à l'observation clinique par l'observation anatomique et anatomo-pathologique, les errements de l'époque précédente, c'est-à-dire qu'après avoir trouvé sur le malade vivant tous les documents propres à nous conduire au diagnostic, nous recherchons, par un travail de notre esprit, l'analogie qui peut exister entre ce que nous voyons actuellement sur le vivant et ce qui a été vu par nous ou par d'autres dans des cas analogues sur le cadavre, et nous arrivons ainsi à déterminer la nature de la lésion. Nos observations d'anatomie normale nous permettent, en saisissant bien les rapports des maladies avec les diverses parties de l'organisme, de compléter notre diagnostic, en même temps qu'elles nous donnent, comme à nos maîtres, la précision et la sécurité dans les opérations.

Nous essayons aussi d'expliquer les phénomènes morbides dont nous sommes témoins par les notions que nous possédons sur la physiologie pathologique. Ici, nous courons bien le risque de nous égarer encore, si nous n'y prenons garde, dans les théories et les hypothèses. Il faut, sous peine d'encombrer la science de nouvelles erreurs et de nouveaux ridicules, que nous demandions le plus possible nos explications à l'observation et à l'expérience sur l'homme ou les animaux ; il faut que, pour les cas encore trop fréquents où ces grands moyens d'in-

struction n'ont pu être consultés, et où nous nous trouvons obligés d'invoquer l'induction et les vues de notre esprit, il faut, dis-je, en convenir ouvertement, et déclarer que nous en agissons ainsi provisoirement, et en attendant que les faits aient parlé.

En somme, avec une tendance plus accusée que celle de leurs prédécesseurs à s'appuyer sur la physiologie pathologique, les cliniciens d'aujourd'hui puisent, comme eux, aussi largement que possible à ces trois sources d'observations : la clinique, l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, et continuent la chirurgie de leurs maîtres qui s'est fait remarquer par la précision du diagnostic anatomique et de la médecine opératoire. Je vous ferai voir même que nous avons, sur ce point, à retrancher plutôt qu'à ajouter. On abuse des meilleures choses, comme vous le savez. On a donc abusé de l'anatomie chirurgicale, en assignant à chacune des variétés de lésions constatées sur le cadavre, des signes appréciables sur le vivant, et j'aurai quelquefois à vous signaler des inutilités ou des erreurs résultant de ces applications exagérées de l'anatomie morte à l'anatomie vivante, et à introduire quelques réformes dans les idées généralement reçues. Il est vrai que d'un autre côté, nous possédons, comme moyens de perfectionnement du diagnostic anatomique, de nouveaux instruments d'exploration : le microscope, au moyen duquel nous complétons les observations anatomo-pathologiques ; d'autres tels que l'ophthalmoscope, le laryngoscope et l'endoscope, qui permettent d'éclairer des cavités jusque-là inaccessibles à nos sens.

Mais de plus, notre chirurgie contemporaine s'est enrichie de ressources nouvelles et toutes modernes puisées, pour le diagnostic et la thérapeutique, dans les observations relatives à l'étiologie, pour la marche des maladies et leur pronostic dans l'observation comparée des mêmes lésions aux différents âges, pour certains points importants de la thérapeutique chirurgicale dans l'hygiène et la statistique. Un mot, avant de terminer, sur chacun de ses points.

1° Je dis d'abord, que les efforts de notre observation se portent aujourd'hui un peu plus sur l'étiologie qu'on ne le faisait aux époques antérieures. Les recherches des médecins, en effet, ont appris aux chirurgiens, deux choses : la première, c'est que, d'une part, les grandes causes individuelles, qu'on appelle diathèses, contribuent au développement d'un bon nombre de lésions spontanées accessibles aux yeux et à la main, appartenant en conséquence à la chirurgie, et que, d'autre part, les suites des lésions traumatiques et des opérations sont modifiées par ces mêmes diathèses. La seconde, c'est que certaines modifications atmosphériques, plus faciles à saisir qu'à expliquer et à analyser, telles que la viciation par les miasmes résultant de l'encombrement, contribuaient au développement de quelques-unes des maladies qui sont de notre ressort, telles que l'érysipèle et la conjonctivite catarrhale. Les chirurgiens savent donc bien, aujourd'hui, qu'il ne suffit pas, pour établir un diagnostic et en tirer les déductions thérapeuthiques, de rechercher les symptômes physiques et fonctionnels, en s'aidant, pour cette recherche, de leurs observations anatomiques ; ils savent aussi qu'il est indispensable d'arriver autant que possible à la connaissance des grandes causes individuelles et atmosphériques qui ont pu contribuer au développement de la maladie. L'observation dirigée dans ce sens nous conduit à faire cette partie du diagnostic que vous m'entendrez souvent placer à côté du diagnostic anatomique, en le caractérisant par les mots *diagnostic étiologique*.

2° Pour la marche des maladies, et notamment de celles que par nos opérations nous substituons à celles qui existaient antérieurement, l'observation a montré à plusieurs chirurgiens et m'a particulièrement appris à moi-même, que des différences capitales résultaient de l'âge, que, par exemple, les grandes solutions de continuité accidentelles ou artificielles, guérissaient mieux chez les enfants que chez les adultes, mieux chez les adultes que chez les vieillards, qu'à cause de cela, un bon nombre de moyens thérapeutiques ne pouvaient pas être jugés d'une manière absolue avec des faits recueillis sur des enfants, sur des adultes ou sur des vieillards, et qu'il fallait réserver un jugement spécial pour chacune de ces époques de la vie. Ceux d'entre vous qui ont suivi mes leçons de pathologie externe, ont pu voir avec quel soin j'établissais ces différences pour chacun des sujets que je traitais, et je vous montrerai qu'en clinique nous avons souvent besoin de modifier nos moyens de traitement conformément aux résultats différents que l'observation a permis de constater chez les jeunes sujets, les adultes et les vieillards.

3° J'ai dit, en troisième lieu, que les observateurs modernes, en France et dans les pays étrangers, avaient étudié et reconnu, mieux que leurs prédécesseurs, la grande influence des conditions hygiéniques sur la guérison des maladies chirurgicales, et spécialement des plaies que produisent nos grandes opérations sanglantes. Les documents mis au jour dans les discussions qui ont eu lieu sur l'hygiène hospitalière à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, ont surabondamment prouvé que la viciation de l'atmosphère par l'encombrement est une des principales causes des accidents et de la mort, que la diète et la mauvaise alimentation en étaient d'autres causes. J'ai beaucoup dirigé mon attention, et j'appellerai souvent la vôtre, sur les effets fâcheux de la douleur physique et de la douleur morale chez les blessés et les opérés, et sur la nécessité de les éviter l'une et l'autre, dans la mesure du possible, à nos malades. C'est à l'aide d'observations multipliées que nous sommes arrivés à ces notions, en apparence très-simples, de thérapeutique, et c'est en profitant des faits passés, et continuant à bien examiner ceux qui se produiront ultérieurement, que notre chirurgie contemporaine se distinguera de plus en plus de celle des époques antérieures par l'augmentation du chiffre des guérisons. J'ai la conviction et je suis heureux de l'exprimer devant vous, que la chirurgie d'aujourd'hui guérit plus souvent que celle des temps passés, et qu'elle le doit, pour une grande part, à l'observation rigoureuse des préceptes hygiéniques dont je viens de parler.

4° Enfin, messieurs, notre époque moderne possède dans les observations comptées ou statistiques, un grand moyen dont Malgaigne me paraît avoir été le créateur, en France, par ses beaux travaux sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux, que les chirurgiens Anglais et Américains ont ensuite largement utilisé, et dont nous commençons, depuis quelques années, à bien comprendre ici l'importance. C'est précisément à l'aide de la statistique que sont établies les notions hygiéniques dont je parlais tout à l'heure, et c'est à l'aide des observations écrites et comptées qu'on en est arrivé à des connaissances plus positives sur le traitement chirurgical de quelques maladies, particulièrement des anévrysmes et des hernies étranglées. Nous avons beaucoup à faire encore dans cette direction. Sans doute il y a un écueil à éviter, celui des statistiques mal faites et erronées, soit à cause de l'incompétence, soit à cause de la mauvaise foi de ceux qui les produisent. Mais nous avons ici, comme pour les observations isolées, le droit d'examiner, de critiquer et de choisir les statistiques dont l'exactitude ne laisse rien à désirer. Chacun a d'ailleurs le devoir d'apporter son tribut en présentant, non pas sur tous les sujets (la tâche serait trop immense), mais sur les sujets qui auront plus particulièrement appelé son attention, des statistiques bien faites, dans lesquelles on n'aura pas oublié de placer les revers à côté des succès.

Ainsi, messieurs, l'époque à laquelle nous appartenons continue les habitudes de l'époque antérieure, pour ce qui est de l'observation clinique appuyée sur l'observation anatomique et anatomo-pathologique. Mais de plus elle se complète par les observations relatives à l'étiologie et l'hygiène ; aussi souvent que possible, elle écrit ses observations, elle les accumule et les compte lorsqu'elle veut apprécier la valeur des moyens thérapeutiques. En un mot, continuateurs de nos maîtres pour le diagnostic et la médecine opératoire, nous essayons de les dépasser pour le traitement et la guérison.

Je n'ai pas besoin de vous dire, en terminant, que je suis de mon époque, et que j'ai pris part, dans la mesure de mes forces, au mouvement qui s'est opéré depuis quelques années en chirurgie. Vous m'entendrez donc ici invoquer toutes les sources d'observations qui viennent d'être énumérées : l'anatomie normale et pathologique pour établir le diagnostic anatomique, l'étiologie pour établir le diagnostic étiologique, l'anatomie encore pour le traitement opératoire, la statistique pour le choix des moyens, l'hygiène pour ce complément de la thérapeutique qui multiplie les succès. Lorsque j'aurai besoin d'explications théoriques, vous m'entendrez invoquer de préférence celles qui s'appuient par quelque côté sur l'observation chez l'homme ou chez les animaux, et si, comme cela arrivera quelquefois, l'observation me fait défaut, ou reste incomplète, j'aurai soin de vous en prévenir et de faire appel aux observateurs de l'avenir pour contrôler ou confirmer les raisonnements auxquels je me laisserai entraîner.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Des questions médico-légales relatives aux contrats de rentes viagères.

MORTS RAPIDES. — APOPLEXIE.

Le médecin ne doit être étranger à peu près à rien. Partout où peuvent l'appeler les devoirs si multiples et si imprévus de son ministère, il faut qu'il soit, sous le rapport des connaissances générales, le supérieur ou au moins l'égal de son malade. Ignorer les données courantes relatives au mouvement littéraire, artistique, industriel ou social, c'est s'exposer à faire croire que l'on ignore peut-être aussi les choses actuelles des sciences médicales. Évidemment, le médecin ne saurait être un homme universel, dans le sens absolu du mot ; mais il doit cependant posséder, sur les branches le plus en dehors de son art, des notions empreintes d'exactitude. Il ne lui est pas permis, par exemple, de ne point être suffisamment renseigné sur les règles fondamentales du droit et sur les transactions les plus communes qui interviennent chaque jour dans les affaires administratives, économiques ou litigieuses. Ces questions ne peuvent-elles pas d'ailleurs rentrer, d'une manière inattendue, dans le cercle ordinaire de ses préoccupations professionnelles ? J'en prends plutôt à témoin le contrat de rente viagère, dont je vais aborder l'étude médico-légale.

Le contrat de rente viagère est une convention aléatoire, en vertu de laquelle l'un des contractants s'engage à payer à l'autre une redevance périodique, moyennant l'abandon immédiat qui lui est fait d'un capital, soit mobilier, soit immobilier. Par les chances qu'il fait courir à chacune des parties, ce marché légal présente quelque analogie avec le pari, mais il a un caractère plus sérieux et un but plus respectable.

Bornée à la durée de la vie d'un ou de plusieurs individus, la rente viagère est le plus souvent destinée à mettre la vieillesse à l'abri du besoin. Sans doute, ce mode de placement peut devenir pour l'égoïste un moyen d'accroître ses jouissances au détriment de ses plus proches parents ; sans doute, il peut conduire à de froids calculs sur la vie et la mort des hommes ; sans doute, il peut inspirer des sentiments que répudie tout cœur honnête, mais les institutions les plus utiles ne présentent-elles pas toujours un côté vulnérable ? Et si le débiteur d'une rente viagère peut, dans le secret de ses pensées, envisager la mort de son créancier comme un événement des plus heureux, faut-il que cette considération sentimentale détruise une combinaison que, dans un cas donné, chacun sait fertile en ressources ?

L'article 1974 du Code Napoléon est ainsi conçu : « Tout contrat de rente viagère créée sur la tête d'une personne qui était morte au jour du contrat, ne produit aucun effet. » L'*alea* étant le caractère distinctif de la rente viagère, et l'*alea* n'ayant point existé, le législateur, qui a voulu rendre équitables les chances des contractants, et qui a tenu à ce que des risques sérieux fussent encourus de part et d'autre, devait nécessairement annuler toute opération non aléatoire.

L'article 1975 édicte la disposition suivante : « Est également de nul effet le contrat de rente viagère créée sur la tête d'une personne atteinte de la maladie dont elle est décédée dans les vingt jours de la date du contrat. » Le législateur a évidemment tenu à éloigner du lit d'un moribond de coupables tentatives de spoliation, et il n'a pas voulu qu'il fût possible de profiter des troubles ultimes de l'état physique ou du délire symptomatique d'une affection aiguë. Il n'a voulu que cela, car si le décès survient le vingt et unième jour, le contrat ne peut être attaqué, l'article 1975 étant limitatif. De même, le contrat reste parfaitement valide lorsque la mort, due à toute autre cause différente ou imprévue, à un accident, par exemple, arrive dans les vingt jours de la passation de l'acte.

Il semble tout d'abord que rien ne soit plus facile que de décider si un individu est mort des suites d'une maladie dont il était atteint vingt jours auparavant ! Si cela est vrai pour beaucoup de cas, il en est, au contraire, qui donnent lieu à bien des contestations. Je n'ai pas besoin de dire qu'il n'est pas et qu'il ne peut pas être question de la grossesse, qui, loin d'être considérée comme une maladie mortelle, n'est en somme qu'un état physiologique. Plusieurs arrêts anciens l'ont décidé ainsi, et il est bien probable que la jurisprudence nouvelle confirmerait cette manière de voir, à moins cependant que, dans l'espèce, il ne résultât de la conformation vicieuse de la femme la très-forte présomption d'un accouchement périlleux ou d'une impossible délivrance à terme.

Une question d'un intérêt pratique considérable et d'une importance médico-légale vraiment saisissante, a été soumise à mon examen il y a deux ou trois mois. Voici le fait : Une veuve, âgée de soixante-neuf ans, a eu une attaque d'apoplexie il y a trois ans ; elle est restée hémiplégique, mais relativement très-bien portante, et elle n'a jamais présenté rien d'anomal du côté des facultés de l'intelligence. Sur le conseil de son notaire, et afin de se procurer un peu d'aisance et de pouvoir prendre une domestique à son service, elle place sa très-modeste fortune à fonds perdu, puis elle meurt tout à coup d'hémorrhagie cérébrale, dans l'espace de quatre heures, seize jours après la signature du contrat de rente viagère. Le contrat est attaqué par les héritiers naturels, et l'on demande au médecin traitant si, au moment de la passation de l'acte, la contractante était affectée de la maladie à laquelle elle a succombé ? En proie à un certain embarras, le médecin m'a écrit et m'a prié de lui dire ce qu'il fallait répondre.

En face du problème posé, j'ai dû entreprendre tout un système de recherches, afin de savoir si des exemples analogues s'étaient déjà présentés, et, le cas échéant, quelles solutions juridiques ils avaient reçues. Les faits suivants sont parvenus à ma connaissance :

1° Le 11 nivôse an VII, une dame E... vend à B... un domaine moyennant 100,000 fr. La moitié de cette somme est payable en une rente viagère de 6,000 fr. Six mois après, E... décède, et ses héritiers attaquent le contrat comme frauduleux et simulé, attendu que la rentière était atteinte d'une maladie mortelle, l'hydropisie. L'acquéreur démontra qu'à l'époque du contrat il s'agissait seulement d'un asthme, affection non mortelle.

La cour de Grenoble considérant que, « bien que au moment de la constitution d'une rente viagère, celui au profit et sur la tête duquel elle est instituée soit atteint d'une maladie mortelle, la constitution n'en est pas moins valable s'il survit plus de vingt jours, » a confirmé.

Ici, vous le remarquerez, il y a eu des chances encourues de part et d'autre. Or, c'est le risque et l'incertitude de l'événement qui forment l'essence des marchés aléatoires. Le contrat de rente viagère est, je le répète, le type le mieux accusé de ces sortes de conventions.

2° Le 20 floréal an X, une dame B... passe un contrat de rente viagère. Elle était atteinte alors de dyssenterie. Sept jours après elle meurt. L'enquête a démontré que la dame B... était dans un état de gravité extrême et que tout le monde la croyait menacée d'une mort prochaine, ce que l'événement a justifié.

La cour de Rennes a annulé le contrat.

3° Le 1er ventôse an XIII, une demoiselle B..., malade depuis longtemps, cède divers immeubles au sieur M... moyennant une rente viagère de 240 francs. La demoiselle B... meurt le lendemain.

La cour de Rouen a annulé le contrat.

4° Le 11 mars 1809, un sieur F..., hémiplégique depuis dix ans, passe un contrat de vente de sa maison. Deux jours après la signature de l'acte et à la suite d'une très-vive altercation, il meurt d'apoplexie. La cour de Colmar a ordonné qu'il serait fait un rapport de médecins sur la question de savoir si le vendeur était atteint, au moment du contrat, de la maladie qui a mis fin à ses jours. Une discussion scientifique s'est engagée : les médecins de la Faculté de Strasbourg ont déclaré que les attaques anciennes et l'attaque mortelle ne formaient qu'une seule et même maladie, tandis que Marc, Renauldin, Desgenettes, Chaussier, Baumes, Vigaroux et Delpech ont soutenu avec une grande énergie cette opinion que *la prédisposition à l'apoplexie ne constituait pas l'apoplexie*, et que l'on ne pouvait pas appliquer le cas de nullité à une affection paroxystique, les intermittences rompant la continuité. Faisant allusion quelque part à cette observation si curieuse, M. le professeur Tardieu, dont j'ai si souvent ici l'occasion d'apprécier l'excellent esprit, a déclaré que, dans des circonstances analogues, il n'hésiterait pas à envisager la question de la même manière que Marc, Renauldin, Desgenettes, etc., etc.

Je me hâte de revenir au cas particulier qui m'a été soumis. Cette dame, âgée de soixante-neuf ans, hémiplégique depuis trois ans, était-elle atteinte, au moment du contrat, de la maladie à laquelle elle a succombé seize jours après?

A diverses époques de sa vie, le même individu peut éprouver plusieurs attaques d'apoplexie sans qu'il y ait continuité de la même maladie. Par un travail bien connu, la nature remédie aux troubles fonctionnels du cerveau, et les recherches modernes de nos plus savants anatomistes ont péremptoirement établi que chaque attaque d'apoplexie était indépendante, isolée, une maladie par elle-même et déterminant toujours les accidents pathologiques qui lui sont propres : épanchement cérébral, lésions du sentiment et du mouvement, etc., etc. L'individu seul est le même, les causes occasionnelles seules sont peut-être identiques, mais une nouvelle atteinte amène des désordres nouveaux, et qui ne peuvent pas se confondre avec ceux qui ont précédé. Ne trouve-t-on pas autant de kystes qu'il y a eu d'attaques?

Affection essentiellement aiguë et quelquefois foudroyante, l'apoplexie ne présente ni succession ni progression lentes dans le développement des phénomènes morbides qui la signalent, ni continuation ni aggravation des symptômes pendant un long espace de temps. La persistance de l'hémiplégie ne prouve pas que l'apoplexie dure encore et soit chronique; elle est un effet de la maladie et elle atteste seulement qu'un désordre fonctionnel lui a survécu. Les adhérences de la plèvre témoignent-elles de la persistance de l'épanchement pleurétique? Elles représentent un état consécutif, voilà tout.

Qu'un individu atteint une première fois d'apoplexie, soit plus que tout autre prédisposé à l'apoplexie, personne ne le nie; mais quelque forte qu'elle soit, la prédisposition à une maladie n'est pas la maladie. La loi n'a pas parlé des récidives. La récidive n'entraîne donc pas la nullité d'un contrat.

Je prévois une objection, à propos de l'épilepsie, et je me hâte d'aller au devant. Qu'un épileptique, allez-vous me dire, vienne à trouver la mort au milieu de crises convulsives, dans le délai de vingt jours, est-ce que le contrat ne devra pas être annulé? Eh bien, de deux choses l'une : ou le malade avait eu, à une époque antérieure au contrat, des accès assez fréquents et assez graves pour que son intelligence ait pu en subir de notables et passagères altérations, et alors, il y a lieu de se demander et de rechercher s'il avait, au moment de la signature de l'acte, une capacité suffisante pour contrater; ou bien, le malade n'a jamais eu que de rares et légères attaques, qui n'ont en aucune façon retenti sur sa raison et sur sa volonté, et alors il ne sera pas possible d'admettre qu'il y a eu fraude, captation, absence de libre arbitre, trouble mental, etc., etc. Les risques encourus répondront parfaitement au caractère aléatoire du contrat.

Comment contesterait-on d'ailleurs la validité du contrat d'un épileptique, dans le sens de l'article 1975 du code Napoléon? L'intervalle d'un accès à un autre ne constitue pas l'épilepsie, mais la disposition à l'épilepsie; or, l'imminence morbide n'est pas la maladie. C'est avec intention que le législateur a assigné le terme si court de vingt jours, pour la rescision du marché, et il ne viendra à l'esprit de personne qu'il eût fixé un terme aussi limité, s'il avait formellement voulu désigner la disposition à une maladie.

Celui qui place son bien à fonds perdu, est guidé par des vues d'intérêt. Comme le taux de la rente qui va lui être servie est d'autant plus élevé que son âge est plus avancé, et que ses chances de mort paraissent plus probables, il a bien soin de faire valoir toutes ses infirmités, et, au besoin, de spéculer sur elles. S'il est épileptique, il a tout intérêt à le proclamer, afin de faire augmenter son revenu. Une compensation est donc établie. Que la cupidité soit une mauvaise conseillère et que ses calculs soient assez fréquemment déjoués, je vous l'accorde, mais des risques ont été courus de part et d'autres et le vœu de la loi est satisfait.

Revenons à l'apoplexie. Comme condition expresse de nullité, l'article 1975 stipule que l'individu sur la tête duquel la rente a été créée soit décédé dans les vingt jours de la date du contrat, d'une maladie qu'il avait à l'époque où il a contracté. Il faut donc, dans l'esprit de la loi, qu'il y ait eu, à partir du jour de la passation de l'acte, jusqu'à celui du décès, *continuité* de la maladie qui a occasionné la mort. Or, l'apoplexie, dans le cas particulier que j'ai cité, existait-elle le jour de la passation du contrat? Non. La réponse du médecin devait donc être celle-ci : « Malgré une très-forte prédisposition à l'apoplexie, l'attaque mortelle n'existait pas tel jour chez la veuve ***. »

La question posée était précise, la réponse devait l'être aussi. On ne meurt pas d'une très-forte prédisposition à une maladie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Déplorables effets de la ligature des végétations.

Il est principalement question, ici, des végétations qui, on le sait, acquièrent si souvent, surtout à l'état de grossesse, un énorme volume. La ligature paraît, au premier abord, le plus simple et le plus commode des moyens d'ablation, d'autant plus qu'avec elle on évite toute chance d'hémorrhagie. Mais elle compense cet avantage par des dangers on ne peut plus sérieux. Le professeur Sigmond rapporte le cas d'une dame de vingt ans, très-anémique, à qui il lia des végétations volumineuses de la petite lèvre. Au bout de quatre heures il fallut enlever la ligature, à cause des douleurs atroces qu'elle causait. Mais la malade n'en succomba pas moins huit heures après l'opération.

Le rédacteur ajoute avec raison que, au moyen de l'écraseur linéaire, on se mettrait aussi bien en garde contre l'hémorrhagie sans avoir à redouter les accidents convulsifs dont on vient de lire un si triste exemple.

(*Gazzetta med. delle prov. Venete*, et *Gaz. méd. de Lyon*, n° 23, 1866.)

Guérison d'un anévrysme cyrsoïde par les injections de sesqui-chlorure de fer.

Le professeur Pitha présenta, il y a quelque temps à la Société de médecine de Vienne, un jeune garçon atteint d'un anévrisme cyrsoïde du côté gauche de la tête, qu'il avait guéri. Cet anévrysme avait des dimensions considérables; les artères occipitales, auriculaire postérieure et temporale étaient très-dilatées et avaient la grosseur d'un tuyau de plume; la temporale et l'occipitale montraient des sacs gros comme des noix; l'auriculaire était énorme, violette, facile à déprimer; on y sentait des battements très-forts. On ne pouvait songer à l'extirpation d'une tumeur pareille; la ligature de la carotide externe n'eût servi à rien, parce que les collatérales eussent rétabli la circulation. On exerça la compression et le malade l'endura avec beaucoup de patience; ce fut avec un cercle muni de pelottes; mais il se développa de l'œdème, et il fallut laisser ce cercle de côté, bien que la tumeur eût diminué. On se décida alors à faire une injection de sesqui-chlorure de fer. Il se forma un caillot, le tissu devint dur, quelques points suppurèrent et la tumeur s'effaça. Après dix injections, il n'y eut plus qu'une petite dilatation capillaire. L'occipitale, qui résista le plus longtemps, présente encore quelques pulsations.

(*Alg. med. Centralzeitung*, et *Gaz. med. de Strasbourg*.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 janvier 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Peste (de Beaune), Gremaud (de Poligny), Tuefferd (de Montbelliard), Grand-Motet (de Saint-Claude). (Comm. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Montagnan, sur le service médical des eaux minérales de Capverne (Hautes-Pyrénées). (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres sur la mortalité des nourrissons, par MM. les docteurs Routy (de Châlons-sur-Saône), Bonhomme (de Nonancourt), Notta (de Lisieux). (M. Blot, rapporteur.)

2° Une note sur la rage, par M. le docteur Pons (de Bes-près-le-Vigan). (Comm. de la rage.)

3° Un travail sur la non-contagion du choléra, par M. le docteur Martinenq (de Grasse). (Comm. du choléra.)

4° Une lettre de M. de Paravey, du corps du génie, sur la scille maritime et les noms hiéroglyphiques des médecins de l'île de Cos. (Comm., M. Littré.)

5° L'observation et la photographie d'une femme atteinte de cancer de la face, par M. Melgrain, chirurgien interne de l'hôpital Eugénie, à Ajaccio. (Comm., M. Richet.)

6° Une note sur l'anesthésie locale au moyen de l'éther pulvérisé, par M. le docteur Lebelski (de Varsovie). (Comm., M. Gosselin.)

— **M. MICHEL LÉVY** présente, au nom de M. le docteur Villemin, agrégé au Val-de-Grâce, deux brochures : l'une concernant les expériences de l'auteur sur les inoculations de la tuberculose; l'autre, sur l'emphysème pulmonaire.

— **M. LARREY** présente un travail de M. le docteur Schutzenberger (de Strasbourg), sur la phthisie, et plusieurs bulletins de la Société médicale des départements.

— **M. SAPPEY** offre, en hommage à l'Académie, le tome Ier de la 2e édition de son *Traité d'anatomie descriptive*.

— **M. ROBIN** présente, au nom de M. le docteur Magitot, un ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales sur la carie dentaire*.

Discussion sur la mortalité des nourrissons.

La parole est à M. Piorry, pour la lecture d'un discours sur la mortalité des nourrissons.

— **M. PIORRY** lit, sur le sujet de la discussion, un discours dont nous reproduirons un resumé dans le prochain compte rendu.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que dans la séance prochaine, l'Académie aura à délibérer sur les diverses propositions qui lui ont été soumises, et elle aura, en particulier, à se prononcer sur la proposition de la nomination d'une commission.

M. le président informe ensuite l'Académie qu'elle se formera en comité secret après quatre heures, pour entendre le rapport de la section de thérapeutique sur les candidats à la place vacante dans cette section, l'élection devant avoir lieu dans la séance prochaine.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Michon, décédé.

La liste de présentation porte :
En première ligne, M. Legouest;
En deuxième ligne, M. Chassaignac;
En troisième ligne, M. A. Guérin;
En quatrième ligne, M. Demarquay;
En cinquième ligne, M. Verneuil;
En sixième ligne, M. Giraldès.

Au premier tour de scrutin, le nombre des membres présents et ayant droit au vote étant de 76, majorité, 39.

M. Legouest obtient . . . . . . 34 voix.
M. Demarquay . . . . 28 —
M. Chassaignac . . . . 13 —
M. A. Guérin . . . . 1 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour.

Nombre des votants 75, majorité 38.

M. Legouest obtient . . . . . . 45 voix.
M. Demarquay . . . . 27 —
M. Chassaignac . . . . 2 —
M. A. Guérin . . . . 1 —

M. Legouest, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

PRÉSENTATION.

Reproduction du cristallin. — **M. REYNAL** présente, au nom de M. Milliot, médecin militaire de l'armée Russe, des globes oculaires de chiens et de béliers, servant à démontrer la reproduction du cristallin, question encore controversée de nos jours. M. Milliot, tout en reprenant et vérifiant sur des animaux les expériences faites à ce sujet par MM. Cocteau, Leroy d'Étiolle et d'autres, est arrivé à obtenir des cristallins régénérés après l'extraction de cristallins normaux, et les pièces que M. Reynal met sous les yeux de l'Académie servent à le démontrer d'une manière péremptoire. Le procédé opératoire suivi par M. Milliot a été la kératotomie. Il chloroformisait les animaux, faisait ensuite à l'aide du couteau de Beer un lambeau soit en haut, soit en bas, soit en dehors, incisait avec l'aiguille longitudinalement ou en croix la capsule antérieure du cristallin et enfin faisait sortir ce dernier en pressant légèrement sur le globe oculaire. Afin de tenir les lèvres de la plaie cornéenne le plus longtemps possible affrontées, il mettait sur les paupières une ou deux sutures.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 16 novembre 1866. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. PERRIN demande la parole à propos du procès-verbal, et rapporte l'exemple des troubles apportés aux fonctions urinaires par la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales.

La cautérisation avait été pratiquée avec le fer rouge. Les bourrelets hémorrhoïdaux avaient disparu; mais la convalescence fut marquée par l'apparition d'une spermatorrhée, au développement de laquelle toute origine autre que la cautérisation n'était pas admissible. Cette spermatorrhée, avec tout son cortége symptômatique habituel, se montra un mois après l'opération, qui eut d'ailleurs un plein succès. Le malade, âgé de quarante ans, marié, d'une conduite très-régulière, sans antécédents syphilitiques, n'avait jamais rien éprouvé de semblable. Il a, au reste, guéri assez rapidement de cette complication.

M. FRAIGNIAUD signale comme particulièrement dignes de remarque les faits suivants :

Plusieurs observations de tétanos traité par la belladone à très-haute dose ou le chloroforme, et suivi de guérison.

Une observation de névralgie du foie, prise pour un cas de colique hépatique, et guérie par le sulfate de quinine et le changement de lieu.

RAPPORT.

L'ordre du jour appelle le rapport verbal de M. Fraigniaud sur les travaux contenus dans les *Bulletins de la Société médicale du Haut-Rhin.*

Plusieurs faits de rage terminée par la guérison alors que les individus atteints, ayant été enfermés, comme il arrive dans les campagnes, et s'étant trouvés avoir à leur disposition des cordes d'ail, en avaient mangé des quantités prodigieuses, ce qui avait déterminé des sueurs excessives, et finalement produit la guérison. Je faisais la remarque, dit M. Fraigniaud, que l'ail, en ces circonstances, avait agi par l'abondante sudation qu'il provoqua; que plusieurs observations démontraient que les transpirations excessives, les bains de vapeur à très-haute température, avaient empêché le développement de la rage chez des malheureux inoculés et non cautérisés après la morsure; que c'était enfin là un mode de médication nouveau et logique.

Enfin, je remarque un cas d'idiosyncrasie rebelle au sulfate de quinine, celui-ci, administré par voie rectale, produisit des superpurgations excessives; par voie stomacale, il détermina des vomissements très-abondants, une sorte d'intoxication; et appliqué sur la surface d'un vésicatoire, il donna naissance à une escharre profonde, qui mit plusieurs semaines à se détacher et agit comme l'eût fait la potasse caustique.

DISCUSSION.

M. BRIQUET appelle l'attention de la Société sur la facilité avec laquelle le sulfate de quinine, appliqué sur une muqueuse enflammée, en détermine la gangrène. Ce phénomène s'explique par la propriété

du sel quinique de doubler le degré de l'état phlegmasique et d'agir comme irritant substitutif. C'est à ce titre qu'on prescrit avec avantage l'emploi de ce médicament dans le catarrhe vésical, lorsque la chronicité en est absolue. C'est aussi par la même raison que les injections hypodermiques de sulfate de quinine sont sujettes à provoquer des escharres.

Dans les circonstances, dit en terminant M. Briquet, où le sulfate de quinine ne peut être administré par la bouche, le mode d'administration le plus usuel, le plus sûr et le plus exempt de danger consiste à le donner en solution dans un lavement.

M. BLONDEAU demande si le bisulfate de quinine est, autant que le sel neutre, à redouter au point de vue des escharres qui peuvent en être la suite.

M. BRIQUET répond affirmativement.

M. FRAIGNIAUD fait remarquer que la dose de sulfate de quinine employée dans le cas qu'il a signalé, n'avait pas dépassé 50 centigrammes; ce qui lui a paru singulier, c'est qu'une aussi petite quantité de ce sel ait pu déterminer une escharre aussi profonde.

LECTURES.

L'ordre du jour donne la parole à M. le docteur Léon Duchesne pour la lecture de la première partie de son travail sur l'aniline dans ses rapports avec la santé publique.

La lecture de la deuxième partie de ce mémoire est remise à la prochaine séance.

Syphilis congénitale.

La parole est à M. Blachez pour la lecture d'un fait pratique d'intérêt pressant.

M. BLACHEZ rapporte avoir observé dans une famille un enfant confié à une nourrice indemne de syphilis; cet enfant est fils d'un homme qui a présenté préalablement des accidents de syphilis constitutionnelle et d'une femme qui ignore cet état de choses.

Le nourrisson est affecté d'ulcérations de la bouche de nature spécifique. M. Blachez soumet ces circonstances à la Société, et consulte l'opinion de chacun sur la ligne de conduite qu'il convient de tenir quant à la continuation de l'allaitement par une nourrice.

M. RICHARD. On n'a pas le droit de laisser la nourrice donner désormais le sein à l'enfant.

M. BRIQUET. Il faut faire cesser l'allaitement parce que la nourrice court le danger de contracter la syphilis, et trouver extemporanément un prétexte pour mettre cette mesure à exécution en même temps qu'on sauvegardera l'union dans cette famille.

M. PERRIN demande à M. Blachez si la nourrice de son petit syphilitique est mariée. Dans le cas contraire, ajoute M. Perrin, la famille pourrait peut-être proposer à cette nourrice, complétement libre de ses actions, dûment d'ailleurs avertie des risques qu'elle aurait à courir, de continuer à allaiter l'enfant, sauf à cette famille, bien entendu, à lui payer le prix qu'elle exigerait pour un pareil allaitement. M. Perrin, en raison du but à atteindre, hésite à voir rien d'immoral dans un semblable contrat. Il soumet d'ailleurs cette solution, qu'il reconnaît lui-même très-délicate, à l'appréciation de la Société.

M. BLONDEAU pense qu'il vaut mieux faire courir à l'enfant nouveau-né les périls d'une alimentation artificielle que d'exposer la nourrice à être infectée de syphilis.

M. SIMONOT. Il convient de faire cesser immédiatement l'allaitement en même temps que sans retard on préviendra le père que son enfant est syphilitique. Il connaît l'origine de ces accidents; à lui revient l'initiative des mesures à prendre pour sauvegarder la sécurité de son intérieur.

M. LAGNEAU. Je crois qu'on doit d'abord empêcher la nourrice d'allaiter l'enfant syphilitique, puis faire nourrir ce dernier soit au biberon, soit autrement.

Quant à la continuation de l'allaitement par la nourrice saine moyennant indemnité, le médecin ne peut la tolérer, car sciemment il exposerait cette femme à l'infection. L'allaitement naturel ne peut être continué que lorsque la nourrice est déjà infectée, lorsqu'il présente déjà des accidents mammaires ou autres; car alors cette femme peut avoir avantage à être soignée de sa maladie en même temps que l'enfant.

Si, contrairement à l'avis du médecin, les parents persistent à vouloir faire allaiter leur enfant syphilitique par une nourrice, conformément à l'avis de quelques syphiliographes (1), le mieux serait qu'ils ne s'adressassent qu'à une femme déjà syphilitique.

M. RICHARD fait remarquer le peu de sécurité qu'il y a de s'adresser à une nourrice syphilitique. La mesure d'urgence et d'exécution facile consiste à cesser d'autorité d'allaiter l'enfant en donnant de cette décision une explication plausible et propre à ménager les susceptibilités des parents.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

(1) *Gazette médicale de Paris*, p. 539, 1852.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

110. Recherches chimiques sur l'eau thermale sulfurée de Schinznach, canton d'Argovie (Suisse), par M. Louis Grandeau.
111. De l'aphasie, par M. Jules Mongie.
112. Du camphre, par M. Maurice Foissac.
113. Quelques considérations sur le céphalotribe et sur la céphalotripsie, par M. Paul-Remi Ledresseur.
114. De l'orchite aiguë blennorrhagique, par M. Louis Delaporte.
115. De l'endocardite aiguë et de ses conséquences, par M. Jean-Pierre Lacroisade.
116. De l'hépatite et des abcès du foie, par M. Léon Lavigerie.
117. Étude sur les épanchements des bourses séreuses sous-cutanées, par M. Arthur Pineau.
118. Du traitement des rétrécissements de l'urèthre, par M. Augustin-Firmin Baudet.
119. De l'imperforation de la membrane hymen, par M. Henri Victor Serrière.
120. Des fongosités intra-utérines, par M. Gustave Robert.
121. Étude sur les fractures indirectes du péroné, par M. Cl. N. Étienne Gascon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins du département de la Seine a tenu sa séance annuelle dimanche 27 janvier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Velpeau. M. Louis Orfila, secrétaire général, a donné lecture du compte rendu de l'année 1866, qui a été accueilli, comme il l'est tous les ans, par les applaudissements unanimes de l'assemblée. Il a été procédé ensuite au renouvellement partiel du bureau pour l'année courante.

Ont été réélus : M. Velpeau, président; MM. Barth et Nélaton, vice-présidents; M. L. Genouville, trésorier.

L'assemblée a voté ensuite la modification proposée à l'article 5 des statuts, laquelle consiste, comme on le sait, à dire que les quarante-quatre membres devant composer la commission générale seront désignés par le sort, sans désignation de la proportion qui devra être fournie par chaque arrondissement. Il a été convenu en outre, sur la proposition du bureau, que le tirage au sort n'aurait lieu désormais que parmi les noms des membres présents à la séance.

Voici le tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1866 :

Recettes.		
Reliquat de l'année 1865	1,901	»
Cotisations et admissions	19,945	»
Dons et legs	7,579	85
Rente 3 pour 100	11,277	50
Total	40,703	35
Dépenses et emploi.		
Sommes allouées à neuf sociétaires	4,800	»
— — à dix-huit veuves ou enfants de sociétaires	11,290	»
— — à vingt-six personnes étrangères à l'association	3,260	»
Frais d'impression	742	15
Ports d'imprimés, affranchissements et recouvrements des cotisations	706	30
Frais de mutation du legs Dusol	414	20
Achat de 800 francs de rente 3 pour 100	18,516	60
Total	39,729	25

Reste en caisse 974 fr. 10.

— Le bureau de la Société médicale du 4e arrondissement est ainsi composé pour l'année 1867 :

M. Jacquemin, président; M. de Soyre, vice-président; M. Alix, secrétaire général; M. Lanoix, secrétaire annuel; M. Naudinat, trésorier.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, à l'Hôtel de Ville, le vendredi 1er février, à trois heures et demie précises.

Ordre du jour : 1° Rapport, par M. J. Worms, sur les mémoires de MM. Bonnafont et Cazalas, traitant du choléra; 2° Du souffle ombilical, sa séméiotique; moyens de remédier aux accidents qui l'accompagnent : lecture par M. Charrier; 3° Lecture, par M. Durand Fardel, sur le Traité des tumeurs de Virchow; 4° Observation d'éléphantiasis des Arabes : lecture par M. de Langenhagen.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 14. — SAMEDI 2 FÉVRIER 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 2 FÉVRIER 1867. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la myosite syphilitique.

Le fait de tumeur gommeuse musculaire ou de myosite syphilitique, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans la dernière Revue, nous a inspiré le désir de voir où en est la science au point de vue anatomo-pathologique ou histologique sur ce genre d'altération. Nous ne pouvions mieux nous adresser, pour cela, qu'à l'important *Traité pratique et historique de la Syphilis*, récemment publié par M. Lancereaux. Voici ce que nous y avons trouvé.

D'après cet auteur, les lésions que développe la syphilis au sein des muscles sont anatomiquement caractérisées, ou par une infiltration néoplasique diffuse, ou par la présence de nodosités plus ou moins volumineuses et nombreuses. De là, deux modes pathologiques distincts : lésion inflammatoire diffuse dans un cas, *myosite interstitielle;* lésion circonscrite dans l'autre cas, *myosite gommeuse*.

Dans une leçon publiée, en 1846, dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. Ricord signalait comme premier degré de la myosite interstitielle, l'hypertrophie et la tuméfaction du muscle, à laquelle succédaient ensuite, comme deuxième et troisième degrés, le dépôt d'une matière plastique particulière dans le tissu musculaire, puis la rétraction et l'atrophie du muscle, et enfin sa dégénérescence fibreuse, cartilagineuse ou même osseuse. Voici, d'après M. Lancereaux, la description à peu près identique, au fond, que Virchow donne de cette même lésion : « Les contractures musculaires ont pour cause des dégénérescences calleuses du tissu musculaire, altérations analogues à celles que produit l'inflammation rhumatismale simple ou traumatique. Au milieu du tissu interstitiel des faisceaux musculaires, se développe un tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la fibrille musculaire primitive. » — Ainsi, la modification anatomique qu'a subie le muscle dans cette circonstance, consiste en une altération primitive de la trame, et une lésion secondaire de l'élément musculaire.

La myosite gommeuse ne diffère de la myosite interstitielle, dont il vient d'être question, que par le mode de disposition du néoplasme, suivant M. Lancereaux. Au lieu d'infiltrer une plus ou moins grande partie de la masse musculaire, celui-ci se présente sous forme de nodosités nettement circonscrites, ayant pour siége la substance conjonctive ou la trame fibreuse du muscle.

Les tumeurs gommeuses des muscles présentent la plupart des caractères des gommes du tissu cellulaire sous-cutané. Elles sont, comme celles-ci, parfois enkystées et toujours constituées des mêmes éléments, quoique souvent différentes par leur volume et leur coloration. Grisâtres d'abord, plus tard jaunâtres, elles acquièrent peu à peu la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Primitivement molles, visqueuses, elles conservent quelquefois cette consistance première; d'autres fois, fermes, semblables à l'œdème dur, elles marchent vers une organisation de plus en plus complète ; sinon elles se ramollissent peu à peu, deviennent fluctuantes; ce qui a donné lieu à l'opinion erronée que les gommes pouvaient se terminer par suppuration.

En résumé, pour M. Lancereaux, l'évolution des tumeurs gommeuses des muscles s'accomplit en deux temps ou deux périodes, l'une de formation, l'autre de régression ou de métamorphose. Dans la première période, il y a apport de matériaux et formation d'un néoplasme ; dans la seconde, il y a destruction moléculaire des éléments nouveaux, dont les conditions de vitalité ne sont que temporaires. Quelquefois, cependant, on constate le développement complet de ce néoplasme et son passage à l'état fibreux, ou bien encore son incrustation par des sels calcaires, d'où l'état osseux ou ossiforme. Ces divers états répondent aux trois degrés admis par M. le professeur Bouisson dans la marche de cette affection.

Un seul symptôme est commun aux deux formes de myosite syphilitique : c'est la douleur. Encore ce symptôme ne présente-t-il pas les mêmes caractères dans les deux formes. Dans la myosite gommeuse, dit M. Lancereaux, elle se fait sentir surtout au moment ou à la suite des contractures; dans la myosite interstitielle, elle siége à peu près exclusivement au niveau des attaches tendineuses, et peut être provoquée lorsqu'on vient à exercer des tiraillements sur le muscle lésé ou rétracté.

Quant aux autres symptômes, ils diffèrent dans les deux formes. Le symptôme caractéristique, ou du moins le plus constant de la myosite interstitielle, est la rétraction musculaire. Dans la myosite gommeuse, le muscle affecté se rétracte quelquefois, mais non point constamment. Cette lésion se manifeste le plus ordinairement par une tuméfaction assez ferme et résistante dans la première période, laquelle se ramollit, en général, peu à peu, et qui dans d'autres cas augmente, au contraire, de consistance, et finit par acquérir une dureté osseuse. La forme de ces tumeurs est ordinairement globuleuse ; elles ne s'accompagnent ordinairement d'aucun changement de couleur à la peau.

Nous ne nous arrêterons pas sur les symptômes concomitants ou antécédents, qui aident habituellement à établir le diagnostic étiologique de ces sortes de tumeurs, ainsi que sur leur marche et leur issue la plus ordinaire, toutes choses qui sont du ressort de l'observation clinique et parfaitement connues aujourd'hui. Nous ne terminerons pas, cependant, sans indiquer le résultat des recherches auxquelles s'est livré M. Lancereaux, pour établir dans quel ordre de fréquence relative se montre cette lésion dans les différents muscles du corps. Il résulterait de ces recherches que la myosite interstitielle se montre, de préférence, dans les muscles des membres supérieurs, et surtout dans les fléchisseurs de l'avant-bras. Les tumeurs gommeuses paraissent affecter, de préférence, le grand fessier, le trapèze, le sterno-mastoïdien, le vaste externe. Enfin, certains organes d'une structure essentiellement musculaire, tels que les lèvres, la langue, le voile du palais, les muscles du larynx, le cœur lui-même, participent quelquefois à cette altération.

Section presque complète de la deuxième phalange de l'index, n'adhérant seulement que par un lambeau palmaire. Réapplication des parties. Réunion.

M. le docteur Dubrueil, prosecteur de la Faculté de médecine, nous communique le fait suivant que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Bien que depuis Heister, on ait rapporté un certain nombre de faits de doigts plus ou moins complétement sectionnés et s'étant réunis, ils ne sont pas encore, ce me semble, en nombre tel qu'une observation nouvelle ne puisse avoir un certain intérêt.

J'ai recueilli le fait suivant pendant l'automne de 1865, dans une campagne du midi de la France. Le sujet est un petit paysan de cinq ans, très-bien constitué, qui, en voulant hacher du bois avec un couperet, laissa retomber cet instrument sur l'index de la main gauche. J'étais à quelques pas de cet enfant. J'arrivai à ses cris, et je constatai que les téguments de la face dorsale et des régions latérales de la seconde phalange de l'index, que l'os lui-même, vers sa partie moyenne, étaient divisés par une section oblique en avant et en dehors.

Le doigt ainsi lésé ne demeurait adhérent que par un lambeau palmaire. Quel était l'état des parties contenues dans ce lambeau? J'avoue que je ne m'en enquis pas tout d'abord avec beaucoup de soin. Toutefois l'absence d'hémorrhagie en jet me fait supposer que les artères collatérales n'avaient pas été divisées.

Mon premier mouvement, après avoir lavé la plaie et fait cesser ainsi l'écoulement sanguin, fut, je le confesse, de retrancher la partie presque détachée.

La privation absolue de tout instrument approprié m'empêcha de pratiquer cette opération.

Presque convaincu que la nature se chargerait de l'élimination, mais voulant cependant, par acquis de conscience, laisser à mon petit malade le plus de chances possibles de conserver son doigt, je rapprochai les parties divisées. De petites bandelettes taillées dans un morceau de diachylon que l'on trouva dans une maison voisine, me servirent à affronter les téguments.

Je plaçai sous le doigt une petite attelle fabriquée à la hâte, qui en avant dépassait son extrémité libre et en arrière s'étendait au delà de son articulation métacarpo-phalangienne. Elle fut fixée au doigt par des circulaires de diachylon. Une plan-

---

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT,

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

V. — Le Tyrol : ISCHL, AUSSÉE.

En quittant Rorschach je traversai le lac de Constance jusqu'à Lindau où je pris le chemin de fer de Munich. Après un repos de vingt-quatre heures dans la capitale de la Bavière, je revins à la voie ferrée qui, en quelques heures, me mena à Salzbourg; je touchais au Salzkammergut, cette *Suisse autrichienne*, au milieu de laquelle se trouve Ischl, station importante et inscrite la première sur mon itinéraire des Alpes tyroliennes.

A Salzbourg on prend une voiture dont les vigoureux chevaux vous transportent en huit ou neuf heures à Ischl, à travers une route ravissante, en traversant les jolis villages de Hof, de Fuschl et de Saint-Gilgen, et en côtoyant, comme dans une allée de parc, les lacs de Fuschl et de Saint-Wolfgrand.

Ischl, point central et chef-lieu du Salzkammergut, est dans une position délicieuse, au fond d'une vallée étroite, au confluent de deux rivières, l'Ischl et la Traun, et entouré de la plus grandiose nature alpestre qui se puisse voir. Avant 1822, l'exploitation des salines était la seule industrie du pays, et cette industrie suffisait aux besoins alors modestes de ses habitants. Mais depuis cette époque, un médecin de Vienne, le docteur Wirer de Rettenbach, a transformé l'existence d'Ischl, et en a fait le bain à la mode de toute l'Autriche. Là, chaque année, la famille impériale y passe une partie de l'été, et avec elle l'aristocratie et les grands dignitaires de l'empire.

Et cependant cette station ne possède pas, à proprement parler, d'eau minérale naturelle, et les deux sources que les livres signalent ne comptent que pour mémoire, et me font l'effet de ces vieilles enseignes que l'oubli protége, et qui n'indiquent plus le commerce métamorphosé du négociant.

A l'intérieur on ne fait usage que du petit-lait et d'eaux minérales transportés.

A l'extérieur on utilise les produits artificiels des salines sous toutes les formes, bains d'eau salée, bains de boues, bains de vapeur, fomentations, inhalations, etc., et avec l'eau ordinaire, bains, natation, douches, etc., etc.

L'eau et la vapeur chlorurées qui servent aux bains et aux inhalations sont obtenus artificiellement : l'eau par la lixiviation, et la vapeur par l'évaporation qui se produit dans la saline attenant à l'établissement des bains appelé *Badhaus* (maison de bains).

Le petit-lait, qui seul nous doit occuper ici, se prend dans une immense galerie appelée *Trinkhalle*. Cette galerie est coupée dans son milieu par une galerie transversale, beaucoup plus courte que la première, et donne ainsi à la trinkhalle la forme d'une croix.

Dans un des bras de cette galerie transversale, taillée en hémicycle et fermée, sur le devant, par une espèce de comptoir en bois, se trouvent des rayons d'étagère sur lesquels est rangée une multitude de bouteilles d'eaux minérales transportées, et des petits vases oblongs, en porcelaine et à anse, sur lesquels est écrit : *molke — Ischl* (petit-lait d'Ischl).

Dans l'intérieur de l'hémicycle une table de bois blanc supporte trois hottes en tout semblables à celles de Suisse, et qui contiennent séparément le petit-lait de vache, celui de chèvre et celui de brebis. Quand le nombre des buveurs n'est pas considérable, les hottes sont remplacées par des vases en porcelaine plus petits, dont on conserve la température au moyen d'un bain-marie souvent renouvelé.

Le service commence à six heures et dure jusqu'à neuf. Les malades se promènent soit dans la trinkhalle éclairée par trente fenêtres, ou sur la place que la musique anime pendant tout le temps que dure la boisson.

Le petit-lait se prend de dix minutes en dix minutes dans les vases oblongs dont j'ai parlé plus haut, et qui sont d'une contenance de 173 grammes.

Les tasses d'Ischl sont moins grandes que les verres de Suisse, et il est également rare que l'on dépasse par jour la dose de quatre tasses.

Une heure après avoir pris sa dernière dose, le malade fait, comme en Suisse, une légère collation soit avec du café, soit avec du fromage aigre. A une heure, conformément aux habitudes autrichiennes, on fait un bon repas d'où sont exclus les excitants et les crudités, et le soir, à huit heures, on se contente soit d'une tasse de thé avec un peu de pain et du beurre, soit de fromage aigre, comme au matin.

On le voit, le régime diététique suivi à Ischl diffère peu de celui qui est adopté en Suisse.

Le petit-lait se prépare ici exclusivement avec la présure desséchée ; mais comme partout il y a le fameux tour de main dont le secret est inconnu aux concurrents. J'ai raconté ce que me disait le régisseur touchant les pâtres qu'il avait fait venir d'Appenzell et qu'il dut remplacer par un berger du Salzkammergut dont le tour de main était bien supérieur à celui de ses rivaux. Tout cela est possible, car il ne faut jamais nier la parole d'un galant homme; mais je pense que le premier berger venu acquiert, au bout de huit jours d'exercice, un assez bon tour de main pour faire d'excellent peti-tlait.

Quoi qu'il en soit, tandis qu'en Suisse le petit-lait est préparé sur les montagnes et apporté à dos d'homme aux établissements qui le consomment, à Ischl le petit-lait est fabriqué sur place et avec un

chette plus grande fut placée sous la face palmaire de l'avant-bras mis en demi-pronation. Elle s'étendait du pli du coude au-delà des doigts. Je la maintins avec des mouchoirs au lieu de bandes. Chez un adulte raisonnable, la première attelle eût suffi, mais j'avais affaire à un enfant et à un enfant terrible. Je mis le bras en écharpe et recommandai aux parents du petit malade de l'empêcher, autant que possible, de remuer la main. L'accident était arrivé à quatre heures de l'après midi et dans la soirée la douleur avait cessé.

Le lendemain, pas la moindre réaction. La sensibilité était parfaite au bout du doigt; la température était la même que pour les autres.

Le surlendemain, sans enlever l'attelle immédiate, je m'assurai qu'il n'y avait pas d'inflammation. Je ne changeai le pansement que le sixième jour, et je constatai alors que les parties étaient exactement en rapport. Les bandelettes de diachylon étaient tachées par un peu de sérosité roussâtre. Je replaçai le tout comme le premier jour. Nulle complication ne survint, et quinze jours après l'accident j'enlevai définitivement l'appareil. La plaie était cicatrisée, le doigt était solide et la mobilité des phalanges laissait seule à désirer.

Je cessai alors de voir cet enfant. Deux mois après je le retrouvai; il me dit que la plaie s'était rouverte, et qu'il en était sorti une parcelle d'os, ce que les parents m'affirmèrent aussi. A cette époque, le doigt exécutait les mêmes mouvements que celui du côté sain et une cicatrice linéaire était la seule trace du traumatisme qu'il avait subi.

— Notre distingué confrère, M. Dubrueil, voudra bien nous permettre de lui rappeler ici quelques faits analogues à celui qu'on vient de lire.

En 1839, à l'occasion d'une observation très-bien faite et très-circonstanciée d'un cas de réunion parfaite d'une portion de la deuxième phalange du pouce complétement séparée du corps, rapportée par M. le docteur Dubroca, dans le *Bulletin médical du Midi*, l'un de nous a publié dans la *Gazette médicale de Paris* (1), deux observations du même genre, l'une qui lui était propre, la seconde qui lui avait été communiquée par un de ses anciens condisciples et amis, M. le docteur Cabanes, de Béziers. Il s'agissait, dans la première, d'une ablation totale d'une portion de la troisième phalange du doigt médius de la main gauche; la section avait eu lieu au niveau du tiers inférieur, environ, de la base de l'ongle, circulairement; et comprenait toute la pulpe du doigt, l'extrémité de la phalangette et les deux tiers de l'ongle. Le fragment détaché ayant été immédiatement réappliqué et maintenu au moyen d'un bandage agglutinatif, l'adhésion s'en fit immédiatement, et après divers incidents qui retardèrent et faillirent compromettre le résultat, tels que l'ulcération gangréneuse d'une partie de la petite plaie circulaire, la chute de l'épiderme et de l'ongle qui laissèrent pendant quelques temps le derme à nu, la réunion et la restauration du doigt étaient complètes et définitives au bout d'un mois. Dans le deuxième cas, l'articulation de la première avec la deuxième phalange de l'indicateur de la main droite avait été ouverte par un coup de sabre, et la portion de doigt séparée n'était maintenue que par un petit pédicule de peau du côté de son bord cubital. La réunion fut tentée, les parties affrontées ayant été maintenues par des bandelettes agglutinatives, quatre petites attelles et une bande; au bout de quatre jours la réunion avait eu lieu sans la moindre suppuration.

Le nouveau fait de M. Dubrueil vient donc, à son tour, ajouter un témoignage de plus de la possibilité d'obtenir la réunion de parties plus ou moins complétement séparées du corps.

On lira avec intérêt, sur ce sujet, les travaux de M. Paul Bert (greffe animale).

1. Note sur un nouveau cas d'ablation totale d'une partie du corps; réunion; guérison; par M. le docteur H. Brochin, in *Gazette médicale de Paris*, année 1839, page 682.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BERTHIER.

De l'alimentation des aliénés.

I. — La bromatologie des aliénés n'a pas toujours obtenu la même attention ni la même estime. Ses variations, très-fréquentes, ont suivi les vicissitudes médicales et philosophiques. Plutôt élément négatif de cure, autrefois que la folie était regardée comme le résultat d'une crase bilieuse, humorale, atrabilaire, pneumatique, elle devient, à notre époque, un agent thérapeutique de plus en plus important à mesure que l'on apprécie davantage l'influence du milieu sur l'état moral, l'action réciproque du sang et des nerfs, celle non moins capitale de l'organisme sur l'esprit, à mesure que, dégagée de l'ornière des systèmes, l'étude clinique envisage le délire sous son jour, distingue les états morbides qui composent l'aliénation.

En parcourant les auteurs qui ont traité des vésanies, on voit, en effet, que la diététique fait partie de leur traitement, mais que si les uns la dosent, la plupart la passent sous silence comme moyen facultatif ou tout au moins sans portée.

Les avis à cet égard ont été très-partagés, tellement a été mobile l'opinion de la science sur notre spécialité. Il suffirait, pour s'en convaincre, de jeter un rapide coup d'œil sur les écrits de nos ancêtres. Ainsi, qu'il s'agisse de frénésie, de manie, de mélancolie, Celse prêche tempérance et sobriété (*Traité*. Livre III, chap. XVIII), tandis que Thémison conseille les spiritueux et la bonne chère aux maniaques, Arétée de succulents repas aux mélancoliques (*Cure des Maladies chron.* Livre Ier, chap. V). Il faut, en général, les tenir d'abord à la diète, puis à un régime léger, et ne recourir aux reconfortants que dans la chronicité, s'écrie Cœlius : pour les seuls mélancoliques, *cibos constrictivos* (chap. VI). Dans trois paragraphes successifs, Alexandre de Tralles discourt sur la viande, les légumes, les boissons. Pour lui, la chicorée, la mauve, le chiendent, les crèmes, conviennent aux frénétiques (*De arte medica*. Cap. XIII). La volaille, le poisson saxatile, les fruits tendres, l'abstention de mets préparés au garus et au caséum, du vin en petite quantité et le moins capiteux, voilà le lot des mélancoliques (cap. XXII). Amatus Lusitanus assure qu'il guérit une dame maniaque dont la voracité était extrême, en ayant égard à l'état de l'estomac (*Curat 87. Centur.* 7). Se bornant à la manie consécutive aux fièvres intermittentes, Sydenham recommande les restaurants pour conjurer la stupidité (*Médecine pratique. De Mania*). *Diæta tenuis, omnia refrigerentia, lactis serum,* tel est le résumé des préceptes alimentaires de Lorry dans les manies et mélancolies, qu'il qualifie de nerveuses (*De morb. melancholic.* 1765. Tome II, page 187. *Et de usu diætæ lacteæ*. Page 171). Faites observer une abstinence formelle aux mélancoliques, dit Sauvages, à moins de faiblesse profonde. Trempez bien leur vin, et que les boissons soient chaudes (*Nosologie méthod.* Traduct. de Nicolas. 1771. Tome II, page 739). Rien ne contribue davantage à la guérison des maniaques qu'une pitance douce, rafraîchissante et frugale (*Op. citat.* Page 748). Cullen se montre sévère, et prohibe tout stimulant (*Méd. pratiq.* Trad. de Bosquillon. 1787. Tome II, pages 487 et 506). Daquin, après avoir avancé que l'état des fous réclame une réparation peu copieuse, ajoute que les longs jeûnes affaiblissent l'estomac, empêchent le sommeil, troublent la raison, et adopte un moyen terme; mais il interdit le vin (*Philosophie de la Folie*. 2e édition, pages 175-6). On sait l'avis de Pinel et ses expériences concluantes en faveur des rations suffisantes, au risque des plus graves périls : mort, fureur, incurabilité (*Traité*. 2e édition. Page 63 et note de la page 233). C'est, en somme, une très-mauvaise habitude que d'affamer les aliénés, dit Amard. Soutenez les forces (*Traité analytique*. Page 43). Suivre les conseils de la nature est, d'après Dubuisson, le mode le plus sage. S'il y a irritation, des végétaux et des boissons tempérantes; l'appétit est-il désordonné, apaisez-le par des délayants; au besoin, ordonnez des nutritifs qui se digèrent bien (*Des Vésanies*. Page 242). Très-explicite est Foderé. C'est à régler la nourriture selon l'état organique et le genre de l'affection, que doit tendre le médecin (*Traité*. Tome II, page 292). Sentiment de Tucke. Aux maniaques sans délire, des légumes et peu de viande; à ceux qui délirent, une chair grasse, à moins de pléthore; aux mélancoliques, mélange des règnes animal et végétal; aux déments des analeptiques, hors l'hyperhémie; aux furieux, de l'eau, de l'eau... (tome II, page 297). Si Esquirol penche pour la privation des vivres au début, ensuite pour une réfection prudente, il fait observer que les maniaques s'épuisent facilement, et qu'il faut les sustenter (*Maladies mentales*. Tome II, pages 155 et 525). L'inanition augmente, au dire de Georget, l'agitation pour laquelle il veut du vin (*De la Folie*. 445). Nourriture saine et abondante, supérieure, en quantité, à celle des gens en santé; voilà ce qui convient aux fous (Scipion Pinel. *Régime sanitaire des Aliénés*. Page 65). Cette idée est de Ferrus (*Des Aliénés*. 1834. Page 237). Le gruau, le lait, le pudding doivent former l'ordinaire de nos maisons, excepté dans les cas d'abattement physique, a écrit Ellis. La portion sera graduée par la violence du mal (*Traité*. Pages 257 et 336). Dans son ouvrage sur la direction des asiles d'aliénés, M. Girard de Cailleux établit, conformément au docteur Trélat, qu'on pourrait formuler une loi proportionnelle entre le nombre des décès et la nature des denrées (1848. Pages 92 et 93). M. Morel, qui ne s'occupe que des déments, dans le chapitre nourriture, la demande substantielle (*Études cliniques*. 1848. *Traité de 1862*). Comme toujours, le savant Guislain se montre pratique. La mélancolie, à ses yeux, appelle les toniques, et la démence encore plus. Il importe de se conduire avec les maniaques comme avec les personnes atteintes de maladies nerveuses (*Phrénopathies de 1852*. Leçons XXVIII, XXX, XXXIV). Jacobi et Kitching partagent cette manière de voir. A entendre Thurnam et Conolly, les pertes et les guérisons seraient en rapport avec l'espèce et le poids de l'alimentation (*The treatment of the Insane*. 1856. Page 80). Renchérissant sur l'Angleterre, l'Américain Benedict traite ses pensionnaires par le punch à l'eau-de-vie. Dagonet (1862), Marcé (1862), Griesinger (1865) admettent d'une voix unanime (avec une restriction de Marcé à l'endroit des paralytiques, page 195) qu'il faut des confortatifs aux aliénés, sauf dans les phases aiguës, pour ne pas les exposer aux entérites passives et au prolongement de la chronicité. M. Parchappe, dans un plaidoyer pour le *statu quo*, lu le 27 novembre dernier à la Société médico-psychologique, énonce, contrairement aux principes de Ph. Pinel, de Trélat, de Girard, de Conolly, de Landouzy, de Marcé, etc., que l'on attribue indûment au régime alimentaire ces affectations abdominales qui font partie du développement morbide essentiel de la folie, et qu'on a tort de lui accorder tant d'influence dans la cure de cette maladie. Je renvoie, pour la contre-partie, à la savante note, publiée à ce propos, de M. Girard de Cailleux (*Annales médico-psychologiques de janvier 1866*. Pages 157, 158, 159). Mon expérience personnelle et le traitement de la diarrhée chronique par la viande et le vin, traitement que j'ai innové, m'ont prouvé que le chiffre des guérisons, surtout celui des décès, dans les asiles, sont en raison presque directe du choix de l'alimentation.

II. — A quoi tiennent cette divergence et ce mélange de doctrines? A la diversité de vues et de résultats de la science sur l'ensemble et sur les détails.

S'est-on jamais entendu sur le sens des expressions, l'interprétation des symptômes, la marche de la folie, sur son pronostic? Non. Les mots manie et mélancolie, depuis Celse jusqu'à Esquirol, ont eu des significations élastiques. Ce qui était un genre pour l'un ne l'était plus pour l'autre. Tel praticien voyait dans un signe le prélude d'une affection déjà

---

lait qui n'a pu acquérir les propriétés aromatiques et bienfaisantes dont Appenzell se glorifie pour le produit de ses chèvres.

Et cependant, tandis que Weissbad, Gais et Horn reçoivent annuellement, et à eux trois, de 400 à 500 malades, Ischl, à lui seul, fournit son petit-lait à près de 5000 malades. Il est vrai que la présence de la cour d'Autriche à Ischl donne à cette station un éclat et un retentissement dont les autres sont privées; mais, d'un autre côté, précisément à cause de ce qui fait son importance, Ischl n'est possible que pour les grandes fortunes, et il semblerait que ceux à qui la richesse n'est pas dévolue dussent préférer un séjour moins coûteux et offrant en même temps un médicament meilleur.

Bien plus, puisque les malades riches qui pourraient aller en Suisse, continuent à affluer à Ischl, il faut en conclure que leurs médecins ne reconnaissent pas une valeur thérapeutique plus grande au petit-lait d'Appenzell, et que, pour eux, le petit-lait fabriqué à Ischl vaut le petit-lait préparé sur les montagnes.

Plus tard nous verrons que dans certaines stations de l'Allemagne, aux environs de Vienne, par exemple, le petit-lait se fait avec le lait de vaches qui ne sortent jamais de l'étable.

C'est encore plus fort qu'à Ischl où, du moins, on peut se prévaloir de la possibilité de pâturages alpestres.

Cette question de la valeur relative des petits-laits a une importance majeure pour l'avenir de la médication séro-lactée en France; personne, que je sache, ne l'avait encore abordée, et tous ceux qui de confiance acclamaient le petit-lait d'Appenzell n'avaient eu garde de s'expliquer pourquoi la foule ne remplissait pas les établissements de Suisse tandis qu'elle accourait à ceux d'Ischl, de Méran, de Gleichenberg, de Kierling et de Bade, où les vaches et les chèvres ne broutent cependant pas les plantes rares et aromatiques des pâturages d'Appenzell.

On me pardonnera donc cette trop longue digression en faveur de la nouveauté et de l'importance du problème; et je me hâte de reprendre mon étude sur Ischl.

Je n'ai fait jusqu'à présent qu'indiquer les analogies qui rapprochent cette station de celles de la Suisse; il est temps de faire connaître les différences qui l'en éloignent et qui font d'Ischl l'établissement modèle par excellence parmi tous ceux que j'ai visités.

Ces différences portent sur trois points :

1° Variété dans la nature du petit-lait;

2° Association du petit-lait avec les eaux minérales;

3° Association du petit-lait avec les pratiques hydrothérapiques.

Je vais rapidement examiner chacune de ces conditions.

1° *Variété dans la nature du petit-lait.* — Contrairement à ce qui se pratique en Suisse où on ne fait usage que du petit-lait de chèvre, on utilise à Ischl le petit-lait de vache, celui de chèvre et celui de brebis. Chacun d'eux jouit de propriétés distinctes, et répond à des indications tranchées.

Grâce à de longs entretiens avec le docteur Heinrich Kaan, un des huit médecins de cette station, je puis donner des détails précis sur le rôle thérapeutique de chacun de ces petits-laits.

1° Le petit-lait de chèvre est adoucissant;

2° Le petit-lait de brebis est nourrissant;

3° Le petit-lait de vache est laxatif.

Par conséquent dans toutes les affections des voies aériennes, surtout dans la tuberculose commençante, il faut donner le lait de chèvre et quelquefois celui de brebis.

Dans certaines névroses, dans les affections anémiques, dans les faiblesses de constitution, en un mot dans toutes les maladies où l'organisme a besoin d'être réparé, le petit-lait de brebis est naturellement indiqué, ainsi que celui de vache dont l'effet laxatif n'est obtenu qu'avec des doses fortes et réitérées.

Enfin dans toutes les affections où la constipation joue un rôle important, comme dans les dyspepsies, certaines anémies, les hémorroïdes, etc., le petit-lait de vache est de tous le préférable.

D'ailleurs les propriétés thérapeutiques que je viens d'indiquer pour chaque espèce de petit-lait sont accrues ou mitigées, comme je vais le dire, par l'addition d'une eau minérale appropriée.

Et à cette occasion je noterai que si les médecins d'Ischl combinent ensemble les eaux minérales et le petit-lait, jamais ils ne mêlent les petits-laits entre eux. — C'est une règle qui ne souffre aucune exception.

Mais cette règle n'est point applicable à l'usage externe du petit-lait, et tous les observateurs accordent peu d'importance aux considérations qui précèdent sur les propriétés médicales de chacun d'eux, quand la liqueur séro-lactée doit être employée sous forme de bains.

2° *Association du petit-lait avec les eaux minérales.* — A Ischl, la boisson de l'eau minérale ne constitue pas la médication essentielle; celle-ci est tout entière dans le petit-lait; les eaux minérales sont l'adjuvant ou le correctif de la médication séro-lactée, et ne deviennent que, dans de très-rares exceptions, la médication principale; aussi quand le praticien juge utile d'associer une eau minérale au petit-lait, il diminue progressivement la proportion de la première, de façon à la supprimer entièrement au bout de quelques jours, et n'avoir plus affaire qu'à la liqueur séro-lactée.

Il est utile, pour les considérations que j'aurai à développer plus loin, que l'on connaisse les eaux minérales dont on fait usage à Ischl; en voici le tableau, affiché dans la trinkhalle; je le transcris textuellement avec le prix du verre, et me contente d'ajouter, en regard de chaque source, sa provenance et sa désignation chimique.

avancée pour son confrère. En outre, le traitement devait varier avec les systèmes. La folie causée par un fluide, un gaz, etc., a dû être tour à tour envisagée différemment. On devait mettre à la diète, si l'on croyait à la surabondance des humeurs; nourrir, quand on soupçonnait l'affaiblissement des esprits. Les plus raisonnables furent ceux qui, ne s'inspirant que de l'observation, se bornèrent à l'étude des indications; et parmi ceux-ci (je parle de nos devanciers), nous ne trouvons guère qu'Alexandre de Tralles, Foderé, Esquirol, qui l'aient affirmé.

Quoi qu'il en soit, en analysant les citations exposées, on peut se convaincre que, à part quelques-uns, tels que Arétée et Thémison, les anciens furent partisans de la modération dans le régime; que Sauvages, Cullen, Daquin, entre nos prédécesseurs qui se sont prononcés à cet égard, ont paru les défenseurs de la sobriété dans le régime; et que, plus nous approchons de notre siècle, plus nous rencontrons d'adhérents à la loi de tonification, posée par M. Girard de Cailleux, pour la masse des aliénés.

Et je me range à côté d'eux.

Pourquoi?

La folie a pour substratum organique une diathèse nerveuse. Toute diathèse nerveuse exalte d'abord, déprime ensuite. Lorsque le délire s'invétère, la dépression produit l'atonie. Il faut alors, si l'on ne veut pas jeter l'économie dans le collapsus, conjurer cette débilitation qui, elle-même, ajoute à l'appauvrissement du système en s'opposant à sa reconstitution. Car s'établit un cercle vicieux par lequel, d'un côté, la nutrition est rendue défectueuse par l'épuisement nerveux, de l'autre, l'épuisement nerveux est entretenu par une nutrition imparfaite. Sans compter l'élément psychique qui, selon sa nature, peut également augmenter l'affaiblissement et jeter dans l'adynamie. Ainsi un malade subjugué par la tristesse, la crainte, le remords, l'inquiétude, non-seulement éprouve à la longue un délabrement physique qui est la suite d'une innervation vicieuse, mais encore il voit la plupart de ses fonctions corporelles se ralentir, s'entraver, languir sous l'empire de préoccupations déprimantes.

En parcourant la liste des délires chroniques, je prouverais facilement que l'une ou l'autre de ces causes d'affaissement existent, lorsqu'elles ne s'unissent pas. Prévoir la chute des forces et la combattre, tel est un des premiers devoirs de l'hygiène aliéniste. Or, comment s'opposer à l'envahissement de cette atonie qui se manifeste chez l'aliéné, tantôt par le marasme, tantôt par la phthisie, tantôt par le dévoiement, tantôt par les éruptions scorbutiques ou pellagroïdes?

Par une bonne alimentation, si un homme bien portant réclame une nourriture en rapport avec ses fatigues, à plus forte raison un malade très-dépensier a-t-il droit de demander une réparation proportionnelle à ses pertes, au risque de voir le budget de ses forces se régler par un déficit, et conclure à la faillite.

Quels sont donc les quotités alimentaires indispensables à l'état de santé?

Et d'abord tout, dans l'organisation de l'homme, annonce qu'il est destiné à une nourriture mixte : ses dents, qui participent à la fois de celles des carnivores et de celles des herbivores; son estomac, qui possède de semblables rapprochements de conformation; ses intestins, qui ne s'éloignent pas plus de ceux-ci que de ceux-là. Un régime exclusivement végétal entraîne, en général, des acides dans les premières voies, le défaut d'énergie, des flatuosités. Les matières alibiles chargent moins les organes digestifs, sont plus faciles à assimiler, procurant plus de musculosité; mais leur usage exclusif entraîne la pléthore, prédispose aux sécrétions anomales. Le mélange de ces deux genres de nourriture modifiable, selon les circonstances, réunit les deux avantages. Ensuite, la nourriture doit être variée. L'homme est déterminé par son goût, tant à changer ses aliments qu'à les combiner ensemble : à mêler le fade avec le piquant, le gras avec le salé, l'azote avec l'oxygène, etc.; combinaisons qui flattent son palais, en même temps qu'elles accroissent la digestibilité.

Enfin, le choix des condiments, le mode de préparation entrent bien pour quelque chose dans l'alibilité, et le volume des aliments n'est pas sans quelque importance. D'où il résulte qu'à une nourriture concentrée, on doit ajouter des substances moins nourrissantes, offrant au tube digestif une masse suffisante pour exercer leur action.

Reste à savoir quelle est la quantité numérique d'aliments plastiques et respiratoires nécessaires à la nutrition de l'homme.

Or, d'après les calculs des savants, il faut à notre entretien 20 grammes d'azote et 300 grammes de carbone, au minimum. D'autres chiffres ont été donnés; l'évaluation change peu. Pour 20 grammes d'azote, il faut 2000 grammes de pain; pour 300 grammes de carbone, 1000 grammes de pain. En prenant le kilogramme ou deux livres de pain, on obtient les 20 grammes d'azote et un excédant de carbone d'environ 300 grammes. Par conséquent, établissons pour règle moins de 2 kilogrammes de pain, auxquels on ajoute des substances azotées (viande, œufs, fromage, etc.), afin d'avoir la substance azotée sous un volume moins fatigant pour l'estomac.

1000 grammes de pain et 300 grammes de viande constituent, d'après M. Payen, une ration alimentaire bien équilibrée. Car 1000 grammes de pain renferment 300 grammes de carbone et 10 grammes d'azote. 300 grammes de viande renferment 30 grammes de carbone et 10 grammes d'azote. Donc 2,300 grammes de cette nourriture renferment 330 grammes de carbone et 20 grammes d'azote; ce que nous demandions tout à l'heure.

Dans nos climats, un adulte bien portant consomme de 2 à 3 kilogrammes de nourriture solide et liquide; ce qui représente le chiffre de ses pertes par les *excreta*. Et la santé s'entretient à condition d'une juste balance entre les *excreta* et les *ingesta*.

III. — Si le minimum de la ration alimentaire, chez l'adulte sain de corps, est de 1 kilogramme de pain avec 300 grammes de viande par vingt-quatre heures, le minimum de celle de l'aliéné, pris en masse, doit lui être supérieur. Puisque ce malade, d'après les principes acquis par une longue expérience, dépense plus d'activité, use plus de forces, a besoin par conséquent d'une plus grande réparation. Admettons donc pour chacun 1 kilogramme de pain et 500 grammes de viande.

Mais, également d'après les principes que nous venons d'émettre, la variété des mets étant nécessaire à une bonne nutrition, il faut admettre aussi des changements fréquents à cet ordinaire, par l'addition de légumes, de poissons, de fruits, de crèmes, de boissons.

La plupart des plantes contiennent des éléments nutritifs, qui se digèrent, les proportions de mucilage, d'acide et de sucre. Les fruits nourrissent, selon qu'ils contiennent plus ou moins d'élément mucilagineux, gélatineux ou sucré. Les fromages sont d'autant plus nourrissants qu'ils sont récents et peu salés. La chair de poisson en impose bien souvent à l'estomac pour celle des quadrupèdes. Toutes les boissons qui contiennent un principe nutritif en dissolution sont de véritables aliments; et parmi eux se rangent avant tout le vin, la bière, le cidre, etc. Or, l'adjonction de substances alimentaires autres que la viande, tout en perfectionnant le régime, peut suppléer à la quotité voulue et l'égaliser en faveur de l'hygiène sans enfreindre sa loi.

Nous pourrons alors composer ainsi le menu quotidien de nos asiles :

Pain, 750 grammes.

Viande, 300 grammes, et mieux encore 360 à 400.

Légumes, poisson, crème, fruits, quantité suffisante pour parfaire les 1,500 grammes, selon la nature des aliments.

Vin, de 20 à 25 centilitres; bière ou cidre, de 50 à 60 centilitres.

Ces taxes, on le comprendra, seront modifiées avec le sexe, le pays, les habitudes sociales. L'Anglais et l'Allemand aiment la viande, le Français et le Belge ne craignent pas le pain, l'Italien et l'Espagnol préfèrent les fruits, les riverains de la mer sont friands de poissons, l'habitant des zones tempérées allie la chair aux légumes. L'ouvrier et l'artisan se contentent d'une grossière réfection, la femme et l'homme de cabinet choisissent des plats en rapport avec leurs palais affriolés.

Peut-être ferait-on bien de former une ration spéciale pour les agités. Quant au maigre du vendredi, il est de rigueur, il rompt avec la monotonie de la semaine, et donne certaine latitude aux pratiques religieuses; nous le prohibons aux infirmeries cependant.

En résumé, les aliénés, surtout ceux qui habitent les asiles, doivent être confortablement nourris.

Seront exceptés de cette règle : les maniaques à la période de début, les mélancoliques surexcités par des accès intercurrents, les déments menacés de congestion cérébrale, les épileptiques agités.

L'infraction à ce principe, passé à l'état de loi aujourd'hui, compromet la guérison, abrége l'existence, favorise la chronicité, multiplie et entretient les phthisies pulmonaires ou intestinales.

Les faits, l'expérience, l'autorité des hommes compétents, tout concourt à sanctionner ces préceptes qu'on peut formuler ainsi :

Le chiffre des morts et des cures dans les maisons d'aliénés dépend, dans beaucoup de cas, de l'alimentation.

CHLOROFORME A HAUTE DOSE DANS LE CHOLÉRA.

Le 27 du mois de septembre dernier, je fus appelé à trois kilomètres de mon habitation, pour une femme âgée de plus de soixante ans qui réclamait des soins immédiats. Grand fut mon étonnement de me trouver en face d'un cas de choléra très-grave. Je ne pouvais me tromper, car j'avais traversé deux épidémies très-meurtrières de cette maladie, la première en 1849, à Mouy, dans le département de l'Oise, la deuxième, à Aramon (Gard), en 1854. Voici d'ailleurs les symptômes présentés par cette vieille femme. Vomissements et selles riziformes, haleine froide, voix cassée, teinte cyanique de toute la face, surtout au pourtour des yeux profondément enfoncés dans l'orbite, suppression des urines, rétraction très-douloureuse des muscles de la face postérieure des deux jambes, mêmes douleurs sur le trajet des muscles de la cuisse de chaque côté, affaiblissement très-marqué de la rétractilité de la peau. Sensation glaciale des oreilles, du nez et de toutes les extrémités, pouls insaisissable. Je prescrivis immédiatement, sinapismes aux poignets et aux pieds, pour être promenés sur toute la surface des membres, vésicatoire sur la région épigastrique et à prendre de vingt en vingt minutes une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Alcool	5 grammes.
Chloroforme	3 —
Eau sucrée	120 —

Une gorgée d'eau glacée de temps en temps dans l'intervalle.

Quatre jours après, cette malade a pu se lever et manger un morceau de côtelette grillée.

Actuellement elle jouit d'une excellente santé.

Gradignan, près Bordeaux, le 31 décembre, 1866.

D[r] GUIDRAUD.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

122. Du traitement du varicocèle et spécialement du procédé par les injections du perchlorure de fer, par M. Alexandre Wiart.

	Kr.
Egerer Salzquelle (Bohême, saline)	35
Egerer Wiesenquelle (Bohême, saline)	35
Egerer Franzensquelle (Bohême, sulfatée)	35
Karlsbader Schlossbrunn (Bohême, saline sulfatée)	35
Karlsbader Mühlbrunn (Bohême, saline sulfatée)	35
Marienbader Kreuzbrunn (Bohême, saline sulfatée)	35
Marienbader Ferdinandsbrunn (Bohême, saline sulfatée)	35
Gieshübler Sauerbrunn (Bohême, saline sulfatée)	35
Saidschüzer Bitterwasser (Bohême, sulfatée)	35
Püllnaer Bitterwasser (Bohême, sulfatée)	35
Friedrichshaller Bitterwasser (Saxe-Meiningen, sulfatée)	50
Gleichenberger Constantinsquelle (Styrie, alcaline sodique)	45
Gleichenberger Johannisbrunn (Styrie, ferrugineuse)	45
Rohitscher Sauerbrunn (Styrie, alcaline gazeuse)	35
Ofner Elisabethquelle (inconnue)	45
Bilinerquelle (Bohême, alcaline sodique)	45
Schwalbacher Stahlquelle (Nassau, ferrugineuse)	45
Klausner Stahlquelle (inconnue)	35
Kissinger Rákóczy (Bavière, saline chlorurée)	35
Selter-Wasser (Nassau, acidule gazeuse)	45
Haller Iod-Wasser (Autriche, alcaline iodée)	45
Maria Luisenquelle (Ischl, saline)	15
Obersalzbrunn (Bavière, saline)	40
Schwefelquelle (inconnue)	20
Emser Kränchen (Nassau, alcaline)	45
Ivandaer Bitterwasser (Hongrie, sulfatée)	45
Sodawasser (Nassau, saline)	40
Selowitzer Bitterwasser (inconnue)	35

Ce catalogue ne présente aucune eau sulfureuse, et il n'est pas sans intérêt, comme je le dirai plus longuement au chapitre consacré au mode d'action du petit-lait, de noter cette particularité à l'occasion d'une médication qui s'adresse aux maladies des voies respiratoires. Dans tous les cas, je ne puis entrer dans les détails de cette médication mixte où figurent, en se mélangeant, les eaux minérales organiques et les eaux minérales inorganiques; tout y est laissé au tact et à la spontanéité du praticien, si ce n'est ce seul principe que j'énonce de nouveau, à savoir : que les eaux minérales inorganiques, ne jouant que le rôle secondaire d'adjuvant ou de correctif, doivent, aussitôt que faire se peut, laisser la place aux eaux minérales organiques, c'est-à-dire au petit-lait.

3° *Association du petit-lait et de l'hydrothérapie.* — Ici encore plus qu'ailleurs tout est laissé à l'appréciation du médecin; les ressources dont il peut disposer sont variées à l'infini; pour les affections des voies respiratoires, on associe la cure du petit-lait avec les inhalations des vapeurs salées; les bains de sable, les douches froides, la natation, trouvent, comme partout, leur emploi dans les maladies déprimantes, le lymphatisme, l'anémie, la scrofule; les bains de boue, les bains de vapeur agissent efficacement contre les rhumatismes, les névralgies, certaines névroses et la goutte.

Je n'en finirais pas si je voulais rapporter toutes les combinaisons dans lesquelles, avec le petit-lait, les eaux minérales et l'hydrothérapie jouent un rôle séparément ou simultanément; il m'a suffi d'indiquer les ressources mises à la disposition des médecins d'Ischl, pour comprendre tout le profit qu'ils en peuvent tirer, et la faveur méritée dont cette station jouit dans tout l'empire d'Autriche.

A Ischl le prix du traitement ne se règle pas comme en Suisse : les eaux minérales et le petit-lait se payent par tasses; le prix en est porté sur le tableau que j'ai reproduit plus haut, et qui est affiché dans la trinkhalle. Je ne reproduirai que celui du petit-lait : le petit-lait de chèvre et celui de brebis, valent 60 centimes la tasse (12 kreutzers); celui de vache ne vaut que 40 centimes (8 kreutzers). Le bain de petit-lait qui est de vache, comme je l'ai dit, se paye 7 fr. 90 centimes (3 florins 20 kreutzers).

Ainsi, tandis qu'en Suisse la cure de petit-lait coûte 1 fr. par jour, y compris la soupe du matin, à Ischl le même traitement revient à 2 fr. 40 centimes ou à 1 fr. 60 centimes, selon que l'on fait usage du petit-lait de chèvre et de brebis ou du petit-lait de vache.

Si l'on ajoute les traitements accessoires avec les eaux minérales et l'hydrothérapie, on arrive facilement à une dépense de 4 à 5 fr. par jour, sans y comprendre, bien entendu, les frais de logement, de nourriture et des distractions qui sont fort considérables, et les bains de petit-lait qui sont un véritable luxe.

Heureusement pour les malades à qui la fortune ne permet pas la vie dispendieuse de la résidence impériale, il existe près d'Ischl, à trois heures et demie à peu près, également sur les rives de la Traun, un établissement plus modeste, mais tout aussi bien doué par la nature. Aussée est un bourg d'une grande propreté, entouré d'un triple hémicycle de belles montagnes, et ne recevant, comme Ischl, que le vent du midi. Ses salines sont importantes, car elles fournissent 500 quintaux de sel par jour.

Moins grandement installée que sa rivale, Aussée donne des bains de sable, et possède une trinkhalle où se boivent des eaux minérales et où se font les cures de petit-lait.

Ces deux stations sont trop rapprochées l'une de l'autre pour que leur manière de faire ne soit pas identique. Aussi peut-on appliquer à Aussée tout ce qui se rapporte à Ischl, en tenant compte des différences d'aménagement qui existent entre les deux établissements.

Félix ROUBAUD,

Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

123. Signification pathologique des ulcérations de la langue dans la coqueluche, par M. Pierre Houradou.

124. Essai sur l'alcoolisme, par M. Georges Juliano.

125. Des insertions du placenta sur le segment inférieur de l'utérus par M. Ernest Crimail.

126. De l'influence des causes sur le traitement des maladies, par M. Jules Chevalier.

127. Des bandages herniaires, par M. Jules Joseph Maire.

128. De l'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les maladies cardiaques, par M. Auguste Rigal.

129. Des accidents de la délivrance après l'avortement, par M. Marc Antoine Challier.

130. De la fièvre intermittente et de son traitement par l'acide arsénieux, par M. Pierre-François-Xavier Legrand.

131. De l'érysipèle dans la convalescence, à l'asile impérial du Vésinet, par M. Gustave Michel.

132. Considérations sur le tétanos traumatique spécialement au point de vue de la thérapeutique, par M. Valéry Boulai.

133. De la théorie dynamique de la chaleur dans les sciences biologiques, par M. Ernest Onimus.

134. Notions sur la nature et les propriétés de la matière organisée, par M. Ferdinand Taule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 5 janvier 1867, le terrain situé à l'angle des rues Cuvier et de Jussieu, actuellement occupé par le Muséum d'histoire naturelle, est affecté au département de l'instruction publique, pour le service de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par divers arrêtés ministériels :

I. — *Faculté de médecine de Paris.* — M. Béhier, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de la clinique médicale instituée à l'hôpital de la Pitié.

M. Gosselin, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de la clinique chirurgicale instituée à l'hôpital de la Pitié.

M. Monneret, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de la clinique médicale provisoirement maintenue à l'hôpital de la Charité.

École supérieure de pharmacie de Paris. — Sont maintenus en exercice, jusqu'au 1er janvier 1868, près l'École supérieure de pharmacie de Paris, les agrégés dont les noms suivent, savoir : MM. Soubeiran, pour la botanique; Grassi, pour la physique; Lutz, pour la chimie organique.

M. le docteur Ducom, agrégé libre, est rappelé à l'exercice, pour un an, près ladite école, pour la zoologie.

Inspection des lycées. — M. le docteur Maxime Vernois, médecin consultant de l'Empereur, membre de la commission administrative des lycées de Paris et de la commission centrale d'hygiène, a été chargé d'une mission relative à l'inspection des lycées au point de vue de l'hygiène.

Collége Irlandais de Paris. — M. le docteur Mac-Carthy est nommé médecin du collége Irlandais de Paris, en remplacement de M. le docteur Higgins, décédé.

II. — La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor public, à dater du 1er février 1867, pour l'achèvement de leurs études médicales (inscriptions, examens, certificats d'aptitude et de diplôme), est accordée aux étudiants ci-après dénommés de la Faculté de médecine de Montpellier, qui ont été signalés pour leur dévouement au soulagement des malades atteints du choléra :

Services rendus à Montpellier : MM. Augé, Hamelin, Araspin, Grynfelti, Cauvy, Eustache et Serre.

Services rendus à Oran (Algérie) : M. Guglielmi.

III. — *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.* — M. Haime, professeur adjoint de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est admis, sur sa demande et pour cause de santé, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Duclos (Michel), docteur en médecine, chargé du cours de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur adjoint de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Haime.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. — M. le docteur Auvray, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé suppléant des chaires de thérapeutique et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Lycée impérial de Pau. — M. le docteur Roussille, chargé des fonctions de médecin-adjoint au Lycée impérial de Pau, est nommé médecin audit Lycée, en remplacement de M. le docteur Terrier, décédé.

M. le docteur Daran est nommé médecin consultant audit Lycée.

— La Société protectrice de l'Enfance a tenu sa séance publique dimanche 27, à l'Hôtel de Ville. Voici quel a été le programme de la séance :

1° Discours de M. Barrier, président ;

2° Compte rendu par M. le docteur Mayer, secrétaire général ;

3° Rapport général sur les prix décernés aux nourrices, par M. le docteur Linas ;

4° Distribution des prix.

Les deux premiers prix, en argent, de la valeur de 200 fr. chacun ont été décernés, *ex æquo*, à madame Fortier (de Lagny) et à madame Fanu (d'Auteuil, près de Montfort-Lamaury).

Deux seconds prix de la valeur de 100 fr. ont été décernés, *ex æquo*, à madame Allain (de Désertines, Mayenne) et à madame Mettendorf (de la Villette).

La Société met au concours la question suivante : « De l'allaitement maternel étudié aux points de vue de la mère, de l'enfant et de la société. »

La Société protectrice de l'Enfance appelle l'attention des concurrents sur les dangers qu'entraînent les infractions aux lois de la nature, et leur recommande de faire ressortir le but final d'une fonction qui est le complément physiologique de la parturition.

Il leur sera facile de déduire de cette donnée les conséquences fâcheuses qui menacent les mères, lorsqu'elles abandonnent leurs enfants nouveau-nés à des soins étrangers.

Pour ce qui est de l'enfant, les arguments ne manquent pas, qui établissent les affinités organiques entre lui et sa mère et mènent à cette conclusion : que le lait de la mère est l'aliment le mieux approprié aux besoins de son enfant, à condition, toutefois, qu'il ne soit altéré par aucune cause morbifique.

Un tableau aussi complet que possible des suites désastreuses qui résultent pour les enfants de l'incurie, de l'ignorance et de la cupidité de certaines nourrices, achèvera de plaider la cause de l'allaitement maternel.

Enfin, si l'allaitement maternel exerce une influence heureuse sur les mœurs, en resserrant les liens de famille, il en est tout autrement de la coutume de nos jours, qui arrache une pauvre femme à toutes les joies du foyer domestique, pour en faire une nourrice sur lieu, et qui a pour conséquences immédiates la dépopulation des campagnes, l'inconduite du mari et le délaissement des enfants, sans oublier l'inconvénient pour la nourrice de changer d'habitudes et de contracter des goûts peu compatibles avec le genre de vie qu'elle doit reprendre. Toutes ces considérations et beaucoup d'autres que les concurrents sauront faire valoir à propos, se rattachent à la troisième partie du programme, et seront utilement invoquées pour mettre en lumière les avantages de l'allaitement maternel, au point de vue social.

Les mémoires écrits en français doivent être adressés, francs de port, avant le 15 décembre 1867, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Alex. Mayer, boulevard du Temple, 54.

Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents accompagneront leur envoi d'un pli cacheté, contenant leur nom et leur domicile, avec une devise qui sera répétée en tête de leur travail. Le prix sera de 500 francs.

— M. Niepce, médecin inspecteur des eaux thermales d'Allevard (Isère), ancien élève du collége de Cluny, vient d'offrir à M. le ministre de l'instruction publique, une médaille d'argent de la valeur de 50 francs, qui sera donnée, à la fin de l'année scolaire 1866-1867, à l'élève de l'École normale de Cluny qui en aura été jugé digne par sa conduite et son travail.

— Le bureau de la Société médicale du 6e arrondissement est ainsi composé pour l'année 1867 :

M. Focillon père, président; M. Ch. Martin, vice-président; M. L. Duchesne, secrétaire-général; MM. Dumas-Aubergier et Moreau, secrétaires particuliers; M. Focillon fils, trésorier.

— M. le professeur Jarjavay reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le jeudi 7 février, à l'hôpital Beaujon, et le continuera les jeudis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebobda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Examen critique de la divergence des opinions actuelles en pathologie cutanée. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Bazin, rédigées et publiées par le docteur Langronne; revues par le professeur. Un vol. in-8° de 200 pages. Prix : 3 fr. 50 cent. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Étude sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales, par le docteur Ch. Bouchard. In-8° de 116 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1867, F. Savy.

Les remèdes contre la rage. Aperçu critique, historique et bibliographique depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours, par A. Haygrier. In-8° de 16 pages. Prix : 50 cent. — Paris, 1866, F. Savy.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 15. — MARDI 5 FEVRIER 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 5 FÉVRIER 1867. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 FÉVRIER 1867.

De la constatation des décès à domicile, et de l'enregistrement de leurs causes.

Nous avons annoncé, dans l'un des précédents numéros, qu'un rapport venait d'être présenté, au nom du Conseil de salubrité et d'hygiène publique, sur l'utilité d'étendre à toutes les communes de France l'obligation de la constatation des décès à domicile. Cette détermination, à laquelle la discussion actuellement pendante à l'Académie de médecine n'a probablement pas été étrangère, nous paraît d'autant plus opportune, qu'il y a sous ce rapport une véritable lacune dans l'ensemble de notre système d'hygiène publique en France, qui la place, à cet égard, dans un état d'infériorité relativement aux principales puissances européennes. Cette mesure, que réclame la sécurité publique, pourrait devenir en même temps, pour notre pays, la source des informations les plus utiles sur les épidémies, sur les endémies, sur les causes probablement encore inconnues d'affections propres à certaines contrées, et des renseignements les plus précieux pour la statistique générale. Ce n'est cependant pas la première fois que de semblables propositions sont faites. On n'a pas oublié la discussion qui a eu lieu au sein de l'Académie, il y a quelques années, sur un projet d'enregistrement régulier et officiel des causes de décès. Quel a été le sort des propositions votées à la suite de cette discussion? Qu'en est-il résulté? Nous l'avons longtemps ignoré, et nous l'ignorerions peut-être encore si une circonstance fortuite ne nous avait révélé tout récemment le triste état de choses qui existe à cet égard. Si les conclusions de l'Académie ont été prises en considération, et si elles ont été l'objet d'une tentative plus ou moins heureuse d'application dans quelques localités, il n'en a malheureusement pas été ainsi partout, et notamment dans quelques-uns de nos plus grands centres de population.

A quoi tiennent cette indifférence et cette incurie à l'égard d'une mesure qui pourrait rendre de si grands services? Nous avons le regret de le dire, cela tient, en grande partie du moins, au défaut de concours des médecins eux-mêmes, qui, dans un grand nombre de localités, ont refusé de se prêter à son exécution. Dans une séance de la Société de statistique de Paris, notre confrère M. le docteur Bourdin, de Choisy-le-Roi, constatait que la ville de Marseille, si exposée, par sa situation géographique, à l'invasion des maladies épidémiques d'origine étrangère, n'a pas encore de service organisé de constatation des décès à domicile; d'où il résulte que les premiers cas d'une maladie suspecte échappent le plus souvent à toute attention, et qu'on n'y connaît les épidémies dont elle est le théâtre, que lorsqu'elles ont déjà acquis une certaine intensité.

Veut-on savoir quelle est la situation générale en France sur ce point? Écoutez cette déclaration de M. Legoyt, chef de la division de statistique générale, qui est mieux que qui que ce soit à même de la bien connaître :

« Depuis 1853, dit cet honorable administrateur, le Ministre de l'agriculture et des travaux publics a fait, à ma demande, les plus grands efforts pour provoquer l'organisation, au moins dans les principales villes de l'Empire, d'une constatation régulière des décès, et j'ai le regret d'être obligé de dire que ses efforts sont restés stériles. Quant à la cause de cet échec, elle est due toute entière au refus de concours du corps médical. Il importe de remarquer, en effet, que la constatation des causes des décès à domicile serait insuffisante pour le résultat que l'on veut obtenir, si l'on ne pouvait y joindre la déclaration par le médecin de la dernière maladie, de la nature de cette maladie. Or, c'est cette déclaration que mon service a voulu organiser, et à laquelle s'est obstinément refusée, sous les prétextes les plus divers, la majorité des praticiens. »

L'aveu de cette résistance ne nous a pas précisément étonnés. Nous n'avons pas oublié les objections nombreuses qu'a soulevées au sein du corps médical français le projet de l'Académie. Ces objections portaient, les unes sur les difficultés même de l'exécution des mesures proposées, les autres sur un scrupule assurément très-respectable, sur le respect du secret confié au médecin dans l'exercice de sa profession, secret qui serait forcément violé par la déclaration de causes de maladie que les familles pourraient avoir intérêt à tenir cachées.

Nous ne nous sommes jamais dissimulé ni ces difficultés, ni la gravité de cette dernière objection.

Les difficultés sont inhérentes au fond même du sujet, elles naissent des imperfections et de la variabilité de nos classifications nosologiques, de l'incertitude où se trouve trop souvent le praticien sur la véritable dénomination à donner à l'affection dont il a été témoin, de l'impossibilité même où il se trouve quelquefois d'en connaître la cause, enfin des empêchements matériels que peuvent susciter, dans les conditions ordinaires de la pratique rurale, par exemple, les distances et la nécessité de longs et onéreux déplacements.

Ces difficultés, pour être la plupart très-réelles, ne sont cependant pas insurmontables. Il ne faudrait pas s'attendre d'ailleurs à ce que les premiers documents recueillis par ce mode d'enquête fussent parfaits et qu'ils pussent donner lieu, du premier coup, à une statistique irréprochable. Il y aurait sans nul doute, à faire une large part aux incertitudes et aux erreurs possibles. Mais de ce que l'exécution de la nouvelle mesure serait, dans ses débuts, soumise à d'inévitables tâtonnements et longtemps contrainte, sans doute, à de grandes réserves, ce n'est pas une raison pour y renoncer ou pour en ajourner indéfiniment l'entreprise.

Quant au scrupule qui a arrêté un si grand nombre de praticiens, tout en nous y associant et en reconnaissant avec nos confrères ce qu'il y a de fondé et de respectable, nous ne pensons pas non plus qu'il doive être un obstacle sérieux à la généralisation d'une mesure d'un intérêt aussi considérable. Dans les propositions votées par l'Académie, il a été tenu compte du respect dû au secret, et des moyens ont été proposés, qui permettraient de concilier ce respect avec les exigences de l'intérêt public. Il ne saurait être question d'ailleurs, dans aucun cas, de faire violence sur ce point à la conscience du médecin ; que si les garanties qui lui sont offertes ne lui paraissent pas suffisantes, il sera toujours libre de s'abstenir, quand il croira de son devoir de le faire. Mais les motifs sérieux de cette abstention seront toujours assez rares pour qu'il n'en doive pas résulter, en réalité, un préjudice notable dans l'ensemble des déclarations.

Nous avons déjà présenté dans le temps des observations analogues à ceux de nos confrères qui avaient bien voulu nous communiquer leurs réflexions à ce sujet ; et nous persistons à penser, plus que jamais, qu'elles réduisent à leur juste valeur les objections faites au projet de l'Académie. On ne serait plus admis d'ailleurs, aujourd'hui, à arguer des prétendues impossibilités de son application en présence de ce qui se passe en Amérique, en Angleterre, en Autriche, en Russie, en Suisse, où le système d'enregistrement des causes des décès fonctionne avec régularité, au plus grand avantage de l'intérêt public. Les tristes faits qu'a révélés la discussion qui a lieu en ce moment à l'Académie sur la mortalité des nourrissons, donnent une nouvelle force à nos observations, en mettant complétement à découvert l'une des faces les plus graves de la question. Il n'est personne qui n'ait été frappé, à l'occasion de cette discussion, des services que rendrait une constatation bien faite des causes des décès des enfants placés en nourrice et des maux qu'elle pourrait conjurer à l'avenir. Nous avons pensé qu'il était bon d'appeler l'attention sur l'utilité de la mesure proposée par l'Académie en 1859, au moment où elle va avoir à se prononcer sur de nouvelles propositions qui impliqueront d'une manière plus ou moins immédiate son entière exécution. C'est demain, en effet, comme on le sait, que l'Académie va délibérer sur les conclusions proposées par les divers orateurs qui ont pris la parole dans cette dernière discussion.

Dr Brochin.

Sociétés savantes et hôpitaux.

I. — M. Milliot vient d'adresser à l'Académie des sciences un travail important sur la régénération du cristallin.

Chez les animaux opérés par M. Milliot, cette régénération, commencée généralement vers la fin de la deuxième semaine, ne s'est complétée qu'entre le cinquième et le douzième mois, et même plus tard lorsque les animaux étaient âgés.

La capsule antérieure et les couches corticales sous-jacentes du cristallin semblent jouer dans cette réparation le même rôle que le périoste et les couches corticales sous-périostales dans la réparation des os.

Le nouveau cristallin n'a jamais acquis le volume du cristallin primitif, même chez les animaux très-jeunes, chez lesquels pourtant la reproduction est beaucoup plus complète et plus rapide que chez les adultes.

M. Millot tend à supposer que quelquefois cette régénération du cristallin a pu se faire chez des hommes opérés de la cataracte.

A la même séance, MM. Letellier et Spéneux ont communiqué les résultats de leurs recherches sur les principes vénéneux contenus dans les champignons.

Voici les conclusions qu'ils ont formulées :

1° L'action du poison principal des champignons du genre *Agaric* (section des *Amanites*) est narcotique et non pas stupéfiante (comme celle de l'acétate de plomb ou du curare).

2° Beaucoup d'autres espèces ne sont que des poisons âcres, sans aucune action sur le système nerveux.

3° Il est impossible de distinguer une espèce vénéneuse quelconque à la forme, à la grosseur, à la couleur de ses spores ou de son tissu cellulaire.

II. — Deux faits vraiment curieux d'arthrite intermittente ont été rapportés par le docteur Ch. Moore, à la *Société royale médicale et chirurgicale* de Londres.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de quarante-trois ans, qui avait été atteinte de fièvre intermittente dans son enfance. Il y a huit ans, elle fut prise d'une vive douleur au genou droit, avec rougeur et gonflement. Ces symptômes s'accrurent pendant trois jours, puis ils s'apaisèrent; mais trente jours après ils reparurent, suivirent la même marche, et désormais se reproduisirent fidèlement tous les trente jours, jusqu'à ce que la malade devînt enceinte.

Pendant la grossesse et l'allaitement, il y eut une interruption momentanée de ces *accès ;* mais ensuite, ils revinrent aussi régulièrement qu'auparavant, sauf que leurs intervalles furent de quatre-vingt-dix jours au lieu de trente.

Aujourd'hui encore, après huit ans, cette femme présente, tous les trois mois, la même arthrite du genou droit, ayant toujours la même durée.

Le second fait du docteur Moore ressemble au premier, sauf qu'il est moins net, les intervalles étant moins réguliers et la malade ayant guéri.

III. — Cette semaine, un voyage de plusieurs jours nous a empêché de visiter d'autre hôpital que celui de Châlon-sur-Saône : charmant petit établissement, composé de plusieurs salles de vingt lits chacune, fort bien tenues et presque élégantes.

Nous y avons vu un nouvel exemple de ces taches grises, d'une teinte moins foncée que celles de la maladie d'Addison, et qui se produisent sous l'influence de l'entérite tuberculeuse.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Pathogénie de la Goutte.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Après avoir passé en revue les causes diverses qui, de près ou de loin, se rattachent à la production de la goutte, il nous reste à chercher la théorie rationnelle de cette affection, et à rapprocher les données de la physiologie de celles que nous fournit l'observation clinique. Il ne faut pas d'ailleurs nous flatter d'obtenir dans cette voie un succès complet; car, si nous connaissons le principe morbide auquel se rattache ici la série pathologique, nous sommes loin de saisir tous les anneaux de la chaîne ; les conditions qui président à la formation et à l'élimination de l'acide urique nous sont encore inconnues, et nous échapperont sans doute pendant longtemps.

Mais, pour bien comprendre l'état actuel de la question, il faut suivre les phases diverses qu'elle a traversées jusqu'à nos

jours. Voyons donc quelle était, à cet égard, l'opinion de nos prédécesseurs.

Les théories formulées au sujet de la goutte pendant tout le dix-septième siècle et une partie du dix-huitième, se rattachent essentiellement à l'humorisme; c'est toujours, avec quelques variantes, la doctrine de Sydenham. Il existe une matière morbifique dans l'économie; elle est le résultat de coctions imparfaites, opérées soit dans les premières, soit dans les secondes voies; et les efforts de la nature pour éliminer cette *matière peccante* (phlegme, bile, tartre) constituent les symptômes de la goutte.

Mais une réaction contre les anciennes idées se manifeste à partir de l'époque de Cullen. Cet auteur célèbre soutient que l'existence d'une matière morbifique dans le sang n'est nullement démontrée. Il considère les tophus, invoqués par les humoristes à l'appui de leurs idées, comme un fait purement accidentel. La goutte, pour lui, résulte d'une sorte de pléthore avec perte de ton aux extrémités.

Les progrès de la chimie devaient modifier jusqu'à un certain point cette manière de voir. En 1775, Scheele découvre *l'acide lithique* (acide urique) dans les calculs urinaires et dans l'urine; en 1793, Murray Forbes, en raison des rapports qui existent entre la goutte et la gravelle, émet l'opinion que l'acide urique existe dans le sang des goutteux; en 1797, Tennant et Wollaston établissent que les tophus sont composés d'urate de soude.

La théorie de Cullen se maintient cependant toujours en Angleterre. Scudamore continuait à envisager la goutte comme une sorte de pléthore, sans aucune relation avec l'excès d'acide urique dans le sang; pour lui, les tophus sont un phénomène exceptionnel chez les goutteux; il n'en a trouvé que quarante-cinq fois sur 500 malades. Balow et Gairdner partagent cette opinion; et récemment encore Barclay est revenu sur ce point, en s'appuyant, il faut le dire, sur le sentiment bien plus que sur le raisonnement; cependant Parkinson, Home et Holland se sont rattachés à la théorie de l'acide urique.

En France, la goutte n'a été étudiée que par un nombre restreint d'auteurs; mais ceux qui se sont occupés de cette question ont admis, théoriquement du moins, la présence de l'acide urique dans le sang, et ont bien compris l'importance de ce fait capital. Nous citerons surtout, à cet égard, MM. Andral, Rayer et Cruveilhier; ce dernier considère le dépôt de matière tophacée dans l'intérieur des articulations et dans leur voisinage, comme la lésion caractéristique de la goutte. Or ces matières tophacées sont de l'urate de soude. M. Cruveilhier se voit donc ramené presque malgré lui, dit-il, à l'opinion de Sydenham et des anciens observateurs; il regarde l'urate de soude comme la cause matérielle de la goutte, et il n'est pas douteux, pour lui, que la première attaque ne coïncide déjà avec une sécrétion de ce produit qui se renouvelle à chaque accès subséquent.

Malgré tout l'intérêt que présentent les travaux que nous venons de signaler, l'époque des connaissances positives nous paraît remonter aux recherches de Garrod, en 1848. Cet observateur si souvent cité dans le cours de nos leçons a démontré: 1° que dans la goutte aiguë ou chronique, l'acide urique existe en excès dans le sang; 2° que dès le premier accès l'urate de soude se dépose dans les jointures; 3° que pendant l'accès il y a une diminution sensible de l'excrétion d'acide urique par les reins.

Ce sont là des données fondamentales qui peuvent servir d'éléments à une doctrine pathogénique; mais il n'y a pas encore là une théorie physiologique de la goutte. Cependant quelques tentatives ont été faites dans ce sens; nous allons vous en exposer les principaux résultats.

I. — La présence d'un excès d'acide urique dans le sang ne constitue pas la goutte (1), mais crée seulement une prédisposition marquée à cette affection. Il faut donc étudier les diverses circonstances qui peuvent accroître la proportion de ce produit excrémentitiel. Mais dès ce premier pas, les difficultés commencent.

Quelle est l'origine, quelles sont les sources de l'acide urique excrété? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point.

A. La théorie de la combustion directe, formulée par Liebig, semble offrir une solution facile du problème. C'est dans le sang même, c'est aux dépens des matières albuminoïdes (fibrine, albumine, globuline) qui n'ont pas été suffisamment oxydées pour se tranformer en urée, que l'acide urique prend naissance. Il y a là un excès des recettes sur les dépenses: on a trop mangé, pris trop peu d'exercice; de là vient le développement de la goutte.

Mais il est aujourd'hui démontré que dans de telles conditions, c'est surtout l'urée qui augmente, et non l'acide urique. D'ailleurs ces deux produits, d'après les recherches de Bischoff et Voit, résulteraient de la désassimilation des éléments qui composent les tissus, et ne se formeraient jamais *directement* dans le sang.

B. — Quels sont donc les organes, quels sont les tissus aux dépens desquels se forme l'acide urique? Ici encore nous nous trouvons en présence de résultats contradictoires.

L'urée provient des muscles, dit-on; l'acide urique, des parenchymes viscéraux: on l'a effectivement rencontré dans le cerveau et le foie; dans la rate (Schérer); dans les poumons (Cloetta). Quelques faits pathologiques tendent à confirmer cette idée: ainsi dans la leucémie splénique, Uhle et Ranke ont trouvé un excès réel de cet acide dans les urines, dans les affections du foie; Harless est arrivé au même résultat.

D'autres physiologistes font provenir les urates des cartilages et des tissus fibreux. En effet, le mouvement organique y est moins actif en raison de leur structure peu vasculaire, comme le fait observer Bartels, l'oxydation par conséquent s'y opère d'une façon moins complète. Les recherches de M. le professeur Robin l'ont conduit à une opinion analogue. Il a constaté que, dans les tissus fibreux, les matières albuminoïdes se transforment en *géline*; cette substance se dédouble à son tour, par un travail de désassimilation, en *acide urique* et en *urates*. On comprend dès lors que si le mouvement de désassimilation s'exagère, il en résultera une saturation du sang par ces produits, en d'autres termes, une diathèse urique.

M. Robin a trouvé, dans le tissu fibreux normal, de l'acide urique; aussi l'état pathologique n'est-il, pour lui, qu'une simple exagération de ce qui existe à l'état de santé. Il s'explique de cette manière pourquoi les articulations sont le siége principal des lésions de la goutte: leur richesse en tissu fibreux les expose en première ligne aux atteintes de cette maladie.

Sans méconnaître ce qu'il peut y avoir de plausible dans ces explications, nous ferons observer que la théorie d'après laquelle l'acide urique et l'urée seraient des produits de désassimilation est fort respectable assurément, mais qu'elle n'est, après tout, qu'une simple hypothèse. Elle se fonde surtout sur la présence de ces deux substances dans le sang normal: mais on ne les y trouve qu'en proportions bien minimes chez les mammifères, tandis qu'ils paraissent manquer complétement chez les oiseaux et les reptiles. On signale aussi, à l'appui de cette idée, la présence de l'urée et de l'acide urique dans ces tissus. Mais pour l'urée, le fait n'est vrai qu'à l'état morbide: dans les conditions normales, on ne trouve que de la créatine, et pour l'acide urique, la chose est encore moins démontrée.

Les recherches de quelques observateurs modernes semblent d'ailleurs infirmer cette hypothèse. L'urée et l'acide urique, d'après Zalesky, se formeraient dans le rein même, et probablement aux dépens de la créatine. Liez les uretères d'un chien, vous aurez une accumulation d'urée dans le sang; il n'en sera rien, si vous pratiquez l'extirpation des reins. Chez les reptiles la ligature des uretères provoque une accumulation, non d'urée, mais d'acide urique; mais l'ablation des reins ne produit rien de semblable.

Nous ne trouvons donc, dans cette voie, aucune donnée vraiment importante, aucun fondement solide sur lequel nous puissions établir une doctrine rationnelle. Il faut donc recourir à d'autres moyens d'investigation.

II. — La recherche purement expérimentale des conditions qui font varier la proportion d'acide urique dans l'excrétion rénale nous fournit au moins quelques données intéressantes.

La proportion d'acide urique augmente à la suite d'un repas (Bence Jones.) Le jeûne diminue de moitié cette proportion: une nourriture végétale agit dans le même sens.

Quant aux effets d'une alimentation purement animale, tous les auteurs, depuis Lehmann, s'accordent sur ce point. Il se produit un accroissement de l'acide urique et de l'urée, mais surtout de cette dernière substance.

Jusqu'ici, les déductions théoriques paraissent assez bien s'accorder avec les données que nous fournit l'observation au point de vue de l'étiologie de la goutte. Mais nous allons bientôt rencontrer des contradictions en poursuivant cette étude.

Il est généralement admis, par exemple, que l'exercice est un des meilleurs moyens de prévenir la diathèse urique. Les expériences de Lehmann confirment cette manière de voir. Il a rigoureusement établi que l'activité musculaire a pour effet d'augmenter la quantité d'urée et de diminuer la proportion de l'acide urique. Ces résultats ont été confirmés pour l'urée, mais on les a contredits pour l'acide urique. Beneke, Genth et Heller, ont trouvé qu'un exercice prolongé pendant trois heures avait pour effet d'augmenter la quantité de ce produit. Ranke et Speck admettent qu'une activité insolite aurait le même résultat. En somme, pour peu que le travail soit violent ou de longue durée, il y a plutôt un accroissement qu'une diminution de l'acide urique.

Pour ce qui touche à l'activité des fonctions respiratoires, on admet en général que plus elle s'accroît, plus la quantité d'acide urique diminue, tandis que la proportion d'urée augmente. Mais, il faut bien le dire, cette manière de voir ne repose sur aucun fait bien positif (1).

Relativement à l'influence des boissons, nous ne pouvons encore rien conclure, malgré les intéressantes expériences de Bocker. D'après cet observateur, l'alcool et les liqueurs spiritueuses diminuent la production d'urée et d'acide urique; les vins au contraire, comme l'ont prouvé des expériences déjà anciennes de Liebig, tendent à l'accroître; la bière, quand elle n'agit pas comme diurétique, diminue la quantité d'urée et augmente celle de l'acide urique, mais très-légèrement; enfin le thé et le café diminuent la proportion de cette substance. Si l'on admet dans ces expériences que la quantité d'acide urique rendue par les urines correspond à celle qui est formée dans l'économie, ce qui est probable, puisque les sujets qui ont servi à établir ces résultats étaient en pleine santé, il sera démontré que l'alcool et les boissons spiritueuses agissent ici tout autrement que la bière et le vin, ce qui est d'accord avec les données de l'observation clinique.

En somme, les données de la chimie et de la physiologie contemporaines ne projettent pas encore une bien vive lumière sur le phénomène capital de la goutte, à savoir, la présence de l'acide urique dans le sang.

Mais puisque la réalité de ce fait est expérimentalement démontrée, pouvons-nous, en acceptant ce point de départ, en déduire les autres symptômes de la maladie? Tel a été le but des efforts de M. Garrod. Nous allons vous exposer les résultats de ses travaux, mais en vous faisant observer qu'il ne s'agit plus ici de la théorie générale de la goutte, mais seulement de la théorie de l'accès.

III. — Nous avons vu que diverses circonstances préparent l'explosion d'une attaque et la rendent imminente. Les unes ont pour effet d'accumuler l'acide urique dans le sang, soit en favorisant directement la formation de cette substance (repas copieux, abus de certaines boissons), soit en diminuant l'excrétion de ce produit (imprégnation saturnine, émotions pénibles). Les autres s'attaquent à la solubilité de l'acide urique dans le sang, en diminuant l'alcalinité de ce liquide; telles sont l'impression du froid, qui réprime la sécrétion acide de la sueur, et l'usage de substances acides, le vinaigre, etc.

On peut donc supposer que la présence d'un excès d'acide urique brusquement jeté dans le torrent circulatoire explique les troubles nerveux, les accidents dyspeptiques et les autres accidents prémonitoires qui précèdent immédiatement l'accès de goutte.

Les symptômes locaux de la maladie peuvent jusqu'à un certain point se prêter à la même explication. Nous allons passer en revue les plus importants de ces phénomènes, en nous plaçant à ce point de vue.

1° Les articulations sont affectées de préférence dans la goutte. C'est là un point de contact avec d'autres dyscrasies qui portent volontiers leur action sur les jointures. Nous le voyons pour l'infection purulente, pour la morve, pour l'emploi thérapeutique de l'arsenic; l'acide lactique introduit dans les veines paraît aussi porter son action sur les jointures (Richardson).

2° Les tissus fibreux et surtout les cartilages sont affectés de préférence dans la goutte. On peut attribuer ce fâcheux privilége à leur structure si peu vasculaire et à la réaction relativement peu alcaline de leur tissu propre; deux circonstances qui favorisent évidemment la formation de ces dépôts cristallins qui caractérisent la maladie.

3° La goutte se porte de préférence sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Cela tient peut-être à ce que cette jointure est l'une des plus éloignées du centre circulatoire; cela tient aussi, sans doute, à ce que cette articulation, qui est souvent appelée à supporter le poids entier du corps, offre fréquemment des lésions antérieures à toute manifestation goutteuse; et l'on sait que les causes traumatiques ont pour effet de provoquer l'invasion de la goutte.

4° On peut expliquer jusqu'à un certain point l'envahissement successif des articulations, car lorsque des dépôts abondants se sont formés sur les cartilages d'une jointure, on peut dire qu'il y a saturation sur ce point; alors les autres articulations se prennent suivant un ordre plus ou moins régulier.

5° La formation des tophus reconnaît aussi pour cause la saturation des cartilages; aussi est-elle toujours un phénomène consécutif.

6° On peut se demander si les dépôts d'urate de soude dans les cartilages sont la cause ou l'effet de l'inflammation locale. Garrod penche vers la première opinion. Il fait observer que l'inflammation suscitée par la présence des dépôts semble avoir pour effet de détruire l'urate de soude, et qu'à la suite d'un accès le sang contient une proportion moins considérable de ce sel. En outre, les dépôts qui se forment extérieurement ne sont point précédés d'un travail inflammatoire, et s'ils déterminent quelquefois des accidents de ce genre, c'est uniquement à titre de corps étrangers (oreille externe).

7° Ainsi la formation de ces dépôts dans le cartilage précéderait la première attaque; et la formation de dépôts nouveaux soit dans la même jointure, soit dans de nouvelles articulations, occasionnerait les phénomènes locaux qui caractérisent les accès subséquents.

8° Mais pourquoi cette vive douleur qui inaugure la série des accidents articulaires? On ne saurait l'attribuer à l'inflammation; elle est tout aussi vive, mais à coup sûr moins douloureuse dans le rhumatisme articulaire. Il faut, suivant Garrod, l'attribuer à la présence même des dépôts dans l'épaisseur du cartilage et à la tension qu'il détermine; car c'est seulement quand la goutte est *interarticulaire* que les souffrances sont aussi vives; lorsque le dépôt se fait à l'extérieur il n'en est pas ainsi;

9° Enfin, les symptômes de l'arthrite se manifestent, et la réaction générale est provoquée par les phénomènes locaux; on sait que son intensité est en général proportionnelle au nombre des articulations envahies et au degré de l'inflammation locale.

Tel est, messieurs, l'état de nos connaissances sur ce sujet. J'ai cru devoir me livrer à une discussion souvent aride pour vous montrer combien, à cet égard, il nous reste de progrès à réaliser.

Il me resterait à vous parler des moyens thérapeutiques qu'on peut opposer à la goutte. Mais j'aime mieux reporter ce sujet au moment où nous aborderons le traitement du rhumatisme chronique; nous trouverons dans ce rapprochement les éléments d'un parallèle non moins instructif que curieux.

(1) L'albuminurie, la cachexie saturnine sont, elles aussi, au nombre des maladies qui coïncident avec un excès d'acide urique dans le sang.

(1) Consultez Parkes, *On urine*, p. 50 et 320.

SUR LES DANGERS QUE PRÉSENTE LE CHLOROFORME

LE PLUS PUR ET LE MIEUX ADMINISTRÉ,

Et sur l'opportunité de le remplacer par l'éther rectifié.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences par M. le docteur Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, correspondant de la Société de chirurgie, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.)

Le chloroforme et l'éther rectifié ont été et sont encore l'objet d'appréciations contradictoires. Dans un premier mémoire, présenté à l'Académie des sciences le 4 décembre 1865, j'ai fait voir que l'éthérisation a réalisé de notables progrès (et l'école lyonnaise y a une grande part), et que, grâce à la simplification de l'appareil instrumental, au perfectionnement du procédé opératoire, et à la purification de l'éther rectifié à 53 ou 54 degrés, aujourd'hui elle est devenue une méthode excellente, plus efficace et plus expéditive, et produisant une anesthésie complète, en restant indemne d'accidents. Pour le chloroforme, il n'en est pas de même : les instruments les plus vantés dès l'abord sont abandonnés ; il n'y a pas de procédés opératoires qui mettent sûrement à l'abri des sinistres ; les doses et le choix du chloroforme lui-même ne donnent pas de garantie certaine. En somme, la chloroformisation n'a pas, comme l'éthérisation, fait des progrès notables ; elle ne donne guère plus de sécurité qu'au début, tant au patient qu'à l'opérateur, et elle continue à faire chaque année un certain nombre de victimes. En conséquence, je me suis cru autorisé à conclure que l'éther rectifié devait être substitué au chloroforme.

Cette conclusion, qui me paraissait fondée sur des faits incontestables, a été attaquée par un chirurgien distingué. Il a affirmé que « le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais. » Cette sentence magistrale, déjà formulée par lui, en 1852, devant l'Académie des sciences (12 janvier), n'en est pas plus vraie pour être répétée en 1866 ; on peut même dire qu'elle est moins soutenable aujourd'hui qu'à cette époque ; elle est, ce nous semble, de plus en plus passible de très-graves reproches. En prétendant que, bien administré, le chloroforme pur ne tue jamais, M. Sédillot a-t-il songé à la portée de cet énoncé? Je voudrais pouvoir en douter dans son propre intérêt, car c'est porter une accusation formelle contre tous ceux qui ont eu la terrible chance de perdre un malade avec cet agent. Malheureusement, le lecteur ne pourra pas plus hésiter que nous après les paroles suivantes : « Lorsque l'expérience montre exempte de mortalité la pratique des partisans les plus déclarés de la chloroformisation, tandis que celle des praticiens peu exercés en fournit les exemples les plus fréquents, on est forcé de voir dans ce résultat autre chose qu'un simple hasard. » Ainsi, le professeur de Strasbourg s'érige en accusateur public. Mais est-il bien juste de taxer d'ignorance et d'incurie tous nos confrères qui ont éprouvé quelque revers? Tant que les sinistres n'ont eu lieu qu'entre les mains des dentistes ou des officiers de santé, les fauteurs exclusifs de la méthode ont eu beau jeu : ils pouvaient à leur aise soutenir qu'on avait négligé ces prétendues précautions indispensables qui seules devaient prévenir toute chance de mort. Mais aujourd'hui la scène a bien changé : il faudrait faire porter ces accusations jusque sur les princes de la science, à qui, sans doute, mon honorable adversaire n'a pas la prétention d'en remontrer. Pour moi, qui suis personnellement désintéressé dans le débat, puisque j'ai depuis longtemps abandonné le chloroforme, je repousse de toutes mes forces ce regrettable système d'argumentation, par ce double motif qu'il n'est pas dans la vérité, et qu'il ferait injustement peser une immense responsabilité sur tous les opérateurs malheureux. Or, quand on rencontre parmi eux des hommes de premier ordre, qui oserait dire qu'ils ne savaient pas chloroformiser aussi bien que quiconque? Il suffit de citer, à Lyon, MM. Barrier et Bonnet, sans parler de nos autres collègues ; à Paris, MM. Robert, Manec, Marjolin, Fano, Richet, Jarjavay, etc. ; en Allemagne, M. Langenbeck ; en Angleterre, MM. Lawrence, Gore, Lane, Bryant, etc. De tels noms ne sont-ils pas par eux-mêmes une démonstration que la prétendue infaillibilité des règles pour l'emploi du chloroforme, ne mérite pas de créance? M. Robert l'avait déjà signalé dans son rapport de 1852 : « Mais, s'écriait-il, mais est-il possible de partager la sécurité de M. Sédillot en présence des faits que nous avons rapportés? Dans tous ces cas, l'expérience et l'habileté connues des praticiens qui ont employé le chloroforme, sont un garant du bon usage qui en a été fait... On ne peut méconnaître qu'en général les règles essentielles ont été scrupuleusement suivies. » Depuis lors, les tristes preuves de cette vérité ne se sont que trop multipliées. Puisqu'il le faut, citons-en quelques-unes qu'on ne pourra récuser :

Obs. I. — Une dame, qui devait être opérée par M. Lawrence, fut soumise à l'action du chloroforme, qui lui fut administré par M. Coote « avec toutes les précautions possibles. » Ces précautions n'empêchèrent pas qu'en moins de dix minutes la mort ne fût consommée.

Obs. II. — M. Richet devait réduire une luxation de l'épaule chez un homme fort et vigoureux. On le couche horizontalement ; on verse le chloroforme sur une compresse roulée en cornet ; il en est employé, en tout, 15 à 20 grammes. L'anesthésie suit sa marche régulière : on ne constate rien d'anomal dans le pouls, ni la respiration, ni le faciès. La résolution obtenue, M. Richet réduit l'épaule, ayant fait éloigner le chloroforme. Tout à coup le cœur s'arrête, puis la respiration, et rien ne put conjurer la mort (Soc. de chirurg. 19 janv. 1859).

Obs. III. — Quelques mois plus tard (21 nov. 1859), une femme atteinte également d'une luxation de l'épaule, entre à la Charité, dans le service de M. Manec. Le lendemain, après des essais infructueux de réduction, on la soumet à l'inhalation du chloroforme versé peu à peu sur une compresse. Elle est endormie en une minute. M. Manec réduit la luxation et s'éloigne. L'interne s'aperçoit que l'opérée respire mal. On s'approche. Elle était morte, et rien n'a pu la ranimer. « Tout a été fait par M. Manec, selon les principes admis et avec la vigilance la plus scrupuleuse : la malade était couchée, un aide veillait au pouls, un autre à la respiration, etc. » (*Gaz. méd.* Lyon, 1859.)

Obs. IV. — M. Bryant, à l'hôpital de Guy, se proposait d'opérer une femme d'une fistule vésico-vaginale. Elle fut chloroformisée selon les règles. Le docteur Vielmi constata que la mort fut presque instantanée. On n'avait pas employé 12 grammes de chloroforme. (*Gaz. méd.* Lyon, 1862.)

Obs. V. — Une femme de quarante ans allait être opérée, par M. Gore, d'une tumeur à la mâchoire inférieure. M. Barter la chloroformisa avec soin. L'anesthésie fut obtenue en six minutes. L'opération commença. Par précaution, on ajouta un peu de chloroforme, et une minute après la malade était morte, avant que l'opération fût faite. (*British med. journ.* 25 juin 1862.)

Obs. VI. — Le 5 février 1859, M. Marjolin chloroformisait, à l'hôpital Sainte-Eugénie, une petite fille de sept ans et demi, atteinte d'une coxalgie qu'il voulait traiter par le redressement de l'articulation, suivant la méthode de Bonnet, de Lyon. Elle mourut subitement, après qu'on eut employé à deux reprises 4 grammes seulement de chloroforme. Tout fut inutile pour la rappeler à la vie. (Soc. de chirurg. 7 fév. 1859.)

Obs. VII. — M. Lane devait faire une opération d'autoplastie à la lèvre chez une enfant de huit ans, dans l'hôpital Sainte-Mary, de Londres. Le chloroforme fut administré avec soin « par M. Edward, qui depuis huit années était chloroformisateur dans cet hôpital, qui avait anesthésié sans accident près de 3000 malades, et qui avait acquis une très-grande expérience. » En moins de dix minutes l'enfant était morte, avant que l'opération fût terminée. (*British med. journ.* 16 nov. 1861.)

Obs. VIII. — Le 15 octobre 1860, un jeune homme de vingt-six ans, porteur d'un ongle incarné au gros orteil droit, est chloroformisé par M. Fano, avec l'assistance du docteur Lombard, qui veille au pouls. Le patient est couché horizontalement, en face d'une fenêtre ouverte. On verse un peu de chloroforme sur de la charpie, dans un cornet de papier : pas d'effet produit. Nouvelle dose de quelques gouttes : période d'excitation ; d'ailleurs, bon état du pouls et de la respiration. Nouvelle addition de quelques gouttes : résolution. M. Fano suspend l'inhalation, et pratique rapidement l'extraction de l'ongle. Alors un gémissement se fait entendre : l'opéré est pâle, sans respiration, sans pouls, sans battement du cœur. On s'empresse de faire des aspersions froides, la respiration artificielle par la pression méthodique du thorax, la titillation de la luette, la traction de la langue, l'insufflation de bouche à bouche, etc. Tout fut inutile. (A. Forget, *Union méd.* 18 déc. 1860.)

Nous devons rappeler ici un neuvième fait, celui de M. Barrier (Robert, *Rapport*, 1853) ; un dixième, celui de M. Robert (Acad. de méd. 11 juil. 1843) ; un onzième, celui de M. Langenbeck (*Gaz. méd.* Paris, 1860) ; un douzième, celui de M. Gore (*British med. journ.* 16 nov. 1864), et un treizième, celui de M. Triquet, de Paris, etc.

Obs. XIV. — Le 1er juin 1865, à l'hôpital Beaujon, M. Jarjavay soumit un malade, auquel il devait réduire une luxation de l'épaule, aux inhalations de chloroforme. Celui-ci fut donné selon les règles ordinaires, et lorsque les muscles furent en résolution, la réduction fut faite avec facilité. On s'aperçut alors que le pouls avait cessé de battre. Tous les moyens possibles furent mis en usage, mais sans résultat. (*Mouvement méd.* 10 juin 1865.)

Arrêtons ici cette liste funéraire ; elle serait trop longue à épuiser. Après ce qui précède, on ne comprend guère que mon honorable antagoniste ait pu croire qu'on verrait un argument victorieux, en faveur de sa thèse, dans les paroles suivantes, qui en deviennent, au contraire, la condamnation : « Pour prétendre que le chloroforme pur et bien employé peut être suivi de mort et foudroyer les malades, malgré toutes les précautions, il faudrait que ce terrible accident fût arrivé aux partisans les plus déclarés de la chloroformisation. » Certes, c'est là précisément un fait de notoriété publique aujourd'hui, et vouloir le contester, ce serait nier l'évidence. Que sont donc, je le demande, les opérateurs précités, sinon des partisans déclarés du chloroforme? et comment pourrait-on appeler autrement ceux qui font un usage exclusif de cet agent? Aussi tous ces revers prennent-ils une signification décisive contre le savant professeur ; il n'y a que l'embarras du choix pour le temps et les lieux, car les sinistres continuent partout avec le chloroforme, en 1865 et 1866, comme en 1848 et 1849. C'est l'impression navrante de ces premières années qui amena la conversion de MM. Barrier et Bonnet. Je tiens à le dire à leur honneur, et puissions-nous bientôt en voir d'autres suivre leur noble exemple !

Cette première partie de l'aphorisme de M. Sédillot n'est donc pas soutenable. Voyons s'il sera plus heureux pour la seconde. Si le chloroforme pur ne tue jamais, c'est donc l'impur qui est coupable. Mais, alors, il fallait nous dire quelles sont ces impuretés qu'on peut réellement accuser de tout le mal ; c'était le moyen de nous instruire et de nous convaincre. On se borne — c'est sans doute plus commode, mais moins scientifique — à laisser entendre que tout accident suppose un chloroforme impur, sans expliquer pourquoi ni comment..... Rappelons ici que M. Robert a porté à l'hypothèse que nous combattons un coup terrible dont, en réalité, elle ne peut pas se relever : « Les faits sont là qui contredisent l'assertion de M. Sédillot. Ainsi, dans l'observation de M. Gore, le chloroforme analysé par M. Regnault, professeur de chimie au collége de Boulogne, a été trouvé bien purifié. Dans celle de M. Vallet, d'Orléans, l'analyse a révélé la même pureté. Il en a été de même dans l'affaire de Strasbourg. Enfin, dans le fait de M. Barrier, l'analyse chimique a démontré la pureté du chloroforme contenu dans un flacon qui avait servi, quelques minutes auparavant, à endormir une jeune fille chez laquelle tout s'était passé régulièrement. » Ajoutons aussi que, dans le cas de M. Triquet, le chloroforme sorti de l'officine de M. Mialhe était bien pur.

Ainsi donc, d'une part, il n'est pas démontré que ce soit la présence de matières hétérogènes dans le chloroforme qui soit la cause réelle de la mort, et, d'autre part, il reste acquis avec la dernière évidence que sa purification parfaite ne met nullement à l'abri des catastrophes. En 1853, M. Devergie déclarait, devant la justice, que « le chloroforme pur tue comme poison. » En 1859, M. Giraldès proclamait, devant la Société de chirurgie, que « la mort peut arriver, il faut en avoir la triste conviction, même quand le chloroforme est pur, même quand il est administré avec toutes les précautions de rigueur, par les chirurgiens les plus expérimentés (séance du 7 février 1859), et, aujourd'hui plus que jamais, telle est encore l'expression de la vérité... »

« ... La statistique générale donne des résultats effrayants. En 1853, M. Baudens avouait déjà 80 cas de mort par le chloroforme, et même, selon M. A. Forget, le chiffre réel s'élevait alors à 85. En 1859, M. Barrier déclarait, devant la Société de médecine de Lyon, que ce nombre montait à plus de 200. M. Diday a constaté que, de 1859 à 1864, c'est-à-dire dans l'espace de six ans, il y a eu, en Angleterre seulement, 21 nouveaux cas de mort enregistrés par la presse, ce qui en suppose au moins autant d'inédits. Quand on calcule, d'après ces bases, ce que le chloroforme a dû entraîner de sinistres depuis 1847, l'imagination s'épouvante du total auquel on arrive à cette heure pour le monde entier !...

« ... Il n'y a qu'un seul moyen de se mettre à l'abri de la justice, d'être irréprochable vis-à-vis de la société, et, par-dessus tout, de se tenir en paix avec sa conscience : c'est d'abandonner désormais un agent dangereux dont on ne peut jamais être parfaitement sûr, puisque, de l'aveu de MM. Sédillot, Robert, Baudens, Ricord, A. Forget, etc., il fait poser cette redoutable question de vie ou de mort chaque fois qu'on s'en sert. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'usage thérapeutique de l'ortie.

Dans notre numéro 142, nous avons inséré un article qui traitait des qualités médicamenteuses de l'ortie. Le docteur Benavente avait récemment employé la décoction d'ortie, guidé sans doute, par l'indication du sirop d'ortie, signalé dans quelque traité de matière médicale. Un de nos honorables confrères, M. le docteur Vanackère (de Belleghem-lez-Courtrai), nous adresse à ce sujet les observations suivantes :

« Il suffit de consulter quelques anciens ouvrages de médecine pratique et de thérapeutique, pour y voir l'ortie décrite sous le rapport de ses propriétés médicales et de ses diverses formes d'administration. J'ai été amené à faire quelques recherches sur l'emploi de cette plante, par un cas de métrorrhagie passive, où tous les moyens, conseillés en pareille circonstance, avaient échoué ; fort embarrassé, je me décide à consulter mon père, qui pratique la médecine depuis une trentaine d'années ; nous convînmes d'administrer à la malade, dont la vie était gravement compromise, la décoction d'ortie à la dose de 80 grammes par 1,000 grammes d'eau, à prendre par tasses, matin, midi et soir. Dès le second jour, la perte sanguine était considérablement diminuée ; l'amélioration continua les jours suivants et, au bout de quelque temps, la malade était complétement rétablie.

Depuis ce cas, j'ai eu souvent l'occasion de donner mes soins à des personne atteintes d'hémorrhagie, telles que épistaxis, ménorrhagie, hématémèse, etc., et mes efforts ont toujours été couronnés d'un succès souvent inattendu, grâce aux effets thérapeutiques de l'ortie, que je prescrivais sous forme de suc exprimé et le plus communément en décoction. L'administration de cette plante n'a cependant pas toujours été sans quelques légers inconvénients ; ainsi, outre la répugnance qu'éprouvent beaucoup de personnes à prendre ce médicament, j'ai observé que chez plusieurs, l'ingestion fréquemment renouvelée de la préparation ortiée produisait une certaine irritation stomacale, accompagnée d'une sensation douloureuse à l'épigastre, à tel point que chez une malade j'en ai même dû cesser l'emploi. Afin d'obvier à cet inconvénient, je prescris depuis quelque temps, concurremment avec la grande ortie, la décoction de racine de grande consoude (à la dose de 15 grammes par 500 grammes) qui par ses propriétés mucilagineuses, émollientes et astringentes, corrige l'effet désagréable de la première, tout en favorisant son action hémostatique.

Avant de terminer ces quelques réflexions, je dois faire remarquer que deux fois je me suis trouvé dans le cas de prescrire une infusion saturée de fleurs sèches d'orties blanches à la dose de plusieurs tasses par jour, à une jeune femme atteinte de leucorrhée atonique et chez laquelle j'avais épuisé en vain la série de médicaments usités en pareil cas ; l'affection a cédé les deux fois à l'administration de ce médicament.

D'après ces considérations, j'ai lieu de m'étonner que la quasi-généralité des thérapeutistes modernes aient banni cette

plante de leurs ouvrages de matière médicale, et que les rares auteurs qui en traitent négligent toutefois de citer son action héroïque contre les hémorrhagies.

Je ferai remarquer, avant de finir, que c'est sous la forme de décoction que l'ortie m'a rendu les plus grands services. »

De l'emploi de la digitale pourprée dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Nous extrayons de l'intéressante revue des thèses soutenues à la faculté de médecine de Strasbourg, en 1864-65, faites par le professeur Tourdes, l'analyse suivante de la thèse de M. Leederich, sur l'emploi de la digitale pourprée dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Témoin, à la clinique de M. le professeur Hirtz, des effets avantageux produits par la digitale comme moyen apyrétique dans le traitement de la fièvre typhoïde, M. Leederich a réuni les faits et a discuté en même temps des questions importantes qui se rattachent à l'élément fièvre, en théorie comme en pratique. Le point de vue auquel il se place est le suivant : dans la fièvre typhoïde en particulier et dans les phlegmasies en général, le danger résulte moins de l'affection locale que de la fièvre elle-même. Cette question est l'occasion d'un chapitre de pyrétologie générale, où la fièvre, ses effets, la nécessité de les combattre sont l'objet d'une étude pleine d'intérêt. La fièvre influe d'une manière fâcheuse sur tous les organes ; en se prolongeant, elle peut être la cause de lésions viscérales profondes ; sans prétendre guérir la maladie tout entière en supprimant la fièvre, on annule un élément redoutable qu'il faut attaquer avec vigueur et par les moyens les plus puissants.

Le scond chapitre présente le tableau des manifestations symptomatiques de la fièvre dans l'affection typhoïde. Les trois manifestations principales sont : l'accélération du pouls, l'augmentation de la température et un certain malaise; le plus important, le plus régulier de ces symptômes, c'est la température.

M. Leederich retrace ici l'histoire à peu près complète de la température et du pouls dans cette maladie, aux quatre périodes d'augment, d'état, de déclin et de convalescence et dans ses principales formes. Aux faits réunis par Wunderlich, Roger et d'autres médecins, il ajoute ceux qui ont été observés à Strasbourg.

Le troisième chapitre est consacré à l'action de la digitale sur la fièvre typhoïde. M. Leederich a pris pour épigraphe ces paroles du professeur Hirtz : « La digitale est, jusqu'à un certain point, le spécifique de la fièvre symptomatique, comme le sulfate de quinine est celui de la fièvre intermittente. » Pour prouver cette proposition, il étudie l'action des médicaments sur les différents appareils dont les fonctions sont troublées par la fièvre. La température est influencée la première; elle a deux abaissements : l'un préparatoire, l'autre principal; le pouls tombe, un peu plus tard, jusqu'au nombre normal des pulsations et même au-dessous. La quantité de digitale à employer est d'autant moindre que l'on s'éloigne davantage du début de l'affection. L'auteur s'occupe du traitement des accidents causés par la digitale, des vomissements et du collapsus digitalique qui se produit quelquefois, sans qu'on puisse le prévenir. Il est loin aussi d'appliquer la digitale à tous les cas de fièvre symptomatique; il indique ceux où la méthode antipyrétique pourrait nuire. C'est surtout dans la forme ataxique qu'est indiqué ce médicament. Quelques-unes des observations de M. Hirtz sont indiquées sous forme de tableaux, qui montrent aux différents jours de la maladie, sous l'influence de la digitale, les modifications du pouls et de la chaleur, pendant les rémissions et les exacerbations. En même temps que la fièvre diminue, on voit tomber les phénomènes nerveux qui forment son cortége habituel, la céphalalgie et le délire. Il n'est pas démontré que l'administration de la digitale abrége la durée de la maladie, et pour apprécier d'une manière définitive la portée réelle de cette médication, il faut attendre qu'elle ait subi l'épreuve d'une constitution médicale où la fièvre typhoïde se présente avec plus d'intensité et de fréquence que dans ces dernières années à Strasbourg.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

135. Mort par concrétions cardiaques dans la diphthérie, par M. Félix Gerlier.
136. De la section du filet de la langue, par M. Ferdinand Teissier.
137. De la délivrance artificielle, par M. Jean-Prosper Barrail.
138. Étude clinique sur les tumeurs fibro-plastiques, par M. Arthur Malhéné.
139. De la saillie de l'os après l'amputation de la cuisse, par M. Alphonse Deu.
140. Étude sur le traitement de l'éclampsie puerpérale, par M. Hippolyte Godard.
141. De la divulsion des épiphyses, par M. Antoine-Théophile Cosseret.
142. Étude sur la méningite tuberculeuse, par M. Alfred Prouhet.
143. De la prothèse dentaire, par M. Edmond-François-Hippolyte Richard.
144. Des troubles nerveux liés à un état physiologique ou pathologique de l'utérus, par M. Casimir Carcassonne.
145. Étude sur les névralgies traumatiques, par M. Albert Mallet.
146. Quelques réflexions sur certaines formes du rhumatisme dans l'enfance, par M. Achille Bouquerel.
147. Traitement des kystes hydatiques du foie, par M. Charles-Edmond-Marius-Paul.
148. Des anévrysmes spontanés en général.— Observations d'anévrysmes disséquants, avec une planche par Leveillé; par M. Pierre-Joseph Mandron.
149. Des lésions de l'intestin dans les hernies, par M. E. Nicaise.
150. Des états morbides de la cornée consécutifs aux ophthalmies, par M. Émile Duché.
151. De l'écrasement linéaire, par M. Raymond Molinié.
152. Considérations sur la chorée, par M. Henri Goudet.
153. De l'hygiène des femmes enceintes, par M. Alexandre Court.
154. De l'insuffisance de la valvule tricuspide, par M. Sylvain-Adolphe Bouver.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique met au concours la question suivante : Des accidents convulsifs dans la paralysie générale. Ce prix sera de la valeur de 800 francs.

Les mémoires devront être adressés, avant le 31 octobre 1868, à M. le docteur Loiseau, secrétaire général de la Société, rue Vieille du Temple, 26.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 8 février. — Ordre du jour : Contribution à l'histoire de l'ataxie locomotrice, par M. le docteur Martineau.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 6 février, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, n° 20. Voici son ordre du jour :

1° De quelques formes de phlegmasies utérines, par M. le docteur Benjamin Anger;

2° Sur la guérison de l'étranglement interne au moyen de l'électricité, par M. le docteur Moretin;

3° Des avantages et du mode de préparation extemporanée de la pelote pour chaque hernie, par M. le docteur Dupré;

4° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

5° Comptes rendus analytiques d'ouvrages, par MM. Girault, Matteï, Veillard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le 10e demi-volume (le 2e du tome cinquième) vient de paraître aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin. Il contient les principaux articles suivants : Anus, par MM. Trélat, Chassaignac, Rollet et Guyon ; Aorte, par MM. Charcot, Ball et Legouest ; Aphasie, par M. Jules Falret ; Apoplexie, par MM. Schutzenberger et Hecht. Divers articles de botanique, par M. Baillon ; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie, 6 francs. — Paris, P. Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Notice sur le traitement du Choléra dans une division du bureau de bienfaisance, comparé au traitement du choléra dans les hôpitaux civils de Paris, par le docteur Ch. Ph. Pinel, membre du conseil d'hygiène du XVIe arrondissement, etc., etc. (Séance du 15 novembre 1866.) Brochure in-8° de 31 page. Prix : 50 c. — Paris, 1866, Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 FÉVRIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la mortalité des nourrissons, close de fait dans la séance précédente par le discours de M. Piorry, que nous reproduisons aujourd'hui presque en totalité, s'est terminée hier, ainsi que nous l'avions prévu, par la nomination d'une commission à laquelle seront renvoyés désormais tous les documents relatifs à cette grave question. La composition de la nouvelle commission, dans laquelle entrent, avec les membres de la commission primitive, ceux qui ont pris la part la plus active à la discussion, nous est un sûr garant que la question sera sérieusement étudiée.

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique. Elle n'avait que l'embarras du choix entre six candidats tous également recommandables par leur mérite et leurs titres. M. Guéneau de Mussy a remporté un beau triomphe sur ses compétiteurs, il a été élu au premier tour par cinquante-trois voix, quinze voix de plus que la stricte majorité. Qu'il soit le bienvenu au sein de l'Académie, où il nous rappellera, par l'esprit et le caractère, comme par le nom, l'une des physionomies les plus respectables que nous ayons souvenir d'avoir vues à l'Académie.

Le reste de la séance a été occupé par des lectures et des communications dont on trouvera l'énoncé ou un résumé analytique dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Des premiers signes de la phthisie pulmonaire.

(Extrait d'une leçon clinique rédigée par M. le Dr FERNET).

Je viens de vous exposer l'histoire de trois malades, sur lesquels nous avons constaté les signes d'une phthisie pulmonaire commençante. Jetons un coup d'œil d'ensemble sur les différents symptômes qui nous ont conduits au diagnostic et qui caractérisent le début de la tuberculisation. Je n'ai pas l'intention de vous faire ici l'histoire complète des commencements de la phthisie; je veux seulement vous en énumérer les principaux symptômes et appeler votre attention sur quelques points particuliers qui me paraissent avoir une réelle importance et qui cependant ne sont pas suffisamment mis en relief par les auteurs.

Le début de la tuberculisation est quelquefois marqué par un changement dans le caractère; celui-ci devient morose, inquiet, irritable. Dans l'imminence de la phthisie, il n'est pas rare de rencontrer une tendance aux idées tristes, qui contraste d'une manière frappante avec la quiétude qu'on observe si souvent dans les dernières phases de la maladie.

D'autres fois, ce sont des troubles digestifs qui se montrent d'abord, et marquent l'atteinte profonde portée au travail nutritif. L'appétit diminue, les digestions deviennent pénibles et laborieuses, les fonctions intestinales sont irrégulières. Souvent après les repas, et surtout après celui du soir, les malades éprouvent un sentiment de chaleur incommode et de plénitude de l'estomac, alors même que le régime a été d'une sévère sobriété. Très-fréquemment aussi les pommettes deviennent, après les repas, d'un rouge intense qui tranche sur la teinte anémique du reste du visage. Chomel signalait aussi un phénomène qui lui avait souvent fait craindre une tuberculisation prochaine : c'est l'exagération de la soif, survenant surtout le soir.

Vous observerez des individus qui, longtemps avant l'apparition des signes de la maladie confirmée, se plaignent de lassitudes continuelles et de malaises indéterminés. L'abaissement de la vitalité peut aussi se traduire par une grande sensibilité au froid.

Dans ces différentes conditions, il est rare que le trouble des fonctions nutritives, qui est le fond commun de tous les symptômes que je viens d'énumérer, ne s'exprime pas par un amaigrissement plus ou moins notable et par une diminution des forces souvent très-accusée.

Jusqu'ici rien n'indique que le travail morbide doive se localiser dans un organe ou dans un appareil plutôt que dans un autre. Quand c'est le poumon qui doit être atteint, vous voyez survenir d'autres troubles plus spéciaux qui indiquent le siége de la manifestation locale.

Dès que le produit tuberculeux commence à envahir le parenchyme pulmonaire, les malades éprouvent un peu de dyspnée, ils sont essoufflés dès qu'ils marchent un peu vite ou qu'ils ont à gravir un escalier. Ils ressentent aussi une gêne douloureuse dans la poitrine, et même des douleurs qui occupent un siége variable : tantôt elles sont limitées aux deux sommets, ou à un seul, particulièrement sous les clavicules; à ce niveau, la pression sur le trajet des nerfs intercostaux exaspère notablement les douleurs, comme elle le fait sur le trajet des nerfs atteints de névralgie. J'ai vu quelquefois ces douleurs s'étendre aux épaules et même aux bras jusque vers les coudes et les poignets; c'est encore là un exemple de ces douleurs réflexes, qui se font sentir loin des organes malades, et sur lesquelles j'ai souvent appelé votre attention.

Vous entendrez aussi les malades se plaindre d'un sentiment d'oppression qu'ils comparent à la sensation d'un poids appliqué sur le devant de la poitrine.

La voix a souvent perdu son timbre normal; elle est plus faible et comme voilée. Il faut se méfier de ces laryngites tenaces, accompagnées d'enrouement; elles sont liées, dans bon nombre de cas, à la tuberculisation des organes respiratoires.

La toux peut être rare d'abord, ne consister même qu'en quelques rares secousses, qui n'éveillent pas toujours l'attention des malades; plus tard elle devient quinteuse, parfois elle augmente dans certaines positions : ainsi, on rencontre beaucoup de personnes chez lesquelles la position horizontale provoquait le retour de quintes qui ne se calmaient que dans la situation verticale ou assise. Les crachats peuvent être souvent muqueux : souvent, surtout à la suite des quintes de toux, ils sont sanguinolents, contenant de petites stries ou de petits filets de sang. Ce caractère a une grande importance, même quand on l'observe chez les femmes, aux époques menstruelles. La menstruation, en effet, est constituée par deux actes connexes : l'ovulation, d'une part, l'hémorrhagie utérine, d'autre part. Celle-ci n'est pas le résultat d'un travail exclusivement local, qui se passerait uniquement dans la muqueuse utérine; elle est la manifestation et comme la solution d'un *molimen* congestif, qui semble avoir ses racines dans l'économie tout entière, et si le flux sanguin, dans les conditions physiologiques, s'échappe par les organes génitaux, c'est que l'acte ovarien qui provoque ce *molimen* l'appelle en même temps dans cette direction; mais si quelque autre point de l'organisme est le siége d'une irritation ou de tel travail morbide que vous voudrez, le molimen congestif peut être dévié de sa direction normale : le flux menstruel, au lieu de se produire par les organes utérins, peut alors se porter vers d'autres organes et donner lieu à des épistaxis, à des hématémèses, etc. Vous voyez maintenant quelle est la signification et la valeur diagnostique de ces crachements de sang, qui surviennent chez les femmes aux époques menstruelles : ils indiquent que l'appareil respiratoire est le siége d'un travail morbide qui appelle vers lui le molimen hémorrhagique lié à la menstruation.

Les hémoptysies sont encore un des signes importants du début de la tuberculisation pulmonaire. On a attribué ces hémoptysies à une action mécanique des tubercules qui, en se développant, amèneraient la dégénérescence graisseuse puis l'ulcération des vaisseaux bronchiques ou pulmonaires; telle peut être en effet quelquefois leur origine. Mais je crois que le plus ordinairement elles sont la manifestation d'un molimen congestif qui se produit vers l'appareil respiratoire, et ce qui le démontre, c'est que ces flux sanguins ne se font pas toujours exclusivement par le parenchyme pulmonaire qu'ont envahi les tubercules; on observe des épistaxis, des hémorrhagies par le pharynx, coïncidant avec des hémoptysies et reconnaissant manifestement pour cause une phymatose des poumons et une congestion symptomatique de ce travail morbide. D'ailleurs, si les hémoptysies étaient le résultat d'une sorte de traumatisme vasculaire déterminé par le progrès des lésions, on devrait les observer surtout aux périodes les plus avancées de la maladie; et c'est ce qui n'a pas lieu.

Bien que l'hémoptysie soit, dans la grande majorité des cas, l'indice d'une tuberculisation pulmonaire, il ne faudrait pourtant pas croire qu'elle en soit un signe absolu. Chez les femmes, chez celles surtout qui sont hystériques, on en voit survenir qui sont simplement supplémentaires du flux menstruel, et même chez l'homme, bien que cela soit plus rare, certaines hémoptysies sont dues à la suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel. J'ai revu, ces jours derniers encore, un monsieur qui m'avait consulté, il y a dix ans, pour une hémoptysie que j'avais cru pouvoir rattacher à la cause que je vous indiquais tout à l'heure; à aucune époque, il n'a présenté de signe qui pût faire soupçonner la phthisie.

Après les troubles fonctionnels que je viens de vous énumérer, il est plus important encore de rechercher les signes physiques qui seuls peuvent permettre d'arriver à un diagnostic positif. Ceux-ci sont le plus souvent, au début, limités au sommet de la poitrine; il ne faudrait pourtant pas regarder cette règle comme absolue. Les auteurs ont signalé, et j'ai moi-même observé des cas dans lesquels la production phymateuse s'était localisée dans la partie moyenne et même tout à fait à la base des poumons.

On a coutume, lorsqu'on recherche s'il existe des tubercules au sommet des poumons, d'explorer surtout les régions sous-claviculaires en avant, sus-épineuses en arrière. Ces régions ne sont pourtant pas les seules où l'auscultation et la percussion révèlent l'existence des premiers signes de la tuberculisation pulmonaire; je dirai même que ce n'est pas dans ces régions qu'on les rencontre le plus souvent; ce sont surtout les régions sus-claviculaires et claviculaires, le sillon intermédiaire à la saillie de l'épaule et à celle du grand pectoral (région pectoro-deltoïdienne), qui présentent les premiers indices fournis par l'auscultation et par la percussion. En arrière, il faut encore explorer avec soin la région comprise entre l'omoplate et le rachis (scapulo-rachidienne). Vous m'avez vu souvent reconnaître l'existence d'une tuberculisation tout à fait à son début, par l'existence de quelques modifications dans la sonorité ou les caractères du bruit respiratoire, limitées au-dessus et au niveau de la clavicule.

C'est, en effet, par l'extrême sommet des poumons, que commencent le plus souvent les infarctus tuberculeux. Or, les sommets des poumons dépassent la clavicule, et il est possible, facile même de les explorer à ce niveau. Le docteur Isaac, de New-York, a mesuré, chez cent sujets des deux sexes, le prolongement que présente la plèvre au-dessus de la clavicule. Voici les résultats très-intéressants pour la pratique et très-peu connus auxquels il est arrivé : la plèvre dépasse la clavicule quatre-vingt-quinze fois sur cent, ou dix-neuf fois sur vingt; la hauteur à laquelle s'élève le cul-de-sac sus-claviculaire est variable : la hauteur maximum a été de deux pouces et demi; vingt-trois fois sur cent, c'est-à-dire dans un quart des cas environ, elle a été au moins de deux pouces; la saillie sus-claviculaire de la plèvre et du poumon est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes; presque toujours (plus de trois fois sur quatre), elle est plus marquée à droite qu'à gauche; chez les sujets qui ont le cou long que chez ceux qui ont le cou court. Quand la plèvre forme une saillie considérable, elle vient se mettre en rapport avec la troisième portion de l'artère sous-clavière; aussi, le docteur Isaac pense-t-il que la plèvre peut être ouverte dans les opérations qu'on pratique sur cette artère, et que peut-être est-ce à cet accident qu'a été dû quelquefois le sifflement qu'on a parfois entendu et qu'on a attribué à l'entrée de l'air dans les veines. La forme du cul-de-sac pleural est tantôt celle d'un dôme, tantôt celle d'un doigt de gant; quelquefois ce doigt de gant est oblique et s'insinue entre les vertèbres cervicales et l'œsophage, ou entre celui-ci et la trachée.

Ces mesures, prises avec un soin si minutieux par le docteur Isaac, vous montrent toute l'importance qu'il y a à examiner la région sus-claviculaire; vous rencontrerez, je le répète, des cas où les signes physiques y sont au début absolument limités.

Il ne saurait entrer dans mes intentions de vous exposer ici en détail les résultats que donne, au commencement de la phthisie pulmonaire, la recherche des signes physiques fournis par la percussion, la palpation et l'auscultation. Laissez-moi seulement vous signaler quelques particularités qui me semblent intéressantes.

La percussion vous fera d'abord constater les différences de sonorité qui peuvent exister entre les deux sommets de la poitrine; ou quand la lésion s'est développée dans les deux côtés à la fois, vous constaterez une diminution de la sonorité normale. En même temps vous apprécierez le degré d'élasticité, c'est-à-dire la souplesse ou la résistance au doigt des différents points de la poitrine; ces caractères, sur lesquels M. Piorry a particulièrement insisté, ont une valeur considérable. Mais la percussion fournit encore un signe d'une très-grande importance, qui est indiqué par le docteur Flint et trop négligé par

nos compatriotes : c'est la modification que présente la tonalité du son fourni par la percussion. Toutes les fois que le parenchyme pulmonaire présente un certain degré d'induration, la tonalité du son que l'on obtient dans ces conditions, diffère de celle du son normal : le son devient plus aigu et s'élève parfois de plusieurs tons.

Comme je vous l'ai bien souvent fait remarquer, cette modification dans la tonalité ne se confond pas avec le degré de sonorité de la partie qu'on percute ; elle en est tout à fait indépendante. Il est possible et même fréquent de rencontrer une élévation de la tonalité coïncidant avec une exagération de la sonorité, avec un son tympanique ; c'est ce qu'on observe, par exemple, dans l'emphysème et même dans certaines formes de tuberculisation. Le caractère grave ou aigu du son fourni par la percussion présente, à mon sens, une valeur égale à celle du degré de sonorité ou d'élasticité du son. Dans la tuberculisation, vous trouverez toujours, au niveau des points malades, une élévation de la tonalité qui coïncide le plus souvent avec de la matité, quelquefois avec une exagération du son ; mais le son sera plus aigu, et une oreille musicale pourrait souvent saisir, entre ce son et le son normal, un intervalle de deux ou trois tons.

La palpation vous permettra d'étudier les caractères des vibrations thoraciques : celles-ci sont accrues au niveau des points indurés par la phonation.

Quant aux signes fournis par l'auscultation, je n'ai pas à insister longuement sur les résultats qu'elle fournit : faiblesse du bruit respiratoire, rudesse, tonalité plus aiguë, caractère saccadé pendant l'inspiration ou l'expiration, et dans un point limité ; expiration prolongée et soufflante, retentissement de la voix et de la toux, tels sont les signes fondamentaux qui vous permettront d'affirmer le diagnostic.

Un mot encore sur un nouveau signe que je vous ai fait plusieurs fois constater, et qui, quand il existe, me paraît indiquer l'existence d'une induration pulmonaire centrale. Lorsque vous faites tousser le malade pendant que vous l'auscultez, s'il existe au niveau du point où votre oreille est appliquée, une induration du parenchyme, vous percevez quelquefois un bruit à timbre aigu qui suit immédiatement le bruit de la toux. Ce bruit semble la répétition du bruit de la toux laryngée ; il en diffère surtout par l'acuité plus grande du son et par le léger intervalle qui l'en sépare. J'ai appelé ce phénomène *écho de la toux*. Il m'a servi plusieurs fois à reconnaître l'existence d'infarctus tuberculeux occupant le centre du lobe supérieur d'un poumon, ou une pneumonie centrale. Il suppose probablement l'induration des bronches d'un certain calibre.

Enfin, en terminant, je vous rappellerai les signes indiqués dans tous les traités d'auscultation : la faiblesse, la rudesse du bruit respiratoire, qui, comme la résonnance thoracique, peut présenter des modifications de tonalité, devenir aigu et comme sifflant, avant d'être manifestement bronchique ; la respiration saccadée qui peut être perçue dans les deux temps du bruit respiratoire, et n'a de valeur que quand elle est limitée, car quand elle est générale, elle indique la manière dont s'opère le mouvement du thorax, qui peut être modifié par l'émotion ou la souffrance. Vous connaissez la valeur de l'expiration prolongée. Outre sa durée anomale, cette expiration peut présenter dans son timbre des caractères dont vous tiendrez compte. Le bruit de frottement pleural, les râles sibilants ou muqueux localisés ou même constamment plus prononcés au sommet du poumon, indiquent une pleurésie ou une bronchite qui, par leur délimitation même, devront éveiller dans votre esprit le soupçon d'une lésion plus profonde dont ces bronchites ou ces pleurésies locales ne sont que le symptôme.

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Contusion de l'abdomen, perforation consécutive du cœcum. Mort par hémorrhagie.

(Observation recueillie par M. Maurice LAUGIER, interne du service.)

Le 17 octobre 1866, est entré à la salle Sainte-Marthe de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Laugier, le nommé M..., âgé de trente et un ans, employé de commerce. La veille du jour de son entrée, il était tombé de voiture, et cela si malheureusement, qu'une des roues lui avait passé sur le ventre. Quatre heures après, il avait été pris de douleurs abdominales extrêmement violentes.

Le 17 octobre, seize heures après l'accident, à peine entré dans la salle, le malade vomit abondamment. La face est grippée, le ventre est ballonné, extrêmement douloureux, et le pouls bat 130 pulsations par minute.

Prescription : Trente sangsues sur l'abdomen, cataplasme laudanisé, 10 centigrammes d'opium en pilules.

Le 18, la nuit a été assez bonne ; le malade a dormi cinq heures. Il a eu cependant quelques nausées sans vomissement. Le pouls, faible et déprimé, véritable pouls abdominal, est toujours à 130. Ventre ballonné et douloureux.

M. Panas, qui remplace M. Laugier, prescrit 20 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, et 5 centigrammes de calomel à prendre en six pilules, et des frictions sur l'abdomen avec l'onguent mercuriel.

Dans la journée, le malade a un ou deux vomissements peu abondants. Le pouls augmente de force, et arrive à 136 pulsations. Vers le soir, le malade est pris de délire.

Le 19, la nuit a été mauvaise. Le malade a vomi plusieurs fois, et les douleurs de ventre sont très-vives.

Continuation du traitement.

Le 21, une rougeur érysipélateuse se montre autour des piqûres de sangsues, à la région iliaque droite. Nausées sans vomissements. Le pouls est à 134.

Continuation du traitement déjà indiqué. On y joint 1 gramme de poudre de quinquina.

Le 22, le délire, qui s'était montré par intervalles les jours précédents, devient assez violent pour nécessiter l'emploi de la camisole. L'érysipèle s'étend vers la région lombaire, où il dépasse la ligne médiane.

Prescription : L'usage des pilules est suspendu ; potion avec 30 centigrammes de musc, lavement avec 30 gouttes de laudanum.

Le 23, le délire continue. Le ventre est toujours douloureux, mais à un degré moindre que les jours précédents. Le malade est pris de diarrhée.

Potion avec 30 centigrammes de musc et 25 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Le 25, le délire, déjà moindre dans la journée du 24, a tout à fait cessé. L'érysipèle pâlit. Le pouls tombe à 95 pulsations.

Le malade mange un potage.

Du 28 au 31, le malade est atteint d'une recrudescence de diarrhée. En même temps il se plaint d'une douleur très-vive dans la région inguinale droite.

On applique quinze sangsues à ce niveau, et il en résulte un soulagement momentané. La diarrhée s'arrête sous l'influence des lavements laudanisés.

Les jours suivants, notre malade présente une teinte ictérique assez marquée. Bien que le ventre soit devenu souple et indolent dans la plus grande partie de son étendue, la région ilio-inguinale droite reste douloureuse et devient le siége d'un empâtement assez marqué. Le malade est cependant mieux au point de vue de l'état général. Il prend tous les jours une potion avec 4 grammes d'extrait de quinquina, deux potages, avec un œuf ou un peu de poulet.

Le 7 novembre, il est repris d'une diarrhée assez violente qui continue pendant trois jours.

Le 9, le malade rend par l'anus deux ou trois gros caillots sanguins, avec du sang liquide en petite quantité.

Le 13, après deux jours d'interruption, la diarrhée reprend. Le malade se sent très-faible ; il est presque toujours en moiteur, et son pouls est très-fréquent. L'empâtement douloureux dont la région inguinale est le siége se caractérise de plus en plus ; on sent, à la pression, une sorte de tumeur aplatie parallèle au ligament de Poupart, située immédiatement au-dessus, et offrant vers sa partie moyenne un gargouillement très-distinct qui semble produit par un mélange de gaz et de liquide. M. Laugier diagnostique une perforation du cœcum, résultant de la contusion de l'abdomen, et un abcès stercoral consécutif.

Le 19, le malade a plusieurs selles liquides, dont une est mélangée de caillots de sang et de pus.

Le 21, M. Laugier pratique au niveau de la partie moyenne de l'arcade de Fallope, une incision qui livre passage à du pus mélangé de bulles de gaz et de matières stercorales. Une mèche plate est introduite dans l'ouverture.

Le 22, le malade se trouve soulagé. Il se produit par l'incision faite un écoulement incessant de matières stercorales.

Le 23, à sa visite du matin, M. Laugier extrait par l'incision des lambeaux de tissu cellulaire gangrené qui se détachent en grande quantité. Leur sortie est suivie d'un flot de matières stercorales qui inonde le lit du malade.

Le soir, le malade prend un bain d'une demi-heure.

Les jours suivants, le malade va en s'affaiblissant, malgré les toniques qu'il prend chaque jour et les aliments qu'il mange avec un certain plaisir.

Le 28, à cinq heures du soir, après avoir mangé un œuf avec appétit, notre malade fut pris de faiblesse ; il est couvert de sueur ; un mélange de pus et de sang s'échappe en abondance par l'incision, et au bout d'un quart d'heure il était mort, sans qu'on ait pu rien faire pour arrêter l'hémorrhagie.

Autopsie. L'autopsie, faite quatre-vingt-quatre heures après la mort, confirme pleinement le diagnostic.

Le corps est dans un état de décomposition très-avancée, qui permet cependant d'apprécier les graves lésions dont l'abdomen est le siége.

On trouve dans le flanc droit des traces d'inflammation péritonéale, consistant en une coloration gris-brunâtre très-marquée. Quelques-unes des anses les plus antérieures de l'intestin grêle sont d'un rouge sombre. D'ailleurs, pas une goutte de liquide épanchée dans la cavité péritonéale, pas de fausses membranes ni d'adhérences.

En incisant sur toute la longueur le bord externe du cœcum et du colon ascendant, on arrive sur un vaste foyer, et la face postérieure du cœcum, détruite et mortifiée, flotte dans le foyer, limité en haut par le foie, en dedans par l'artère et la veine iliaque externes, demeurées intactes dans leur gaîne celluleuse. La mortification s'est étendue au muscle psoas-iliaque, dont les lambeaux, mêlés à du tissu cellulaire, nagent au milieu du pus, des caillots et des matières stercorales qui remplissent le foyer.

La dernière portion de l'intestin grêle, dont nous avons décrit l'aspect extérieur rouge brun, est incisée sur toute sa longueur. La muqueuse est ramollie, érodée sur plusieurs points et partout recouverte de sang à demi coagulé.

Il est impossible de découvrir l'origine de l'hémorrhagie, qui a emporté le malade en un quart d'heure. Tout porte à croire qu'elle est due à la rupture d'une artériole de la dernière portion de l'intestin grêle, à en juger par le sang coagulé, qui recouvre comme un enduit la surface de ce dernier.

Voici quelques-unes des réflexions auxquelles ce fait a donné lieu à la clinique du 15 novembre 1866.

C'est là un exemple de plus de cette souplesse des parois abdominales, qui leur permet d'échapper à une violente pression extérieure, et d'en transmettre l'effet aux viscères abdominaux ; après l'accident le blessé a pu se relever, rentrer chez lui, en montant son escalier, et ce n'est que quatre heures après qu'il a été pris de douleurs de ventre. Il est démontré que l'intestin grêle, ou le gros intestin n'ont été ni coupés, ni déchirés *primitivement*, ni même, très-probablement, contus au point d'offrir une escarrhe de toute l'épaisseur de la paroi intestinale, car cette escarrhe, depuis le 17 octobre, jour de l'accident, se serait déjà détachée ; au contraire, il s'est manifesté depuis le 28 octobre particulièrement, un phénomène auquel vous devez accorder toute votre attention ; c'est une vive douleur de la fosse iliaque droite, le long du ligament de Poupart ; parallèlement à ce ligament, s'est formée en même temps, une tumeur large de deux travers de doigt, d'abord assez ferme, bientôt fluctuante.

Quelle en est la cause ? Je la crois due à une perforation du cœcum. Si elle eût été primitive, cet abcès se serait formé plus tôt, ainsi que j'en ai vu cette année même un exemple chez un cocher qui avait reçu un coup de pied de cheval au côté droit et inférieur du ventre ; cet homme est aujourd'hui guéri, mais l'abcès s'était formé dans les premiers huit jours de la contusion. Cette situation de l'abcès le long du ligament de Poupart et de la crête iliaque est un lieu d'élection, cela tient à ce que la perforation du cœcum est en arrière vis-à-vis du point où il n'est pas revêtu de péritoine ; les matières qui s'échappent de l'intestin, versées dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, au devant de l'aponévrose du muscle iliaque déterminent la formation du pus, et ce liquide s'avance dans la direction où il éprouve le moins de résistance. Ici la perforation a été consécutive ; elle est due à la gangrène tardive de l'intestin : l'ulcération a eu lieu il y a quelques jours seulement, vers le 10 novembre, époque à laquelle la diarrhée a reparue sanguinolente et avec issue par l'anus de caillots sanguins. Cet abcès une fois ouvert restera longtemps fistuleux, si le malade survit ; il est difficile en effet d'obtenir la cicatrisation de ces abcès, parce qu'on ne peut atteindre le point où siége la perforation qu'à l'aide d'injections qu'il n'est pas toujours indiqué de faire.

L'exactitude du diagnostic fut démontrée quelques jours après ; en effet, le 21 novembre l'abcès fut ouvert à l'aine au-dessous du ligament de Fallope, à la partie supérieure de la portion crurale de l'aine ; elle donna issue à une grande quantité de pus séreux, grisâtre, mêlé d'escarrhes, très-fétide ; dès le lendemain la diarrhée cessa, ce qui prouve, ce me semble, qu'elle était en grande partie fournie par le liquide du foyer gangréneux, ou du moins que les matières intestinales trouvant, à dater de l'incision, une large voie à l'extérieur, cessèrent de parcourir le gros intestin. L'énorme quantité de sérosité intestinale verdâtre et mousseuse, qui s'échappait par la plaie de l'aine, fit penser aussi que la perforation du cœcum était très-large, ce qui fut démontré par l'autopsie, ainsi qu'on l'a vu plus haut ; en réalité, ces matières étaient plutôt la sécrétion de l'intestin grêle que celle du gros intestin. On n'avait point ici les conditions des anus contre nature susceptibles d'être traités par l'entérotomie et les procédés autoplastiques, c'était plutôt un vaste abcès stercoral en dehors du péritoine : il ne pouvait guérir à la longue que par le rétrécissement progressif du trajet fistuleux et l'adhérence des bourgeons charnus qui tapissent son trajet ; on n'était pas sans espoir de l'obtenir par des pansements répétés, les soins de propreté et un bon régime. Déjà le malade avait eu quelques selles moulées, il mangeait avec appétit et digérait bien, lorsqu'il fut enlevé presque subitement par une hémorrhagie intestinale, qui trouva une issue dans le foyer purulent et la plaie extérieure. Cette hémorrhagie avait déjà eu lieu par l'anus, mais moins abondante, lorsque des caillots sanguins furent entraînés par la diarrhée : la mort a été trop rapide pour qu'aucun traitement pût être opposé à l'écoulement du sang. Nous avons donc eu le vif regret de perdre ce malade, mais nous devons faire observer que cette hémorrhagie extérieure ajoute encore à l'intérêt de cette observation, déjà si remarquable ; c'est un accident peut-être unique dans l'histoire des contusions intestinales à l'époque tardive où il s'est montré.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 février 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Tellier, sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), pour l'année 1866. (Comm. des eaux minérales.)

2° Un rapport d'épidémie, par M. le docteur Genoude, de Thonon (Haute-Savoie). (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des recherches sur le choléra, par M. de Werchin, de Meslay (Vendôme). (Comm. du choléra.)

2° Le compte rendu des vaccinations et revaccinations pratiquées en 1866 dans le 72e de ligne, par M. le docteur Bazin, médecin-major. (Comm. de vaccine.)

3° La relation d'une opération de lithotritie, par M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant ;

4° Un rapport sur les vaccinations pratiquées en 1866, par M. le docteur Lelièvre, de Mehun-sur-Yèvre. (Comm. de vaccine.)

5° Une note sur un nouveau mode de constatation de la mort à l'aide de bracelets en caoutchouc, par M. le docteur Gouyon. (Comm. : M. Devergie.)

6° MM. Robert et Collin présentent à l'Académie deux nouveaux trocarts. Le premier, construit d'après les indications de M. le professeur Nélaton, est destiné à l'ovariotomie, afin d'empêcher le liquide du kyste de l'ovaire de tomber dans la cavité péritonéale.

Il se compose d'une canule sur laquelle est fixée une spirale aplatie, soudée à son extrémité pénétrante A et libre dans sa partie postérieure, disposition qui permet à la partie non adhérente de se tasser sur elle-même, pour constituer une rondelle. Il suffit, pour faire

passer la spirale dans le kyste, d'imprimer au trocart, après la ponction, un mouvement de rotation de gauche à droite. En tournant alors l'écrou B, les deux rondelles se rapprochent pour maintenir entre elles les membranes du kyste, sur laquelle on peut tirer à mesure qu'il se vide, sans crainte de la déchirer. Le liquide s'écoule par la bifurcation C, quand le poinçon D a été retiré. Cet instrument a été employé avec succès par plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris.

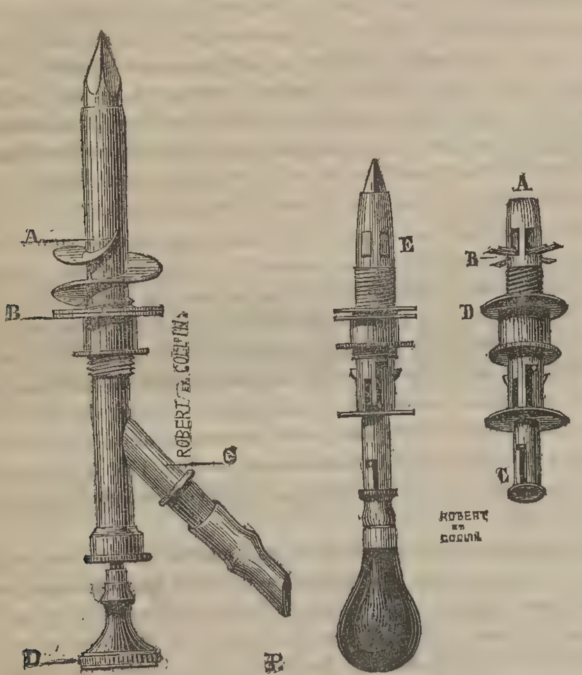


Fig. 1. Fig. 2.

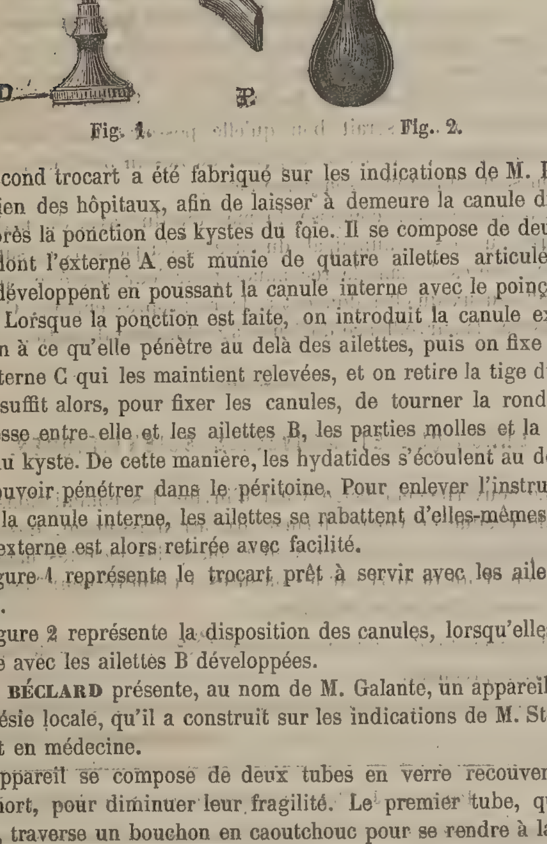
Le second trocart a été fabriqué sur les indications de M. Panas, chirurgien des hôpitaux, afin de laisser à demeure la canule du trocart, après la ponction des kystes du foie. Il se compose de deux canules, dont l'externe A est munie de quatre ailettes articulées B, qui se développent en poussant la canule interne avec le poinçon du trocart. Lorsque la ponction est faite, on introduit la canule externe de façon à ce qu'elle pénètre au delà des ailettes, puis on fixe la canule interne C qui les maintient relevées, et on retire la tige du trocart. Il suffit alors, pour fixer les canules, de tourner la rondelle D qui presse entre elle et les ailettes B, les parties molles et la membrane du kyste. De cette manière, les hydatides s'écoulent au dehors, sans pouvoir pénétrer dans le péritoine. Pour enlever l'instrument, on sort la canule interne, les ailettes se rabattent d'elles-mêmes, et la canule externe est alors retirée avec facilité.

La figure 1 représente le trocart prêt à servir avec les ailettes E fermées.

La figure 2 représente la disposition des canules, lorsqu'elles sont en place avec les ailettes B développées.

7° **M. BÉCLARD** présente, au nom de M. Galante, un appareil pour l'anesthésie locale, qu'il a construit sur les indications de M. Stopfer, étudiant en médecine.

Cet appareil se compose de deux tubes en verre recouverts de maillechort, pour diminuer leur fragilité. Le premier tube, qui est vertical, traverse un bouchon en caoutchouc pour se rendre à la base d'un flacon gradué; le second s'arrête à l'extrémité inférieure du bouchon, et ne plonge pas dans le liquide. A leur terminaison supérieure, ils sont capillaires, et le tube *a*, en se recourbant, forme avec le tube *c* un angle droit. Pour faire fonctionner cet appareil, on comprime l'air dans le flacon avec les boules de Richardson ou la pompe



de M. Sales-Girons. La pression fait monter le liquide dans le tube *c*; mais comme en même temps il s'échappe par le tube *a* une grande quantité d'air, la colonne d'éther est fortement pulvérisée au point de jonction des deux tubes. Plusieurs expériences faites avec cet instrument dans le service de M. Hérard, à l'hôpital Lariboisière, ont donné des résultats très-satisfaisants.

L'appareil de M. Stopfer présente sur celui de M. Richardson un avantage sérieux. On peut, en effet, avec le premier, pulvériser toute espèce de substance médicamenteuse, puisqu'il n'est point susceptible de s'oxyder, tandis que le second s'altère facilement au contact d'un liquide corrosif, et même dans l'éther lorsqu'il y séjourne trop longtemps.

M. GOSSELIN présente, au nom de M. Empis, la statistique du service d'accouchement à la Pitié.

M. LARREY dépose sur le bureau l'extrait d'une lettre de M. le docteur Heyfelder père, de Saint-Pétersbourg, relative à l'état de la peste bovine en Russie depuis le 1er janvier au 15 décembre 1866, d'après les documents déposés au département de médecine du ministère de l'intérieur.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — **M. GOBLEY**, au nom de la commission des eaux minérales, lit des rapports d'analyses des eaux de Saint-Aubin (Loiret), Bassoues (Gers), Duravel (Lot), Enghien (Seine-et-Oise), Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique.

La liste de présentation porte : en première ligne, M. Guéneau de Mussy; en deuxième ligne, M. Hardy; en troisième ligne, M. Davaine; en quatrième ligne, M. Marrotte; en cinquième ligne, M. Delioux de Savignac; en sixième ligne, M. Boinet.

Nombre de membres votants, 75; majorité, 38.

Au premier tour de scrutin, M. Guéneau de Mussy obtient 53 voix; M. Hardy, 12; M. Davaine, 5; M. Boinet, 3; M. Marrotte, 3.

M. Guéneau de Mussy ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

NOMINATION D'UNE COMMISSION.

M. LE PRÉSIDENT. La discussion sur la mortalité des nourrissons ayant été close dans la dernière séance, l'Académie va avoir à se prononcer aujourd'hui sur les propositions qui lui ont été soumises. La première proposition, qui, si elle est adoptée, rendrait superflue la mise aux voix de toutes les autres, consiste dans la nomination d'une commission à laquelle seront renvoyés désormais tous les documents sur la question. Je vais la mettre aux voix.

Cette proposition, mise aux voix, est acceptée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. Le bureau a pensé qu'à raison de l'importance exceptionnelle de ses attributions, cette commission devrait être composée de neuf membres. (Approuvé.)

M. DUBOIS (d'Amiens). Je ferai remarquer qu'il s'agit moins, en réalité, d'une commission nouvelle que de l'addition de nouveaux membres à la commission existante.

M. LE PRÉSIDENT. Cela était parfaitement entendu. MM. Blot et Jacquemier, membres de l'ancienne commission, feront nécessairement partie de la nouvelle.

En conséquence, le bureau propose de composer ainsi la commission : MM. Blot, Jacquemier, Boudet, Broca, Husson, Devergie, J. Guérin, Devilliers et Bergeron.

L'Académie adopte.

LECTURE.

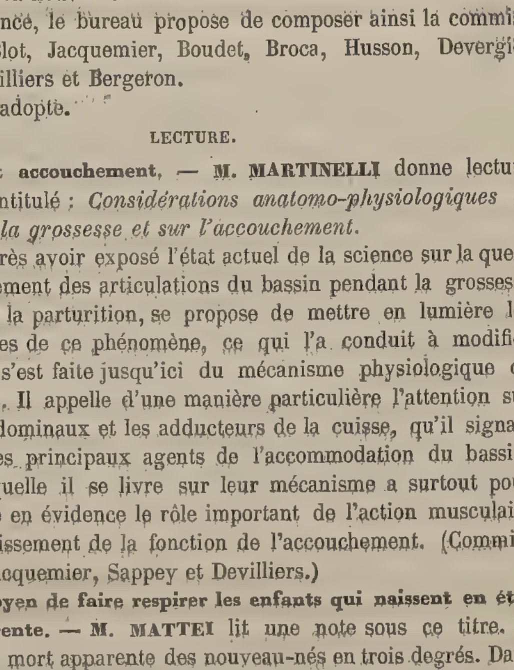
Grossesse et accouchement. — **M. MARTINELLI** donne lecture d'un travail intitulé : *Considérations anatomo-physiologiques et pratiques sur la grossesse et sur l'accouchement.*

L'auteur, après avoir exposé l'état actuel de la science sur la question du relâchement des articulations du bassin pendant la grossesse et le travail de la parturition, se propose de mettre en lumière les véritables causes de ce phénomène, ce qui l'a conduit à modifier l'idée que l'on s'est faite jusqu'ici du mécanisme physiologique de l'accouchement. Il appelle d'une manière particulière l'attention sur les muscles abdominaux et les adducteurs de la cuisse, qu'il signale comme étant les principaux agents de l'accommodation du bassin, et l'étude à laquelle il se livre sur leur mécanisme a surtout pour objet de mettre en évidence le rôle important de l'action musculaire dans l'accomplissement de la fonction de l'accouchement. (Commissaires : MM. Jacquemier, Sappey et Devilliers.)

Nouveau moyen de faire respirer les enfants qui naissent en état de mort apparente. — **M. MATTEI** lit une note sous ce titre. Il divise l'état de mort apparente des nouveau-nés en trois degrés. Dans le plus léger il y a relâchement général des muscles; l'enfant ne crie pas, mais il y a quelques mouvements respiratoires faibles ou éloignés. Dans le second degré, la respiration est nulle, mais le cœur offre encore quelques pulsations. Enfin dans le troisième, le cœur a cessé de palpiter, mais il conserve encore l'aptitude aux contractions.

Pour combattre le premier degré, les excitants ordinaires suffisent, tandis qu'il est imprudent de s'y fier dans les deux autres; il vaut mieux alors recourir immédiatement à la respiration artificielle.

Après avoir fait connaître les inconvénients de cette respiration, qu'elle soit faite avec le tube laryngien ou qu'elle soit faite bouche à bouche, M. Mattei indique la *succussion* comme offrant plus d'avantages tout en évitant les inconvénients de l'insufflation.



La vue de la figure ci-dessus dispense de la description. Le fœtus est saisi par les aisselles pendant que sa tête est immobilisée entre la paume des deux mains. L'opérateur imprime ainsi une petite secousse double à l'enfant, et le bruit de rro-rro qui accompagne cette secousse indique l'entrée et la sortie de l'air à travers la glotte.

Par ce moyen, dit M. Mattei, on opère l'inspiration et l'expiration artificielles, en dilatant et en resserrant le thorax à volonté. Si les muscles inspirateurs conservent encore l'aptitude à se contracter, ils sont appelés à la reprendre par l'exercice direct ainsi que par l'excitation qu'occasionne l'air sur la muqueuse et sur le sang qu'on oxygène en répétant les secousses environ toutes les demi-minutes, jusqu'à ce que la respiration spontanée commence.

La succussion évite la pénétration de l'air dans l'estomac, ce qui arrive souvent avec l'insufflation, et surtout n'expose pas l'enfant à l'emphysème pas plus qu'elle n'expose le médecin à contracter une maladie en appliquant ses lèvres sur la bouche de l'enfant. Elle permet à l'opérateur de suivre des yeux les plus petits mouvements du cœur, du diaphragme, du thorax et de la face; n'exigeant ni instrument ni un grand savoir, elle peut être pratiquée facilement en tout temps et en tout lieu. Mais la meilleure recommandation en faveur de la succussion est que M. Mattei l'a employée déjà plusieurs fois avec succès dans les cas les plus graves. Là où elle n'a pas réussi tout le reste a échoué, c'est que la mort apparente était une mort réelle, ou il y avait des lésions anatomiques incompatibles avec la vie. (Commissaires : MM. Devergie et Blot.)

Syphilis des animaux. — **M. AUZIAS TURENNE** donne lecture d'un travail qui est la suite et fin de la relation détaillée d'un cas de syphilis constitutionnelle sur un chat. Cette relation, très-étendue, est suivie de considérations que l'auteur résume dans les propositions suivantes :

1° Certains animaux, — le singe et le chat notamment, — peuvent contracter des accidents syphilitiques de différentes formes, soit primitifs, soit consécutifs.

2° Les muqueuses des animaux ne paraissent pas être bien favorables au développement de ces symptômes.

3° Cependant le chancre et le pseudo-chancre se développent sur ces muqueuses.

4° J'ai constaté sur la lèvre inférieure d'une chatte un gros tubercule tardif qui s'est reproduit trois fois exactement à la même place, et qui s'est ulcéré chaque fois. A l'époque de chacune de ces reproductions, la chatte était grosse et a ensuite mis bas des petits qui n'ont vécu que quelques jours.

5° Les symptômes primitifs du singe et du chat sont le chancre et le pseudo-chancre.

6° J'ignore si les animaux sont susceptibles d'avoir la blennorrhagie syphilitique.

7° J'ai entrevu deux fois la roséole, une fois sur le singe et une autre fois sur le chat.

8° On comprend les obstacles que mettent les poils des animaux à la constatation de ce symptôme : il doit être bien plus fréquent qu'il n'est réellement possible de le constater.

9. Les croûtes acnéiques disséminées, constituent un symptôme fréquent et tenace chez les animaux.

10° Elles offrent chez le singe, le chat et le lapin les mêmes caractères que chez l'homme, à cette différence près que bornées au cuir chevelu et à quelques régions pileuses de l'homme, elles se généralisent sur le corps des animaux.

11° L'alopécie est un symptôme à peine douteux de syphilis chez le singe et le chat.

12° Les plaques muqueuses et l'onyxis sont une manifestation incontestable de syphilis animale.

13° Il est vraisemblable que les animaux sont sujets aux douleurs rhumatoïdes; car sous l'influence de la syphilis ils deviennent souvent très-frileux, et quelquefois même les mouvements de leurs membres sont interceptés.

14° L'endolorissement des bulbes pileux et du cuir devient manifeste chez les animaux dans certains cas de syphilis.

15° L'acné circonscrite, la syphilide végétante, les gommes et les tubercules de la peau ont été observés plusieurs fois chez le chat.

16° Cet animal peut éprouver des douleurs ostéocopes et présenter des adénites constitutionnelles.

17° Le chat qui est le sujet de cet écrit porte une tumeur musculaire de nature syphilitique.

18° La périostose et même l'exostose ont été constatées chez le chat.

19° Une chatte syphilitique a d'abord mis bas des petits entachés de syphilis; ensuite elle est devenue stérile.

20° Les singes ne résistent pas assez aux rigueurs de notre climat, pour qu'il ait été possible de rien observer de semblable chez les femelles de ces animaux exotiques.

21° De tant de symptômes primitifs, secondaires, tertiaires et même quaternaires, pourrait-on dire, il n'en est peut-être pas un seul qui ne puisse spontanément disparaître. Chacun offre son commencement, sa durée et sa terminaison. Ce ne sont pas des incidents; c'est une évolution naturelle qui s'accomplit. Ils ne sont pas arrêtés, mais ils cessent. La maladie elle-même a comme ses diverses manifestations un commencement, un milieu et une fin.

22° Quand un organe affecté a cessé de l'être et qu'un symptôme local disparaît ainsi spontanément, ce n'est pas que le *molimen* morbifique soit sûrement épuisé. C'est presque toujours parce que l'organe ne peut plus suffire aux exigences du virus : un autre organe est dès lors menacé d'avoir à payer son tribut à la maladie. Heureux le sujet dont l'organe consécutivement menacé ou atteint à son tour est plus résistant ou moins essentiel à la vie!

23° Chez l'homme on observe à cet égard moins de régularité et d'harmonie que chez les animaux. Les habitudes, les passions, les remèdes, toutes les conditions sociales en un mot, sont des causes très-efficaces de perturbation. La nature déchoit de ses droits quand les empiétements de la civilisation augmente.

24° Enfin la loi de balancement organique et celle des substitutions fonctionnelles ont leur analogue dans la loi des métastases, d'autant plus manifestes en pathologie syphilitique que les influences sociales et les médications sont moins intervenues. Dans les œuvres de la nature, la variété infinie des ornements couvre une charpente, toujours la même.

M. RICORD. L'observation dont M. Auzias-Turenne vient de nous donner lecture contient tant de choses, il y a dans ce fait une telle complication de phénomènes morbides, qu'il m'est impossible d'en rien conclure, ni pour ni contre l'opinion soutenue par l'auteur. Je voudrais savoir des vétérinaires s'il ne se présente pas quelquefois des lésions semblables chez les chats, pour moi il m'est impossible de trouver là les éléments d'un diagnostic différentiel ; aussi jusqu'à nouvel ordre je n'accepte pas ce fait. Je ne refuse pas de croire à la possibilité de la syphilis sur les animaux, mais jusqu'à présent je n'en ai pas vu d'exemple démonstratif. Du reste si l'Académie le veut, il est en son pouvoir de nous donner de nouveaux éléments de conviction. Il serait possible d'instituer des expériences.

M. LE PRÉSIDENT pense qu'il n'y a pas lieu de nommer une commission.

M. J. GUÉRIN. Pourquoi pas? la rareté d'un fait n'est pas une raison pour qu'on ne doive pas chercher à s'assurer de sa réalité. Je demande, au contraire, le renvoi à une commission.

M. LE PRÉSIDENT. En ce cas, le travail de M. Auzias-Turenne sera renvoyé à une commission composée de MM. Ricord, Boulay et J. Guérin.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Addition à la séance précédente.

(Extrait du discours prononcé par M. Piorry.)

Les trois premiers jours de la vie sont ceux où la plupart des décès ont lieu. Le refroidissement, l'action d'une atmosphère infectée par les vapeurs putrides exhalées autour des enfants naissants, par le méconium, par le cordon ombilical putréfié, par les langes mal tenus, les changements organiques qui surviennent dans divers appareils organiques, les mauvais soins donnés à ces jeunes êtres, etc., sont bien plus que le défaut d'alimentation ou qu'une nourriture mauvaise, les causes de cette mortalité excessive des premiers jours de la vie. Il résulte de là que dans ces premiers jours il faut, autant que possible, ne pas permettre que le nouveau-né soit séparé de sa mère, et que les soins de propreté les plus grands, les plus minutieux, lui soient prodigués. L'air qu'il respire doit être pur; il faut qu'une douce chaleur entoure l'enfant dont la poitrine devra ne pas être entravée de ces liens ou de ces vêtements compressifs qui gênent la respiration et disposent ainsi aux graves lésions dont les bronches et les poumons deviennent, immédiatement après la naissance, si facilement le siége. Si l'on enlève, dans ces trois ou quatre premiers jours, l'enfant à sa mère, non-seulement les chances de mort pour lui deviennent énormes, mais celles que court la nouvelle accouchée s'augmentent du risque que lui fait courir le regret d'être séparée de son enfant. J'ai insisté dans ma pratique pour que les nouveau-nés ne fussent confiés à des nourrices que quelques jours après la fièvre de lait.

Je crois donc que dans toute réglementation relative à l'allaitement par des nourrices, il est d'une utilité extrême de tenir compte de la nécessité de laisser au moins près de huit jours le jeune enfant près du sein maternel.

Le défaut d'aération et de lumière dans les habitations des nourrices, l'encombrement de ces petits êtres trop souvent placés auprès d'une alcôve où la nourrice, son mari et parfois toute une famille gisent à la fois, et cela dans des chaumières où une seule porte, une fenêtre intérieure permettent à peine l'introduction de l'air qui passe souvent sur les émanations du fumier avant de parvenir sur la couche du nourrisson, sont à coup sûr des causes déplorables de complication et d'aggravation.

Autant peut-on en dire de la manière dont les gens de la campagne prennent de ridicules précautions pour prévenir les courants d'air.

C'est surtout dans le voyage que fait la nourrice pour gagner son village que ces infractions graves aux lois de l'hygiène sont commises.

Ce qui a lieu pour l'encombrement des enfants en nourrice est encore plus fréquent et plus terrible pour ceux qui, accumulés au nombre de huit ou dix dans des chambres étroites, sont soumis à la dure épreuve du sevrage industriel. C'est alors surtout que la mort les décime.

Toutes les circonstances qui viennent d'être énoncées, et beaucoup d'autres encore qu'il serait trop long de signaler ici, agissent tout autant qu'une mauvaise alimentation pour faire périr le jeune nourrisson.

Ce serait bien à tort que pour dénoncer les chances de la mortalité dans les premières années de la vie, on ne songerait en rédigeant une instruction quelconque, ou en prenant des mesures sages et législatives qu'à la manière dont la nourriture de l'enfant doit être dirigée. Seulement il faut avouer qu'une mauvaise alimentation est l'agent principal auquel on doit attribuer le plus grand nombre des décès des enfants en nourrice.

En hygiène, il est une première donnée à suivre, et qui doit être la base des préceptes qu'elle proclame; elle consiste à considérer la nature dans son ensemble, les lois qui président à la conservation des êtres animés et les conditions qui favorisent le développement des classes et des espèces d'animaux et de végétaux.

Or, avant de rechercher, par des considérations chimiques et microscopiques, quelle est la nourriture qui convient au jeune âge de l'homme, il faut d'abord jeter un coup d'œil général sur la manière dont s'alimente la grande classe à laquelle il appartient, c'est-à-dire sur les mammifères.

Tous les êtres qui font partie de cette grande division des êtres organisés, n'ont pour les premiers temps de leur vie qu'un seul aliment qui n'est autre que le lait, lequel suffit à l'accroissement jusqu'à ce que les moyens de mastication convenable viennent fournir d'autres aliments, ou jusqu'à ce que les viscères digestifs soient assez développés pour préparer une nourriture plus variée.

Bien que le lait formé dans une série animale ou dans une division de cette série, soit particulièrement propre aux individus qui appartiennent à celle-ci; cependant il peut encore convenir non-seulement aux autres variétés de cette même série, mais encore aux autres espèces des mammifères. Seulement son aptitude à nourrir le jeune animal est d'autant plus grande que ce lait est fourni par un individu appartenant à une section plus voisine par l'organisation de celle dont le jeune être qu'il s'agit d'élever fera partie.

La chimie et l'exploration micrographique sont, du reste, en rapport avec l'admission de cette vérité: que les laits de sources différentes ont entre eux une grande analogie, et qu'ils peuvent être au besoin remplacés les uns par les autres; et, par exemple, dans la plupart des échantillons de lait provenant d'animaux variés, on voit des globules sphériques suspendus dans un sérum plus ou moins limpide, et on trouve des éléments chimico-organiques presque semblables.

Théoriquement, et en se fondant sur les considérations les plus élevées d'histoire naturelle, c'est exclusivement avec le lait de femme que jusqu'à l'époque de la sortie des premières dents il faut nourrir l'enfant; que si la mère fait défaut, le lait d'une autre femme saine et robuste doit le remplacer; que si le dernier manque, le lait de vache, d'ânesse, de chèvre sera l'aliment qu'on devra choisir, suivant la capacité digestive de l'enfant qui s'accroît en raison du développement successif des organes gastriques, il faudra étendre le lait ancien d'une proportion plus ou moins grande d'eau pure, ou tenant en dissolution plutôt de l'albumine que de la fécule des extraits de substances végétales, de la gomme en toute autre substance difficilement assimilables.

Théoriquement le lait de vache, si facile à se procurer, contenant comme celui de la femme beaucoup de substances grasses, tenant en dissolution des sels phosphates calcaires, est l'un des meilleurs aliments que l'an peut substituer au liquide fourni par le sein de la mère ou de la femme par laquelle on cherche à la remplacer.

Théoriquement encore, ce n'est ni la farine, ni les fécules de toutes sortes mélangées ou non avec le lait, ni les extraits de viande ou les bouillons quelque concentrés qu'ils soient, qui peuvent convenir pour la nutrition du jeune âge.

La résultante de toutes les considérations précédentes est que dans la première année et quelquefois dans les deux premières années de la vie de l'homme, l'exclusive nourriture d'abord, le principal et le meilleur aliment ensuite est d'abord le lait de la mère, puis celui d'une autre femme, puis le lait de la vache, de la brebis ou de la chèvre, lait que dans le premier jour de la naissance il faudra peut-être étendre d'un peu d'eau. Ce ne sera qu'avec lenteur que l'on pourra joindre à cette substance alimentaire l'albumine et même le jaune de l'œuf, nourriture d'un si grand nombre d'êtres. Plus tard les fécules et les végétaux qui conviennent à tant d'animaux et ultérieurement enfin les extraits de viandes et les viandes elles-mêmes. Telles sont les grandes données hygiéniques applicables à l'alimentation du jeune âge, et qu'il faudrait parvenir à graver profondément dans l'esprit des mères, des nourrices, des administrations d'hôpitaux et de tous ceux enfin qui sont chargés de veiller à la conservation de l'homme enfant et de la population elle-même.

Que pourrait proposer l'Académie à l'administration?

1° Je pense qu'il serait utile de nommer une commission chargée de rédiger promptement une instruction courte, précise, détaillée, susceptible d'être comprise par des personnes peu lettrées, et qui ferait comprendre à tous l'importance extrême qu'il y a de se conformer pour le nourrisson aux règles pratiques qui viennent d'être établies.

2° Des exemplaires de cette instruction seraient adressées dans chaque commune, lus chaque semaine par le maire, le curé ou le pasteur et le médecin du pays, avec recommandation d'instruire sur ce grave sujet les autres habitants de la localité. Une affiche qui reproduirait ces avis serait constamment placée à la porte de l'église ou du temple.

3° On devrait tenir compte de la position des femmes qui se proposent d'être nourrices; ne permettre de l'être qu'à celles qui ont au moins assez d'aisance pour suffire à leurs besoins et à ceux de leur famille. La misère est une mauvaise conseillère, et telle qui ne peut trouver pour elle-même de la nourriture, ne pourra en donner au jeune nourrisson. Il serait bon qu'elle possédât une vache ou au moins une chèvre, à l'effet de suppléer au besoin par leur lait à celui que son sein refuserait à son jeune élève.

4° Un comité serait composé du médecin du pays, du maire, des membres du conseil municipal, du curé ou du pasteur, et surtout de plusieurs mères de famille reconnues pour leur bonté et pour les soins affectueux qu'elles donnent à leurs propres enfants. C'est aux femmes que la surveillance du jeune âge doit être départie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le gouvernement belge vient d'inviter les commissions médicales de chaque province à former, par arrondissement, des comités de cinq médecins chargés de visiter toutes les localités habitées, et de présenter un rapport sur les mesures à prendre pour l'assainissement complet des points insalubres.

— La Société de chirurgie reprendra ses séances le mercredi 13 février prochain.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 FÉVRIER 1867.

Alité depuis quelques jours, nous n'avons pu voir avant l'impression la présentation faite à l'Académie de médecine, au nom de M. Stopfer, élève en médecine, d'un instrument destiné à produire l'anesthésie locale.

Si jamais une question de priorité devait s'élever, nous devons à la vérité de déclarer que nous avons reçu depuis plus de deux mois communication des études faites sur ce sujet par MM. Ch. Gensollens et Martin Geroze, de Montpellier. Ces expériences ont été faites dans le service de M. Estor, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier, avec un appareil dont nous présenterons la gravure et la description dans notre prochain numéro.

Pour établir l'authenticité de cette déclaration, nous nous bornerons à publier la lettre que ces étudiants nous adressaient le 3 décembre dernier. — Dr E. Le Sourd.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hématocèle enkystée du cordon spermatique ou funiculaire. Traitement par l'incision et la décortication. Guérison.

M. le professeur Gosselin, dans sa leçon clinique de samedi dernier, a entretenu ses élèves d'un malade couché au n° 61 de la salle Saint-Louis, et qui allait le jour même quitter l'hôpital, après un séjour de deux mois et demi, guéri de trois lésions, dont la plus remarquable a été une hématocèle enkystée du cordon spermatique.

Cet homme, âgé de vingt-huit ans, était entré pour une hydartrose présumée rhumatismale du genou gauche, dont il a été guéri, au moyen du repos et des vésicatoires, dans l'espace de quelques semaines. Il portait, de plus, dans les bourses deux tumeurs : l'une à gauche, l'autre à droite. Celle de gauche était distincte du testicule, grosse comme une pomme d'api, arrondie, tendue, fluctuante et transparente. A ces signes, M. Gosselin reconnut une hydrocèle enkystée du cordon, à peu de distance du testicule, mais cependant à une distance assez grande pour qu'on pût être sûr qu'il ne s'agissait pas d'un de ces grands kystes péritesticulaires dont il a donné la description en 1848.

L'autre tumeur, située à droite, était plus volumineuse, grosse comme une petite pomme de reinette, et placée à la même distance du testicule, qui était sain, ainsi que celui de l'autre côté. Elle offrait plus de consistance, n'était pas transparente, et donnait, mais à travers une paroi incontestablement épaissie, la sensation de fluctuation.

Ces deux tumeurs avaient apparu vers l'âge de onze ans, sans aucune cause connue, et avaient fait depuis cette époque des progrès incessants. Elles n'occasionnaient pas de souffrance, mais elles incommodaient par le poids et le volume qu'elles donnaient aux bourses, et ce jeune homme, tourmenté et contrarié de la difformité qu'elles lui occasionnaient, demandait à en être débarrassé.

Pour le côté gauche, le traitement à faire était simple. Une ponction fut pratiquée le 8 novembre 1866, et, après l'écoulement de la sérosité citrine, on fit une injection de teinture d'iode avec moitié d'eau. L'évacuation du liquide fit reconnaître d'ailleurs que le kyste était mince et revenait parfaitement sur lui-même. Les suites ont été très-bénignes, et on ne trouve plus aujourd'hui, de ce côté, qu'une petite tumeur arrondie, dure, non fluctuante et non transparente, formée par le magma fibrino-albumineux, encore susceptible de résorption, qu'a produit l'inflammation consécutive à l'injection de teinture d'iode.

Du côté droit, la question du traitement était plus délicate. D'abord, à quelle maladie avait-on affaire ? En tenant compte de la situation et des rapports de la tumeur, et de sa fluctuation assez nette malgré l'épaisseur probable de la poche, il y avait lieu de penser que la maladie avait été, dans le principe, la même que du côté opposé, c'est-à-dire une hydrocèle enkystée du cordon, et que cette hydrocèle s'était, depuis un certain temps et sans cause appréciable, transformée en hématocèle, soit à la suite de quelque lésion traumatique ignorée du malade, soit à la suite de la formation d'une fausse membrane dont les vaisseaux, au début, s'étaient déchirés et avaient versé du sang, comme cela a lieu si souvent pour l'hématocèle de la tunique vaginale. Quoi qu'il en soit, le malade désirant être débarrassé de la gêne et du tourment que lui occasionnait cette tumeur, M. Gosselin résolut de la traiter par l'opération la plus simple : la ponction et l'injection iodée.

La ponction fut faite avec le trois-quarts à hydrocèle le 16 novembre. Des pressions réitérées firent sortir environ deux cuillerées à café de liquide épais, couleur de chocolat cuit, après quoi la canule fut obstruée, et ne put être débouchée ni par le stylet ni au moyen d'une injection. Force fut donc de la retirer sans faire l'injection iodée. Le traitement ultérieur fut indiqué par la marche même des choses. Le kyste s'enflamma et suppura. Les douleurs ne furent pas aussi vives, ni les symptômes généraux aussi graves qu'on les observe quelquefois, et que M. Gosselin l'a signalé dans son travail sur l'hématocèle en 1841. Néanmoins, la poche s'ouvrit au niveau de la ponction le 13 décembre, et il en sortit une notable quantité de matière purulente et sanguinolente fétide.

Que faire en pareil cas ? Il y avait à choisir entre la temporisation, la castration, l'incision simple et l'incision suivie de décortication.

La temporisation eût conduit à laisser une vaste cavité suppurante, étroitement ouverte et fournissant à l'absorption les matériaux putrides fournis par l'exposition incessante à l'air, et le croupissement du pus et du sang. C'était exposer le malade à l'infection putride ou purulente, ou l'exposer au moins à une fistule interminable avec tous les inconvénients d'une suppuration prolongée.

La castration ne se serait présentée à l'idée d'aucun chirurgien. On comprend que, pour l'hématocèle vaginale, surtou chez un sujet un peu avancé en âge, on puisse se décider à cette mutilation que M. Gosselin condamne cependant, et rejette au moins comme méthode générale pour cette affection. Mais contre une hématocèle du cordon assez éloignée du testicule pour que l'intégrité de cet organe ne fût pas douteuse, et chez un homme de vingt-huit ans, cette idée ne pouvait se présenter à l'esprit. M. Gosselin n'hésita donc pas à proposer au malade une longue incision qu'il pratiqua le 16 décembre, après avoir obtenu l'anesthésie au moyen de l'éther. Il fit sortir le mélange de pus et de sang qui remplissait la poche, pensant qu'il ne ferait rien de plus. « En effet, dit le professeur, si mes recherches anatomo-pathologiques m'ont permis de trouver dans l'hématocèle vaginale une fausse membrane assez facile à énucléer, il n'en avait pas été de même, jusqu'ici, pour l'hématocèle funiculaire. Cette lésion est rare ; je n'avais jamais eu l'occasion de l'étudier qu'une seule fois sur le cadavre, et je n'avais pas trouvé la fausse membrane. D'autre part, Curling et les auteurs qui ont parlé de l'hématocèle funiculaire, n'avaient pas signalé non plus son existence. » il avait donc pensé qu'il n'y aurait pas de décortication à tenter, et que ce serait un traitement par l'incision. Pourtant il chercha, séance tenante, si par hasard la fausse membrane n'existerait pas. Après quelques explorations, il put saisir, entre les mors de la pince à disséquer, un feuillet épais qu'il isola ensuite du reste de la poche, en se servant alternativement des doigts et du bistouri. Il parvint ainsi à détacher par lambeaux, sur toute la surface du kyste, une membrane dense, purement fibreuse cependant, offrant à la surface interne les rugosités et les alvéoles que présentent habituellement les néo-membranes de la séreuse elle-même. Après cette décortication, il est resté une paroi exclusivement formée par de la substance conjonctive souple, et qui a paru susceptible de subir assez vite et facilement les métamorphoses de l'inflammation suppurative et des granulations cicatricielles.

Quelques boulettes de charpie furent placées au fond de la poche, et maintenues par un bandage simple. L'inflammation consécutive a été assez intense ; un phlegmon diffus a envahi le scrotum. Trois incisions ont été nécessaires pour donner issue à la suppuration. Cependant la fièvre et les symptômes généraux ont été modérés ; aucune complication sérieuse n'est arrivée, et aujourd'hui tout est cicatrisé, et le malade demande avec instance sa sortie.

« J'ai voulu, dit M. Gosselin que nous laissons parler ici, appeler votre attention une dernière fois sur ce malade, pour vous montrer les difficultés de la pratique dans les cas de ce

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

VI. — **Le Tyrol** : EGERDACH, MÉRAN.

Après un séjour de quarante-huit heures à Ischl, pendant lequel j'eus le temps de prendre les renseignements contenus dans le précédent chapitre, de visiter en détail toutes les parties de ce bel établissement et de faire quelques excursions, je revins à Salzbourg d'où le chemin de fer me conduisit, par Rosenheim et Kufstein, jusqu'à Innsbruck, capitale du Tyrol et dernier point de la voie ferrée.

Je dus séjourner près de vingt-quatre heures à Innsbruck pour attendre le départ de la malle-poste de Botzen d'où je devais gagner Méran.

La capitale du Tyrol est certainement une jolie petite ville, un peu triste, si l'on veut, à cause de la haute montagne qui la surplombe, mais propre et surtout originale avec les tourelles de toutes formes et de toute grandeur qui ornent ses maisons. Quoique riche en souvenirs historiques, Innsbruck possède peu de monuments : le plus important, l'église des Franciscains, qui renferme le tombeau de Maximilien Ier, entouré de vingt-huit statues colossales en bronze qui semblent étouffer dans l'étroitesse du bâtiment, et le monument en marbre blanc, élevé à la mémoire du héros tyrolien, André Hofer, l'église des Franciscains, dis-je, est vue et bien vue dans une heure ; mettez une heure encore pour parcourir la ville et visiter, dans cette excursion, l'insignifiant arc de triomphe de Marie-Thérèse, et le toit d'or que le duc Frédéric fit construire, en 1425, pour démentir le surnom de : *à la poche vide* que ses ennemis lui avaient donné, et vous en aurez à peu près fini avec les curiosités d'Innsbruck.

Malgré cette lente promenade à travers la capitale du Tyrol, j'avais encore de longues heures à dépenser ; je m'ingéniais à leur trouver un emploi, quand un hasard heureux me mit en relation avec un de ces nombreux officiers qui quittaient la Vénétie et rentraient en Autriche par le Tyrol. — Innsbruck était une de leurs importantes étapes. — Cet officier, Tyrolien d'origine, m'apprit qu'à une distance peu éloignée de la ville, était un établissement d'eau minérale, dont il ne put me donner la caractéristique, et m'assura que, comme à Ischl et à Méran, on y faisait des cures de petit-lait. Il me nomma Egerdach, dont le nom frappait pour la première fois mes oreilles.

On ne le trouve, en effet, indiqué dans aucun ouvrage d'hydrologie en langue française, pas plus que presque son homonyme Eger, en Bohême, dont les eaux transportées figurent en tête du tableau affiché dans la trink-halle de Ischl et que j'ai reproduit dans le précédent chapitre.

Voilà la manière dont on fait en France les livres relatifs à l'étranger.

Christophe Colomb en miniature, je brûlais de découvrir cet établissement inconnu chez nous, et d'avoir au moins à dire quelque chose de nouveau.

Cette excursion m'offrait en même temps l'occasion de satisfaire une curiosité historique que sans elle je n'eusse pas, à coup sûr, contentée : celle de visiter le fameux château d'Ambras, tout rempli encore du dévouement marital de Philippine Welser et de la chute miraculeuse de Wallenstein.

Egerdach, en effet, est à trois quarts d'heure du château d'Ambras, devant lequel il faut passer, et qui, lui-même, est à une heure environ d'Innsbruck. Mon officier ne m'avait pas trompé. Je trouvais là, agréablement assis dans un petit vallon, un établissement de bain, alimenté par deux sources, l'une ferrugineuse, et l'autre saline. Aucune des deux ne sert à la boisson.

La concierge, que je rencontrai seule, me confirma qu'en effet, on y faisait des cures de petit-lait de vache, et que ces cures se combinaient avec les bains de l'une ou de l'autre source. Elle me dit que le petit-lait se préparait dans une bergerie voisine qu'elle me montra, que les malades en buvaient ordinairement de quatre à cinq verres, le matin avant de déjeuner, et que la cure durait de vingt-cinq à trente jours.

Le nombre des malades qui fréquentent cet établissement, est de soixante à soixante-dix, et tous du pays.

Aucun médecin n'est attaché à cet établissement ; en cas d'accident on a recours à un médecin du village d'Ambras, ou bien encore à un médecin d'Innsbruck.

Tel est, en quelques mots, tout le récit que je puis faire sur cet établissement auquel est annexée une auberge dont l'extérieur n'indique pas le luxe et qui sert à loger les malades.

Je donne ici ces simples indications afin d'éveiller l'attention des futurs auteurs d'ouvrages d'hydrologie, et les engager à compléter cet aperçu trop sommaire.

Je reviens au sujet de mon voyage.

Je m'étais laissé éblouir par le titre pompeux de malle-poste imposé aux voitures qui font le service postal entre Innsbruck et Botzen. Mais hélas ! ce sont d'affreuses petites voitures à quatre places, sales, détériorées, et dont la vitesse ne peut être comparée qu'à celle de nos anciens coucous. Aux relais, fort rares d'ailleurs, l'arrêt est régulièrement d'une heure ; comme la plus grande partie du voyage se fait la nuit, on reste à grelotter, pendant ce long temps, soit au fond de la voiture mal close, soit dans la cour d'une auberge fort sale.

genre. Certainement, l'incision d'une hématocèle peut être une opération sérieuse; mais vous voyez qu'on peut être amené à la pratiquer dans deux circonstances : lorsque la poche n'a pas encore suppuré, ou lorsqu'elle a suppuré. Dans le premier cas, les indications ne sont fournies que par la gêne et la difformité, et il est permis de temporiser tant que cette gêne et cette difformité ne sont pas trop prononcées. Dans le second, l'indication est plus pressante, car il faut donner une facile issue au pus, sous peine d'accidents ou de fistules de longue durée.

« C'est précisément un fait de ce genre en présence duquel nous nous sommes trouvés. L'hématocèle était volumineuse et gênante; le malade voulait en être débarrassé. J'ai essayé l'opération la plus simple qui, dans quelques faits analogues, et lorsque la fausse membrane était peu épaisse, a donné des succès. Mais cette opération a été suivie d'une inflammation suppurative. Il fallait traiter cette dernière. La castration était irrationnelle. La grande incision était, selon moi, le meilleur mode de traitement. Quelques-uns d'entre vous m'ont vu l'an dernier, pour une hématocèle vaginale qui avait suppuré après une injection iodée, m'ont vu, dis-je, placer un tube à drainage en manière de séton. Mais le pus et les débris éliminés de la fausse membrane ne pouvant sortir par le tube, et leur rétention ayant entretenu la douleur et la fièvre, j'ai bientôt été obligé de réunir les deux ouvertures en une seule, afin de permettre l'issue du pus et l'extraction des lambeaux éliminés de la pseudo-membrane. J'aurais craint la même chose ici. C'est pourquoi j'ai préféré l'incision, et je suis convaincu que l'énucléation immédiate de la fausse membrane a diminué l'intensité de la phlegmasie consécutive, a mis le malade à l'abri des accidents graves, et a contribué à la promptitude de sa guérison en substituant une surface facile à cicatriser, à une surface mal disposée pour la suppuration et la cicatrisation. »

Cancer médullaire de la peau de la fesse, provenant de la dégénérescence d'une tumeur bénigne. — Ablation de la tumeur. — Guérison.

Il est acquis aujourd'hui que des productions morbides, de nature bénigne, peuvent, au bout d'un certain temps, dégénérer en productions malignes, sans qu'on saisisse la cause de cette transformation fâcheuse. Il en a été ainsi dans le fait suivant, qui nous est communiqué par M. Fano. Il s'agissait d'une de ces tumeurs, constituées probablement dans le principe, par une simple hypertrophie du derme; cette tumeur s'est transformée, après onze ans, en une tumeur cancéreuse de la pire espèce.

« Marie M..., âgée de seize ans, ouvrière en parfumerie, est envoyée à la clinique de M. Fano, par M. le docteur Astié. C'est une fille de grande taille, élancée, réglée depuis cinq mois. A l'âge de sept ans, elle avait déjà, à la fesse gauche, une grosseur du volume d'une noix. Ce n'est qu'il y a cinq à six mois, qu'à la suite d'un coup, la tumeur s'est accrue. Il y a quatre jours, la production morbide a fourni une hémorrhagie abondante, qui s'est renouvelée le lendemain avec autant de force.

Actuellement (15 octobre 1866), on constate qu'il existe sur la fesse gauche, un peu au-dessous de l'épine iliaque postérieure et supérieure, immédiatement en dehors de la rainure interfessière, une tumeur du volume du poing, parfaitement circonscrite, sphérique, à base large confondue avec la peau, mobile en tous sens, sans aucune adhérence avec les tissus profonds, molle, sans rénitence ni fluctuation. La peau est d'un rouge pâle dans les trois quarts inférieurs, ulcérée dans le reste de son étendue; c'est par cette portion ulcérée que les hémorrhagies ont eu lieu.

Le 18 octobre, M. Fano procède à l'extirpation de la tumeur, en présence de M. le docteur Astié et d'un grand nombre d'élèves. La tumeur est cernée à la base par deux incisions semi-lunaires qui se rencontrent par leurs extrémités; puis détachée des parties subjacentes. Quelques débris de la masse morbide, adhérents à l'aponévrose, sont disséqués minutieusement. Pendant le cours de cette opération, dont le dernier temps a été laborieux, il y a eu un écoulement très-abondant de sang veineux. Trois petites artères ont été liées. Pansement simple.

Le lendemain, état général satisfaisant.

Le 23 octobre, on constate que le fond de la plaie présente, dans plusieurs points, des masses grisâtres et dures. M. Fano applique sur ces parties quelques rondelles minces de caustique de Canquoin. Sous l'influence de ce topique puissant, la plaie se modifie et présente, au bout de quelques jours, une membrane granuleuse de bonne nature. A partir de ce moment, la solution de continuité marche vers la cicatrisation.

Le 14 décembre, elle est réduite aux dimensions d'une pièce de 2 francs. La jeune fille reprend ses occupations, circonstance qui explique la lenteur avec laquelle la cicatrisation marcha dès lors. Ce n'est que le 25 janvier que cette cicatrisation est complète.

Examen de la tumeur. — La masse est essentiellement composée d'un tissu qui a la plus grande ressemblance avec la substance cérébrale ramollie. Le doigt s'y enfonce, et par la plus légère pression, réduit le tissu en putrilage. Dans l'épaisseur de la tumeur, on trouve de gros caillots sanguins de couleur noirâtre; après que ces caillots ont été expulsés par le lavage, il reste à leur place une large caverne. Dans certains points, la coupe de la tumeur a la plus grande ressemblance avec la substance blanche du cerveau et présente des orifices vasculaires très-larges.

Examen microscopique, par le docteur Pfeiffer. — La tumeur est composée de deux parties :

1° Une enveloppe, peu dense, formée de fibres, de tissu cellulaire qui se croisent dans différentes directions, et qui renferment une quantité considérable de vaisseaux capillaires;

2° Une trame de tissu cellulaire formant des alvéoles plus ou moins grandes, renfermant aussi un nombre considérable de vaisseaux capillaires sanguins. Ces alvéoles renferment un suc crémeux dans lequel nage un nombre considérable de noyaux libres ainsi que de cellules à noyau plus ou moins développées. Les noyaux et les cellules à noyau ne diffèrent en rien de ces mêmes éléments, que l'on rencontre dans les néoplasmes décrits sous le nom de *cancer médullaire* ou de *carcinome alvéolaire.* »

HOPITAL MILITAIRE DE STRASBOURG. — M. SONRIER.

Uréthrotomie interne.

Depuis longtemps déjà la *Gazette des hôpitaux* a publié de nombreuses observations de rétrécissements de l'urèthre, guéris par l'uréthrotomie interne. Ici, à Strasbourg, M. Sédillot obtient des succès constants, par ce mode de traitement (voir *Recueil de médecine militaire,* 1860, par M. Gaujot). Plus récemment encore M. Maurice Perrin, en exposant à la Société de chirurgie de Paris (*Gazette des hôpitaux,* 1865, n° 65 et suivants), le résultat de ses propres observations, a donné, dans un rapport remarquable, le résumé de l'état actuel de la science sur cette question, et a prouvé, par des statistiques rigoureusement établies, que l'uréthrotomie interne paraît devoir être préférée, comme méthode générale, à la dilatation progressive, méthode éminemment routinière et impuissante.

Eh bien le croirait-on? malgré l'évidence des faits, l'uréthrotomie interne est encore aujourd'hui considérée, par bon nombre de chirurgiens, comme un moyen de traitement insuffisant et dangereux, dont on doit restreindre l'application à des cas exceptionnels.

A quoi tient cette espèce d'ostracisme qui pèse sur une opération devenue si simple? Est-ce parce qu'on peut lui opposer la dilatation? mais chacun sait que c'est une opération palliative et retardataire qui ne tue pas, il est vrai, mais qui laisse trop souvent mourir ceux qu'elle ne guérit pas. Faut-il incriminer ses débuts orageux, assombris par des revers dus à l'imperfection d'instruments barbares? ou bien est-ce parce qu'elle serait inculpée d'avoir végété trop longtemps à l'ombre du spécialisme? Nous ne savons; mais quelle que soit la cause de ce discrédit immérité, nous croyons qu'il est du devoir de chacun d'apporter son faible contingent d'observations, afin de convaincre les oppositions systématiques, d'entraîner les irrésolus et d'affermir les convictions chancelantes.

Nous pensons que les six observations qui suivent, pratiquées avec succès, pour rétrécissements traumatiques, fibreux, anciens, réfractaires à toute tentative de dilatation, seront de nouveaux titres de recommandation pour cette opération qui aspire à prendre ses lettres de naturalisation dans le monde chirurgical.

OBS. I. — Le nommé A..., vingt-sept ans, cavalier au 6e escadron du train des équipages, entre dans notre service, le 24 juin 1865, pour un ancien rétrécissement compliqué de cystite chronique.

En 1863 il est atteint de rétrécissement progressif suivi de rétention d'urine. Cathétérisme forcé, fausse route, qui cependant permet la miction. A partir de ce jour, il a vu son affection revêtir une plus grande gravité, au point qu'il est obligé de s'accroupir et de faire des efforts inouïs pour obtenir un maigre jet d'urine. Cystite consécutive.

Après avoir traité cette dernière affection, on constate un rétrécissement à 15 centimètres, réfractaire, imperméable : chaque tentative de dilatation est suivie de réaction douloureuse, fièvre intermittente grave, ténesme. Aussi lui proposons-nous l'uréthrotomie interne qu'il accepte avec empressement, bien décidé à ne pas rentrer dans ses foyers avec une infirmité qui, après avoir altéré sa santé, est pleine de menaces pour l'avenir.

L'opération est pratiquée le 21 juillet en présence des élèves de médecine militaire. Rien de particulier à signaler qu'un deuxième rétrécissement à 4 centimètres plus loin, qui est opéré trois jours après. Un peu de sang s'écoule, immédiatement nous passons, sans difficulté, une bougie de 6 millimètres. L'opéré urine à plein jet. Sulfate de quinine comme prophylactique.

Ténesme vésical douloureux dans la journée. L'instrument est retiré.

Le 25 juillet, nuit bonne; urines faciles; il garde tous les jours la bougie pendant une heure. Les jours suivants son état s'améliore rapidement, les urines sont plus claires, l'irritabilité uréthrale s'émousse. Bon appétit; sommeil excellent, enfin il sort le 17 août complétement guéri de sa cystite et de son rétrécissement. Il passera tous les quatre ou huit jours une bougie dilatatrice.

Nous avons voulu laisser au temps le soin de rendre certaine une guérison qui n'était qu'à l'état virtuel. Dix mois après il nous donne de ses nouvelles. Il a négligé nos conseils, il urinait si bien! et il a vu son jet d'urine diminuer de volume, mais il s'est empressé de passer une bougie de 4 millimètres et aujourd'hui il est satisfait : il ajoute qu'il va se marier.

OBS. II. — L..., trente ans, fusilier au 33e régiment. Uréthrite remontant à dix-huit mois avec rétrécissement ancien, entre dans nos salles le 7 février dernier.

On constate, à 13 centimètres, un obstacle qui laisse passer avec difficulté une bougie de 2 millimètres dont on ne peut augmenter le calibre sans donner lieu à d'atroces douleurs; ténesme, fièvre, etc.

Enhardi par notre premier succès, nous l'opérons le 15 février. Pas d'accident; hémorrhagie insignifiante. Bougie à demeure de 7 millimètres, mais qu'il ne peut garder que jusqu'au soir. Jet robuste et volumineux; violent accès de fièvre avec frisson qui dure trois jours.

Le 16, insomnie, miction douloureuse; la bougie est replacée, mais l'urine passe en dehors et s'infiltre dans le tissu cellulaire de la verge et du scrotum tuméfié. Bains de siége; compression; sulfate de quinine, 5 décigrammes.

Le 17, la fièvre n'a plus reparu; rougeur phlegmoneuse au périnée.

Le 18, abcès périnéal qui s'ouvre et laisse écouler un peu de pus de bonne nature, mêlé de quelques gouttes d'urine et de sang. Injections de quinquina dans le trajet fistuleux.

Il est vrai que l'on gravit une des plus hautes montagnes du Tyrol, le Brenner, au sommet de laquelle vous attend, à huit heures du soir, un dîner de table d'hôte. Que Dieu vous garde jamais d'une semblable auberge et d'une pareille cuisine; la nappe n'est changée que tous les trimestres, et les serviettes servent, pendant un mois au moins, à tous les voyageurs qui passent. Aucune réclamation, quelque vive qu'elle soit, ne peut faire modifier cette règle de la maison; je m'en convainquis par moi-même et il ne me resta d'autre ressource que mon mouchoir de poche. La cuisine était à la hauteur de ces habitudes de propreté, et l'on peut imaginer ce qu'elle devait être, sans que je blesse, par mon récit, le bon goût français et notre susceptibilité culinaire.

Enfin, après treize heures d'un supplice dont j'avais perdu le souvenir depuis l'invention des chemins de fer, j'arrivais à Botzen, d'où une voiture me conduisit, en deux heures, à Méran, unique but de mon voyage dans cette partie du Tyrol.

Il était sept heures du matin; grâce au jour qui me permettait de reconnaître les productions du sol, je me convainquis que j'étais dans un climat plus doux que celui que j'avais quitté la veille; je cotoyais, en effet, un fleuve italien, l'Adige, sur la rive gauche duquel je m'acheminais vers Méran. Plus j'approchais du but de ma route, plus les vignobles augmentaient et je pus m'expliquer alors les cures si renommées de raisin qui s'y font chaque automne. La vigne — qu'on me passe ce détail agricole en faveur des cures de raisin dont l'étude viendra plus tard — la vigne n'est pas, comme en France, soutenue par des échalas. Dans cette partie du Tyrol, la seule d'ailleurs qui possède des vignobles, la vigne forme treille à hauteur d'homme; de sorte que, par la réunion de toutes les treilles d'un champ placées les unes devant les autres, on obtient une série successive de galeries ombreuses sous lesquelles on peut se promener longtemps en passant de l'une à l'autre. Dans la campagne de Venise, au contraire, la vigne forme guirlande; plantée entre deux arbres, ou même deux poteaux placés à égale distance d'elle, la vigne envoie à chacun d'eux des rameaux qui, en s'étendant et se ramifiant, vont l'étreindre à la partie supérieure et donnent ainsi un soutien à leurs grappes pendantes.

Je ne suis pas assez viticulteur pour fournir un avis motivé sur ces diverses manières de conduire la vigne; mais en considérant que toutes doivent avoir leur raison d'être dans quelque condition de sol ou de climat, j'estime indistinctement échalas, treilles et guirlandes, pourvu que les grappes soient savoureuses et que le vin soit bon.

Je reviens à Méran pour ne plus m'occuper que de ses cures de petit-lait.

Et tout d'abord Méran, à l'inverse de l'encontre généralement répandue en France, se défend d'être une station exclusive pour les cures de petit-lait et de raisin. L'une et l'autre ne sont que des accessoires dont médecins et régisseur font peu de cas; il semble, à la manière dont ils en parlent, que dans leur esprit, la réputation faite à Méran sous ce double rapport, nuit à celle qu'ils ambitionnent et qu'ils proclament. Pour eux, Méran est surtout et avant tout une station d'hiver à l'exemple de Hyères et de Pau.

En traçant ces lignes, j'accomplis une promesse que j'ai faite au docteur Pircher et au régisseur qui, m'accompagnant à la voiture au moment du départ, me criait pour adieu : souvenez-vous, en parlant de Méran, que c'est une ville d'hiver, et que le reste est peu de chose.

Je tiens d'autant plus volontiers ma parole engagée que j'ai trouvé, aussi bien chez le docteur Pircher que chez le régisseur, l'amabilité la plus affectueuse et la courtoisie la plus prévenante; ils m'ont fourni tous les renseignements dont j'avais besoin, et m'ont accompagné dans toutes les courses que j'ai eu à faire.

Le bâtiment où se boit le petit-lait est situé au bout de la principale promenade de la ville, le *Wassermauer,* digue plantée d'arbres, qu'il a fallu opposer au Passeyerbach, torrent impétueux dont les débordements ont plus d'une fois ravagé Méran.

Ce bâtiment a plusieurs destinations : il sert de trink-halle, au printemps, pour le petit-lait; en automne, pour les cures de raisin; et en hiver, il devient guinguette pour les tireurs à la carabine. Avec la prétention, justifiée d'ailleurs par un doux climat, de faire de Méran une station hivernale, ce bâtiment ne peut avoir, en effet, que cette dernière destination que complète, par derrière, un champ bordé de murs et où s'étalent des cibles de toutes formes.

Au rez-de-chaussée sont trois petites pièces, dont une est affectée au tir, et dont les deux autres sont garnies de tables et de chaises qui m'ont rappelé l'ameublement des plus infimes cabarets de nos villages.

Une de ces pièces est ornée de trois dessins à la sanguine, représentant trois épisodes de la guerre de l'indépendance du Tyrol en 1809, et dont le plus remarquable est le serment solennel du capucin Haspinger, du lieutenant Speckbacher et de l'aubergiste André Hofer, sous la conduite duquel se faisait l'insurrection.

Autrefois, le petit-lait que consommait Méran se préparait à Tyrol, petit village sur le Küchelberg, à une heure environ de la ville. Aujourd'hui, le lieu de sa préparation est encore plus rapproché : c'est Allgund, petit bourg à une demi-heure au plus de Méran.

Le ferment employé pour séparer le caséum de la partie liquide, est, comme partout, la présure desséchée, et, comme partout, le préparateur possède un secret de précipitation et de clarification qu'il ne fait pas connaître. — Décidément, je ne rencontrerai pas un pâtre qui ait un peu de cette antique loyauté des habitants des montagnes!

On ne se sert, comme en Suisse, que du petit-lait de chèvre; ce

Le 19, bon sommeil, amélioration, la plaie se déterge, pas de gangrène du tissu cellulaire.

Les jours suivants, l'orifice de la plaie diminue, et vers le 15 mars elle est complétement fermée. On passe alors facilement une bougie de 7 millimètres qui est bien supportée. Érection dans la nuit, réprimées par les préparations camphrées et les lavements laudanisés. Sort le 25 mars complétement guéri.

Les nouvelles récentes que nous venons de recevoir constatent un succès définitif.

Obs. III. — Ch..., trente-cinq ans, 39e régiment, nous est envoyé de l'hôpital de Belfort, le 10 mars 1866, pour un rétrécissement infranchissable de l'urèthre.

La première uréthrite qu'il contracte, en 1857, est cordée. Sur le conseil d'un camarade, il se décide à briser, par un vigoureux coup de poing appliqué sur le pénis reposant sur une table, cet obstacle qui s'oppose à la miction; le but fut largement atteint, mais en même temps il ressentit une douleur atroce suivie d'hémorrhagie.

Six mois après, il est atteint de rétention d'urine qui dure quarante-huit heures, et dont le médecin du régiment triomphe en introduisant une bougie qui, sans pénétrer, donne lieu à un écoulement de sang et permet l'émission de plus d'un litre d'urine.

Son régiment change plusieurs fois de garnison, et dans ces longues routes, mesurées par des douleurs intolérables, il essaye, à chaque pause, derrière les murs, le long des buissons, dans les latrines, de se sonder avec une petite bougie filiforme pour obtenir quelques gouttes d'urine, sans que l'instrument pénètre dans la vessie.

Il entre plusieurs fois dans les hôpitaux : tentatives infructueuses de cathétérisme suivies de fièvre, ténesme; de manière qu'en voulant produire une amélioration, on aggrave sa position. On tourne dans un cercle vicieux sans issue vers la guérison.

Depuis 1863, aucune sonde même filiforme n'a pu pénétrer, mais par le contact de l'instrument sur l'angustie, l'urine est soutirée goutte à goutte; aussi met-il plus d'une demi-heure pour vider sa vessie; la nuit il est obligé de se lever sept à huit fois; parfois il a des érections fatigantes, dans le coït il éprouve des sensations pénibles, des jouissances sèches, si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire que l'émission du sperme ne se fait qu'après et encore d'une manière incomplète.

C'est alors qu'il vient à Strasbourg, bien décidé à en finir avec une infirmité qui dure depuis sept ans, et qui s'est compliquée de cystite grave.

Nous constatons un rétrécissement qui commence à 11 centimètres. On sent l'urèthre volumineux avec des nodosités moniliformes, dur comme une baguette de fusil enclavé dans la rainure des corps caverneux.

Une bougie de 3 millimètres est introduite dans ce rétrécissement très-rétractile, qui la retient comme dans un étau. Sur notre recommandation il la garde tous les jours une heure, de manière que, par son contact permanent et énergique contre la stricture, elle finit par s'y engager de quelques milimètres, moins par dilatation que par usure; au neuvième jour notre but était atteint; nous étions dans la vessie. Enhardi par ce succès inespéré, nous avons essayé d'introduire un calibre plus volumineux, mais des accidents graves survenus aussitôt nous ont fait abandonner de suite ce mode de traitement.

L'uréthrotomie est pratiquée le 5 juin, en présence de MM. Landois, Rousseau et Annesley, élèves de médecine militaire. Mais, comme le rétrécissement s'étendait plus loin que nous ne l'avions supposé, nous avons été obligé de faire trois sections de chacune 2 centimètres; nous étions donc dans le voisinage de la prostate, au col vésical; c'était une large porte ouverte à l'infiltration urineuse, et qui cependant n'a donné lieu qu'à une hémorrhagie insignifiante en supposant qu'il ne se soit pas écoulé beaucoup de sang dans la vessie.

Une sonde-bougie de 7 millimètres est aussitôt introduite et fixée à demeure pendant quatre jours. On prescrit 5 décigrammes de quinine.

Les 6, 7 et 8, rien à signaler que quelques caillots de sang rendus avec les urines.

Le 9, nuit agitée, ténesme, urines sanguinolentes chargées de caillots fibrineux; injection dans la vessie d'une solution étendue de tannin. Bain de siége; on retire la bougie.

Le 10, sommeil excellent, pas de fièvre; incontinence d'urine produite sans doute par la section du col vésical, ou bien par la paralysie du sphincter dont les fibres ont été soumises à une distension exagérée.

Le 11, amélioration, bon sommeil, urines claires, sans dépôt; toujours un peu d'incontinence.

Les 12, 13, 14 et 15, rien à signaler que des érections fatigantes la nuit. Camphre, 0,5, et lavement laudanisé à vingt gouttes.

Les 16, 17 et 18, l'incontinence n'a pas persisté; il garde tous les jours, pendant trois quarts d'heure, une bougie de 8 millimètres.

Le 21. Sort radicalement guéri; les nodosités qu'on sentait le long du canal ont disparu. Trois mois après, il nous écrit qu'il continue d'aller très-bien, et qu'il urine très-facilement.

Obs. IV. — L..., vingt-huit ans, engagé volontaire au 16e bataillon de chasseurs à pied, est admis dans notre service, le 28 juin dernier, pour rétrécissement infranchissable de l'urèthre, compliqué de cystite.

Ses premières années ont été orageuses; il contracte une uréthrite à l'âge de quatorze ans, qui n'a jamais été guérie. Rétrécissement consécutif, rétention d'urine, fausse route, puis plus tard incontinence d'urine.

Cette infirmité dégoûtante, surtout pour un soldat, incompatible avec les exigences du service militaire, lui suscite toutes sortes d'ennuis. Comme on croit à une incontinence simulée, on lui impute toutes sortes de dégradations de matelas, pantalons.

Après plusieurs entrées dans les hôpitaux de Paris, il est envoyé en convalescence de trois mois, sans que son affection se soit en rien améliorée; disons plus, il s'aperçoit que ses urines déposent, et qu'il est atteint de cystite.

A Toulouse, où il reste quinze mois en convalescence, il entre à diverses reprises à l'hôpital; enfin, de retour à son bataillon, il est de suite envoyé à l'hôpital de Toulon, où il ne reste qu'un mois et demi. Cathétérisme impossible. Bains.

Renvoyé à son bataillon pour y être réformé, il reste six mois à la caserne à rien faire, dit-il, qu'à pourrir des matelas; en quinze jours on lui impute pour 4 fr. 50 cent. de dégradations.

En août 1865, nous le trouvons à l'hôpital militaire de Strasbourg, service des blessés, où il reste trois mois et demi. Comme il est fortement soupçonné de simulation (à part l'impossibilité du cathétérisme, tout le ferait supposer), on lui applique, à différentes reprises, des cautérisations énergiques au périnée, dans le double but de le guérir de son infirmité, et du désir d'obtenir un congé de réforme.

Malgré ce traitement héroïque, aucune amélioration ne se dessine. Désigné pour un congé de convalescence de trois mois, il en reste six à Toulouse, d'où il est renvoyé à son corps pour y être définitivement réformé.

Ainsi voilà un homme, une non-valeur qui, depuis quatre ans, non-seulement n'a fait aucun service actif, mais qui, après avoir enduré toutes les souffrances physiques et morales inimaginables, demande à être réformé ou à être opéré pour une infirmité qui est un sujet de dégoût pour ses camarades et de désespoir pour lui-même.

Le canal de l'urèthre est interrogé avec une bougie filiforme qui signale une fausse route à 10 centimètres, paroi inférieure, et dans laquelle on s'engage inévitablement. Après plusieurs tentatives patientes avec des bougies tortillées, coudées vers la pointe, introduites lorsqu'il vient d'uriner ou bien après avoir retenu ses urines dans le canal en pinçant le gland comme pour dilater l'urèthre, nous parvenons à faire passer une bougie filiforme qui indique à 6 centimètres au delà de la fausse route, un rétrécissement difficile à franchir.

Les jours suivants, on passe des bougies un peu plus volumineuses, qui déterminent des accidents fébriles assez graves; urines ammoniacales visqueuses. Sulfate de quinine, 0,5; térébenthine, 2 grammes; infusion de bourgeons de sapin; bains; frictions belladonées au périnée.

Le 8 juillet, la cystite étant améliorée, l'opération est pratiquée en présence de son médecin, M. Hériot, et d'un grand nombre d'élèves. Une sonde-bougie de 7 millimètres reste à demeure pendant trente-huit heures. Rien à signaler les jours suivants. Du 15 juillet au 1er août il passe tous les jours une bougie de 8 millimètres, et part en congé de convalescence de quatre mois.

Tout récemment il nous écrit des bords de la Garonne que son jet d'urine est tellement gros et vigoureux qu'il pourrait faire tourner un moulin. (*Sic.*)

Obs. V. — R..., quarante ans, fusilier au 33e régiment, entre à l'hôpital de Strasbourg, le 17 juillet dernier, pour rétrécissement uréthral datant de onze ans.

A la suite de plusieurs uréthrites suivies de rétrécissement, il est pris de rétention d'urine en Italie, puis en Chine, puis à Toulon au débarquement; depuis cette époque il n'a plus eu d'accidents.

Le 18 juillet, le rétrécissement est à 15 centimètres; il offre une résistance difficile à vaincre, qui étreint la bougie comme dans un étau: nous avons affaire à un obstacle fibreux, rétractile qu'il faut opérer.

Après plusieurs tentatives, pendant neuf jours, avec une bougie rigide nous avons fini par user la stricture; mais en voulant augmenter le calibre, nous avons déterminé des accidents graves qui nous ont fait renoncer à la dilatation.

Le 30, l'uréthrotomie est pratiquée; pas d'accident. Du 1er au 15 août, il passe tous les jours une bougie de 7 millimètres qu'il garde une heure. Sort le 18 août radicalement guéri.

Nous l'avons revu le 18 novembre dernier, sa santé est florissante, il continue à passer de temps à autre sa bougie qui lui permet d'uriner à plein jet.

Obs. VI. — F..., 30 ans, fusilier au 33me régiment, entre, le 17 juillet dernier, dans nos salles, pour rétrécissement de l'urèthre avec cystite ancienne.

Il y a douze ans qu'il a contracté une uréthrite qui a passé à l'état chronique. Injections de nitrate d'argent.

Deux ans après il s'aperçoit qu'il urine mal, le jet est menu et en tire-bouchon.

En 1858 son régiment se rend de Marseille à Paris, nouveaux accidents; il entre à l'hôpital d'Aix. M. Goyrand, après l'avoir soumis pendant quatre mois à la dilatation progressive, finit par faire passer une bougie de 5 millimètres 1/2.

Trois mois après, ayant négligé de se sonder, les accidents ont reparu plus graves.

En octobre 1862, nouvelles complications, les urines sont troublées par des mucosités visqueuses, adhérentes au fond du vase. Cystite aiguë.

Entre à l'hôpital de Caen en 1863, où il reste six mois, et d'où il est envoyé en convalescence pour sept mois.

Il revient enfin à son corps, rapportant, avec son infirmité nullement améliorée, tous les découragements d'un traitement inutile, et toutes les angoisses d'un avenir assombri par les douleurs passées.

Huit jours après, nouvelle rétention d'urine. Envoyé à l'hôpital d'urgence, il dut subir, en l'absence du médecin, un cathétérisme pratiqué par une main brutale et avinée qui donna lieu à une fausse route. On l'envoie en convalescence pour quatre mois.

Si nous avons insisté sur ces antécédents, c'est pour mieux faire ressortir l'inutilité du traitement par la dilatation, les dangers du cathétérisme longtemps prolongé, et les accidents toujours redoutables d'une rétention d'urine. Et puis voilà un homme qui, depuis huit ans, est une non-valeur pour le corps, qui, pour s'en débarrasser, l'envoie à l'hôpital; un malade ennuyeux pour le médecin traitant, qui lui donne un congé de convalescence; une charge pour sa famille qui le renvoie à son régiment; chacun le repousse, et chaque année son infirmité s'enrichit d'une nouvelle maladie. Et pendant ces huit années qu'il a passées sous les drapeaux, quels sont ses états de service? Quinze mois de convalescence et dix-huit mois d'hôpital!

Nous constatons un rétrécissement très-douloureux à 17 centimètres et cependant perméable. Miction très-difficile, ténesme, irritabilité extrême, urines troublées, ammoniacales avec sédiment muqueux abondant, mêlé de dépôt puriforme d'une viscosité remarquable; douleurs hypogastriques, hypertrophie de la prostate, enfin tous les symptômes du catarrhe chronique.

Dans des conditions aussi fâcheuses, nous pensons qu'il faut avant tout combattre la cystite, et après un mois de traitement, nous pouvons opérer, le 21 août.

Le patient est anesthésié, aucun accident à signaler, urine à gros jet malgré l'extrême sensibilité uréthrale; une bougie de 4 millimètres est parfaitement tolérée, et quelques jours après, à notre grande satisfaction, les urines ne contiennent presque plus de dépôt: bon sommeil, excellent appétit, sa figure rayonne de joie. Ainsi premier résultat : miction très-facile, cystite améliorée, état général très-satisfaisant.

Les jours suivants on augmente le calibre des bougies, et vers la fin du mois il passe facilement le no 17, c'est-à-dire presque 6 millimètres de diamètre; les urines sont claires, sans aucun sédiment. Sort de l'hôpital le 23 septembre complétement guéri.

Nous l'avons revu le 25 novembre, et la guérison nous paraît définitive.

---

n'est que par une rare exception que l'on a recours à celui de vache; et il en doit être ainsi, car Méran réserve tous ses soins aux affections que sollicite la douceur de son climat, c'est-à-dire à toutes les maladies des voies respiratoires, celles-là mêmes qui réclament presque exclusivement le petit-lait de chèvre.

Cependant d'autres malades fréquentent, au printemps, cette station; le docteur Pircher, ainsi que son confrère le docteur Ludowig Kleinhans, dont le souvenir m'avait échappé tout à l'heure, s'accordent à dire que leur petit-lait est heureusement employé dans les engorgements du foie, dans la gastrite chronique, dans la chlorose et dans l'anémie.

Il est vrai qu'ils recourent, comme à Ischl, au mélange des eaux minérales et du petit-lait, et que leur préférence se fixe presque exclusivement sur les eaux ferrugineuses, sur les eaux alcalines et sur les eaux purgatives.

La dose du mélange est variable selon chaque malade, et est subordonnée à la prescription du médecin.

Quant à l'hydrothérapie, on ne fait guère, à Méran, que le drap mouillé; cependant, un établissement hydrothérapique existe, et je ne pense pas que la règle posée par le docteur Pircher soit aussi absolue qu'il a bien voulu dire.

Le petit-lait est apporté chaque matin d'Allgund dans des vases de terre vernie et est constamment tenu à la température de 29 à 30 degrés Réaumur, au moyen d'un bain-marie, dont l'eau est renouvelée au fur et à mesure de son refroidissement.

Il est bu le matin, comme partout, de six à huit heures, de quart d'heure en quart d'heure, dans des tasses semblables de forme à celles d'Ischl, mais un peu plus grandes; tandis que le vase d'Ischl ne contient que 173 grammes, celui de Méran contient 223 grammes.

La dose est de quatre à cinq tasses.

Les heures des repas sont encore ici les mêmes qu'en Suisse et à Ischl : une heure après l'absorption de la dernière dose, déjeuner au chocolat ou au café; à une heure, dîner substantiel d'où sont exclus les acides et les crudités; à huit heures enfin, collation légère soit avec un potage, soit avec du thé.

Mais contrairement à ce que j'ai recueilli en Suisse et à Ischl, il est défendu, à Méran, de faire usage, pendant la cure, soit de beurre, soit de lait, soit de fromage aigre. Il y a, dans cette partie du régime, une contradiction que je ne puis comprendre, et ce n'est que sous toute réserve que je donne l'explication des médecins de Méran; puisque, disent-ils, on dépouille le lait de ses parties grasses et solides, pour n'administrer que les parties sucrées et salifiables, il est rationnel de ne pas donner, sous une autre forme, pendant la cure, ces mêmes parties grasses et solides que l'on dédaigne. Il faut laisser aux principes actifs toute leur liberté d'action et ne pas l'entraver par des obstacles dont on s'étudie à les débarrasser.

On pourrait, je crois, rétorquer ces arguments: mais je ne suis pas allé à Méran pour y chercher un sujet de polémique, et je ne tiens pas à sortir ici de mon rôle de narrateur.

Jusqu'à présent, la station qui nous occupe ne nous a rien offert que nous n'ayons vu ailleurs; elle tient, pour ses moyens d'action associés au petit-lait, le milieu entre la Suisse et Ischl.

Mais ce qui la distingue de toutes les autres stations, même d'Ischl, c'est l'usage simultané qu'elle fait du petit-lait et du suc de certaines herbes. Je ne dis pas mélange, car le petit-lait se boit le matin, à jeun, de six à huit heures, tandis que les sucs d'herbes se prennent l'après-midi, entre le dîner de une heure et la collation de huit heures.

Les plantes dont on fait le plus généralement usage, et dont on exprime les sucs, sont : le cresson, le trèfle d'eau, le pissenlit, la véronique et le plantain.

Les doses varient depuis 15 grammes jusqu'à 60 grammes.

Il est d'usage de boire la dose toute pure; cependant, pour surmonter une répugnance bien naturelle, on étend quelquefois les sucs d'un peu d'eau et, au besoin, on les édulcore soit avec du sucre, soit avec du sirop.

Comme on le doit penser, la nature de l'affection à combattre détermine le choix à faire parmi les plantes dont on emploie les sucs, et dont l'action doit seconder celle du petit-lait soit seul, soit associé à quelque eau minérale.

Enfin, et pour terminer par un trait commun à toutes les stations que nous avons visitées, la promenade, faite avec lenteur et modération, est recommandée, mais seulement après quelques jours de médication.

Félix Roubaud.
Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

Leçons sur les maladies des voies urinaires, faites à l'école pratique de Paris, par le docteur Beyran, ancien vice-président de la Société de médecine pratique, chevalier de la Légion d'honneur, etc. In-8°. Prix : 4 fr. 25 c. — Paris, 1866. Adrien Delahaye.

Des Parasites de l'Homme tant internes qu'externes, et des moyens qu'il convient d'employer pour les détruire par M. le docteur Bertet (de Cercoux); brochure in-8° de 55 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1866, Germer Baillière.

La Clef du diagnostic ou **Vade mecum de l'élève et du praticien** (Séméiologie, description, traitement) par le docteur J. C. Gharazac, 1 fort volume, format charpentier. Prix : 5 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Remarques. — Nos observations portent, avec elles, un enseignement pratique du plus haut intérêt, dont nous donnons l'expression condensée dans les corollaires suivants :

I. Tout rétrécissement uréthral, traumatique surtout, expose à deux sortes d'accidents de la plus grande gravité : 1° accidents immédiats, tels que rétention d'urine, rupture de la vessie; 2° accidents consécutifs, cystite chronique, prostatite, incontinence d'urine, altération profonde de l'économie. (Obs. 1, 3, 5, 6.)

II. Dans les cas de rétention d'urine grave, quelques sangsues appliquées au périnée, un grand bain, frictions belladonées, une bougie maintenue avec un peu d'énergie sur le rétrécissement pour produire une légère hémorrhagie par dilacération suivie de dégorgement, suffisent ordinairement pour soutirer la rétention goutte à goutte, et conjurer momentanément des accidents imminents. (Obs. 1, 3, 4, 5, 6.)

III. Quand après plusieurs tentatives on ne peut franchir le rétrécissement, il faut maintenir une bougie rigide, en contact actif, contre la stricture afin d'en triompher plutôt par usure que par pénétration. (Obs. 4 et 5.)

IV. La méthode par dilatation progressive peut donner lieu à des accidents primitifs redoutables (accès fébriles pernicieux); d'un autre côté elle est totalement impuissante à dilater certains rétrécissements traumatiques fibreux; enfin elle est ordinairement suivie de récidive. (Obs. 3, 4, 6.)

V. L'uréthrotomie interne pratiquée avec les instruments perfectionnés de M. Sédillot est non-seulement une méthode parfaitement inoffensive, qui donne un résultat prompt et définitif, mais encore elle agit d'une manière si efficace contre le catarrhe vésical, en permettant l'écoulement facile d'urines visqueuses et irritantes, et surtout en opérant une saignée locale dérivative, que, pour cette seule raison, on devrait toujours la préférer à la dilatation. (Obs. 1, 3, 5, 6.)

VI. Afin d'éviter l'infiltration urineuse (obs. 2), déterminée par la lame trop saillante de l'uréthrotome (6 millimètres), dont nous nous sommes servi ; nous pensons qu'une lame de 4 millimètres suffit dans la majorité des cas; au surplus, une scarification bilatérale serait pratiquée si une seule était insuffisante. Ajoutons que, pour plus de sécurité encore, nous conseillons, lorsque le rétrécissement siége à la portion spongieuse, de diriger le tranchant de l'instrument en haut, tandis que pour la portion membraneuse il vaut mieux faire la section en bas vers le périnée.

VII. Après l'opération, nous laissons une sonde à demeure dans le triple but de s'opposer à l'hémorrhagie, d'empêcher l'infiltration urineuse, de faciliter enfin la sortie des caillots fibrineux qui se sont épanchés dans la vessie.

VIII. L'expérience nous a démontré que la guérison ne sera définitive qu'à la condition expresse de pratiquer le cathétérisme tous les quatre, six ou huit jours, et cela pendant plus d'une année, afin de maintenir écartées les lèvres de la section uréthrale et d'empêcher la rétraction consécutive du tissu inodulaire.

DES INJECTIONS FORCÉES DANS L'OCCLUSION INTESTINALE.

Nous empruntons à un des derniers numéros de l'*Union médicale de la Provence*, les réflexions suivantes, du docteur Isnard, sur les injections forcées dans l'occlusion intestinale.

Les injections forcées, dit-il, figurent dans le traitement mécanique de l'occlusion intestinale comme un moyen peu usité, mais digne de l'être davantage.

La manœuvre des grandes injections est simple et facile ; on préférera les instruments à jet continu, et en particulier les irrigateurs ordinaires. La douche, toujours abondante, sera répétée au besoin, plusieurs fois coup sur coup.

Jusqu'à ce jour la pratique des lavements forcés a été exempte de dangers. Toutefois en réfléchissant aux lésions profondes que subissent dans l'étranglement interne, les tuniques intestinales et les diverses fonctions de l'économie, on doit admettre la possibilité de certains accidents redoutables, tels que les perforations de l'intestin et l'asphyxie par compression extrême des poumons ; l'analogie pathologique justifie ces craintes, si l'expérience directe ne les confirme pas.

La quantité d'eau nécessaire aux douches ascendantes est difficile à préciser d'avance ; elle variera suivant la hauteur de l'occlusion et suivant une foule de particularités anatomiques ou pathologiques individuelles. Le meilleur guide sera, pour le médecin, l'examen attentif des phénomènes locaux et généraux développés chez le malade.

Les injections forcées produisent sur les intestins des effets mécaniques et physiologiques très-favorables à la réduction des étranglements intestinaux. Les expériences cadavériques donnent une idée assez exacte de leur valeur, et permettent de constater des résultas différents sur le gros intestin et sur l'intestin grêle.

On peut recourir aux douches rectales à toutes les époques de la maladie ; elles ont même réussi plusieurs fois dans une période très-avancée. Néanmoins il est rationnel de les employer de bonne heure, avant le début des complications susceptibles de les rendre inutiles ou dangereuses.

La nature et le siége de l'occlusion exercent une influence considérable sur le succès des lavements forcés.

Relativement à la nature, il y a deux espèces d'étranglements internes. Les uns sont incurables, comme les maladies d'où ils émanent en général et dont ils sont la terminaison fatale. Les autres, véritables accidents fortuits au milieu d'une santé parfaite, laissent au contraire beaucoup de chance de réussir ; ils sont heureusement les plus communs.

Relativement au siége, on distinguera aussi deux variétés d'occlusion : celle du gros intestin et celle de l'intestin grêle. Dans le premier cas, les douches ascendantes se révèlent avec tous leurs avantages, parce que le gros intestin est précisément le siége du plus grand nombre des étranglements internes, et parce que le courant pénètre avec facilité et conserve jusque sur l'obstacle toute sa vigueur. Dans le deuxième cas les injections sont encore applicables, mais elles rencontrent de nouvelles et sérieuses difficultés, inhérentes soit à la valvule iléo-cœcale, soit à la longueur du trajet que le liquide doit parcourir.

La pratique des injections forcées dans l'occlusion de l'intestin grêle, implique nécessairement pour elles la possibilité de remonter la valvule.

Contesté et nié par la majorité des physiologistes et des médecins, admis de tout temps par quelques-uns, ce reflux est démontré aujourd'hui par une masse de faits. S'il n'est pas constant, s'il n'est pas également facile sur tous les individus, il n'en est pas moins positif : son évidence est prouvée directement par les expériences sur les animaux vivants, par les expériences sur le cadavre et par les observations cliniques ; elle est de plus confirmée indirectement par l'étude approfondie des phénomènes de l'occlusion intestinale.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

155. De la cystalgie idiopathique, par M. Camille Miot.
156. Considérations sur les effets du froid dans leurs rapports avec l'économie animale, par M. Albert Cersoy.
157. Essai statistique sur la pathogénie de la folie, par M. S. Aluison.
158. Étude physiologique sur la glycosurie, par M. E. M. Dautagnan.
159. Essai sur l'hypochondrie, par M. Arthur-Louis Dejoye.
160. Des polypes du rectum, par M. Théodore Wilfrid Levesque.
161. Considérations sur les symptômes et les causes de la tumeur lacrymale, par M. Placide Lesterpt.
162. Du tabac, par M. Jules Lefébure.
163. De l'emploi thérapeutique du perchlorure de fer, par M. Pau Richer.
164. Considérations sur l'intoxication saturnine primitive, et en particulier de l'encéphalopathie, par M. Jules Lefrançois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours qui a eu lieu au Val-de-Grâce pour un emploi de répétiteur (pathologie et clinique médicale) à l'École du service de santé militaire à Strasbourg, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Ernest Papillon, médecin aide-major de 1re classe.

— M. le docteur Verrier recommencera son cours particulier de manœuvres obstétricales le lundi 11 février, à la clinique du docteur Meyer, 41, rue de l'École-de-Médecine, à quatre heures et demie. Leçons tous les jours, mercredi excepté. Durée, un mois.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 18. — MARDI 12 FÉVRIER 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 12 FÉVRIER 1867. — N° 18

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 FÉVRIER 1867.

Faculté de médecine de Paris.

Par décret en date du 9 février, ont été nommés à la Faculté de médecine de Paris :

Professeur de pathologie et thérapeutique générales, M. Lasègue (Charles), docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Professeur d'anatomie pathologique, M. Vulpian (Edme-Félix-Alfred), docteur en médecine, agrégé près la même Faculté.

Professeur de thérapeutique et matière médicale, M. Sée, docteur en médecine.

Professeur de pathologie externe, M. Broca (Pierre-Paul), docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Professeur de pathologie interne, M. Axenfeld, docteur en médecine, agrégé près la même Faculté.

Professeur de pathologie interne, M. Hardy, docteur en médecine, agrégé près la même Faculté.

Ce décret, qui complète par la nomination de six nouveaux professeurs le personnel enseignant de la Faculté, comble les vides à jamais regrettables que la mort, l'âge et les infirmités avaient faits au sein de notre École. Nous pouvons regretter dans cette promotion l'absence de noms chers à la science, et qui s'étaient acquis, par d'importants travaux et de longs services universitaires, des titres aux suffrages de la Faculté et au choix du ministre. Mais il serait injuste de ne pas reconnaître que, si parmi les élus quelques-uns n'avaient à faire valoir ni autant de titres, ni autant de services que leurs devanciers, leur jeunesse même, déjà mûrie par le travail et riche en témoignages incontestables de l'intelligence et de l'aptitude spéciales que réclame l'enseignement, a été une des conditions principales de leur succès. Nous sommes heureux de proclamer tout haut que, loin de voir dans ces choix aucun sujet d'appréhension pour l'avenir de la Faculté et de son enseignement, nous n'y trouvons, au contraire, que des motifs de confiance et d'espoir pour ses destinées futures.

Nous apprécierons du reste chacun des nouveaux professeurs à l'œuvre. On a déjà pu voir, par la publication que nous avons faite récemment de la première leçon de clinique chirurgicale de M. le professeur Gosselin à la Pitié, ce que sera ce solide et sage enseignement pour les élèves. Nous publierons dans le numéro prochain la leçon par laquelle M. le professeur Béhier a inauguré la nouvelle chaire de clinique médicale instituée auprès de ce même hôpital. On y verra un manifeste, qui, s'il n'est pas fait pour se concilier toutes les opinions, est de nature du moins à rassurer les plus timorés en matière d'innovations scientifiques, et à satisfaire les partisans de la vraie et bonne médecine clinique. — Dr Brochin.

Sociétés savantes et hôpitaux.

Je n'ai pu assister à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux. Je croyais que cette séance serait remise, comme l'a été deux jours avant celle de la Société de chirurgie, qui partage la même salle, détériorée récemment par un incendie ; et j'ai passé cette semaine encore loin de Paris.

Les hôpitaux de Lyon peuvent fournir une ample moisson de faits cliniques. Nous comptions en parler longuement aujourd'hui, si nous avions eu le temps de mettre en ordre les notes que nous en avons rapportées. Mais au moment même de notre retour, l'heure vient de livrer notre article, et nous ne voulons point écourter ce qui touche à la grave question de la régénération des os.

Nous nous bornerons donc pour le moment à signaler quelques faits curieux, que nous avons remarqués pendant notre visite dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Cet hôpital est considérable. Les malades y sont réunis dans un espace insuffisant au point de vue de l'hygiène nosocomiale. Plusieurs salles contiennent quatre rangées de lits. Du reste, en sa qualité d'ancien hospice, qui a conservé les vieilles traditions, l'Hôtel-Dieu reçoit également les pauvres voyageurs fatigués qui se présentent à sa porte lorsqu'il se trouve des lits vacants. Nous en avons vu un exemple en traversant la salle Saint-Sacerdos, qui fait partie du grand service chirurgical de M. Ollier, et dont un lit était occupé par un solide jeune homme de vingt ans, un voyageur, nous a-t-on dit, qui était venu là se reposer avant de se remettre en route.

Autour de lui couchaient des malades qui avaient subi de grandes opérations ou qui étaient près de les subir, ce qui devait lui faire trouver un peu dur son lit de repos.

Ce ne sont pas les grandes opérations, les *beaux malades* qui manquent dans le service du chirurgien-major ; ce service est si vaste qu'il dépasse en étendue, de plus du double, ceux des professeurs de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris. Il en était ainsi autrefois à notre Hôtel-Dieu, avant que l'ancien service de Dupuytren n'eût été partagé en trois, et nous n'avons pas besoin de faire ressortir les avantages que présentait ce vieux système pour l'instruction des étudiants, comme peut-être aussi pour celle du maître. Le majorat de Lyon fournit à ceux qui y sont arrivés par le concours, des avantages véritablement exceptionnels pour le développement de leurs qualités naturelles comme chirurgiens.

Mais venons-en aux faits cliniques, qui nous intéressent avant tout.

La femme de quarante-cinq ans, qui est couchée au n° 10 de la salle Saint-Paul, est entrée, il y a quelques semaines, pour une affection grave du coude gauche. Depuis six mois environ, l'articulation, après s'être tuméfiée, s'était ouverte, et un stylet introduit par la plaie pénétrait entre les surfaces articulaires. Il existait des douleurs le long de l'humérus, une arthrite scapulo-humérale légère, de la paralysie des extenseurs. Cependant, les mouvements n'étaient pas complétements abolis ; ceux de pronation et de supination surtout s'exécutaient très-bien.

Sur la jambe droite, au-dessous du genou, la malade présentait une plaie de forme serpigineuse provoquée par l'application d'un cautère. Interrogée sur ses antécédents, elle avouait une ancienne affection vénérienne, un *gros échauffement*, disait-elle, qui aurait guéri sans traitement général. Une ostéite du tibia, de l'alopécie, etc., et des douleurs, surtout nocturnes, qu'elle avait ressenties dans le coude gauche dix-huit mois avant qu'il ne suppurât ; enfin l'aspect général de la malade, tendaient à faire penser qu'elle était sous le coup d'une diathèse syphilitique.

Que faire en pareilles circonstances? Avant de pratiquer la résection sous-périosto-capsulaire du coude, M. Ollier voulut essayer l'iodure de potassium à des doses croissantes, en commençant par 1 gramme chaque jour, pour arriver, en six semaines, à 2 grammes et demi. Sous l'influence de ce remède, la suppuration fut tarie en moins de quinze jours, la plaie se cicatrisa, les douleurs et la paralysie des extenseurs disparurent rapidement, et aujourd'hui les mouvements du coude sont très-étendus, sauf dans le sens de la flexion forcée.

M. Ollier traite en ce moment, par une méthode particulière, une jeune fille qui est entrée le 4 janvier, au n° 5 de la salle Sainte-Marthe, pour une arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne droite. Sept ou huit trajets fistuleux permettent au stylet de pénétrer de plusieurs centimètres dans l'articulation malade. Les surfaces articulaires sont fongueuses et comme ramollies.

Déjà plusieurs fois, en pareils cas, chez des sujets très-jeunes, M. Ollier a employé la cautérisation directe et assez profonde des surfaces articulaires. Dans chaque trajet fistuleux, il introduit un long morceau de pâte de Canquoin ou de pierre infernale qu'il laisse fondre sur place. Quelques jours après il recommence.

Sous l'influence de cette irritation répétée, quelquefois chez les très-jeunes sujets, les surfaces articulaires subissent un travail de raréfaction et de médullisation qui aboutit en définitive à l'ankylose.

J'ai assisté à l'introduction, chez cette malade, de trois morceaux de nitrate d'argent par la partie externe de l'articulation, et de morceaux de pâte de Canquoin par la partie interne. La douleur qui est restée très-supportable, s'est accentuée surtout du côté du nitrate d'argent.

Lorsqu'un goître n'est pas de nature à être enlevé, et lorsque par sa situation il met obstacle à la respiration, et peut suffoquer le malade, que reste-t-il à faire au chirurgien? M. Ollier essaye de soulever le goître par le moyen d'une bride inodulaire. Il va employer cette méthode chez une jeune fille de dix-sept ans, entrée le 29 janvier au n° 102 de la salle Saint-Paul. Voici, en quelques mots, en quoi consiste le procédé de M. Ollier. On s'assure d'abord, bien entendu, que les accidents seraient moindres si la tumeur était située moins bas. Pour cette constatation, on relève le goître avec une épingle qui le traverse, et on répète plusieurs fois cette petite opération crainte d'erreur.

Si la suffocation semble diminuer par ce moyen, on trace avec le caustique sur la peau qui recouvre la tumeur une ligne au niveau de laquelle sera produite une traînée de tissu inodulaire se rattachant au goître et le fixant ; ensuite on prolonge cette ligne de plus en plus en haut vers le menton, et la tumeur suivant, se trouve soulevée et pour ainsi dire suspendue par la rétraction de la cicatrice.

Sur trois cas opérés ainsi, M. Ollier a perdu un malade d'une attaque d'apoplexie ; chez un autre, il a vu la tumeur, fixée d'une manière insuffisante, être lâchée pour ainsi dire par le tissu inodulaire, et redescendre, ce qui n'a point empêché le résultat définitif d'être encore très-satisfaisant.

Le troisième opéré a été perdu de vue après être sorti soulagé de l'hôpital.

En fait de goîtreux, nous avons vu dans les salles de M. Ollier un certain nombre de faux goîtres résultant de l'engorgement des ganglions du cou. Chez un entrant, un jeune homme qui ne présentait d'antécédents d'aucune sorte, nous avons constaté en outre un exemple curieux d'adénite généralisée, à forme rapide.

Dans les salles de médecine nous avons observé plusieurs malades dont nous ne pouvons parler aujourd'hui faute de temps. Signalons seulement deux exemples de paralysies à répétitions causées par le froid. Chez l'un de ces deux malades, puisatier, couché salle Sainte-Élisabeth, n° 4, dans le service de M. Rambaud, professeur de clinique à l'école, la paralysie qui s'est reproduite pour la troisième fois, il y a quelques semaines, sous l'influence du froid humide, a toujours débuté par des douleurs lombaires, avec endolorissement général des membres atteints, hyperesthésie notable des muscles. Chez l'autre, carrier, paralysé pour la seconde fois par la même cause, couché salle Saint-Bruno, n° 4, dans le service de M. Boudet, il n'y a jamais eu de douleurs, mais de l'anesthésie et de l'analgésie. Au point de vue de l'affaiblissement musculaire, ces deux malades se ressemblent beaucoup ; l'un et l'autre se traînent difficilement en soulevant le talon plus que la pointe du pied, l'un et l'autre résistent assez peu aux efforts de flexion ou d'extension du pied, de la jambe, de la cuisse, etc.; ni l'un ni l'autre n'ont eu de crampes ni de spasmes, l'un et l'autre ont guéri assez vite et complétement de leurs atteintes précédentes. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SIREDEY.

Torticolis rhumatismal à accès répétés.

(Observation recueillie par M. H. FOLET, interne.)

Le 15 décembre est entrée à la Charité, dans le service de M. Pelletan, remplacé par M. Siredey, une jeune fille présentant des phénomènes de contracture des muscles du cou.

La marche et la fréquence de ces phénomènes nous paraissent mériter quelque attention.

Cette jeune fille, âgée de dix-sept ans, est réglée depuis deux ans ; l'écoulement sanguin paraît bien régulièrement, mais il est peu abondant, dure peu, deux jours en moyenne, et s'accompagne parfois de quelques douleurs lombaires ; le sang est pâle ; pas de leucorrhée.

Elle n'éprouve pas de palpitations et ne présente aucun souffle cardiaque ; elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire ni de douleurs musculaires ailleurs que dans les muscles du cou ; il n'y aurait pas non plus d'antécédents rhumatismaux de famille ; ses parents, d'après ses renseignements, paraissent être morts phthisiques ; elle-même, cependant, ne tousse pas ; elle est brune, fraîche et assez grasse ; elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni même aucun symptôme d'hystérie vaporeuse.

Depuis cinq ou six ans, apparaît, plusieurs fois par hiver, et habituellement à la suite d'un refroidissement, un torticolis analogue à

celui qui l'amène à l'hôpital. Il siége toujours dans les muscles du côté gauche.

L'année passée elle a remarqué, dit-elle, que les cinq attaques de contracture qu'elle a éprouvées coïncidaient avec les époques menstruelles.

La contracture durait ordinairement de trois à cinq jours et cessait spontanément.

C'est la première fois de cet hiver qu'elle est prise. Le spasme musculaire a commencé dans les derniers jours de novembre, plus de quinze jours avant l'entrée; il n'avait pas encore présenté une aussi longue durée. Pour l'accès actuel, comme pour beaucoup d'autres, elle a noté le refroidissement comme cause.

La tête est fortement inclinée à gauche et légèrement portée en arrière. La face regarde du côté droit. Cette déviation correspond aux usages du muscle sterno-mastoïdien, sauf l'extension légère de la tête, qui est produite par le faisceau claviculaire du muscle trapèze. Le splénius, dont M. Duchenne (de Boulogne) dit avoir plusieurs fois observé la contracture, n'est point intéressé ici, car le spasme de ce muscle produit la rotation de la figure du côté contracturé.

On sent sous la peau deux cordes dures et tendues, constituées par le muscle sterno-mastoïdien gauche et par le faisceau du trapèze qui forme le bord externe du triangle sus-claviculaire. La simple palpation des muscles contracturés est très-douloureuse et la moindre tentative de redressement exagère beaucoup la douleur; cependant il est assez facile de ramener la tête dans la position normale et même de l'incliner sur le côté droit, mais ces manœuvres arrachent des cris à la malade. La souffrance est par conséquent trop vive pour qu'elle puisse redresser volontairement la tête, qui reprend sa position vicieuse dès qu'on l'abandonne à elle-même. Dans l'immobilité absolue, la douleur est nulle.

Le début de la contracture actuelle n'a pas coïncidé avec l'époque cataméniale; la malade a eu ses règles le 10 novembre, elles n'ont pas reparu depuis.

Le 16 décembre, M. Siredey pratique, pendant cinq minutes, une forte électrisation des muscles contracturés. Immédiatement après cette électrisation, la dureté des cordes musculaires a presque disparu, la palpation est peu douloureuse; la tête peut être ramenée presque sans douleur dans la position verticale, et la malade peut la redresser elle-même au prix d'une légère douleur.

Mais quelques heures après, le spasme est redevenu à peu près aussi intense qu'auparavant. On applique autour du cou un carcan de carton ouaté pour diminuer l'inflexion latérale de la tête. Frictions narcotiques.

Quelques jours après, une seconde électrisation amène le même résultat que la première, mais pour un temps tout aussi court.

Dans les derniers jours de décembre, le spasme et les douleurs provoquées persistent toujours. Néanmoins les phénomènes sont moins marqués, la tête peut être assez facilement et sans grande douleur portée dans la flexion latérale droite.

L'aménorrhée persiste; la malade nie la possibilité d'une grossesse, et l'examen direct montre que l'hymen est intact, mais il est situé un peu profondément, comme déprimé.

Dans les premiers jours de janvier, les règles reviennent, mais très-peu abondantes et durent à peine un jour.

La contracture ne diminue pas; la malade indocile et pusillanime ôte son carcan ouaté et ne s'exerce nullement à redresser la tête. Un vésicatoire morphiné, appliqué à la partie supérieure du triangle sus-claviculaire, ne fait pas cesser le spasme.

Elle sort sur sa demande le 14 janvier. La contracture est beaucoup moins douloureuse, beaucoup moins difficile à vaincre que lors de son entrée, mais elle existe encore.

Voici, en résumé, des attaques de torticolis évidemment musculaire, revenant plusieurs fois par année, toujours du même côté du cou. Sur les premières indications assez vagues de la malade, M. Siredey avait d'abord pensé que ces spasmes répétés pouvaient être liés à la menstruation, mais quand les renseignements plus complets eurent appris que le torticolis se répétait fréquemment depuis plus de cinq ans, alors que les règles s'étaient établies depuis deux ans seulement, et que la dernière attaque, la plus longue et la plus tenace, s'était déclarée plus de quinze jours après l'époque cataméniale, le rôle de la menstruation dans la production de la contracture devenait fort douteux.

L'absence de tout phénomène hystérique, et d'un autre côté cette circonstance que les attaques se produisaient chaque année par séries de cinq ou six, l'hiver, souvent à la suite de refroidissement, amenaient naturellement à faire admettre la nature rhumatismale de ces spasmes. Le torticolis rhumatismal est, du reste, bien loin d'être rare, mais il est peut-être moins fréquent de le voir se répéter ainsi par séries, et constituer la manifestation unique du rhumatisme, car la malade n'éprouvait jamais aucune autre douleur musculaire en quelque point que ce fût. De plus, la tenacité de la dernière attaque, non guérie au bout de six semaines, montre que les spasmes temporaires d'un muscle, lorsqu'ils se répètent fréquemment, doivent faire craindre dans l'avenir la permanence de la contracture et la transformation ultérieure du muscle.

A ces divers titres nous avons cru qu'il pouvait être intéressant de signaler ce fait.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. RIGAL.

Anémie probablement consécutive à une uréthrite chronique. — Bruit de souffle anémique siégeant manifestement à l'orifice aortique. — Traitement par le fer et l'hydrothérapie. — Guérison.

(Lu à la Société médicale d'observation.)

Le 20 août 1866, un jeune homme, âgé de vingt-trois ans, M. B..., est venu nous demander nos soins.

Ce jeune homme est brun, d'une taille élancée, d'une complexion délicate. On est frappé à première vue par la maigreur et la pâleur de son visage. M. B... se plaint de faiblesse générale, d'oppression et de palpitations pendant la marche, et d'un allanguissement prononcé des fonctions digestives; cet état maladif existe depuis quatre à cinq ans, mais il a fait des progrès incessants, et aujourd'hui M. B... a des inquiétudes sérieuses sur sa santé.

Interrogé sur ses antécédents, M. B... nous raconte que, malgré sa constitution délicate, il n'a pas été souvent malade. On lui a dit qu'à l'âge de trois ans il avait eu la fièvre typhoïde. Il y a cinq ans, alors qu'il était âgé de dix-huit ans, il a contracté une blennorrhagie dont il n'a jamais pu obtenir la guérison, malgré un traitement régulier par les balsamiques, les astringents et les injections que lui ont ordonnés, à plusieurs reprises, M. Ricord et autres notabilités médicales. M. B... assure que c'est quelques mois après le début de cette blennorrhagie que sa santé générale a commencé de s'altérer; l'écoulement était alors abondant, l'opiniâtreté du mal le préoccupait et exerçait une action dépressive sur son moral; les fonctions digestives perdirent peu à peu leur activité; successivement survinrent les palpitations, l'essoufflement, la déperdition des forces, et depuis lors M. B... est resté dans un état valétudinaire, incapable de se livrer à un exercice violent ou à un travail soutenu.

L'hygiène de notre malade a toujours été bonne. Appartenant à une famille aisée, il a toujours été entouré des soins les plus attentifs. Il n'a fait d'excès d'aucune sorte; ses premiers rapports sexuels lui valurent la chaude-pisse, et depuis lors sa continence a été absolue.

Les antécédents de famille sont bons, il n'existe aucun vice héréditaire; nous connaissons, au contraire, plusieurs de ses parents qui sont d'une constitution robuste.

État actuel (20 août). — La maigreur est générale et prononcée; le teint très-anémique. La peau est fraîche, sans sécheresse. Le pouls est faible, dépressible, petit, très-régulier; les battements du cœur offrent les mêmes caractères de faiblesse et de régularité. La percussion du cœur ne fait constater aucune matité anomale; l'auscultation de cet organe fait reconnaître, au contraire, au niveau de sa base, un bruit de souffle fort, mais sans rudesse, qui masque complétement le premier bruit; le deuxième bruit est au contraire nettement perçu; à la pointe du cœur on entend parfaitement les deux bruits normaux avec tous leurs caractères. Le bruit de souffle est donc localisé à la base; son maximum d'intensité est dans le deuxième espace intercostal le long du bord gauche du sternum; à droite et à gauche de ce point, le souffle s'entend dans une étendue de 4 centimètres environ, en perdant graduellement de sa force; il disparaît ensuite. Ce bruit se prolonge de la façon la plus manifeste dans les artères carotides primitives, sous-clavières et dans l'aorte; on l'entend le long du bord gauche de la colonne vertébrale jusqu'au niveau de la dixième ou onzième vertèbre dorsale; il n'offre, dans ces vaisseaux, aucun caractère particulier, si ce n'est une diminution graduelle d'intensité. Ce souffle n'est accompagné d'aucun frémissement perceptible par la palpation de la région cardiaque. Dans les vaisseaux du cou on n'entend aucun autre bruit anomal, et on ne constate aucun frémissement vasculaire.

Les veines jugulaires ne sont pas apparentes, elles ne font aucune saillie, ce qui est d'autant plus appréciable que le cou du sujet est long, mince et maigre.

La percussion et l'auscultation de la poitrine, pratiquées avec le plus grand soin parce que la famille redoutait la phthisie, ne révèlent absolument rien de morbide.

Les viscères abdominaux paraissent sains, le foie notamment n'a subi aucune augmentation ni diminution de volume.

Très-peu d'appétit, le malade est dégoûté; il mange peu, mais il ne souffre pas pendant les digestions. Langue nette.

La sécrétion urinaire paraît normale, les fonctions génésiques sont languissantes.

Aucun œdème péri-malléolaire. Dès que le malade veut courir, monter un escalier ou faire un exercice quelconque, il est pris de palpitations violentes et d'étouffements. Le travail intellectuel le fatigue, il passe avec peine quelques heures chaque jour dans un ministère où il a un travail insignifiant.

La blennorrhagie chronique dont le malade est affecté depuis cinq ans ne se traduit que par un écoulement épais, jaunâtre, peu abondant en général, mais une fatigue même peu considérable, l'ingestion de la bière, du café le rendent beaucoup plus copieux. Le malade nous dit que depuis le début de la maladie, il fait habituellement des injections au sulfate de zinc, et qu'il modère ainsi l'abondance de l'écoulement; il a constaté, en effet, à plusieurs reprises que la cessation des injections était suivie d'une recrudescence marquée de la blennorrhée. La miction ne cause aucune douleur.

En présence de cet ensemble morbide, les indications thérapeutiques nous semblèrent être les suivantes: en premier lieu, combattre la cause probable de l'anémie, c'est-à-dire la blennorrhée; et en second lieu, réveiller l'énergie des fonctions digestives et régulariser la nutrition.

Notre premier soin fut de relever fortement le moral du malade; nous affirmâmes avec énergie la guérison, malgré l'insuccès des médications antérieures, et nous réussîmes à faire naître la confiance et l'espoir.

La blennorrhée nous paraissant trop ancienne, trop invétérée pour pouvoir être attaquée avec quelques chances de succès par les balsamiques, l'expérience d'ailleurs ayant prouvé leur inefficacité, nous résolûmes de nous borner à un traitement local par des injections fortement astringentes, qui pouvaient agir d'autant mieux que le malade nous affirmait qu'habituellement les injections pénétraient jusque dans la cavité vésicale et parcouraient ainsi toute l'étendue de la muqueuse uréthrale, et d'autre part qu'elles étaient peu douloureuses.

Nous prescrivîmes l'injection suivante, matin et soir:

Tannin	2 grammes.	
Eau	100	—
Gomme adragante	6	—

La gomme était destinée à suspendre la partie du tannin qui ne serait pas dissoute.

Pour améliorer la santé générale, réveiller l'appétit, rendre toutes les fonctions plus régulières et plus énergiques en provoquant dans l'organisme des phénomènes de réaction et de perturbation, j'ordonnai des lotions générales d'eau froide tous les matins, suivies d'une forte friction avec un drap bien sec. Trois fois par jour, une demi-heure avant le repas, le malade aura soin de prendre dans une tasse de macération de quassia amara une cuillerée à bouche de sirop d'écorce d'oranges amères; enfin son hygiène sera des meilleures et des plus régulières à tous les points de vue, il évitera toute fatigue et dormira au moins huit heures chaque nuit.

Ce traitement fut suivi ponctuellement. Au bout de huit jours, le 28 août, il s'était produit une amélioration assez sensible; M. B... se sentait plus fort, il s'essoufflait moins vite; les injections de tannin avait été bien supportées, l'écoulement avait d'abord beaucoup diminué, mais depuis trois jours il restait stationnaire, quelques gouttes dans la journée. Le souffle cardiaco-vasculaire était toujours le même.

J'ordonnai la continuation du même traitement, je doublai seulement la dose de tannin, soit 4 grammes pour 100 grammes de véhicule.

Du 28 août au 6 septembre, l'état général s'améliore encore un peu, mais la blennorrhée reste à peu près au même degré, malgré la forte dose de tannin, qui ne cause du reste aucune douleur. L'appétit est bon, le teint moins pâle. Nous prescrivons la continuation des amers et de l'hydrothérapie; de plus, le malade prendra au commencement de chaque repas une demi-cuillerée à bouche de phosphate de fer et de soude. L'injection au tannin est remplacée par une injection au sulfate d'alumine, 5 grammes pour 200 grammes d'eau.

Trois jours après, le 9 septembre, l'écoulement uréthral avait disparu. Cette guérison était survenue après la quatrième injection alumineuse. Le phosphate de fer était bien toléré. Le malade, enchanté, me demande la permission d'aller passer quinze jours à la campagne; j'accédai à ce désir, avec la pensée que le changement d'air lui serait favorable sous tous les rapports.

Le 23 septembre, M. B..., de retour à Paris, s'empressa de venir me voir; il était fort désespéré. Deux jours après son arrivée à la campagne, l'écoulement uréthral avait reparu assez abondant. Il avait repris aussitôt les injections alumineuses à la dose de 5 grammes de sulfate d'alumine pour 200 grammes d'eau. Les premières injections n'avaient fait que diminuer un peu la blennorrhée, il avait, selon notre conseil, doublé la dose de sulfate d'alumine; l'écoulement ne cessant pas, il avait triplé, puis quadruplé la dose, c'est-à-dire qu'il mettait 20 grammes de sulfate d'alumine dans 200 grammes d'eau. La première injection ainsi constituée lui causa une douleur assez vive, l'écoulement devient plus copieux, la seconde injection lui fit éprouver de vives souffrances, et le catarrhe uréthral devint plus abondant que jamais. Nous expliquâmes à M. B... comment il s'était donné une véritable uréthrite aiguë en augmentant la dose de la substance astringente, et nous lui fîmes espérer que cette circonstance pourrait être favorable à sa guérison. Toute injection fut supprimée. Le malade fut mis à l'usage de la tisane d'orge; il continua les lotions froides, le fer et les amers.

Le séjour que M. B... avait fait à la campagne lui avait été très-profitable, les forces avaient beaucoup augmenté, les palpitations et l'essoufflement avaient beaucoup diminué. L'auscultation du cœur et des vaisseaux nous révéla que le bruit de souffle avait considérablement faibli; il fallait écouter attentivement pour le distinguer; on l'entendait à peine au milieu de la région dorsale, sur le trajet de l'aorte.

Le 1er octobre, comme nous l'avions prévu, l'écoulement uréthral a diminué, il n'y a plus de douleurs en urinant. M. B... demande à reprendre des injections, et nous raconte qu'il aurait envie d'essayer des injections, prescrites autrefois par M. Ricord, composées de tannin, sulfate de zinc et cachou, de chaque 1 gramme. Ces injections, dit M. B..., réussissent à diminuer beaucoup l'écoulement.

L'état général est toujours satisfaisant; le souffle cardiaque s'entend encore assez distinctement, bien que très-faible.

Le 15, les injections de M. Ricord ont tari tout écoulement au bout de huit jours. Depuis une semaine, le canal de l'urèthre présente à peine un peu d'humidité le matin. M. B... trouve que sa santé s'améliore chaque jour. Le souffle cardiaque vasculaire s'entend encore au niveau de la partie la plus interne du deuxième espace intercostal; il n'est plus perceptible dans les artères carotides, ni sur le trajet de l'aorte.

Nous engageons M. B... à continuer le traitement général et à faire une injection tous les deux jours, pour consolider la guérison.

Le 5 novembre, notre malade vient nous assurer qu'il ne s'est jamais mieux porté; il est allé au bal et il a dansé, non sans quelques palpitations, toutefois; mais, à part cette circonstance, il n'a plus ressenti ni palpitations ni essoufflements. Les forces sont en bon état, il peut faire de longues marches. L'appétit et le sommeil sont excellents. L'écoulement uréthral n'a pas reparu. Le souffle cardiaque a cessé complétement; nous ne pouvons l'entendre, quelque soin que nous apportions à l'auscultation.

Les amers sont supprimés; on continuera le fer et les lotions froides.

Le 16 et le 29, je revois le malade. Sa santé ne laisse rien à désirer; il est impossible de trouver le moindre bruit de souffle cardiaco-vasculaire.

En résumé, un jeune homme, âgé de vingt-trois ans, de complexion délicate, contracte, il y a cinq ans, une blennorrhagie aiguë qui, malgré un traitement très-rationnel, passe bientôt à l'état chronique. Le moral du malade s'affecte, les digestions s'altèrent, et l'on voit s'établir peu à peu un état anémique caractérisé au moment où nous avons vu le malade pour la première fois, le 20 août 1866, par les symptômes suivants: amaigrissement général, pâleur du teint, essoufflement et palpitations à la moindre émotion ou au moindre exercice, allanguissement des fonctions digestives, découragement, bruit de souffle cardiaco-vasculaire siégeant manifestement à l'orifice aortique, comme le démontrent le siége du maximum d'intensité (2e espace intercostal gauche, le long du sternum) et sa propagation dans les artères carotides et dans l'aorte.

Sous l'influence d'une excellente hygiène et d'un traitement par les amers, le fer et lotions froides employés successivement et combinés, les symptômes anémiques s'amendent puis disparaissent au bout de deux mois et demi. Cette guérison est, sans aucun doute, singulièrement aidée par la curation de la blennorrhagie chronique que l'on obtient à l'aide d'injections fortement astringentes avec le sulfate d'alumine seul et le tannin, le sulfate de zinc et le cachou associés.

Réflexions. — Au mois d'août de cette année 1866, a paru dans les *Archives générales de médecine* un travail de M. le docteur Parrot, *sur le siége et le mécanisme des murmures cardiaques anémiques*. Contrairement à l'opinion généralement admise, M. Parrot conclut, d'après un grand nombre d'observations personnelles, que les souffles cardiaco-vasculaires anémiques sont la conséquence d'une insuffisance de la valvule tricuspide, insuffisance qui succède elle-même à une dilatation passive du ventricule droit, qui est la conséquence de la débilité et de l'atonie du cœur, cet organe participant comme les autres viscères, à l'atonie générale de l'organisme qui existe dans tous les états anémiques; cette atonie cardiaque serait due à l'affaiblissement de l'innervation, elle serait une semi-paralysie du cœur entraînant à sa suite la dilatation du ventricule droit.

Nous croyons que les faits observés par M. Parrot sont très-exacts, et que dans un grand nombre de cas, en effet, les souffles cardiaco-vasculaires siégent à l'orifice tricuspide et dans les veines jugulaires, mais nous pensons que ce médecin distingué a été trop absolu dans ses conclusions en disant que tous les souffles anémiques étaient tricuspidiens. L'observation que nous venons de rapporter démontre, péremptoirement selon nous, qu'il est des souffles anémiques qui siégent à l'orifice aortique, se propagent dans les artères carotides et l'aorte, et pour le mécanisme desquels il faut trouver une explication autre que celle donnée par M. le docteur Parrot. N'ayant à émettre aucune idée nouvelle sur le mécanisme des bruits anémiques, je n'ai pas à le discuter ici; ce que je tiens seulement à établir, c'est qu'il est des bruits de souffle anémiques manifestement aortiques; or, dans le cas actuel, la propagation du bruit de souffle dans l'aorte suffit, à elle seule, pour permettre d'affirmer le siége aortique.

Du reste, malgré un examen attentif et bien que notre attention fût portée sur ce point, nous n'avons observé aucun des signes rapportés à l'insuffisance tricuspide; le pouls veineux, l'engorgement des veines jugulaires, la limitation exacte du bruit de souffle, près du sternum, dans le quatrième espace intercostal, n'existaient en aucune façon.

La disparition complète de ce bruit de souffle, en quelques semaines, sous l'influence d'un traitement anti-anémique, ne permet pas de nier sa nature anémique et de le rattacher à une altération organique de l'origine de l'aorte. Sans doute, il est des bruits de souffle symptomatiques de lésions anatomiques, qui peuvent disparaître ou s'affaiblir dans le cours d'une affection cardiaque; il n'est aucun de nous qui n'ait observé quelque exemple de cette disparition; mais il faut remarquer avec soin : 1° que les bruits de souffle qui disparaissent, dans le cours des affections du cœur, sont toujours des bruits mitraux ou tricuspides; 2° que la cessation du bruit de souffle a lieu le plus habituellement à une période avancée de la maladie cardiaque, alors que la débilité cardiaque et vasculaire et les phénomènes locaux et généraux de l'asystolie existent à un haut degré; si dans quelques cas le souffle cesse d'être perçu à une époque plus rapprochée du début de l'affection cardiaque, il faut en trouver la cause dans la guérison d'une insuffisance fonctionnelle des valvules mitrale et tricuspide, insuffisance analogue à celle signalée par M. Parrot chez les anémiques, et qui peut, comme elle, guérir sous l'influence du repos et d'un traitement tonique et réparateur.

Nous ne savons pas que l'on ait jamais observé la disparition complète d'un souffle symptomatique d'un rétrécissement aortique. Notons encore que chez notre malade il n'existait, en dehors du bruit anomal, aucun autre signe d'affection cardiaque. Notre observation nous semble donc très-concluante, et nous croyons pouvoir affirmer, avec la majorité des auteurs, qu'il existe des bruits de souffle anémiques qui siégent à l'origine de l'aorte.

Nous avons, dans le titre de cette observation, indiqué, comme cause de l'anémie, l'uréthrite chronique dont le malade était atteint; voici comment nous comprenons l'action de cette cause : que l'on veuille bien se rappeler que M. B... était d'une constitution délicate, presque chétive, et par ce fait même incapable de résistance et ressentant d'une manière exceptionnelle les effets de la maladie, et on ne s'étonnera point que sous l'influence d'un catarrhe uréthral abondant, de la tristesse venue à sa suite et de la langueur des fonctions digestives qui accompagne toujours la dépression du moral, il ne soit survenu, chez notre malade, de ces troubles profonds de la nutrition intime qui constituent l'anémie.

Nous appelons l'attention de la Société sur deux points du traitement :

En premier lieu, la blennorrhée a été guérie par des injections très-astringentes; l'injection curatrice a été celle composée de 20 grammes de sulfate d'alumine pour 200 grammes d'eau; elle a déterminé une inflammation aiguë de l'urèthre, qui, modifiant profondément les tissus, a déterminé la guérison de la maladie chronique. Nous ne savons pas que l'on ait employé jusqu'à ce jour des injections aluminées aussi concentrées, et nous les recommandons à l'attention des praticiens, dans l'espoir qu'elles pourront constituer une bonne méthode pour guérir une maladie aussi rebelle que l'uréthrite chronique.

Le second point de thérapeutique qu'il faille considérer, est la manière dont il convient d'employer les préparations ferrugineuses contre l'anémie. Nous nous trouvons bien, dans la majorité des cas, de n'administrer le fer qu'après avoir, pendant un certain temps, relevé les fonctions gastriques par les amers et les pratiques hydrothérapiques. Le fer est alors beaucoup mieux toléré et a une action plus grande. Notre malade avait été soumis antérieurement, par un médecin distingué, M. Becquet, à un traitement ferrugineux qui n'avait eu d'autre résultat que de donner de la gastralgie et d'exagérer les palpitations. Le malade fut forcé de suspendre le fer. Nous croyons que ces inconvénients, qu'il nous a été donné de constater déjà plusieurs fois, seront évités assez souvent en faisant précéder la préparation ferrugineuse par les amers et un régime bien ordonné, jusqu'à ce que l'estomac ait repris de l'énergie et que les digestions se soient améliorées.

RÉTENTION D'URINE SYMPTOMATIQUE

D'une paralysie de la vessie, traitée par le cathétérisme et le seigle ergoté à hautes doses,

Par le Dr Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

L... (Pierre), âgé de soixante-douze ans, est atteint depuis quinze ans, d'incontinence d'urine. Il est obligé, plusieurs fois pendant la nuit, de répondre à ce besoin presque constant d'uriner. Le 4 avril 1866, après son principal repas de midi, la miction, malgré ses efforts, fut impossible. C'était la première fois que des symptômes de rétention d'urine se déclaraient.

Appelé immédiatement, je constatai une tuméfaction marquée de la région hypogastrique, qui était douloureuse; puis, une fluctuation obscure d'une tumeur allongée, s'étendant des pubis jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La première indication était de sonder le malade; il s'y refusa obstinément, malgré mes pressantes sollicitations, et ce ne fut que le lendemain qu'il consentit à se soumettre à l'opération du cathétérisme.

Je le pratiquai avec une sonde métallique, courbe, n° 7; il fut des plus faciles : point de rétrécissement uréthral, ni de sensibilité marquée lors du passage de la sonde. Seulement, je reconnus une légère hypertrophie gauche de la prostate, car je fus obligé de porter un peu la sonde à droite. Point de phénomènes intermittents par le cathétérisme, ni de calculs vésicaux en explorant la vessie. Avec le cathétérisme que je pratiquais deux fois par jour, je conseillai des bains de siége, et des réfrigérants sur le bas-ventre et les cuisses.

Pendant huit jours, je n'obtins aucun résultat avec ce traitement. Je mis alors en usage, avec les moyens déjà signalés, le seigle ergoté, de bonne qualité, et fraîchement réduit en poudre, que j'administrai à la dose de deux grammes par jour. A cette dose, le malade éprouva des envies d'uriner, sans résultat; alors, comme la poudre d'ergot n'amenait, sur le système nerveux, aucun des effets graves que quelques auteurs signalent, nous en augmentâmes les doses, car L... accusait seulement quelques secousses, des inquiétudes dans les membres inférieurs : point de troubles fonctionnels du côté de l'estomac, point de nausées ni de vomissements, mais une action puissante, excitatrice sur la vessie, et la constatation d'un ralentissement de la circulation.

Depuis le 12 avril jusqu'au 22 inclusivement, le cathétérisme fut pratiqué, tantôt deux, souvent une fois par jour; puis l'ergot de seigle, vu le caractère fugace de ses effets, était administré à la dose de cinq à six grammes par jour, en trois ou quatre prises, à vingt minutes d'intervalle, avant et après un bain de siége, pris tous les matins. Ce bain soulageait beaucoup le malade.

Ce médicament précieux fut donc donné, pendant onze jours, à la dose de six grammes par jour. Depuis le 22 avril, nous avons cessé le cathétérisme qui n'a plus été nécessaire. Les besoins d'uriner se sont réglés, et la fonction a été ainsi rétablie de la manière la plus satisfaisante. Cependant, nous avons donné, tous les matins, la poudre d'ergot, à doses décroissantes, deux grammes, pendant quinze jours encore. Ainsi, depuis un mois, la guérison, temporaire ou définitive, est constatée, et depuis le 22 avril, la sonde n'a plus été nécessaire.

On admet généralement que la rétention d'urine chez les vieillards, en l'absence de maladies locales des voies urinaires, reconnaît pour cause la paralysie des fibres musculaires du corps de la vessie, tandis que l'incontinence d'urine est symptomatique de la paralysie des fibres musculaires du col de cet organe. Or, dans ce cas, nous avons constaté un effet très-remarquable de l'action du seigle ergoté, action que les auteurs n'ont pas mise assez en lumière, s'ils l'ont signalée dans l'espèce. Je veux parler de la cure de la rétention et de l'incontinence d'urine tout à la fois, par l'ergot de seigle, agissant sur les fibres musculaires du corps et du col de la vessie. Il ne faut pas oublier que notre malade était atteint d'incontinence d'urine avant d'avoir éprouvé les symptômes de la rétention de ce liquide. Or, d'après le professeur Cruveilhier, les relations anatomiques entre l'urèthre et la vessie sont intimes; « car les lobules glanduleux qui constituent la protaste se trouvent au milieu d'un tissu musculeux qui se continue avec la tunique musculeuse du réservoir urinaire. » Et il ajoute, à l'article *vessie*, « qu'on trouve au col vésical une couche formée par les fibres musculaires longitudinales de cet organe, se continuant avec le plan musculaire prostatique, et une couche profonde et très-épaisse formée encore par les fibres musculaires du réservoir urinaire. La portion prostatique de l'urèthre est formée de faisceaux de fibres-cellules, continuation des fibres de la vessie. » (Robin et Littré.)

Le seigle ergoté agirait donc à la fois, comme cela doit être du reste, sur les fibres du corps et du col de cet organe; et c'est par cette action simultanée que, la rétention d'urine ayant cessé et la fonction ayant été rétablie, l'incontinence, maladie première, ne pouvait pas reparaître.

Cette observation pourrait donner lieu à des réflexions très-importantes. Nous nous bornerons à signaler les suivantes :

La paralysie de la vessie chez les vieillards est, en général, le résultat de la distension exagérée des tuniques de cet organe, survenue chez ceux qui ont résisté au besoin d'uriner. L'urine s'accumule dans ce réservoir; il en résulte un allongement quelquefois excessif des membranes vésicales, surtout de la musculeuse, et l'organe perd alors sa contractilité organique.

Le diagnostic de la rétention d'urine est souvent difficile en ce qui touche la cause qui lui a donné naissance. En effet, la paralysie qui détermine une rétention d'urine peut être le résultat d'un défaut de contractilité organique survenant chez les sujets affaiblis par l'âge; elle peut trouver sa raison d'être dans une lésion matérielle des voies urinaires, ou être symptomatique d'une affection des centres nerveux. Dans le traitement employé, on doit toujours remplir et obéir à des indications spéciales, si elles existent. Si elles ne sont pas nettement formulées, il faut s'attaquer directement au symptôme, à la rétention d'urine par l'emploi de l'ergot de seigle et par le cathétérisme. On évitera peut-être ainsi l'emploi de la *sonde à demeure*, qui peut, il est vrai, dans certaines circonstances, amener de bons résultats, mais être cause ici de graves accidents signalés par M. Civiale.

D'après les belles recherches de M. Mercier, la rétention d'urine aurait pour cause des valvules survenant au col de la vessie, les unes musculaires et les autres prostatiques, ces dernières étant d'ordinaire le triste privilége des vieillards. La cure radicale ne pourrait avoir lieu que par l'excision de ces valvules.

Enfin, dans le cas qui nous occupe, la paralysie de la vessie existait compliquée d'une légère déviation à droite de la partie du canal de l'urèthre, situé dans la région prostatique. Cette déviation du canal s'expliquait donc par l'hypertrophie des lobes latéraux gauches de la prostate. La paralysie existait, car au lieu de former la courbe en sortant avec force par la sonde, l'urine tombait presque perpendiculairement à l'instrument, et il fallait favoriser son écoulement par la pression du ventre avec la main. L'urine coulait lentement par la sonde.

L'hypertrophie de la partie gauche de la prostate expliquait la déviation de droite du canal; car, dès que la sonde pénétrait dans la vessie, le canal était redressé, et dès lors l'écoulement de l'urine se faisait non-seulement par la sonde, mais encore entre la surface extérieure de l'instrument et la paroi interne de l'urèthre.

CORRESPONDANCE.

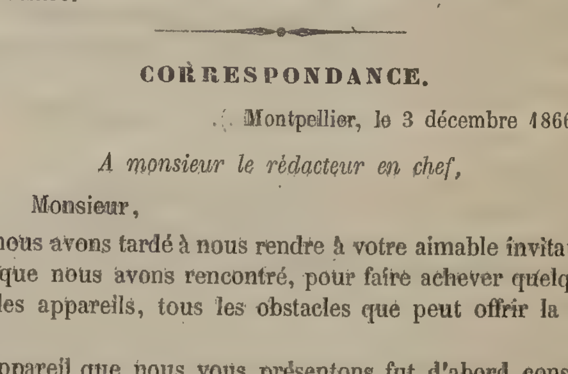
Montpellier, le 3 décembre 1866.

A monsieur le rédacteur en chef,

Monsieur,

Si nous avons tardé à nous rendre à votre aimable invitation, c'est que nous avons rencontré, pour faire achever quelques-uns des appareils, tous les obstacles que peut offrir la province.

L'appareil que nous vous présentons fut d'abord construit en verre ajusté au moyen de bouchons en liége de bonne qualité. Les résultats obtenus par M. Estor, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier, par M. Graymond, pendant l'intérim à Saint-Éloi, et par nous, dans toutes les petites opérations telles que bubons, abcès, condilomes enlevés, avec l'écraseur de M. Chassaignac..., etc., nous ont encouragé à le faire construire tel que nous vous le présentons.



A B est un tube en verre, fermé supérieurement par une armature en métal blanc; inférieurement, par une autre armature formant le pied de l'appareil.

L'armature supérieure porte un entonnoir X Y, muni d'un robinet. Les tubes G H L M et G I sont destinés, le premier à conduire l'air destiné à la pulvérisation de l'éther, le second à exercer une pression sur l'éther contenu dans le tube A B.

G K est un tube en caoutchouc qui communique avec un ballon rouge R de deux à trois litres de capacité et muni d'un robinet *a*.

C D E F *f* est le tube destiné à conduire l'éther qui doit être pulvérisé; ce tube est percé d'un trou capillaire de F à *f*. On peut le dévisser en *h*, pour le nettoyer s'il y avait lieu.

O O′ sont des écrous qui peuvent s'enlever à volonté et se nettoyer encore s'il y a lieu. Ils servent aussi à fixer les tubes E F et L M, une fois que l'opérateur les a placés là où il veut diriger la poudre d'éther.

b est une cloison destinée à séparer l'éther de l'air.

Pour opérer, il suffira donc de desserrer les écrous, de fixer les tubes dans la position favorable en resserrant les

écrous, de remplir par le robinet le tube A B d'éther et d'adapter le ballon rempli d'air, que l'opérateur peut comprimer plus ou moins, suivant son bon gré.

Errata. — Entre le ballon dont je viens de parler et l'appareil, se trouve un autre ballon plus petit, destiné à régulariser la quantité d'air.

L'éther arrive au tube capillaire et la gouttelette est pulvérisée par l'air, qui la jette sur la partie malade.

Il faut au moins 10 centimètres entre le pulvérisateur et la partie malade.

Le dessin représente l'appareil de grandeur naturelle.

Notre but, monsieur le rédacteur en chef, n'est point de faire du bruit pour si peu de chose.

L'appareil dont M. Demarquay s'est servi est certainement bien bon, et les résultats obtenus le prouvent assez; nous ne possédions pas cet appareil à Montpellier, et dans mes études sur l'anesthésie locale, je trouvais qu'il pouvait rendre de grands services aux chirurgiens, et je m'étonnai qu'on en fît un si petit usage.

Je parlai de la chose à M. Martin, et tous deux, nous travaillâmes à construire l'appareil que nous vous adressons.

L'anesthésie locale ne semble pas offrir au chirurgien un grand secours dans les grandes opérations, bien qu'il soit bruit qu'en Allemagne on ait amputé une cuisse avec son aide.

Tout me porte à croire que son secours ne servira qu'à éviter aux malades la douleur déjà très-vive que procurent les petites opérations de la chirurgie ; encore, faut-il en excepter les opérations sur les muqueuses et celles faites au fer rouge, à cause de l'inflammabilité de l'éther.

Mais c'est déjà un grand bienfait que celui-là, où l'anesthésie générale ne peut intervenir, et c'est cette idée qui nous fit construire l'appareil aussi petit que possible, aussi portatif qu'une trousse, pour que le médecin de la campagne surtout, qui n'a pas de glace, puisse en faire usage dans tous les cas où il y aura à faire une ouverture d'abcès... ou autre, car éviter la douleur est une chance de réussite, et c'est éviter bien des dangers consécutifs aux opérations.

Voilà, monsieur le rédacteur en chef, à peu près nos idées sur l'anesthésie. Nous vous envoyons un article de M. l'agrégé Estor, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier ; il aidera encore votre bonne volonté à nous être agréable.

Merci d'avance de toutes les peines que nous vous donnons, et recevez, etc.

GENSOLLENS (Ch.). GEROZE (Martin).

En insérant cette lettre, que nous avons annoncée dans notre dernier numéro, nous n'avons nullement l'intention de soulever et encore moins de résoudre une question de priorité. Nous avons voulu seulement qu'il fut bien établi que nous avions la communication de MM. Gensollens et Geroze entre les mains depuis le mois de décembre, et qu'il n'a pas dépendu d'eux qu'elle ne fût publiée plutôt. Maintenant que nos lecteurs ont sous les yeux la description de l'appareil des deux jeunes étudiants de Montpellier et de celui de M. Stapfer (et non Stopfer comme on l'a imprimé par erreur), ils sont en mesure de juger eux-mêmes des points de ressemblance qu'ils ont entre eux et de leur valeur respective. (*Note de la rédaction.*)

RECTIFICATION.

Il y a quelques jours, nous avons annoncé, sur la foi d'une lettre émanée de M. Dubos, pharmacien et adjoint au maire de Saint-Georges du Vièvre (Eure), que cette commune était privée de médecin : une attaque de paralysie venait de frapper le seul médecin en exercice.

M. le docteur Quentin et le maire de Saint-Georges du Vièvre se sont empressés de démentir cette annonce. Nous insérons cette rectification, laissant à qui de droit la responsabilité d'un fait qui portait préjudice à l'un de nos confrères, alors que notre insertion avait pour but de ne pas laisser sans secours médicaux les habitants d'une commune importante.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

165. De l'anesthésie locale, par M. Auguste Marc.
166. De la convalescence du choléra, par M. Henry Jaubert.
167. Des hypergénèses et des hétérotopies constituant les productions dites cancéreuses, par M. Marie-Léon Ravier.
168. De la péritonite tuberculeuse, par M. Frédéric-Adolphe Hoffmann.
169. Recherches statistiques et médicales sur la maison centrale de Clermont (Oise), par M. Charles-Ferdinand-Auguste Joly.
170. Du cancer du foie, par M. Edmond-Jean-Louis Andral.
171. Essai sur le rhumatisme général, par M. Numa-Philippe-Cyprien Leloutre.
172. Quelques considérations sur les blessures d'artères, par M. Albert Cadier.
173. De la lithotritie périnéale dans la cystotomie, par M. Jules Rengade.
174. Des accidents dans les laboratoires de chimie, par M. Jules-Adrien Thelmier (Tholomier).
175. Étude sur la mortalité des enfants à Alger, par M. Albert Gacon.
176. De l'hémophylie, par M. Philippe-Abel Giraudau.
177. De la péricardite, par M. Louis Teillard.
178. Des tumeurs des amygdales, par M. Jacques-Philippe-Emmanuel Brun.
179. Quelques considérations sur les causes et le traitement de la fièvre intermittente en Pologne, par M. Joseph Gorski.
180. Doctrine stachiologique du choléra d'après les travaux récents, par M. Alexis-Papin Ruillier-Beaufond.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision ministérielle, ont été nommés médecins stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires :

1° Les cinquante-huit élèves du service de santé militaire (décret du 4 févriér 1867) :

1. MM. Douat, Bizos, Claudot, Boncour, Marvaud ; Delmas, Sorel, Lereboullet, Mabboux, Desprèz.

11. MM. Lux, Charpentier, Bourgeois, Lepage, Margerie, Dumas, Moret, Rouflay, Vigenaud, Foulquier.

21. MM. Florance, Odin, Rousseau, Clarenc, Blaise, Caron, Guilhem, Bouloumié, Letellier, Évrard.

31. MM. Guillé, Annequin, Rouget, Lorber, Tachard, Crussard, Tuefferd, Bidalot, Claude, Cuq.

41. Ramonet, Le Cadre, Vincens, Piales d'Astrex, Ribes, Meyer, Marcailhou, Roziès, Hutin, Boppe.

51. Machizot de Clairval, Gass, Loewel, Triaire, Bedoin, Breton, Laurent, Debout.

2° Les deux docteurs en médecine civils (décret du 3 janvier 1867): MM. Dumoutier, chirurgien auxiliaire de 3e classe; Delamare, médecin civil.

— Par décision ministérielle du 1er janvier 1867, M. le docteur Ernest Martin, médecin à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour remplacer M. le docteur Morache au poste de médecin de la Légation de France en Chine.

— Par décision ministérielle du 4 février 1867, les deux élèves pharmaciens du service de santé militaire, dont les noms suivent, ont été nommés pharmaciens stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires :

MM. Brulé et Amsler.

— La Société de chirurgie reprendra ses séances le mercredi 13 février prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'anatomie descriptive, par J. CRUVEILHIER, professeur honoraire de la faculté de médecine de Paris, etc. Quatrième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée ; avec la collaboration de MM. les docteurs Marc SÉE, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et CRUVEILHIER fils, agrégé de la faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. La première partie du tome 3e contenant l'Angéiologie, 320 pages avec 73 figures tirées en noir et en couleur, et intercalées dans le texte ; vient de paraître. Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Annuaire pharmaceutique, fondé par O. Reveil et L. Parisel, ou exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, etc., précédé du compte rendu des travaux de la Société de pharmacie, par M. BUIGNET, pendant les années 1865-1866, par L. PARISEL, pharmacien de 1re classe. — Cinquième année 1867, formant la septième année pharmaceutique. 1 vol. in-18 de 368 pages, avec figures. Prix 1 fr. 50. — Paris, 1867. J. B. Baillière et fils.

Études et expériences sur la salive, considérée comme agent de la carie dentaire, par le docteur E. MAGITOT ; 2e édition, revue et augmentée. In-8 de 76 pages, avec figures, 2 fr. — Paris, 1867. J. B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 FÉVRIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

Trois lectures ont occupé toute la séance. M. Vigla, candidat pour la section de pathologie interne, a lu un mémoire sur le rhumatisme cérébral. M. Vigla est, comme on le sait, un des pathologistes qui ont le plus contribué, dans ces dernières années, à étudier l'histoire de cette complication, ou plutôt de cette transformation du rhumatisme articulaire aigu, et à la dégager du groupe confus de maladies où elle avait été mêlée jusque-là. Le nombre relativement considérable de faits de ce genre, qu'il lui a été donné d'observer pendant qu'il était chargé du service médical de la Maison municipale de santé, où ils sont beaucoup plus communs qu'ailleurs, lui a permis de présenter dans ce nouveau mémoire une esquisse assez complète des caractères et des traits principaux de cette affection. Un pareil travail est difficilement susceptible d'analyse; aussi n'avons-nous pu présenter dans le compte rendu que quelques traits épars seulement. Nous serons probablement à même, sous peu, de compléter cette très-insuffisante analyse.

La deuxième lecture, faite par M. Demarquay, a pour sujet l'uréthrotomie externe sans conducteur, appliquée aux rétrécissements infranchissables. M. Demarquay y expose un procédé qui lui a paru offrir de grands avantages. Ne serait-ce pas là une belle occasion pour l'Académie d'ouvrir une discussion sur un point aussi intéressant de l'art chirurgical, et pour M. Denonvilliers, qu'elle a désigné comme rapporteur, de lui en fournir les éléments?

Enfin M. le docteur Danet, médecin du ministère de l'intérieur, qui avait été chargé par le ministre de ce département de faire des études sur le vaccin, a lu le résumé des recherches consignées dans ce travail. C'est un volumineux dossier avec album colorié et collection de photographies qu'il a déposé en même temps sur le bureau. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des principaux résultats de ces recherches, formulées en propositions toutes dignes d'une sérieuse attention. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉHIER.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale.

28 janvier 1867.

Messieurs, la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée me donne du courage pour l'accomplissement de ma nouvelle tâche, et j'aborde cet enseignement nouveau avec l'espoir que vous me prêterez, comme par le passé, le concours de votre attention sympathique en échange des efforts que je ferai pour vous rendre le plus de services qu'il sera en moi.

En me présentant dans cette chaire de clinique médicale, mon premier devoir est, vous le trouverez comme moi, j'en suis sûr, de payer un juste tribut d'éloges et de regrets à mes devanciers. S'il est vrai, comme on semble le dire, qu'on ne doive plus revoir ces séances solennelles de rentrée dans lesquelles nous venions rendre un dernier hommage à nos morts les plus chéris, nous n'aurons plus guère d'autre manière de leur témoigner nos regrets affectueux, que de garder au fond de nos cœurs le souvenir de ce qu'ils ont été. Toutefois, je m'en voudrais beaucoup à moi-même si je ne saisissais avec un certain empressement une occasion de témoigner publiquement de toute mon affectueuse estime pour ceux que je remplace.

Je dis ceux que je remplace, car, par une fortune singulière, je me présente ici sous le patronage et comme sous le couvert de deux de mes collègues plus anciens, l'un mort et l'autre vivant encore. Je puis, au reste, les louer également tous deux sans scrupules, car celui qui vit encore, séparé de nous un peu brusquement et d'une façon un peu trop complète peut-être, est assez retiré des choses de notre École pour qu'on puisse dire de lui tout le bien qu'on en pense, sans paraître obséquieux ou platement flatteur.

M. Piorry, que je remplace ici, bien que j'aie été appelé à succéder à M. Natalis Guillot, M. Piorry, dis-je, n'est pas un homme ordinaire. Rappelez-vous toujours, messieurs, que nous lui devons d'excellentes études sur la syncope, sur l'asphyxie lente qui hâte et détermine la terminaison fatale des maladies aiguës. Ce dernier travail est peut-être un des plus importants qui aient jamais été publiés; il touche à une des questions les plus profondément graves, et M. Piorry en avait senti toute la portée, quand il a désigné cet accident ultime, souvent fatal par soi-même, sous le nom d'anhématosie. Sur ce point, son néologisme, parfois un peu absolu, l'a bien servi, et on peut, pour cela même, lui beaucoup pardonner dans cette voie où il s'était, dit-on, un peu trop engagé. Mais rappelez-vous surtout, messieurs, rappelez-vous, pour lui en être toujours reconnaissants, que c'est à M. Piorry que nous devons cette excellente méthode d'exploration qui a nom la *percussion médiate*. C'est là un service capital rendu à la médecine. Ce procédé, remarquez-le bien, confirme, étaye, complète la magnifique découverte de Laennec; il en assure maintes fois l'efficacité, et il durera autant qu'elle, c'est-à-dire autant que la médecine elle-même. Peu m'importe que l'auteur d'un tel procédé d'exploration ait exagéré çà et là les applications qu'il en a pu faire; peu m'importe qu'il ait trop insisté sur la valeur et sur l'indispensable emploi de la plaque plessimétrique : le fond reste, les nuances trop accusées s'effaceront, et l'inappréciable avantage de la découverte de notre collègue se perpétuera d'âge en âge. Je devais donc rappeler ici cette dette que nous avons tous contractée envers lui. J'espère l'avoir fait avec une déférence affectueuse et sans faiblesse.

M. Natalis Guillot, dont la succession m'est échue, nous a été enlevé bien jeune, car il avait soixante-deux ans. C'est déjà bien des années, direz-vous peut-être, messieurs, en jugeant avec les appréciations de votre jeunesse, mais c'était bien peu pour un homme de labeur et d'expérience comme celui que nous regrettons.

Ce qui a fait le fond du caractère de notre collègue, c'est l'extrême modestie, j'allais presque dire la modestie exagérée, qu'il a montrée sans cesse. *Paraître* lui semblait désagréable; il voulait *être* surtout, et il *était* en effet. S'il avait eu plus de goût pour ce que j'appellerai, en termes mesurés, la mise en dehors, il aurait eu une carrière aussi éclatante et aussi bruyamment connue que beaucoup d'autres. Les travaux qu'il nous a laissés ne le cèdent en rien aux meilleurs.

Dès 1838 il donnait, dans le numéro 35 du journal *l'Expérience*, journal qui n'a pas continué de paraître, ce travail si important sur la circulation des poumons tuberculeux. Mettant résolûment en œuvre des moyens d'investigation d'un usage encore peu répandu à cette époque, il montrait, à l'aide des injections et du microscope, que la circulation normale dans le poumon est profondément modifiée lors du développement des tubercules; que ces produits anomaux obturent et détruisent les branches de l'artère pulmonaire, d'où un dommage notable pour l'hématose, et que, par contre, des branches des artères bronchiques, artères purement nutritives pour l'organe respiratoire, naissent des prolongements nouveaux dont il compare le développement, autour des lésions tuberculeuses, au développement progressif des vaisseaux pendant l'incubation autour du vitellus des œufs. Ces vaisseaux de nouvelle formation, qui s'abouchent avec les vaisseaux de la circulation générale, servent à la nutrition viciée des points tuberculeux, et, considération très-importante, M. Natalis Guillot a montré en outre que le sang, engagé dans ces vaisseaux, revenait au cœur gauche par les veines pulmonaires, au moins pour une forte part, sans avoir subi une hématose préalable, modifiant ainsi d'une façon désavantageuse la qualité du sang qui va aborder les divers organes de l'économie.

Je ne saurais entrer ici dans de plus grands détails, mais j'ajouterai qu'il a continué en quelque sorte ce même sujet, dans une étude sur les phénomènes anatomiques produits par le développement de la matière tuberculeuse autour des articulations des membres et des os; qu'il a donné d'excellentes recherches sur la membrane muqueuse digestive dans l'état sain et pathologique; des recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme, et tant d'autres travaux, parmi lesquels on ne saurait oublier le mémoire sur les variations de la matière grasse contenue dans les poumons malades. M. Natalis Guillot avait saisi là, en quelque sorte en bloc, un fait plus profondément analysé depuis, et d'une importance capitale, puisqu'il se rapporte à cette grande question de la mort graisseuse des tissus, question dont vous sentirez toute la valeur quand vous la verrez sans cesse se poser devant vous comme aboutissant de processus souvent très-différents.

Enfin il n'est pas jusqu'à la grande découverte de notre physiologiste éminent, M. Cl. Bernard, la fonction glycogénique du foie, dont M. Natalis Guillot n'ait un des premiers saisi l'existence. Cherchez, disait-il un jour au professeur du Collége de France, je crois que le foie doit faire du sucre. Vous savez ce qui est advenu sur ce point.

Certes, avec un tel bagage dont je vous ai à peine donné un rapide aperçu, M. Natalis Guillot aurait pu occuper de soi bien des échos, et poser sa personnalité en grande évidence. Il ne l'a jamais recherché. Livré à ses études, il trouvait du charme à les poursuivre pour ces études elles-mêmes. Ami dévoué, il a entouré son maître et le nôtre, Rostan, des soins les plus affectueux, et, par un singulier malheur, maître et élève ont quitté cette terre presque ensemble. Plusieurs d'entre vous, vous qu'il aimait sincèrement, messieurs, ont pu connaître l'aménité bienveillante de ses manières. Pour moi, un de mes meilleurs souvenirs sera toujours celui de la dernière matinée passée avec lui lorsque, juge à ses côtés dans le concours des chefs de clinique, il m'entraîna chez lui, où je passai quelques heures, jouissant de l'intimité charmante de ce charmant esprit et de ce cœur plein de bienveillance. Notre pauvre collègue était déjà malade. Nous l'avions vu, quelques jours avant, assister tout souffrant à une des séances du concours; mais il avait retrouvé une verve juvénile pour me faire les honneurs improvisés de son foyer plein d'amicale hospitalité.

Voilà, messieurs, en quelques traits l'esquisse de ce caractère, un des plus aimables de ceux qui composaient cette Faculté tant attaquée, j'allais presque dire tant calomniée.

Et puisque je rencontre ce dernier sujet, laissez-moi, je vous prie, m'y arrêter quelque temps; je vous dirai tout à l'heure pourquoi je tiens à revenir sur ces attaques, et vous verrez que ce n'est pas seulement pour vous montrer leur peu de valeur et leur peu de fondement.

On a dit tout d'abord ou, pour mieux parler, on a répété, à la fin de l'année scolaire dernière, quand on a vu que l'autorité consentait à faire, dans le personnel de notre Faculté, des mutations nombreuses devenues tout à fait indispensables, que la Faculté était morte, qu'elle n'existait plus, et quand on a voulu formuler ce pourquoi la Faculté était morte, des appréciations essentiellement diverses se sont fait jour.

Les uns ont attribué cette mort prétendue de la Faculté, à la nature même des tendances générales qu'ils se plaisent à lui attribuer très-bénévolement, et ils lui ont reproché, par exemple, d'être matérialiste, et matérialiste absolutiste. En lui jetant à la face ce qu'ils considèrent comme une grosse injure, ils se sont, bien entendu, décerné les noms de spiritualistes et d'animistes surtout.

Messieurs, ce gros reproche me laisse très-calme. Je suis volontiers, à ce sujet, comme cet homme qui, dans le temps d'une querelle fameuse, alors qu'on lui demandait : Êtes-vous janséniste ou moliniste? répondait tranquillement : « Moi, je suis ébéniste. » A la question : Êtes-vous matérialiste ou spiritualiste, voire même animiste? je répondrais simplement : Je suis pathologiste. Ces gros mots ne sont pas à l'usage de notre science. Elle n'a rien à voir dans les idées qu'ils représentent, dans les questions qu'ils soulèvent. La théologie et la psychologie ne nous regardent pas.

« A mesure, dit un des écrivains les plus éminents de notre « pays, à mesure que l'être humain se développe et étend le « cercle de ses observations sur le monde et sur lui-même, « des faits spéciaux... prouvent la distinction essentielle de « l'âme et du corps par la diversité essentielle de leurs pro« priétés. Ainsi, tandis que le corps, dans son organisation et « dans sa vie est soumis à des lois fixes et préétablies sur les« quelles la volonté humaine ne peut rien, l'âme est essentiel« lement libre et capable de se déterminer et d'agir par des « motifs étrangers aux lois qui gouvernent le corps. La fatalité « est la condition de l'être humain dans sa vie corporelle; la « liberté son privilége dans sa vie morale... Comment s'ac« complit l'union de l'âme et du corps, et comment s'exerce « leur influence mutuelle? Là résident, selon la religion, le « mystère, et pour la philosophie, le problème. »

Mystère ou problème ne sont pas de notre ressort à nous, qui n'avons charge ni de religion ni de philosophie. Les propriétés du corps sont distinctes, ce sont celles-là seules qui nous doivent inquiéter, et, comme nous ne sommes chargés en aucune façon, de rechercher si elles dominent dans l'homme les propriétés de l'âme ou si elles sont subordonnées à celles-ci, les mots matérialistes ou spiritualistes n'ont pas de sens, ne peuvent pas avoir de sens, parmi nous, et doivent être bannis de notre langage scientifique médical.

Il y a en outre, un grand inconvénient à faire figurer ces expressions dans les discussions scientifiques, c'est que, comme

elles s'appliquent surtout à des questions religieuses, leur emploi conduit inévitablement à mêler les questions de foi aux questions de science. Ne faites jamais cela, messieurs. La foi religieuse de chacun est libre, doit rester libre; la foi ne se discute pas. Je respecte les croyances d'autrui, mais je ne donne à personne le droit de critiquer les miennes. En semblable matière la tolérance est la première assise de la liberté. La science, au contraire, ne peut se créer et ne peut se perfectionner que par la discussion.

Nous n'avons donc pas à regarder aux questions que semblent invoquer ces premiers adversaires, pas plus que nous n'avons à affirmer où à nier Dieu, comme prétend que nous le faisons un d'entre eux. Ces questions, encore une fois, ne nous regardent pas; nous n'avons ni autorité ni compétence suffisantes pour en traiter et pour nous en occuper autrement qu'en ce qui touche notre usage personnel et la direction de la conduite de chacun de nous.

« La Faculté se meurt faute d'une doctrine générale qui fait « défaut dans l'enseignement supérieur. Elle n'a ni principes, « ni méthode. » Voilà bien nettes et formulées sans ambages les autres accusations qui ont été répétées contre notre Faculté par d'autres critiques.

Je pourrais d'abord opposer à ces nouveaux adversaires, ceux dont je vous rappelais tout à l'heure les attaques; car si la Faculté a de mauvaises doctrines, les doctrines matérialistes, absolutistes qui compromettent son autorité et le respect auquel elle devrait prétendre très-légitimement, comment peut-on lui reprocher de n'avoir pas du tout de doctrines. Il y a mieux, aux assertions de ces seconds adversaires, nous pourrions opposer d'autres assertions différentes et contradictoires avancées par eux-mêmes dans le cours même de cette discussion. Ces personnes se targuent bien, il est vrai, de logique et de grande suite dans l'exposé de leur système critique, mais elles en montrent réellement assez peu quand, en traitant de ces mêmes questions, elles reprochent à l'École de Paris, qui, disent-elles, manque de doctrines, d'être surtout une école physico-chimique. Ainsi pour ces personnes elles-mêmes, tantôt nous n'avons pas de doctrine, de méthode, nous n'avons rien; tantôt au contraire, nous avons une déplorable doctrine physico-chimique, une méthode vicieuse, des tendances détestables, antitraditionnelles. C'est, en vérité, à se demander comme le Figaro de Beaumarchais : qui trompe-t-on? Il est même d'autres contradictions qu'on pourrait signaler encore chez ces personnes qui, par exemple, tiennent à établir que la Faculté de Paris n'a jamais rencontré « d'adversaires plus constants, plus acerbes « et plus implacables qu'eux, » et témoignent, un mois après, de la respectueuse « affection qu'ils professent pour elle. » Mais je ne veux pas insister sur ces rapprochements contradictoires, à titre d'arguments. J'aime mieux examiner le fond des critiques lui-même. La Faculté n'a pas de doctrine, de principe, de méthode? Mais, en vérité, peut-elle avoir une doctrine dominante au moment où la science est parvenue, à la phase d'évolution à laquelle nous assistons? Est-ce qu'on préférerait que nous vinssions vous imposer un *credo* médical hors duquel il n'y aurait pas de salut? Faut-il, pour mériter les louanges et les encouragements, vous enfermer dans le vitalisme pur, dans l'animisme, quitescenncié ou dans l'organisme rigoureux? « Nous préserve le ciel d'une telle faiblesse! » Voyez donc d'ailleurs, si nous nous reportons en arrière, voyez tout le temps que le galénisme a fait perdre à la science; et il y a peu d'années encore, le règne de la doctrine de Broussais n'a pas été institué pour la meilleure évolution et pour les progrès plus rapides de la médecine.

Et notez le bien, messieurs, lorsqu'on épouse ainsi une doctrine absolue, on est d'ordinaire tellement envahi par elle que, même eût-on beaucoup d'intelligence, on en vient à soutenir avec opiniâtreté des opinions très-médiocrement raisonnables. Témoin Guy Patin, qui certes avait infiniment d'esprit, et qui le dépensa dans des luttes presque ridicules, à défendre les exigences immuables de l'ancienne Faculté de Paris. Non, messieurs, tout niveler sous la règle d'une idée dominante et exclusive peut être un moyen d'unité, mais il n'y a pas là assurément le germe du progrès, lequel étouffe, au contraire, enserré dans cette unité même.

La Faculté de Paris, messeurs, est de la doctrine du libre examen, et pour n'avoir pas la prétention d'imposer, dans son enseignement, l'observance d'une formule synthétique qui puisse répondre à tous les points de la science (ce que personne ne saurait, du reste, être assez hardi pour prétendre faire aujourd'hui), la Faculté, dis-je, est convaincue que le temps des théories qui ont régné jusqu'ici, dans la science, est fini. Elle croit cela vrai, même pour l'organicisme tel qu'il était constitué il y a peu de temps encore. Les théories, comme l'a si bien dit notre maître vénéré, M. Andral, n'ont qu'un règne temporaire, et doivent disparaître ou se modifier quand les progrès de la science démontrent leur insuffisance. Des moyens d'investigation plus perfectionnés, des travaux plus hardis ont enrichi les sciences naturelles. La physique, la chimie, l'histoire naturelle se sont notablement amendées et ont tiré des enseignements plus fermes, plus complets, plus positifs, en s'aidant les unes les autres. L'expérimentation dirigée par des esprits éminents et laborieux, a sensiblement étendu le champ des connaissances physiologiques. Témoin de ce mouvement, la médecine ne pouvait rester séparée des autres branches des connaissances humaines, et elle a pensé à tourner à son profit les enseignements que la physique, la chimie pouvaient lui fournir ; elle a pris ces sciences comme des compagnons de travail, et leurs méthodes comme des instruments d'étude. Elle a fait un appel incessant à la physiologie, à la physique, à la chimie, et elle marche constamment appuyée sur elles. Voilà le mouvement que veut aider, que favorise et qu'accepte la Faculté de Paris; elle s'y livre et s'y livrera de plus en plus, car elle voit bien que là seulement est pour elle la possibilité du progrès dans les questions spéciales qui lui incombent. Mais en accueillant et en recherchant ses nouvelles alliées, elle sait fort bien qu'elle ne doit rien craindre d'elles. Elle sait ce qu'elle veut et jusqu'où elle veut aller, et en outre elle a tout lieu d'avoir pleine confiance quand elle entend ce que dit un de ces physiciens, mon excellent ami, M. le professeur Gavarret. Laissez-moi vous rappeler ses paroles si mesurées.

« Nous tenons pour évident, dit-il, que vouloir chercher « dans les sciences physico-chimiques l'explication complète « du jeu de toutes les fonctions de l'économie, serait une ten-« tative insensée. Car, on ne doit pas l'oublier, la biologie est « une science indépendante; et, pour l'étude des phénomènes « spéciaux caractéristiques de l'état de vie, elle possède des « procédés d'observation spéciaux aussi, dont nous devons « hautement reconnaître l'importance et la puissance. La ma-« tière organisée jouit de propriétés spéciales, elle est le siége « de manifestations de forces spéciales. »

Ce sont donc des alliés que la médecine a cherché à s'attacher, car elle sait leur valeur, leur puissance et le parti qu'elle en peut tirer. Mais d'ailleurs, voyons; la médecine a-t-elle tort ou raison de chercher des appuis où elle les cherche? a-t-elle retiré profit de leur aide, où a-t-elle perdu à se les attacher et à se servir des connaissances que ces sciences pouvaient mettre à son service? Et d'abord la physiologie. Je prends l'étude des maladies de la moelle épinière. Lorsque j'ai commencé mes études médicales, et même il y a peu d'années encore, quand on avait dit myélite aiguë, myélite chronique, maladie de la moelle, on avait à peu près tout dit.

Bell, Magendie, Müller, Panizza, Longet, Brown-Séquard ont démontré les propriétés motrices des racines antérieures et les propriétés sensibles des racines postérieures, et ont donné ainsi un pemier moyen de localiser et de connaître plus sûrement le siége des altérations de la moelle.

Schiff, Ludwig, Van Deen, Volkmann ont poussé plus loin l'analyse et ont montré: que la substance grise des cordons antérieurs conduit par elle-même les excitations motrices sans le secours des cordons blancs qui, séparés de la substance grise, perdent leur propriété de transmission; n'est-ce rien pour arriver à interpréter la valeur des altérations du mouvement dans les maladies de la moelle épinière? Pour les impressions sensitives, elles sont transmises par le cordon blanc et par la substance grise postérieure. Bellingeri, M. Calmeil, Stilling, Van Deen nous l'ont montré.

Bien plus, voyez un autre exemple: au n° 8 de la salle Saint-Charles, dans notre service, est couchée une femme qui est atteinte de cette variété de maladie de la moelle qui a été désignée sous le nom d'ataxie locomotrice. Cette femme offre une altération de la sensibilité assez singulière au premier abord. Dans les deux membres inférieurs, la sensibilité tactile est pleinement conservée, et la sensibilité à la douleur est complétement abolie. Vous la piquez, vous la pincez fortement, elle ne perçoit rien. Vous passez la main sans exercer de pression sur les mêmes points, elle perçoit ce contact sans difficulté. M. Schiff, par des expériences, nous a montré ce qu'il faut penser de cette bizarrerie apparente, car il a prouvé que la substance grise postérieure transmet seulement les impressions douloureuses et que le cordon blanc transmet les impressions tactiles. C'est là un point important, car munis de ces données, nous pouvons penser que, chez notre malade, la substance grise postérieure est surtout altérée, et que le cordon blanc est à peu près intact, comme cela a été observé, du reste, chez une malade observée par M. Luys et dans un cas relevé par M. Freidreich.

Et la loi de Schroeder Van Der Kolk, découverte en 1847, qui établit que quand un nerf mixte donne des branches motrices à des muscles, ses rameaux sensitifs se distribuent à la partie de la peau qui est en rapport avec ces mêmes muscles! N'est-ce pas un fait d'une haute valeur pour l'application de l'électricité à la paralysie de ces muscles.

Et la découverte des influences nerveuses réflexes n'est-elle pas un pas important pour la compréhension des relations morbides et pour l'explication de certains faits de révulsion.

Ébauchée par Prochaska et Legallois, l'histoire de ces actions réflexes a été grandement étudiée depuis, et elle a permis d'expliquer bon nombre de phénomènes pathologiques auxquels elle a attribué leur valeur véritable. Voyez les convulsions. Par la connaissance des phénomènes réflexes on ne peut plus, à vrai dire, conserver la classe des convulsions dites essentielles. L'épilepsie elle-même, après les travaux de M. Brown-Séquard, cesse ou à peu de chose près de pouvoir recevoir cette épithète. Le vomissement dans les affections cérébrales, le vertige stomacal, faits nettement observés autrefois, mais assez mal expliqués jusqu'alors, trouvent leur interprétation véritable.

L'ataxie locomotrice a aussi emprunté des lumières réelles à la connaissance de ces actions nerveuses réflexes, car la marche n'est, à vrai dire, qu'une action réflexe dont la volonté détermine seulement le commencement et l'arrêt.

Enfin, messieurs, il y a quelques années seulement que la connaissance des actions réflexes nous a permis de ne pas considérer comme des faits purement étranges et insolites ces paraplégies sur lesquelles M. Rayer avait appelé l'attention, et qui se manifestent comme symptômes consécutifs des altérations graves des reins.

Je pourrais augmenter le nombre de ces exemples, qui vous montrent déjà les lumières que la médecine peut emprunter à la physiologie pour la connaissance et l'interprétation de bien des faits, mais je ne saurais insister aujourd'hui sur ce point. Je veux seulement ajouter un exemple plus probant encore pour vous rappeler ces beaux travaux de M. Claude Bernard sur le grand sympathique et l'incroyable révolution qu'ils ont faite dans un des points les plus importants de la pathologie.

L'inflammation, vous le savez, était réputée une sorte d'exagération des propriétés vitales des tissus, un accroissement de l'action des organes. Voici que les travaux de M. Claude Bernard établissent clairement que, loin d'être une série de phénomènes dépendant de l'exagération d'activité organique, les phénomènes inflammatoires sont sous le coup d'une véritable paralysie des nerfs vaso-moteurs, que ces nerfs, comme le démontrent les belles expériences sur les fonctions de la glande sublinguale, sont en antagonisme avec les nerfs du système de la moelle à laquelle cependant le grand sympathique emprunte son action. L'inflammation est donc un processus dépressif, paralysant, et non un processus d'exaltation.

Et la fièvre, M. Marey nous a montré encore qu'elle était également sous le coup d'une paralysie vaso-motrice, qui par cela même qu'elle diminue la tension artérielle, accélère notablement la circulation et exagère les actions et les combustions organiques. Ne sont-ce pas là de grands résultats, et la médecine a-t-elle tort de s'appuyer sur la physiologie, et de lui demander des enseignements que les déductions les plus transcendantes ne sauraient lui fournir?

Quant à la physique et à la chimie elles ont rendu de notables services à l'anatomie et à la physiologie. Elles sont causes pour une forte part, du développement que ces branches des sciences biologiques ont pris depuis peu. L'histologie, par exemple, est née tout entière de l'emploi, pour les études anatomiques, des procédés d'optique que la physique a mis à sa disposition. L'anatomie et la physiologie (je vous le montrais tout à l'heure pour cette dernière), sont les bases les plus solides de la pathologie; leur rendre service c'est donc obliger en même temps la médecine. C'est en outre aux données de la physique qu'ont été empruntées ces merveilleuses méthodes d'exploration, la percussion médiate et l'auscultation, et vous savez quelle importance elles ont prise dans la science du diagnostic. Elle nous a donné aussi les spéculums, le laryngoscope et l'ophthalmoscope que mon savant collègue et ami, M. le professeur Gosselin, vous présentait ici, il y a peu de temps, et à très-juste titre, comme une des conquêtes de la science moderne.

Tenez encore, le sphygmographe pour l'invention duquel la physique et la mécanique se sont donné la main. Vous avez vu, messieurs, dans nos salles le parti qu'on peut tirer de cet instrument. Vous vous rappelez cet homme couché au n° 2 de la salle Saint-Paul chez lequel se sont manifestés des symptômes assez vagues dans leur expression. Était-il atteint d'un simple embarras gastrique? Était-il menacé d'une fièvre typhoïde à forme muqueuse? Le pouls offrait une forme incertaine, et nous hésitions pour savoir si en réalité il présentait les caractères de dicrotisme que le doigt ne pouvait saisir positivement. Le sphygmographe consulté nous a enregistré, comme vous pouvez le voir ici, les caractères non douteux du pouls dicrote, ce qui nous a confirmé dans la probabilité de l'existence d'une fièvre typhoïde. La marche de la maladie nous aurait sans doute éclairé, mais il valait mieux, vous en conviendrez, être renseigné le plus promptement possible.

Le thermomètre, que nous devons à la physique, est maintenant utilisé dans l'observation clinique avec un réel avantage, et substitue ses indications écrites aux appréciations de la main, appréciateur souvent variables selon des circonstances individuelles à l'observateur. Vous avez vu, par exemple, dans la salle Saint-Paul deux malades atteints de pneumonie, l'un, couché au n° 10, l'autre, au n° 48. Chez tous deux la température de la peau était élevée et la main ne saisissait aux divers moments de la journée qu'une différence de température mal accusée. Le thermomètre appliqué dans l'aisselle, matin et soir, a permis de démontrer, chez l'un et chez l'autre de ces deux malades, de grandes différences dans le tracé des courbes représentant les oscillations de la température. Chez le malade du n° 48, comme vous pouvez le constater par ces tracés, l'élévation de la température a suivi continuellement une marche décroissante qui, même alors que la main constatait une chaleur notable de la peau, nous a permis d'espérer une solution favorable très-prochaine. Chez le malade du n° 10, au contraire, la courbe de la température s'est maintenue élevée sans que la sensation de chaleur qu'on percevait pût bien renseigner sur l'élévation réelle que le thermomètre accusait; et cette élévation permanente, exagérée même le soir, alors que les signes locaux de la pneumonie s'amendaient loin de s'aggraver, nous a conduit à rechercher, vers le sommet du poumon une complication tuberculeuse qui malheureusement, est à peu près démontrée. Je ne veux pas vous dire que l'augmentation de la température dans le mouvement fébrile ne doit être cherchée qu'à l'aide du thermomètre, mais je veux vous prouver par cet exemple, que l'application de cet instrument permet de saisir des nuances mal appréciables par le toucher seul, nuances qui

sont précieuses pour le diagnostic et surtout pour le pronostic que le clinicien doit établir.

Des procédés d'exploration féconds en enseignements utiles, des instruments qui permettent l'examen d'organes profondément cachés, d'autres instruments qui substituent la précision et la rigueur de leurs indications aux doutes et à l'incertitude des sens; voilà déjà ce que la physique, avec ses données et ses études, a prêté à notre science. Ce sont là déjà des services réels, vous le reconnaîtrez sans peine. *(La fin au prochain numéro.)*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des essences de certaines labiées, employées en bains généraux comme stimulants.

Par le docteur Paul TOPINARD.

Tous les médecins ont fait usage des bains de Pennès comme révulsif général et stimulant cutané, et en ont apprécié les excellents résultats dans une foule de circonstances. Mais la plupart, sans doute, l'ont fait empiriquement sans se demander à quel agent ou à quelle association d'agents il fallait rapporter leur incontestable efficacité. Ayant été amené sur ce point, le 10 août 1866, à la Société médicale d'observation, j'ai voulu savoir à quoi m'en tenir, j'ai entrepris quelques expériences, et, étendant mes recherches, je suis arrivé à divers résultats intéressants que je vais faire connaître.

Ces bains se composent, d'après la formule de M. Bouchardat : 1° de carbonate de soude, 300 grammes; 2° de carbonate de chaux, de phosphate de soude, de sulfates d'alumine, de fer et de soude, et de bromure de potassium, en tout 19 grammes; 3° de teinture de staphysaigre, 50 grammes; 4° enfin d'huiles essentielles de romarin, de thym et de lavande, 1 gramme de chacune.

La propriété excitante qui les distingue des autres bains médicamenteux, et notamment des bains alcalins simples, s'exerce, comme on le sait, directement sur la peau et indirectement sur tout l'organisme. Sur quelques sujets, elle ne se manifeste que par de la chaleur et un surcroît d'activité de toutes les fonctions, desquels résulte ce sentiment général de bien-être pendant plusieurs heures, qui a valu à ces bains la très-légitime vogue dont ils jouissent. Sur d'autres presque réfractaires, les sujets âgés surtout, du sexe masculin, à peau sèche, épaisse, écailleuse, deux, trois et jusqu'à cinq doses, à ma connaissance, n'en produisent pas davantage. Mais sur d'autres individus, et je suis de ce nombre, leur action est vive, prompte et des plus remarquables.

Ainsi, au bout de quinze à vingt minutes, on ressent sur toute la partie immergée du corps, ou en certains endroits seulement, variables selon les individus, comme à la face externe des cuisses, au creux poplité, aux reins, aux flancs, au scrotum, aux bras, une cuisson, ou mieux, des picotements semblables à des piqûres d'épingle ou d'ortie, qui augmentent et deviennent pénibles vers la trentième minute, et insupportables vers la quarante-cinquième ou soixantième. Un sujet atteint d'hydrocèle n'éprouvait de picotements qu'au scrotum, du côté malade.

A la sortie de l'eau, les papilles sont saillantes et le siége d'une vive hyperesthésie. Des taches d'érythème simple se montrent çà et là, aux flancs surtout. Le passage de la serviette ou du doigt est douloureux, et produit des traînées rouges.

L'irritation la plus légère se dissipe en quelques minutes; la plus forte dure une heure ou plus, et peut s'accompagner d'excitation fébrile, de soif, de malaise et d'oppression.

Ces effets étant connus, pour découvrir l'agent qui les produit, il n'y avait qu'à choisir un ou plusieurs sujets très-sensibles, et à leur prescrire ces bains en supprimant tantôt un principe, tantôt un autre : ce que je fis, me prenant moi-même pour sujet principal, pour réactif en quelque sorte.

D'abord, je m'assurai que les bains composés selon la formule ci-dessus avaient les mêmes effets sur la peau que les bains préparés par Pennès. Les résultats furent identiques, sinon un peu plus marqués pour les premiers. Je supprimai ensuite le carbonate de soude, puis le deuxième groupe de sels, puis la teinture de staphysaigre : les effets persistèrent avec la même intensité, avec les mêmes caractères. Lorsqu'au contraire, je vins à retrancher les essences, laissant les sels et la teinture, l'action fut nulle, et je pus séjourner dans l'eau une heure et demie, comme dans un bain alcalin ordinaire, sans en rien éprouver.

Un premier point m'était acquis : c'est que la propriété excitante que je recherchais résidait exclusivement dans l'une des trois essences. Mais laquelle? Ayant alors pris un bain additionné de 2 grammes d'essence de romarin, et en ayant ressenti les mêmes effets, tandis qu'un autre additionné d'essence de thym et de lavande, 1 gramme de chacune, ne produisit rien ou presque rien, j'en conclus que l'essence de romarin était le principe actif fondamental des bains de Pennès, et je lus à la Société médicale d'observation une note conçue dans ce sens. Mais M. le docteur Duguet s'étonna du résultat que m'avaient donné les essences de thym et de lavande, pensant très-judicieusement que la même propriété irritante devait se rencontrer dans toutes les labiées.

Je repris donc mes expériences en les étendant, et reconnus promptement que les essences de thym et de lavande achetées, lors de ma première expérience, dans une pharmacie de second ordre, étaient sans doute de mauvaise qualité. Voici, en somme, les résultats que j'obtins définitivement, je ne dirai plus sur les bains Pennès, mais sur les bains en général rendus stimulants par l'addition de diverses essences tirées de la famille des labiées.

Les essences que j'ai expérimentées, c'est-à-dire celles de romarin, de thym, de serpolet, de lavande et de menthe, mêlées directement à l'eau d'une baignoire d'adulte, à des doses variant de 50 centigrammes à 2 grammes et plus, ou préalablement dissoutes dans un peu d'alcool, communiquent à cette eau des propriétés excitantes qui se manifestent visiblement sur la peau. Les bains fortement aromatiques qui en résultent ont une action topique identique, ou peu s'en faut, à celle des bains Pennès, et comparable à celle des bains de moutarde; ils ont sur eux, entre autres avantages, d'être faciles à doser dans leur action.

Le praticien, par conséquent, qui voudra réunir dans un bain l'action stimulante des essences et l'action spéciale, quelle qu'elle soit, du carbonate de soude (car celle des autres sels aux doses minimes où ils s'y trouvent est sans intérêt), prescrira donc avec avantage les bains de Pennès. Mais s'il ne désire que l'une seulement de ces actions, la stimulation, la révulsion, il aura tout intérêt à préférer le bain simple ordinaire additionné de l'une des essences ci-dessus; il saura ainsi à quel agent au juste imputer ses succès ou ses revers; il en variera les doses à son gré, selon les indications, et sa propre expérience y gagnera.

Exemple : les bains Pennès ont été préconisés dans le choléra à titre de prophylactique et de curatif. Au premier titre, rien de plus légitime et l'association du carbonate de soude qui nettoie admirablement la peau, et des essences qui l'excitent et par contre-coup stimulent toutes les fonctions, est très-rationnelle. Mais au second, la même association est sans raison suffisante, car si la viscosité du sang dans cette redoutable maladie prête à l'indication des alcalins, on sait aussi qu'à la période où les bains Pennès y ont été administrés, l'absorption ne se fait plus, même par les muqueuses. C'est donc la propriété excitante que l'on a recherchée comme pour les sinapismes et les frictions. Alors il eût mieux valu ordonner directement et exclusivement les essences en bains et en élever la dose davantage! Les malades n'y eussent rien perdu, et si les bains en question ont obtenu des succès dans le choléra, nous n'aurions pas aujourd'hui à compter avec les onze substances différentes qu'ils renferment.

Autre exemple : j'ordonnai, il y a un an, la huitième partie d'une fiole de sel de Pennès dans un petit bain d'enfant. L'enfant n'y resta que dix minutes, et en sortit rouge des pieds jusqu'au cou. Ne pouvant guère diminuer davantage la dose, je ne continuai pas bien que le traitement fût indiqué. Aujourd'hui je ne serais plus embarrassé. N'agissant plus empiriquement, je fixerais le nombre exact de gouttes qu'il me plairait de la moins active des essences ci-dessus, celle de lavande, à ajouter à un bain simple d'enfant.

Pour ceux donc de mes confrères qui trouvent quelque avantage à formuler eux-mêmes et en entier leurs prescriptions ou qui, exerçant à la campagne, rencontreraient des difficultés à se procurer les bains stimulants de Pennès, je vais entrer dans plus de détails.

Je ne dirai rien des circonstances dans lesquelles les bains à l'essence de romarin, de thym, etc., sont appelés à rendre des services, ce sont celles où l'on prescrit ordinairement les bains sinapisés, les bains de Pennès, l'hydrothérapie, les bains de vapeur, les fumigations aromatiques, c'est-à-dire lorsqu'on veut exercer une puissante dérivation, réveiller les fonctions cutanées, relever l'organisme. Ils sont particulièrement indiqués dans les états chroniques, et réussiront quelquefois là où auront échoué les bains sulfureux. Dans les maladies aiguës ils peuvent être d'un grand secours pour amener une réaction inespérée. Je ne veux ici parler que de leurs effets physiologiques, de leurs doses, de leur mode d'administration.

Écartons d'abord l'essence de menthe. C'est la plus violente des essences que j'aie expérimentées; il m'a été impossible d'en supporter plus d'une minute la dose de 2 grammes, tant la cuisson était insupportable en diverses parties du corps. A la dose de 20 gouttes, elle donne immédiatement lieu à une sensation locale de fraîcheur très-désagréable et comparable à ce qu'on éprouve en mangeant une pastille de menthe, puis à une sensation générale de froid intense qui résiste à l'addition à tout instant d'eau chaude. Son emploi, dans ces conditions, me paraît devoir être rejeté de la pratique.

L'usage des quatre autres, ajoutées à un bain simple, mérite au contraire de fixer toute l'attention du praticien. Elles peuvent être substituées l'une à l'autre.

Les essences de romarin, de thym et de serpolet ont à peu près la même action. Voici la série des phénomènes auxquels l'une ou l'autre donne naissance à la dose de 2 grammes, chez les sujets sensibles à leurs effets.

Au moment de l'immersion du corps, rien de particulier, sauf par exception une sensation de cuisson au scrotum, qui disparaît en quelques instants. Cinq ou dix minutes après, sensation de chaleur fort agréable par tout le corps. Vers la quinzième minute, picotements aux reins, aux flancs et au creux poplité, comme pour les bains de Pennès. Vers la trentième, les picotements se multiplient, sont déjà insupportables; chaque piqûre est bien distincte. A quarante-cinq minutes environ, les picotements deviennent comme confluents, on dirait aux reins et aux flancs un vésicatoire qui prend; la cuisson est moins vive aux bras, au faîte du dos, etc. Je n'ai pas été au delà, ni ceux qui ont répété ces expériences après moi.

Au sortir du bain, les papilles sont toutes hérissées, la surface de la peau est chagrinée, d'une sensibilité extrême; là où se promène la main naît une sensation vive de brûlure. Aux flancs, aux reins et ailleurs se voient des taches grandes, irrégulières d'érythème, dix, vingt, trente. Un de mes sujets d'expériences m'a assuré que sur lui quelques-unes de ces taches étaient saillantes et démangeaient comme de l'urticaire. Ces taches, cette hyperesthésie cutanée vont en diminuant et persistent une heure; tout a disparu au bout d'une heure et demie. Quelquefois, comme pour le bain de Pennès, on éprouve des horripilations, une certaine excitation fébrile ou du malaise.

Entre l'action du romarin et celle du thym ou du serpolet, je n'ai saisi que de faibles différences. Les picotements viennent moins rapidement pour le romarin, ils sont plus supportables, mais en revanche l'hyperesthésie dure davantage après le bain.

Inutile de rappeler que cette description se rapporte aux sujets très-impressionnables à ces médicaments, et qu'à cette même dose de 2 grammes, beaucoup n'éprouvent que des effets très-modérés. La dose de 1 gramme, sur moi-même, est très-convenable, et pendant une demi-heure à trois quarts je n'en ressens que du bien-être.

En somme, la dose de l'une de ces trois essences, pure et ordonnée seule, peut être fixée à 1 gramme pour un adulte lorsqu'on ne connaît pas son idiosyncrasie, puis élevée à 2 grammes. C'est ainsi que j'ai procédé jusqu'à ce jour.

Les malades prennent ces bains avec plaisir, s'y trouvent bien et en sortent plus vigoureux, et plus dispos à la marche. En supposant que la dose ordonnée soit trop forte ils savent en sortir à temps. Dailleurs, à moins de cas spéciaux, de dermatoses par exemple, où ces bains sont contre-indiqués, leurs effets locaux disparaissent sans laisser de traces. Ordonnés à propos ils ont donc de grands avantages et pas d'inconvénients.

L'essence de lavande jouit de la même propriété que les précédentes, mais à un degré moitié moindre. Le sentiment de chaleur qu'elle détermine se produit de suite, est plus général, mais diparaît plus tôt. Les picotements (à 2 grammes) apparaissent modérés vers la vingt-cinquième minute et ne commencent à devenir désagréables que vers la quarantième; les taches érythémateuses ne se montrent qu'au bout d'une heure. C'est donc l'essence de lavande qu'il faut préférer chez les enfants, et chez les adultes à tégument impressionnable; 2 grammes, correspondent comme dose à 1 gramme ou un peu plus des précédentes. Malgré son action moindre, c'est par gouttes, de cinq à dix, qu'elle doit se prescrire chez les jeunes enfants.

J'ai voulu savoir si l'association de ces essences entre elles modifiait leur propriété. Nullement: 1 gramme de thym et 1 gramme de romarin produisent les mêmes effets que 2 grammes de l'un ou de l'autre.

Lorsqu'on ouvre au fond de l'eau la fiole qui renferme l'essence la diffusion en est prompte; les premières sensations sont presque immédiates et générales sans prédominance au voisinage de l'endroit où a été versée la liqueur. Néanmoins une petite portion ne se dissout pas et se volatilise; des zones irisées se montrent à la surface, vont en s'élargissant et disparaissent répandant une forte odeur aromatique. Je devais donc rechercher les différences que produiraient l'essence pure et la même quantité préalablement dissoute dans l'alcool. Eh bien, dans ce dernier cas, et comme cela était supposable, l'action fut moitié plus forte et peut-être aussi plus généralisée. Avec deux grammes d'essence de thym ou de romarin dans 30 grammes d'alcool les picotements apparurent très-intenses dès la dixième minute, ils étaient insupportables à la vingtième et les taches se développaient en plus grand nombre que dans toutes mes expériences personnelles vers la trentième minute.

Aussi, lorsqu'on ordonnera les essences étendues d'alcool faudra-t-il en réduire la dose de moitié et la fixer savoir :

A 12 ou 15 gouttes d'essences de thym ou de romarin pour les sujets très-sensibles.

A 25 gouttes (1 gramme) et plus des mêmes pour la majorité des sujets.

A 2 ou 3 gouttes d'essence de lavande pour les petits enfants.

Enfin il était intéressant de savoir si l'addition à ces essences de carbonate de soude, ou de tous les sels à la fois contenus dans les bains Pennès en modifierait les propriétés. Or la dose de 2 grammes de romarin pur ou de 1 gramme dissous dans l'alcool, qui sur moi amenait des picotements vers la dixième ou quinzième minute et des taches vers la quarante-cinquième, ne produisait, associé au carbonate de soude, etc., de picotements qu'à la vingt-cinquième minute environ et de taches qu'au bout de soixante-dix minutes passées. Par conséquent le praticien qui voudra réunir dans un bain, et l'action stimulante des essences, et l'action propre du carbonate de soude ou de potasse devra, toutes choses égales, élever la dose des premières. Voici une formule dont je fais souvent usage

℞ Carbonate de soude	300	grammes.
Essence de thym	2	id.
Essence de romarin	2	id.

pour un bain, sauf plus tard à diminuer ou augmenter la dose de l'agent stimulant, s'il y a lieu.

Les huiles essentielles tirées de la famille des labiées ne sont certes pas les seuls agents qui puissent être employés en bains excitants; d'autres tirées de la famille des ombellifères ou des synanthérées, l'huile de croton, l'essence de moutarde, etc., sont très-susceptibles de les remplacer. Mais celles dont il vient d'être question se recommandent particulièrement par leur odeur très-agréable, par l'innocuité de leurs émanations sur les yeux et la figure, et par la fugacité de leurs effets immédiats sur le reste du corps.

Ce que je tiens à dire en terminant, c'est que la médication stimulante peut rendre de grands services, qu'elle n'est pas assez usitée, et cependant que, grâce aux bains Pennès, et à ceux que je propose, elle est d'un emploi facile et agréable.

Traitement du délire d'inanition dans les maladies.

M. le docteur Becquet, dans un intéressant mémoire publié ans les *Archives de médecine,* vient d'étudier avec soin les caractères du délire d'inanition. Se fondant tant sur des observations qui lui sont propres que sur l'examen d'observations empruntées à des médecins dont le nom fait autorité, Chomel, Andral, il établit que le délire d'inanition se présente sous un aspect qui est toujours le même, et qui doit être caractérisé en ces termes : délire calme et tranquille, provoqué par des hallucinations. Il en reconnaît deux degrés ou deux formes : bénigne, qui paraît au début de l'état que Chossat a désigné sous le nom d'inanitiation, et qui en est pour ainsi dire la première manifestation; l'autre, grave, dont l'apparition est plus lente et est précédée des symptômes d'une inanition déjà plus ou moins avancée, amaigrissement, prostration des forces, accélération du pouls, sans augmentation de chaleur à la peau, etc. Dans l'une et l'autre forme, le début est brusque, sans avoir été précédé de symptômes cérébraux. Dans la première, le malade prononce tout à coup des paroles incohérentes qui surprennent les assistants, et cependant il répond encore pertinemment aux questions qu'on lui adresse; mais bientôt, constamment occupé des hallucinations qui l'obsèdent, il ne s'en laisse plus distraire qu'avec peine, et y revient promptement.

Dans la seconde, le délire d'abord vague et intermittent, devient bientôt continu et se manifeste par un marmottement à peu près ininterrompu de paroles inintelligibles, par la fixité du regard vers un point de l'espace sur lequel l'attention semble se concentrer, par la carphologie, etc.

Mais le délire calme, halluciné, résultat d'une atonie cérébrale, est-il toujours un signe d'inanition? Sans doute, l'atonie du cerveau peut être attribuée aussi à la cause déprimante de la cause morbide elle-même. En tout cas, ce délire indique l'emploi d'un traitement franchement tonique, tandis que le délire aigu, agité, annonce au contraire un état de surexcitation cérébrale, et trace une autre règle de conduite.

Dans le délire d'inanition, l'usage des révulsifs et des dérivatifs serait un non-sens; donner l'opium, les antispasmodiques, serait inutilement fatiguer l'estomac et perdre un temps précieux; il faut négliger le symptôme et traiter la maladie qui est l'inanition. Voici les préceptes établis par M. Becquet, et qui doivent guider le médecin :

1° Dans les cas de mort apparente, il faut d'abord et avant tout réchauffer artificiellement le malade, car, sans ce point obtenu, pas de digestion possible;

2° Quand le délire se présente sous sa forme grave, on doit alimenter rapidement sans hésitation, donner presque coup sur coup la quantité d'aliments que consomme un homme en bonne santé, ne pas craindre d'aller même au delà, car il faut non-seulement faire face au besoin de réparation, mais encore suffire aux pertes excrémentitielles considérables qui ont lieu pendant les premiers jours du retour à la vie;

3° Cette formule du traitement n'est pas absolue, et n'est plus applicable dans les conditions moins avancées de l'inanition; il faut mesurer la quantité des aliments au degré de l'inanition, sous peine de provoquer et d'entretenir un délire aigu, violent, délire secondaire qui indique une excitation dans les fonctions cérébrales;

4° A quelque moment qu'il se produise, le délire secondaire doit engager à apporter plus de réserve dans l'alimentation;

5° A propos du traitement de l'inanition se pose toujours une question capitale : l'aptitude digestive de l'estomac. C'est le plus souvent parce que l'estomac s'était refusé à conserver les aliments qu'on lui confiait, que le malade est réduit à cette extrémité; peu à peu il en était arrivé à rejeter une cuillerée de lait ou de bouillon. Eh bien, c'est au moment où il va mourir qu'il faut réparer cette erreur de diététique; et, chose remarquable, même dans ces circonstances suprêmes, l'estomac s'y prête : le malade, qui avait rejeté les boissons alimentaires les plus légères, conserve d'abord du bouillon consommé et du vin, et de la viande dès le second jour, voire même dès le premier.

L'abondance des matières nous empêche d'insérer aujourd'hui le compte rendu de l'Académie de médecine. Nous le publierons dans le numéro de samedi.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

181. Essai sur l'hygiène du village, par M. Jules Droin.
182. Le choléra à l'hôpital Lariboisière en 1865, du 17 septembre 1865 au 6 janvier 1866, par M. Léon Stoufflet.
183. De la méningite tuberculeuse chez l'adulte, par M. Antoine-Marcel Cassanet.
184. Tumeurs cancéreuses du médiastin, avec compression ou oblitération de la veine cave supérieure, prr M. Jean-Clovis Dessord.
185. Étude sur les abcès de la prostate, par M. Arthur Descubes.
186. Considérations sur l'acclimatement des européens dans les pays chauds, par M. F. N. Dumoutier.
187. De l'uréthrotomie externe, par M. Salvador Carbonelle.
188. Étude sur la topographie médicale du Médoc, par M. Ludovic-François-Marie Le Gendre.
189. De l'épiphora, par M. Auguste Hantraye.
190. Du bichromate de potasse comme antisyphilitique, par M. Laurent-Casimir de Bonnéfous.
191. De la vaccine, de ses avantages et de ses dangers, par M. G. Fourchault.
192. De la kérato-conjonctivite phlycténulaire, par M. Adrien Montet.
193. Des polypes de l'urèthre chez la femme, par M. Charles-Alexandre Dollez.
194. De la ponction dans les épanchements traumatiques des articulations, par M. Alphonse Thévenot.
195. De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte et de la laryngite nécrosique, par M. Michel-Georgiade Obédénare.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 30 janvier 1867, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, M. Gourrier (Pierre-Legrand), médecin principal, a été promu au grade de médecin en chef de la marine.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, le vendredi 15 février, à trois heures et demie précises.

Ordre du jour : 1° Rapport de la Commission des comptes; 2° Fin du rapport de M. J. Worms sur le choléra; 3° Considérations sur le traitement des cataractes congénitales, lecture par M. Giraldès; 4° Communication sur la péritonite spontanée, par M. Blachez.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebordа, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chrurgical. 2 vol. grand in-8 compactes. Prix : 18 francs. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale. 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte. — Paris, chez V. Masson et fils.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisère : 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches. — Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 »
Un an. . . .	30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Résultats obtenus dans le traitement des enfants scrofuleux à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

On sait qu'en présence du nombre incessamment croissant d'enfants atteints d'affections chroniques qui se présentent journellement à la consultation des hôpitaux spéciaux, et de l'insuffisance relative de plus en plus notoire de ces établissements, malgré leurs agrandissements successifs, l'administration de l'Assistance publique, sur les indications des médecins, a pris la sage détermination de placer hors Paris, dans des établissements spéciaux qu'elle a créés ou appropriés à cet effet, une partie des enfants scrofuleux confiés à sa garde. C'est ainsi qu'elle a successivement érigé en annexes des hôpitaux de Paris, la maison de Forges et la maison de la Roche-Guyon, où elle envoie spécialement les enfants scrofuleux et les convalescents de maladies aiguës, et qu'elle a fondé l'établissement beaucoup plus important de Berck-sur-Mer, qui est devenu un véritable hôpital spécial de scrofuleux.

Voici, d'après un rapport fait à l'administration de l'Assistance publique par M. le docteur Bergeron (1), quel a été le mouvement de l'hôpital de Berck de juillet 1861, date de son installation, jusqu'au 31 décembre 1865 :

Du 1er juillet 1861 au 31 décembre 1865, 380 enfants scrofuleux ou rachitiques ont été envoyés à Berck par les hôpitaux de l'Enfant-Jésus et de Sainte-Eugénie, et par le service des Enfants assistés, soit de Paris, soit des arrondissements voisins de celui de Montreuil. La durée moyenne du séjour de ces enfants a été de neuf mois. Quelques enfants atteints seulement de scrofule bénigne, n'ont fait à Berck qu'un séjour de six à huit semaines seulement ; mais d'autres, qui présentaient une de ces formes profondes et rebelles de la maladie dont la guérison ne peut être obtenue qu'au prix d'une véritable transformation de l'organisme, y ont passé plus d'une année. Du reste, les uns et les autres ont été des exceptions.

Dans les premiers temps, dit M. Bergeron, faute de données assez précises pour fixer leur choix, ses collègues et lui dirigeaient indistinctement sur le bord de la mer toutes les formes de la scrofule, depuis les scrofulides de la peau, des muqueuses, jusqu'aux caries les plus profondes, et même jusqu'aux nécroses consécutives à la périostite suppurée ; mais peu à peu l'expérience s'étant faite, ils n'ont pas tardé à reconnaître que, si l'action vivifiante des bains de mer et de l'air marin opérait chez tous les enfants les plus heureuses modifications, il y avait cependant des lésions locales dont les unes étaient peu modifiées, parfois même aggravées, tandis que d'autres résistaient invinciblement à la médication maritime. Par exemple, les blépharites chroniques, et en général les maladies des yeux, les éruptions d'eczéma simple ou impétigineux, étaient rarement améliorées et le plus souvent, au contraire, exaspérées ; les otorrhées sans lésion osseuse, les caries étendues et les nécroses profondes restaient indéfiniment stationnaires. Dès lors, les indications étaient nettement tracées. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois ans, les malades qui sont envoyés de préférence au bord de la mer sont ceux qui portent des engorgements ganglionnaires, des abcès froids, des gommes scrofuleuses, des tumeurs blanches, et enfin les rachitiques.

Des 380 enfants envoyés à Berck, 118 avaient des adénites chroniques, occupant le plus souvent les régions cervicale et sous-maxillaire et consécutives, pour la plupart, soit à des éruptions du cuir chevelu ou de la face, ayant généralement disparu au moment du départ pour la mer, soit à d'anciennes lésions plus profondes des membres ou du tronc. Ces 118 enfants ont présenté toutes les variétés d'adénite chronique, depuis le simple engorgement de date peu ancienne, sans induration, jusqu'aux masses ganglionnaires infiltrées de matière tuberculeuse, avec ou sans ulcération de la peau. On sait quelle résistance l'adénite scrofuleuse oppose habituellement à l'action de tous les agents de la matière médicale. Or, 85 de ces enfants ont été complètement guéris, à l'exception d'un seul qui a succombé à un état de cachexie dont le traitement maritime avait été impuissant à enrayer les progrès, tous les autres avaient vu leur état s'améliorer et auraient, sans doute, grossi notablement le chiffre des guérisons, s'ils n'étaient rentrés prématurément à Paris pour divers motifs.

Ce n'est pas à dire que l'air salin ait la merveilleuse propriété de dissoudre les indurations crétacées et de cicatriser immédiatement les ulcérations scrofuleuses. Telle n'est pas, en effet, la pensée de M. Bergeron ; mais il lui a paru, du moins, que sous cette influence les indurations simples, quelque anciennes et volumineuses qu'elles fussent, guérissaient plus rapidement que par les agents pharmaceutiques usuels, et que des ganglions cervicaux ou sous-maxillaires, complétement transformés en noyaux tuberculeux, avaient disparu parfois à la longue sans laisser d'autre trace qu'une induration mobile et indolente.

« Pour ma part, dit-il, j'ai constaté plusieurs guérisons de ce genre chez les pensionnaires de Berck, et pour n'être pas nouveaux, ces faits n'en méritent pas moins d'être signalés, parce qu'ils montrent tout le parti que la thérapeutique peut tirer des eaux salines dans le traitement d'adénites tuberculeuses auxquelles leur siége donne une gravité que ne présentent pas, à beaucoup près, celles des ganglions sous-cutanés, je veux parler des adénites mésentériques et trachéo-bronchiques. »

Voici maintenant quelques-uns des résultats constatés en particulier pour certaines manifestations les plus graves de la scrofule, celles notamment qui atteignent les os longs et les tissus mous périarticulaires.

Il a été admis à l'hôpital de Berck 85 enfants atteints de tumeur blanche, les uns en bonne voie de guérison, — c'était le plus grand nombre, — d'autres arrivés à un état stationnaire, en dépit de la médication la plus rationnelle, quelques-uns enfin dans un état désespéré, au moins quant à la conservation du membre. De ces 85 malades, 4 ont succombé, 3 à l'abondance de la suppuration, et 1 à une complication de tuberculisation viscérale ; 13 ont quitté Berck sans que la lésion locale fût sensiblement modifiée. Parmi les 18 enfants qui, sans être complétement guéris, sont rentrés à Paris dans un état d'amélioration assez avancé pour qu'on put raisonnablement compter sur une guérison ultérieure, il en est plusieurs dont l'observation est d'un grand intérêt. « En effet, dit M. Bergeron, arrivés sur le bord de la mer dans un état digne de pitié, tant à cause de leur épuisement qu'à cause de la gravité des lésions locales, peu à peu, sous l'influence d'une atmosphère vivifiante, ces malheureux ont senti leur appétit se réveiller, leurs forces renaître ; bientôt aussi on a vu les fongosités articulaires diminuer de volume, la suppuration se tarir, la plupart des trajets fistuleux se cicatriser ; quelquefois même les articulations reprendre en partie leur mobilité. »

Sur 38 gibbeux soumis à l'action du traitement maritime, 12 sont revenus complétement guéris ; les abcès iliaques étaient résorbés, la santé générale était parfaite, enfin la marche était aussi libre, aussi facile que le comportait le degré d'incurvation de la colonne vertébrale. Deux enfants renvoyés comme guéris, sont revenus au bout de cinq et de sept mois, avec de nouvelles collections purulentes. Dix-sept autres qui, pour diverses causes, ont quitté prématurément la plage, ont été améliorés au point de vue de l'état général, plusieurs même avec un commencement de résorption de l'abcès par congestion, mais non encore guéris. Enfin 6 enfants sont partis sans avoir retiré aucun avantage de leur séjour au bord de la mer, et 3 autres ont succombé à l'abondance de la suppuration.

En résumé, sur 380 cas, 234 guérissent, c'est-à-dire une moyenne de 93 p. 100 ; 93 améliorations (23 p. 100), 18 décès (4,6 p. 100) et 35 effets nuls (9 p. 100). Tels sont les chiffres bruts qui représentent dans leur ensemble les résultats obtenus à Berck, résultats qui mettent hors de doute l'action puissante du traitement maritime.

Il serait intéressant de rapprocher ces résultats de ceux qui ont pu être constatés, pour des cas semblables, par l'usage de certaines eaux thermales chlorurées sodiques, sulfureuses, ferrugineuses ou arsenicales. Mais ce parallèle, dont les éléments manquent d'ailleurs en grande partie, nous conduirait beaucoup trop loin. Nous renvoyons aussi, pour une autre circonstance, les considérations de prophylaxie et les propositions d'économie hygiénique, pleines d'intérêt, par lesquelles M. Bergeron termine son rapport. Nous avons voulu seulement, par ce court extrait, donner une idée des services qu'a rendus jusqu'ici l'établissement de Berck à la population scrofuleuse de Paris, et de ceux qu'il pourra rendre, par la suite, quand il aura acquis la proportion et l'importance que l'administration compte lui donner.

(1) Rapport sur les résultats obtenus dans le traitement des enfants scrofuleux à l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), par M. le docteur Bergeron, 1866.

Applications de quelques méthodes graphiques à l'observation médicale.

On sait le parti que l'on a déjà tiré pour la séméiologie et pour l'observation clinique des procédés mécaniques qui permettent, par la fixation et la reproduction graphique de certains mouvements, d'apprécier et de comparer avec une parfaite exactitude, dans des moments donnés, les plus légères nuances des changements survenus dans ces mouvements. Tels sont, en particulier, les divers appareils de sphygmographie de Vierordt et de M. Marey. On a vu, dans la leçon d'ouverture de clinique de M. le professeur Béhier, dont nous reproduisons aujourd'hui même la deuxième partie, les applications utiles que l'on en peut faire en clinique pour l'établissement du diagnostic. Un interne des hôpitaux de Paris, ancien élève de l'École polytechnique, M. Prompt, a communiqué récemment à la Société de biologie, quelques résultats intéressants qu'il a obtenus par l'application d'un procédé graphique analogue, à la notation soit de la température comparée des diverses parties du corps, soit des volumes des produits d'excrétion, etc.

Voici sur quel principe repose ce procédé :

Soient des chiffres représentant les températures recueillies sur la bouche d'un malade. On voudrait savoir quelles étaient ces températures aux époques intermédiaires à celles des observations. Pour arriver à ce résultat, M. Prompt a recours à une méthode employée dans des cas analogues par les mathématiciens.

« On trace une ligne horizontale ; des longueurs prises sur cette ligne représentent les époques des observations. A chaque point correspondant à une observation, on élève sur la ligne horizontale une perpendiculaire dont la longueur représente le chiffre observé ; on joint ces points par une courbe continue aussi régulière que possible. Les verticales comprises entre la courbe et l'axe horizontal, représentent les chiffres cherchés qui répondent aux époques intermédiaires. »

M. Prompt a appliqué ce principe à l'étude de l'évolution du choléra. Un certain nombre de cholériques ont été observés dans le service de M. Lorain, à l'hôpital Saint-Antoine. On a noté deux fois par jour la température de ces malades dans la bouche, dans le rectum et dans l'aisselle, et le poids total de leur corps. On a noté également la quantité exprimée en volume de l'urine et des matières fécales rendues par ces malades dans les vingt-quatre heures. Au moyen de ces chiffres, il a construit des dessins. Les échelles sont inscrites sur les dessins. Pour les rendre facilement comparables, il fait partir toutes les échelles de température d'une même ligne horizontale supérieure, qui est celle de 40 degrés, et toutes les échelles de volume d'une même ligne horizontale inférieure qui répond à un volume nul.

L'inspection de ces dessins a montré :

1° Que la température du rectum est presque toujours supérieure à celle de la bouche, ainsi qu'à la température de l'aisselle ;

2° Que la température de l'aisselle est, en général, supérieure à celle de la bouche ; que, cependant, il y a des cas assez nombreux où elle lui est inférieure ;

3° Que, parmi les trois températures, celle qui subit dans le choléra les plus grandes et les plus importantes variations, est celle de la bouche ;

4° Que, conformément aux idées exprimées par M. Marey, il y a, dans un grand nombre de cas, une sorte de balancement entre les diverses températures du corps, la température du rectum devenant plus forte, par exemple, à mesure que celle de la bouche devient plus faible ;

5° Que, dans d'autres cas, ces trois températures diminuent à la fois, ce qui, en général, est le signe d'une mort prochaine ;

6° Que les températures observées le soir sont plus élevées que celles du matin ;

7° Que, chez beaucoup de cholériques, il y a dans la période de réaction une polyurie souvent très-forte. M. Prompt a étudié, sur ceux de ces malades qui ont succombé, les altérations des reins qui se lient à ce dernier accident. Il a trouvé des altérations plus ou moins bien caractérisées, qui, à leur plus haut degré, offrent quelque analogie avec l'un des degrés de la maladie de Bright.

8° Que la polyurie des cholériques en réaction est quelque-

fois sucrée, mais que, dans beaucoup de cas, les urines de ces malades ne contiennent ni albumine ni sucre ;

9° Que, dans l'anurie de la période asphyxique, les quelques gouttes d'urine qu'on parvient à obtenir sont chargées d'albumine, et que cette albuminurie persiste pendant les premiers temps de la réaction.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉHIER.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale (1).

Vous venez de voir, messieurs, les services que la physique a rendus à notre science par les procédés d'exploration et les instruments qu'elle a mis à sa disposition.

Mais ce n'est pas tout, en entrant plus à fond que par le passé dans l'étude des phénomènes de l'être vivant, elle a constaté des faits, découvert des rapports que nous devons relever et mettre à profit pour l'étude clinique et pour l'interprétation des problèmes qu'il nous faut élucider. Ainsi, par ses études la physique nous a montré que dans l'économie humaine ce que nous considérions comme des forces distinctes n'est constitué au fond et en réalité que par des modalités particulières d'une même force, modalités qui, dépendant de la nature et de la variété de texture du support, sont toutes réductibles les unes dans les autres par voie d'équivalence. Elle a permis de comprendre comment à la texture spéciale du corps vivant doivent correspondre des modalités qui sont aussi spéciales. Elle a permis encore de bien saisir l'inanité des tentatives faites pour retrouver et établir l'identité absolue entre les forces dites vitales et les autres forces générales répandues dans la nature. Elle nous a donc démontré que ce que nous devons chercher entre ces forces, c'est un rapport d'équivalence et non l'identité de forme. Dans cette voie un grand pas a déjà été fait par l'étude, poursuivie à ce point de vue, de l'une des forces les plus caractéristiques de l'état de vie, je veux dire la contraction musculaire.

Nous savons en effet, aujourd'hui, que la contraction musculaire est la conséquence d'une oxydation opérée dans le muscle et qu'elle aboutit ou à une augmentation de quantité de la chaleur, ou à un travail produit et déterminé, circonstances qui représentent exactement l'oxydation, cause première de la contraction musculaire.

Appliquant ces données en pathologie aux différentes sortes de mouvements convulsifs, nous voyons que si les convulsions toniques s'accompagnent d'une élevation notable de la température, c'est parce qu'elles représentent une simple tension musculaire sans travail concommittant, et que dans les convulsions cloniques, au contraire, cette élévation de la température fait défaut, parce que c'est en travail extérieur que se dépensent les effets de l'oxydation.

La physique nous apprend encore que dans le mouvement fébrile, quelle que soit sa cause, l'élévation de la température résulte d'une exagération de combustion organique et que l'accélération de la respiration observée alors n'a lieu que pour favoriser l'évacuation des produits de la combustion par une formation plus grande d'acide carbonique. Et pensez-y bien, messieurs, cette évacuation est tellement nécessaire que lorsqu'elle ne peut avoir lieu ou lorsqu'elle est incomplète, il se produit une véritable intoxication dont on doit tenir grand compte dans l'interprétation des symptômes observés alors.

Enfin la chimie, qui a excité encore plus vivement peut-être les attaques des partisans de la médecine traditionnelle, nous a donné des enseignements qui ont changé et qui changent tous les jours la face des questions les plus importantes de la pathologie. Au commencement de ce siècle-ci et même après ses trente premières années, alors que je commençais mes études médicales, la confusion était complète, ou du moins facile, entre les fièvres et les phlegmasies. C'est alors que sont intervenues les belles recherches de MM. Andral et Gavarret, sur les altérations du sang ; et l'expression nette et scientifiquement démontrée des différences que présente le sang dans ces deux classes de maladies, a rendu la confusion, que je vous signalais, désormais et à toujours impossible. Dans des temps plus récents, pour ne prendre que ce qui a trait à la sécrétion urinaire, la chimie nous a démontré la valeur de l'albuminurie, celle de la glycosurie. C'est elle encore qui nous a fait saisir l'importance de l'intégrité des fonctions éliminatrices dont le rein est chargé, et la gravité des états généraux qui naissent lors de la rétention dans le sang de certains produits, résidus de la métamorphose complète ou incomplète de nos tissus, et que le rein est chargé de porter au dehors. Il reste encore beaucoup à faire sur ce point, notamment pour la connaissance bien rigoureuse de ces substances, qui, j'en suis convaincu, jouent véritablement le rôle d'agents toxiques, mais la chimie nous a menés déjà à ce point, sur lequel je reviendrai à l'occasion, que nous sachions l'origine et le siége de ces substances. Au reste, pour apprécier le parti qu'on peut tirer déjà de ces données dans l'étude des phénomènes typhoïdes, par exemple, il suffit de lire l'excellent ouvrage de M. Murchison, sur les fièvres de la Grande-Bretagne. Plusieurs d'entre vous connaissent déjà ce sujet, que j'ai cherché à bien mettre en lumière dans le cours de pathologie interne dont j'étais chargé ces deux dernières années.

Vous le voyez, ce sont là des résultats qui parlent assez haut pour mériter qu'on les écoute. La Faculté de Paris comprend que de tels enseignements montrent l'utilité de ces sciences auxiliaires, dont le concours était trop négligé dans ces dernières années. Elle trouve ce mouvement de la science bon et sain, elle croit que le progrès est dans la substitution des expériences et des données positives aux interprétations déductives, bien que ces dernières soient surtout, à ce qu'on a dit, le résultat de l'emploi de la plus belle faculté de « l'homme. » Notre école n'a nullement peur d'être envahie par ses compagnons de travail physico-chimiques, elle sait bien que le terrain manquerait sous leurs pas s'ils tentaient de s'aventurer trop loin, mais elle ne croit pas pouvoir se passer de leur concours, et les tableaux alarmés ou fictivement attristés qui ont été présentés sur les dangers et l'oppression qu'on supposait qu'elle subit, sont comme certains détails prétendus véridiques, donnés sur les influences qui auraient présidé à nos dernières élections, de pures fables qui rappelleraient les imaginations d'un certain chevalier errant bien connu, si elles ne montraient qu'elles sont l'œuvre d'un « adversaire toujours persistant, toujours acerbe et toujours implacable. »

On a parlé de tradition et d'autorité, et on a prétendu qu'elles étaient immolées à l'influence des sciences physico-chimiques, que ces lumières éternelles de la tradition étaient éteintes par la coopération que les sciences physico-chimiques prêtaient à l'étude de la biologie. C'est encore là une inquiétude peu sérieuse ou une phraséologie creuse. Ce que la tradition nous a transmis d'utile et de véritable ! Mais il n'est possible à personne de le méconnaître et de le détruire. Ce sont, comme le dit le docteur Chalmers, des idées scientifiques qui, après le contrôle du libre examen des yeux humains et du libre travail des mains humaines, ont pris place dans le temple de la vérité, nul ne pourrait les en faire sortir, les gens si effrayés peuvent se rassurer, nul ne pense à tenter cette injuste exclusion. Nous respectons la tradition dans ce qu'elle a de respectable, mais nous ne respectons que cela.

Quant à l'autorité en fait de science, il y a déjà bien longtemps que le moine Bacon a dit : *non valet auctoritas nisi detur ejus ratio*, Je suis de son avis : *sine ratione nulla auctoritas* ; comme je crois avec lui que les vrais anciens ce sont les modernes qui cumulent, à leur profit, les connaissances des anciens et les acquisitions des temps plus récents.

Qu'y a-t-il donc eu dans la Faculté de Paris qui ait pu faire naître ces attaques « persistantes, acerbes, implacables, » et, vous le voyez, peu justifiées ?

Tout simplement, messieurs, les hasards et les malheurs de la vie ont fait qu'à un même moment, l'âge, la maladie, la mort même, ont éloigné de leur enseignement six de nos collègues. Voilà tout. Certes cela a été nuisible pour l'éclat de la Faculté, mais cela n'a pas fait, comme vous l'avez vu, tout ce qu'on a tenté d'en inférer. Malheureusement, messieurs, il faudra quelque temps pour que cet éclat brille de nouveau ; car si nous autres, plus nouveau-venus, nous sommes des travailleurs, si nous avons bonne volonté, nos noms ne sont pas encore, comme ceux de nos maîtres, assez éclatants pour consoler de leur absence. Mais ayez patience, messieurs, ayez confiance. Si le dévouement et le travail y peuvent quelque chose, nous accomplirons aussi cette partie de notre tâche, nous deviendrons des noms, laissez-moi l'espérer !

Il est encore un point sur lequel je désire m'expliquer avec vous. Depuis quelque temps, on semble prendre à tâche d'opposer la science médicale à l'art de la médecine ; on crie bien haut qu'il faut faire des praticiens et non des savants, on élabore même des projets d'organisation de la médecine, dans lesquels on voudrait séparer ces deux éléments, réservant la science aux docteurs des facultés et faisant faire ailleurs des espèces de licenciés en médecine. Je n'entrerai pas dans la réfutation de tous ces divers points. Je vous dirai seulement : la pratique, sans rénovation scientifique incessante, deviendrait bien vite, soyez-en sûrs, une routine attardée et comme stéréotypée. Je n'en voudrais pour preuve que quelques médecins de cette sorte, qu'on rencontre malheureusement quelquefois, et qui, une fois leur diplôme obtenu, cessent tout commerce avec les livres ou avec les journaux scientifiques, et s'enveloppent dans de petites habitudes médicales, au milieu desquelles leur esprit sommeille sans tracas.

La science et l'art, sachez-le bien, ne peuvent marcher l'une sans l'autre, et c'est ici que se dessine nettement, à mon sens, le double rôle de la clinique. Son rôle scientifique d'abord. Il est bien simple ; la clinique est tout à la fois le point de départ et l'aboutissant de la science, car c'est des faits qu'elle relève et de leur étude que naissent les interprétations, les théories dont la science pure s'empare et qu'elle élabore ; mais ces théories, ces interprétations elles-mêmes, ne deviennent acceptables et n'ont droit de cité dans la science que lorsqu'elles ont subi le contrôle de la clinique. C'est une chaîne non interrompue, vous le voyez. Elle admet, soyez-en sûrs, la méditation que nous recommandait, il y a peu de temps, une voix amie. Cette méditation est même bien loin de jamais faire défaut. Elle accompagne toujours les faits, même les plus isolés, car bien peu d'observations sont présentées au public sans réflexions qui cherchent à en fixer la valeur et la portée. On peut se rassurer sur ce point, avec ce que l'expérience du passé nous apprend à ce sujet, ce n'est pas là ce qui fera défaut.

Quant au second rôle de la clinique, à son rôle pratique et professionnel pour ainsi dire, c'est nous autres professeurs, qui sommes plus particulièrement chargés de veiller à ce qu'il soit bien rempli, c'est-à-dire que nous devons vous instruire dans la connaissance et dans la curation des malades, en vous rendant témoins de ce que nous accomplissons dans ce but à l'hôpital et en faisant tourner, au profit de votre instruction, les soins que nous donnons, les soulagements que nous pouvons obtenir pour nos patients. Nous savons fort bien que nous devons faire de vous des praticiens, mais nous ne croirions pas accomplir dignement notre devoir si nous ne faisions pas des praticiens armés du plus grand nombre possible de connaissances scientifiques, et surtout des praticiens ayant l'intelligence façonnée aux procédés scientifiques, et qui possèdent l'esprit scientifique. C'est, suivant nous, nous en demeurons convaincu, le meilleur moyen de vous rendre aptes à faire face à des circonstances nouvelles et inconnues pour vous. Nous croyons que vous mettre le plus possible au courant des idées et des procédés les plus nouveaux, que vous les faire aimer, par la démonstration de leur efficacité même, est un meilleur moyen « d'élever et d'étendre l'enseignement, » que si on vous faisait dépenser votre temps (temps que nos critiques semblent si soucieux de ménager et qu'ils redoutent de voir employé à des études dont ils craignent l'inutilité) à étudier « la philosophie, « l'histoire et la littérature médicales. ». Ces dernières portions de la science demanderaient bien des mois, bien des années, vous en conviendrez. Seraient-elles une panacée efficace aux maux que l'on suppose et sur lesquels on s'apitoie charitablement ? J'en doute fort, et je vous engage à partager mes doutes.

On nous peignait dernièrement, à propos de ces critiques, le groupe des cliniciens de la Faculté comme frappé d'effroi (le mot est textuel), par l'envahissement des physiciens et des chimistes. Je n'étais pas alors parmi les cliniciens professants. Mon vénéré maître, M. le professeur Bouillaud, était seul debout à ce titre, car notre cher collègue, mon ami M. Grisolle, était déjà éloigné de nous à notre vif et cuisant regret, Natalis Guillot était mort, M. Piorry était admis à la retraite. Je ne crois pas que M. Bouillaud ait jamais donné les signes du moindre effroi à ce sujet. Maintenant que j'ai l'honneur d'être assis à ses côtés et d'être revêtu du même titre que lui, je ne suis nullement effrayé, comme vous avez pu voir, de l'immixtion de ces sciences dans la clinique ; je les appelle de tous mes vœux à mon aide, loin de leur faire opposition. Elles ne chercheront pas à primer la clinique, à la faire dévier de sa véritable voie. Je ne crois pas qu'elles en aient l'envie, je sais très-bien qu'elles n'en auraient pas le pouvoir.

Ces mêmes personnes, si soucieuses de la clinique, s'écriaient encore : « mais nos cliniciens sont-ils vitalistes ? En vérité ils « n'en savent rien ! Allons cliniciens, du sang froid, de la réso« lution, du courage. » Prenant ma part de cette objurgation, je me permettrai de faire observer qu'il serait bien lamentable qu'à mon âge, après le travail auquel je me suis livré et auquel je me livre, j'en fusse cependant arrivé à ne pas savoir ce que je pense et si je pense. Ces braves personnes savent probablement tout, elles ! cette science est innée chez elles et leurs travaux sont bien supérieurs aux nôtres, il faut le croire ! Mais elles peuvent ne pas tomber à notre sujet en un si grand souci. Nous savons si nous sommes vitalistes et comment nous le sommes. Nul de nous, que je sache, n'a jamais pensé qu'en étudiant l'homme malade il étudiait un automate ; le cœur, pour nul d'entre nous, n'est une boîte de sapin avec charnières et diaphragmes en cuir ; nous croyons à la vie, cela est certain, et nous serions bien étranges si nous n'y croyions pas ; seulement, au lieu d'exercer notre sagacité sur l'essence de la vie, la plume à la main au coin de notre feu, au lieu de raisonner sans fin sur ce sujet, de l'étudier par abstraction, en échafaudant des cascades d'hypothèses les unes sur les autres, nous allons partout, observant sur l'homme ou expérimentant sur les animaux pour saisir de notre mieux les manifestations de la vie, régulières ou irrégulières, et tâcher, par ces effets, de remonter à la connaissance de la cause. Nous ne faisons pas, pour ces études, appel seulement aux combinaisons de notre esprit sous prétexte que l'intelligence est le plus bel attribut de l'homme et que s'aider beaucoup des sens est être un vil « sensualiste » bien voisin du « matérialiste. » Non ! nous sommes plus modestes. Nous savons que notre esprit à nous (tout comme celui de ces messieurs, probablement), est sujet à s'égarer ; nous faisons alors appel à tous les contrôles, nous cherchons à corriger les erreurs possibles de notre esprit par le témoignage de nos sens, combinant les efforts de ceux-ci pour leur contrôle réciproque. Nous nous aidons de tous les moyens et nous faisons appel aux méthodes employées dans les sciences naturelles, parce que nous trouvons qu'elles sont plus précises, que leurs résultats sont moins aléatoires, plus positifs, nous employons tous les instruments qui peuvent aider l'infirmité et l'incomplet de notre nature. Mais ces méthodes et ces instruments, nous savons très-bien que nous les appliquons à la recherche de « propriétés spéciales, qui sont les manifestations de forces spéciales, » lesquelles déterminent « des phénomènes spéciaux caractéristiques de l'état de vie. » Voilà comment nous procédons pour aller à la conquête de la vérité. Cette vérité, c'est la connaissance « de ces lois fixes préétablies, auxquelles le corps humain est soumis dans son ensemble et dans sa vie, et sur lesquelles la volonté humaine ne peut rien. »

Nous savons donc ce que nous voulons, ce que nous pensons. Nous ne sommes pas si ignorants qu'on le croit de nos propres connaissances et de nos propres opinions. Et si nos procédés pour la recherche de ces vérités diffèrent de ceux, je ne dirai pas de nos adversaires, mais de ceux de nos critiques « acerbes et implacables, » c'est que ces procédés nous semblent meilleurs et plus efficaces.

(1) Suite et fin. — Voir le n° du 14 février.

Vous le voyez, ces diverses attaques assez habituellement malveillantes, très-peu convenables, sont fort erronées ; elles sont étayées souvent sur des faits faux que je voudrais bien ne pas croire inventés pour les besoins de la critique. Elles se contredisent entre elles fort souvent. Aussi elles n'ont pas beaucoup troublé un chacun autour de moi ; elles ne m'ont pas ému sensiblement moi-même. Pourquoi donc, s'il en est ainsi, suis-je venu vous en entretenir? Messieurs, en agissant de la sorte, j'ai eu un double but : j'ai cru qu'il était de mon devoir de vous prémunir contre des influences aussi mauvaises, de ne pas laisser égarer vos esprits par des dénigrements d'un désintéressement équivoque. Si je comprends bien ma mission, je dois vous dire tout ce que je crois utile de vous enseigner. Je vous dois, à l'occasion, sur toutes questions afférentes aux choses de la médecine, tout ce que mon expérience pourra me suggérer. Vous m'entendrez traiter souvent des questions de déontologie, et vous tracer les règles de conduite que doit observer le médecin au contact des malades et des membres des familles. Je devais vous montrer qu'on avait tort de discréditer auprès de vous la Faculté qui vous dirige dans vos études, au moment même où elle fait effort pour se mettre à la tête du progrès dans la science, et où elle recherche surtout, dans ceux qu'elle choisit pour combler des vides qu'elle déplore, des hommes qui lui offrent des garanties et qu'elle sait liés au mouvement qu'elle favorise. J'avais besoin de vous dire : Regardez-nous en face, nous sommes d'honnêtes gens qui savent leur devoir et sont bien décidés à le pratiquer. En outre, messieurs, j'avais à cœur de bien vous montrer mes opinions en médecine, et de bien vous faire voir la voie dans laquelle je désire vous entraîner. Faire appel à tous les moyens humainement connus, d'où qu'ils viennent, pour arriver à la meilleure et à la plus sûre connaissance de l'état morbide, de façon à décider du meilleur moyen de traitement, suivre particulièrement le chemin avec la physiologie pour principal guide, n'accepter comme fait scientifique que ce qui est démontré, à mon bon sens, par le témoignage bien établi des sens et de l'esprit. Voilà ma règle de conduite, voilà ma profession de foi. J'ai pu l'appuyer, je l'espère, par l'exposé même que je vous ai présenté de ces attaques « persistantes, acerbes et implacables. »

Laissez-moi ajouter qu'il y a eu dans la presse des personnes plus justes et moins systématiquement engagées dans une critique primitivement décidée. J'ai eu grand plaisir à le constater, car je suis bien loin d'être de ceux qui dédaignent ou repoussent l'intervention de la presse dans les questions scientifiques ou pratiques. J'aime et je respecte la presse comme une grande et puissante manifestation de l'esprit humain. Je sais et je confesse que j'ai besoin, comme tout autre, des avertissements qu'elle peut donner, des renseignements qu'elle peut fournir. Je sais tenir compte des uns et des autres avec gratitude, et, je me plais à le déclarer, l'intervention de la presse médicale a souvent modifié mes opinions. Mais si je sais tenir la presse en grande considération quand elle se respecte elle-même, laissez-moi le dire, je sais aussi ne pas la craindre quand elle mésuse des armes qu'elle peut employer, et alors, loin de reculer ou de rester timide devant elle, je garde toute mon indépendance et toute ma liberté pour la plaindre si elle elle se trompe en toute conscience, ou pour la considérer fort peu alors qu'elle est systématiquement dénigrante, et qu'elle épouse les intérêts d'une individualité, « si douce, si expansive et si inoffensive » que cette individualité puisse être.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 février 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Yvolneau (de Blois) et Guillemaut (de Louhans) ;

2° Des rapports sur l'épidémie cholérique qui a régné en 1866 dans le département de la Moselle ;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans le département du Jura. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux observations d'ovariotomie pratiquée avec succès par M. Delacroix (de Béziers). (Comm. : MM. Huguier et Nélaton.)

2° Une note sur le traitement de la carie dentaire au moyen de l'acide phénique dilué et de l'obturation médiate, par MM Prest et Victor. Le contenu de cette note se résume dans les deux conclusions suivantes : 1° Que *toutes* les caries dentaires ayant pour cause une altération chimique, c'est-à-dire les neuf dixièmes des caries peuvent être complétement guéries par notre méthode ; 2° Que l'extraction d'organes aussi essentiels que les dents ne doit plus être que l'exception, et seulement alors que la carie, abandonnée elle-même, est arrivée à déterminer une inflammation du périoste alvéolaire. (Comm. : MM. Oudet et Broca.)

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Em. Rousseau, niant la possibilité d'inoculer la syphilis au singe.

— M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie les appareils et instruments dont suit l'indication :

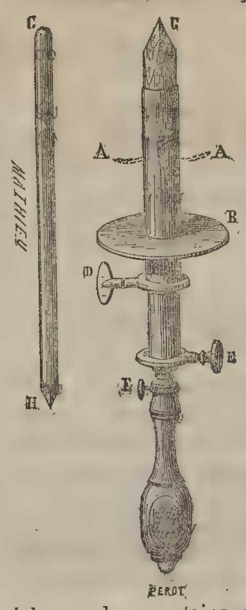
1° Un otoscope imaginé par M. le docteur Garrigou-Desarènes, et exécuté par M. Guéride, consistant en :

Un miroir plan métallique, placé sous un angle de 45 degrés, avec la lentille plan convexe de l'otoscope, ce qui permet de voir l'oreille et le tympan en ligne droite ;

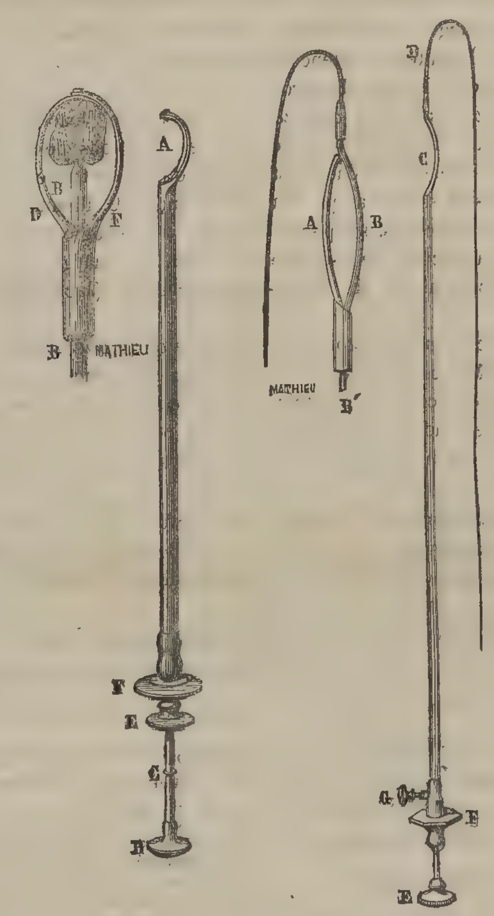
Et au centre de ce miroir plan, un tube armé de lentilles qui grossissent l'objet et où l'œil de l'observateur vient s'appliquer.

2° Un appareil pour le traitement de la coxalgie, construit par M. Guillot, sur les indications de M. Léon Le Fort.

3° Modèle du trocart que M. Mathieu a fabriqué pour M. le docteur Panas et qu'il a employé à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Sée, il y a huit mois. Cet instrument, qui est un perfectionnement du trocart du docteur Buys (de Bruxelles), est connu dans les hôpitaux de Paris ; il a été présenté à l'Académie de Belgique en septembre dernier. Celui qui est présenté aujourd'hui est muni de quatre ailettes et d'un plateau qui glisse sur la partie externe de la canule et non muni d'un pas de vis, comme celui qui a été présenté dans la dernière séance. Le poinçon peut se retourner, afin de présenter un bout mousse pour faciliter la sortie de l'instrument et permettre son transport sans danger de se blesser.



3° Nouvel instrument, fabriqué par M. Mathieu, pour broyer les calculs uréthraux. Les difficultés que présente l'extraction des calculs uréthraux ont donné naissance à un assez grand nombre d'instruments qui sont dans la pratique; cependant, on les voit échouer dans certains cas, à cause de l'insuffisance de leur mode d'action. Celui-ci est composé de deux tubes concentriques, se terminant tous deux par une double courbure en forme de croissants, qui, placées l'une sur l'autre, présentent un petit volume qui peut être introduit facilement dans l'urèthre. Une fois arrivé en face du calcul, par un mouvement de rotation exercé en sens inverse sur les deux rondelles E F, on dédouble les deux parties recourbées qui enveloppent le calcul dans une espèce d'anneau fermé dans l'axe de l'instrument; puis en poussant le mandrin central, pourvu d'une pointe, on fait éclater le calcul le plus dur avec une grande facilité.



4° Autre instrument uréthrotome, fait sur ce même principe, par M. Mathieu, pour M. Mallez. L'une des courbures est rendue tranchante, l'autre, mousse, la protége dans l'introduction. Cet instrument ainsi disposé est d'un très-petit volume et peut franchir les rétrécissements les plus petits. Une fois qu'il a pénétré au delà de la stricture, on développe la branche mousse qui vient faire un point d'appui à la lame, et par un mouvement de retrait on incise le rétrécissement. La manœuvre est facile et l'action sûre. Sur la demande de M. Richet, M. Mathieu a disposé en arrière de la lame un petit renflement de forme olivaire, qui permet de mieux apprécier le point d'arrêt du rétrécissement.

— M. ROBIN dépose sur le bureau un travail manuscrit sur la compression préventive, par M. le docteur Milliot, médecin militaire en Russie.

— M. CERISE présente : 1° au nom de M. le docteur Foissac, un ouvrage intitulé : *Influence des climats sur l'homme et des agents physiques sur le moral.*

2° Au nom de M. Figuier, l'*Année scientifique* pour 1866, et le deuxième volume de la *Vie des savants illustres.*

— M. BLOT dépose sur le bureau le mémoire imprimé de M. le docteur Monot sur l'*Industrie des nourrices et la mortalité des petits enfants.*

— M. GUÉRARD communique à l'Académie la relation d'un fait rapporté dans les journaux Belges, d'après laquelle le fils d'un cultivateur, chez qui le premier cas d'épizootie de peste bovine a été constaté, aurait été malade lui-même et aurait transmis la maladie dans une autre localité.

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'elle aura à élire, dans la prochaine séance, deux commissions pour les correspondants nationaux et étrangers.

M. le Président ajoute qu'il est heureux de pouvoir annoncer à l'Académie le complet rétablissement de M. Rayer.

LECTURE.

Rhumatisme cérébral. — M. VIGLA, candidat pour la place vacante dans la section de pathologie interne, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Étude nouvelle sur les symptômes cérébraux dans le rhumatisme articulaire aigu* (rhumatisme cérébral).

Ce travail a pour objet d'esquisser la physionomie de cette complication telle que l'auteur a cru la saisir dans les trente faits dont il a été témoin. Voici quelques-uns des caractères plus particuliers signalés dans cette esquisse.

La céphalalgie a été une exception ; tous les malades ayant été interrogés avec soin sur ce point, M. Vigla a souvent noté, au début, de l'inquiétude, des pressentiments funestes, de la mauvaise humeur, de l'excitation, une certaine brusquerie dans les mouvements, et les réponses des malades en opposition ou en rapport avec leur caractère habituel ; du vague, de l'hébétude dans le regard ; un sommeil agité, des cauchemars ou une somnolence habituelle, de l'excitation, de la loquacité ; à une époque plus avancée, ou d'emblée dans les formes graves, de l'incohérence dans les idées, des rêvasseries, un délire quelquefois calme, plus souvent violent, des hallucinations, etc.

M. Vigla a noté aussi, un assez grand nombre de fois, des soubresauts de tendons, de la carphologie, des convulsions ; l'ensemble des symptômes propres à l'état typhoïde.

Le nombre des cas de rhumatisme cérébral a beaucoup varié suivant les années. Il s'est montré plus commun à la maison de santé que partout ailleurs. Il est loin d'être rare en ville.

Contrairement à ce qu'on observe dans les complications cardiaques, où la fréquence est en raison du nombre des articulations affectées, de l'intensité de la fluxion et de la fièvre ; on voit les accidents cérébraux aussi fréquemment dans les conditions moyennes que dans les précédentes, et le rhumatisme le plus bénin n'en est pas à l'abri. Il n'a pas remarqué non plus qu'une seconde ou une troisième attaque y exposât plus qu'une première.

Des sueurs abondantes ont coïncidé d'une manière presque constante avec des accidents cérébraux. M. Vigla a observé aussi des épistaxis, de la diarrhée, des vomissements bilieux. Les complications cardiaques, bronchiques, pleurales et pulmonaires ont été observées plusieurs fois, concurremment avec les accidents cérébraux, mais dans une proportion trop faible pour y attacher une certaine importance. Enfin l'auteur a examiné les articulations des malades, dont il analyse l'histoire, tant au point de vue de la douleur intense sans fluxion proportionnée, que de la condition inverse, et ces deux états n'ont pas paru coïncider plus fréquemment l'un que l'autre.

Ainsi, le nombre des articulations affectées, l'intensité de la fluxion ou de la douleur, le degré de fièvre, les complications cardiaques, bronchiques ou pulmonaires, l'état saburral, ne favorisent pas sensiblement le développement des accidents cérébraux dans le rhumatisme articulaire. M. Vigla attache une plus grande importance aux sueurs abondantes et aux éruptions miliaires. Le tempérament, les chagrins, les préoccupations morales, les craintes et les pressentiments funestes, lui ont paru avoir exercé chez plusieurs malades une influence marquée sur la forme cérébrale du rhumatisme.

Quant au traitement employé pour combattre le rhumatisme, et en particulier à l'emploi du sulfate de quinine, M. Vigla, bien qu'il ait conclu, dans son premier mémoire sur ce sujet, qu'il avait été sans influence sur le développement des accidents cérébraux, a cru néanmoins devoir s'abstenir, depuis, de ce médicament.

Le pronostic du rhumatisme lui a toujours paru grave.

Le traitement présente tout d'abord cette première indication : maintenir ou rappeler la fluxion articulaire. Les émissions sanguines, l'opium, les purgatifs, les révulsifs, les antispasmodiques, employés opportunément, comptent quelques succès. Mais c'est toujours, ajoute M. Vigla, dans l'étude de l'élément morbide initial et principal, le rhumatisme, qu'il faut chercher les indications capitales.

Le mémoire est renvoyé à la section, constituée en commission d'élection.

Uréthrotomie externe. — M. DEMARQUAY donne lecture d'un mémoire sur l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Tout le monde sait, dit M. Demarquay, qu'il existe des rétrécissements infranchissables. Que faire? Dans le siècle dernier, plusieurs chirurgiens, et tout récemment MM. Ricord et Sédillot, ont proposé d'attaquer ces rétrécissements d'avant en arrière, d'ouvrir le canal, d'y introduire un stylet, et d'inciser les parties rétrécies d'avant en arrière. Le premier de ces deux habiles chirurgiens fit cinq fois cette opération : quatre fois il put terminer son opération, une cinquième fois il échoua. Lenoir, assisté par M. Demarquay, ne put non plus retrouver la partie profonde de l'urèthre. M. Civiale a combattu, dans la dernière édition de son ouvrage, cette pratique chirurgicale, attendu que le chirurgien est sans guide, et que l'opération est livrée au hasard et à l'habileté du chirurgien. Cependant, M. Sédillot s'est montré partisan de cette manière de faire. M. Demarquay, après avoir démontré le côté défectueux de toutes ces opérations, propose de résoudre le problème de la manière suivante :

1° Aller avant tout, le malade étant placé comme pour la taille, à la recherche de la portion membraneuse de l'urèthre, dont les rapports sont fixes et bien connus. On y arrive en faisant une incision courbe au-devant de l'anus et en se dirigeant de bas en haut et d'arrière en avant.

2° La portion membraneuse étant découverte, la pointe de la prostate étant reconnue, la portion membraneuse est ouverte, et une sonde de femme spéciale est introduite dans la vessie.

3° Si le périnée et les bourses sont très-malades, traversés par une fistule, une incision médiane divisant les parties malades tombe sur la première.

4° Cela fait, une sonde canelée mince, ou un stylet cannelé est introduit d'arrière en avant à travers le rétrécissement, à la rencontre d'un cathéter spécial ; si le passage se fait aisément, la partie rétrécie est incisée comme dans le procédé de Syme. Si au contraire on ne peut faire passer aucun instrument conducteur, le canal est ouvert en avant du rétrécissement, et alors le cathétérisme est de nouveau tenté d'avant en arrière. Si le cathétérisme est impossible, il incise toute la partie malade en ayant soin de ne pas dépasser la limite supérieure de l'urèthre.

5° Cela fait, une sonde est introduite dans la vessie et changée aussi souvent qu'il en est besoin.

Cette opération délicate a été pratiquée six fois avec succès avec le concours de MM. Guersant, Hervez de Chégoin, Denonvilliers et Ricord.

Cette opération, ajoute M. Demarquay, a été indiquée par Jean-Louis Petit et M. Sédillot lui-même ; il a donc, suivant lui, réalisé sur le vivant un procédé opératoire qu'il avait beaucoup étudié sur le cadavre il y a quinze à seize ans quand il était prosecteur.

Les malades soumis à cette opération guérissent très-bien, éprou-

vent peu d'accidents, et il se fait une véritable uréthrogénie, car le canal se reforme sur la sonde introduite dans la vessie comme sur un moule.

Une commission composée de MM. Civiale, Ségalas et Denonvilliers est chargée d'examiner ce travail et de faire un rapport.

Vaccine. — M. LE Dr DANET, médecin du Ministère de l'intérieur, ayant été chargé, par le ministre de ce département, de faire des études sur le vaccin, dépose sur le bureau de l'Académie le dossier concernant les opérations qu'il a pratiquées, ainsi qu'un album colorié sur nature, et une collection de photographies représentant les sujets remarquables qu'il a rencontrés durant sa mission.

M. Danet lit devant l'Académie le résumé de ses recherches, qui avaient pour but : 1° de constater par des observations directes l'opportunité de la revaccination sur le personnel des établissements pénitentiaires et autres centres de population agglomérée; 2° d'étudier le mode le meilleur de pratiquer cette opération; 3° enfin, de rechercher si le vaccin, comme on l'en a accusé, a, en effet, quelque influence sur la mortalité dans la première enfance, et sur les cas de réforme pour le service militaire.

Après avoir pratiqué 45,500 piqûres sur 8,500 sujets des deux sexes, de tous âges et de toute catégorie, et sur plus de 40 animaux de diverses espèces, M. Danet, qui a étudié parallèlement les effets des vaccines de la vache à l'homme, et de bras à bras, déclare avoir obtenu avec le premier 40 pour 100 de succès, et 26 pour 100 seulement avec le second.

De ses observations, il semble résulter en outre que la variole et la vaccine sont deux maladies différentes; que la fièvre typhoïde et la variole sont loin d'être des maladies identiques, et qu'enfin, la transmission d'une maladie diathésique est possible par suite de l'inoculation du vaccin.

M. Danet, qui appuie sa théorie sur les modifications qu'il dit avoir remarquées dans les pustules de vaccin développé sur des individus atteints de diathèses, termine son compte rendu par les conclusions suivantes :

1° La variole et la vaccine sont deux maladies différentes;

2° Le vaccin ne prédispose à aucune maladie;

3° Le vaccin et la variole perdent après un certain temps leurs propriétés anti-varioliques;

4° Le vaccin, quel que soit son procédé de conservation, a donc besoin d'être renouvelé;

5° La prédisposition à la variole est d'autant plus grande que le sujet est plus jeune ou très-âgé;

5° La revaccination est d'une absolue nécessité;

7° Les varioleux mêmes doivent être revaccinés;

8° Le vaccin en passant par l'organisme humain emprunte à celui-ci ses principes constitutionnels : il peut donc être souvent dangereux de vacciner avec des vaccins de bras à bras.

9° La vache est réfractaire au virus syphilitique;

10° La revaccination de la vache à l'homme est la seule qui présente toutes les garanties de succès et de sécurité;

11° L'état fébrile est en général une cause d'insuccès;

12° l'injection pour les vaccins conservés et la multiplicité des piqûres en général sont les moyens d'opérer qui offrent le plus de chances de réussite;

13° Les vaccins conservés doivent être revivifiés par leur transplantation sur la génisse;

14° On ne doit se servir du vaccin que du quatrième jour après l'opération à la fin du sixième et jamais plus tard.

32 veaux, 2 chiens, 2 porcs, 4 lapins ont servi à ces opérations et aux expériences préalables de toute nature.

En somme, 50,232 piqûres de toute sorte ont été faites avec tous les moyens connus.

Sur 8,395 personnes de tout âge, le vaccin a pris sur 2,820, c'est-à-dire 33 p. 100, dont 40 p. 100 pour le vaccin de génisse et 26 p. 100 pour le vaccin de bras à bras.

Le travail de M. Danet est renvoyé à la commission de vaccine.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

I. — *Faculté de médecine de Paris.* — M. Raynaud, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé provisoirement, à titre de suppléant, du cours de pathologie interne à ladite Faculté, en remplacement de M. le docteur Monneret, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Duval, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire à ladite Faculté, en remplacement de M. Jœssel, appelé à d'autres fonctions.

II. — *Faculté des sciences de Paris.* — M. Gervais (Henri) est chargé provisoirement, à titre de suppléant, des fonctions de préparateur d'anatomie comparée et de physiologie des animaux à la Faculté des sciences de Paris, pendant la délégation de M. Vaillant à la Faculté des sciences de Montpellier.

Faculté des sciences de Strasbourg. — Un congé d'inactivité pendant l'année classique 1866-1867, est accordé, sur sa demande, à M. Liès-Bodard, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg.

M. Wilm, préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est chargé provisoirement, à titre de suppléant, du cours de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg, pendant la durée du congé accordé à M. Liès-Bodard.

Faculté des sciences de Caen. — M. Pierre (Joachim-Isidore), professeur de chimie et délégué dans les fonctions de doyen de la Faculté des sciences de Caen, est nommé doyen de ladite Faculté.

M. Eudes-Deslongchamps (Eugène-François-Guillaume), docteur ès-sciences naturelles, suppléant du cours de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen, est chargé dudit cours, en remplacement de M. Eudes-Deslongchamps (Jacques-Armand), décédé.

III. — *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.* — M. Coste, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est admis, sur sa demande et pour cause d'infirmités, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, et nommé professeur honoraire.

M. Labat, suppléant pour les chaires de chirurgie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite École, en remplacement de M. Coste.

M. Lanelongue, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie à ladite École, en remplacement de M. Labat, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Henrot (Henri) est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, en remplacement de M. Gentilhomme, démissionnaire.

IV. — *Lycée impérial de Niort.* — M. le docteur Eymer est nommé médecin adjoint au Lycée impérial Fontanes, à Niort (emploi nouveau).

V. — *Sociétés savantes. — Distribution des prix en 1867.* — La distribution des récompenses accordées aux Sociétés savantes des départements, à la suite des concours de l'année 1866, aura lieu à la Sorbonne, le samedi 27 avril 1867, à midi précis.

Les mardi 23, mercredi 24, jeudi 20 et vendredi 26 avril, des lectures seront faites, à la Sorbonne, dans les trois sections du Comité, par les membres des Sociétés savantes.

Une commission, composée des personnes ci-après désignées, est chargée d'assurer la réunion, à la Sorbonne, de tous les instruments d'expérimentation, des collections et échantillons de nature à représenter le mouvement scientifique le plus récent, savoir :

MM. Le Verrier, président de la section des sciences du Comité des travaux historiques et des Sociétés savantes; Milne-Edwards, vice-président; Payen, Cahours, Desains, Du Chartre, Hébert, membres de ladite section; Haton de la Goupillière, ingénieur du corps impérial des mines; Abria, doyen de la faculté des sciences de Bordeaux; Bourget, professeur à la Faculté des sciences de Clermont; Morren, doyen de la faculté des sciences de Marseille; Bach, doyen de la Faculté de Strasbourg.

Cette exposition aura lieu à la fin du mois d'avril, pendant les jours de réunion des délégués des Sociétés savantes.

— On demande un interne à l'asile des aliénés de Prémontré (Aisne). Logement, chauffage, éclairage, blanchissage, nourriture et 1,000 de traitement. Douze inscriptions de doctorat seront exigées.

S'adresser au médecin directeur à Prémontré, par Long-le-Chateau (Aisne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du choléra asiatique comme conséquence d'un élément morbide de nature organisée, par M. Fauconnet. In-8° de 64 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1866, F. Savy.

Parallèle entre le céphalotribe et le forceps-scie, par le docteur Verrier, professeur particulier d'accouchements. Un vol in-18 de 60 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Essai sur la digitale et son mode d'action, par le docteur Legroux, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 84 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Contributions à l'emploi thérapeutique de l'alcool, par le docteur A. Legras, ancien interne des hôpitaux de Paris. Grand in-8. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 21. — MARDI 19 FÉVRIER 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 19 FÉVRIER 1867. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 FÉVRIER 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

UNE VISITE A L'HÔTEL-DIEU DE LYON.

Au milieu des villes de province, celle de Lyon occupe une place toute spéciale au point de vue scientifique. Elle a su rester le foyer d'un grand rayonnement intellectuel, et l'on s'étonne de n'y pas voir une faculté de médecine.

En effet, tous les éléments nécessaires pour constituer une faculté, la ville de Lyon les possède : immensité des hôpitaux, concentration dans un petit espace d'un très-grand nombre de malades, et par conséquent facilités exceptionnelles pour observer beaucoup et bien ; personnalités vigoureuses qui ne se bornent point à imiter, mais créent ou perfectionnent des procédés, soutiennent ou combattent des systèmes ; émulation vive, et parfois luttes passionnées, qui fixent l'attention ; habitudes d'expérimentation physiologique que contribue à développer le voisinage d'une grande école vétérinaire ; ce sont là des conditions rares à rencontrer partout ailleurs.

De là l'éclat exceptionnel du congrès médical qui s'est tenu à Lyon en 1864. Les principales questions qui y furent posées étaient lyonnaises, pour ainsi dire, et les discussions n'y furent pas sans fruit, particulièrement en ce qui touche la régénération des os.

J'ai résumé alors dans la *Gazette* (1) les arguments fournis de part et d'autre, et voici comment je terminais cette partie de mon compte rendu :

« Cette mémorable séance où fut discuté le rôle du périoste doit faire époque dans l'histoire des congrès médicaux, car elle permit de toucher du doigt les avantages spéciaux de cette institution.

« Ailleurs, sur les questions nouvelles, chaque opinion se fait jour isolément ; l'expérimentateur n'est pas mis en présence de ses critiques et de ses détracteurs ; la contre-épreuve manque presque toujours, et comme on se trouve entre des assertions et des affirmations contradictoires, on est exposé bien souvent à prendre parti un peu au hasard, si l'on ne veut pas ou si l'on ne peut pas contrôler soi-même, en les répétant dans les meilleures conditions possibles, toutes les expériences annoncées.

« Les académies elles-mêmes ne peuvent pas toujours suppléer à ce défaut de contrôle, car leurs membres étant des juges, les divers systèmes nouveaux s'y présentent sans avocats, et les éclaircissements, les vérifications y deviennent parfois difficiles.

« Tandis qu'un congrès médical est comme un tournoi dont la barrière s'ouvre également à tout le monde. Si la question nouvelle offre assez d'intérêt pour passionner les adversaires, ils s'arment de toutes pièces et combattent en personne. Les assistants ne tardent pas à connaître le fort et le faible de chacun, et bien des doutes s'évanouissent.

« Après avoir examiné l'opéré de M. Aubert, le résultat des expériences tant de M. Marmy que de M. Ollier ; après avoir entendu les discours animés, colorés, éloquents, spirituels de MM. Desgranges et Verneuil, chacun arrêta son jugement. Nous allons tâcher de reproduire les impressions qui nous parurent être celles du plus grand nombre.

« Personne ne croyait plus qu'il fallût limiter aux lapins seuls l'application des opérations sous-périostiques ; tous étaient persuadés qu'elles pouvaient être utiles en certains cas chez l'homme, et désiraient voir se continuer en ce sens les études si bien commencées ; tous admettaient aussi les avantages qu'offre le simple évidement de l'os lorsque cette méthode est applicable.

« Mais ce qui paraissait moins clair à plusieurs, c'étaient les limites dans lesquelles il fallait renfermer la part que chaque tissu, en dehors du périoste, était susceptible de prendre à la restauration des parties osseuses ; c'était enfin la valeur scientifique, la convenance pratique, le véritable nom de telle ou telle opération faite et publiée à l'étranger pour la plus grande gloire du périoste. On semblait regretter que tous les chirurgiens n'eussent pas porté dans ces recherches l'esprit prudent et la sage réserve de MM. Ollier et Verneuil.

« J'ai dû m'arrêter plus longtemps sur cette cinquième séance que sur les autres, parce qu'en en sortant, nos confrères des pays les plus éloignés se félicitaient de leur voyage. »

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1864, nos 113 et 120.

Ce voyage de Lyon, je viens de le refaire après plus de deux ans, et j'en ai profité pour étudier à nouveau la question de la régénération du périoste, à l'aide de pièces qui ne nous avaient point été montrées lors du congrès.

M. Ollier enrichit tous les jours le musée anatomo-pathologique qu'il a créé dans son cabinet de l'Hôtel-Dieu.

Nous y avons vu les exemples les plus curieux d'os régénérés chez les animaux par le périoste ; et nous avons pu constater par un examen attentif l'exactitude des descriptions que M. Ollier a faites de ces pièces dans l'ouvrage qu'il vient de publier.

Au fond, sauf que les preuves sont maintenant plus nombreuses, rien n'est changé à l'état de la question depuis le congrès. Aujourd'hui comme alors, M. Ollier « admet que des tissus autres que le périoste peuvent concourir parfois à l'ossification et qu'une perte de substance osseuse ne dépassant pas un centimètre peut être réparée en l'absence du périoste ; mais, dit-il, tandis que le périoste sécrète l'os d'une manière normale, les autres tissus ne le font jamais que par suite d'une irritation particulière qu'il n'est au pouvoir de l'opérateur ni de faire naître ni de régler. »

M. Ollier ne s'est pas départi de la sagesse d'appréciation qu'il avait montrée lors du congrès ; il n'est pas devenu plus exclusif, et sait rendre hommage même aux travaux de ses adversaires ; c'est ce qui lui permet de ne pas changer de théorie. La méthode expérimentale demande une grande qualité : c'est un esprit analytique, assez sagace pour se rendre compte des conditions qui assurent le succès et des causes d'erreur à éviter, assez prudent pour ne pas dépasser les conclusions nécessaires des expériences faites par soi-même ou par autrui. Cette qualité, M. Ollier la possède dans une proportion remarquable, et je ne m'étonne pas que ses adversaires l'aient complimenté, à ce point de vue, sur son dernier livre (1).

Tous ne possèdent pas cette impartialité : et c'est ainsi que le débat s'est compliqué de questions personnelles qui devraient en être écartées. On est allé jusqu'à nier les faits annoncés par M. Ollier : oubliant qu'il était facile de s'en assurer par soi-même, et que toutes les expériences négatives, contre des faits positifs, ne prouvent rien. M. Ollier tient les os enlevés et reproduits sous le périoste, à la disposition de ceux qui doutent. Quant à nous, nous ne doutons plus.

Non-seulement nous avons examiné des os entiers, tels que l'omoplate, enlevés sur des animaux avec conservation du périoste et reproduits presque semblables, un peu plus petits seulement, et moins réguliers ; non-seulement nous avons constaté la nature osseuse d'anneaux produits par le périoste détaché du tibia d'un animal, et enroulé autour des muscles de la jambe ; mais nous avons pu mesurer la longueur d'extrémités articulaires rétablies après des résections sous-périosto-capsulaires, et nous ne pouvons admettre que les nouvelles articulations soient, comme on l'a prétendu, le résultat de la simple usure des fragments. Comment l'usure de fragments diaphysaires d'un humérus, d'un cubitus et d'un radius pourraient-elles reproduire un coude presque aussi parfait que l'ancien, un peu plus large même, et présentant un olécrane exagéré ?

Cette reconstitution des articulations sur leur modèle primitif, lorsque la gaîne périosto-capsulaire a été respectée, nous a semblé des plus remarquables. Le cartilage diarthrodial ne se reproduit pas, et dans les premiers temps les extrémités articulaires sont unies par un tissu cellulaire qui devient de plus en plus lâche ; mais quelquefois la cavité se régularise et prend le poli d'une cavité synoviale.

Les résultats sont bien différents dans les résections ordinaires. Jamais une véritable articulation ne se constitue.

(1) *Traité expérimental et clinique de la régénération des os.* Paris, Victor Masson, 1867.

Ainsi l'importance du périoste pour la régénération des os devrait être admise par tous. La seule question est de savoir jusqu'à quel point cette importance est capitale, et si, en dehors du périoste, la moelle, ou le tissu osseux, ou même les parties molles périphériques ne pourraient pas jouer un rôle analogue dans la reconstitution des os. Pour la moelle, quand elle reste en place, il est certain qu'elle s'ossifie dans de nombreuses circonstances. Elle constitue après les fractures la virole interne, elle fournit à l'os des couches de renforcement, elle joue donc dans ce cas un rôle semblable à celui du périoste, et M. Ollier le reconnaît. Mais la moelle est un tissu mou, friable, qui suppure facilement et ne peut guère subsister en dehors de l'os.

Les couches périphériques de l'os quand elles sont saines doivent être conservées, en même temps que le périoste, pour une double raison : d'abord elles servent, pour ainsi dire, d'attelle interne pour le périoste, et l'empêchent de s'affaisser, puis elles semblent contribuer par elles-mêmes à la production du tissu osseux. C'est pourquoi M. Ollier emploie très-souvent, quand il le peut, la méthode dite de l'évidement. Nous avons vu plusieurs malades chez lesquels cette opération avait été pratiquée par lui.

En effet, pour M. Ollier, il ne s'agit pas de faire triompher un système, ni d'exalter outre mesure les propriétés du périoste, mais de déterminer expérimentalement la part que prend chaque tissu dans la restauration de quelque partie du squelette, et de montrer jusqu'où peut aller le chirurgien avec quelque espoir de succès. Or maintenant, la réussite possible d'opérations véritablement sous-périostées est hors de doute.

En Angleterre, comme en Allemagne, on en pratique ; et dans le dernier numéro du journal anglais *The Lancet*, le docteur Irwine vient encore de publier un nouveau fait de reproduction d'une clavicule entière, excisée avec conservation du périoste.

Avant de quitter l'Hôtel-Dieu de Lyon, disons quelques mots de la salle des accouchements, célèbre depuis longtemps par le bas chiffre habituel de la mortalité et par l'absence de toute fièvre puerpérale, alors même que cette maladie sévissait ailleurs épidémiquement.

Il faut dire qu'on y reçoit seulement des femmes mariées, et qui par conséquent se trouvent en général dans des conditions physiques et morales bien meilleures que les filles-mères. Cette salle de vingt-quatre lits, située au dernier étage de l'hôpital, est ventilée d'abord par de vastes fenêtres et de larges portes, puis par des prises d'air facultatives, le long des murs, vers le plancher, puis par toute une série de longues fentes au plafond qui la font communiquer avec un grenier habituellement ouvert à tous les vents.

Il n'y a rien de particulier à noter dans les soins qu'on y donne aux nouvelles accouchées. On les maintient propres, en changeant fréquemment les draps que l'on met sous elles et le linge de corps ; mais on évite les fréquents lavages. Presque jamais on n'emploie l'ergot de seigle pour hâter le travail. Souvent on couvre le ventre de cataplasmes tièdes pendant les trois ou quatre premiers jours. — Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Du rhumatisme articulaire chronique.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Après avoir approfondi l'histoire de la goutte, nous allons nous occuper d'une affection si voisine de cette maladie, que bien des fois elle a été confondue avec elle. Nous espérons cependant vous prouver que cette assimilation n'est pas fondée, et qu'il faut réserver une place à part au rhumatisme articulaire chronique, qui va maintenant devenir le sujet de nos leçons.

Nous aurons sous ce rapport un grand avantage. Tandis que la goutte, qui, en France, n'est pas une maladie nosocomiale, et qui d'ailleurs est peu fréquente dans le sexe féminin ; — tandis que la goutte est presque inconnue à la Salpêtrière, le rhumatisme chronique est, au contraire, l'une des infirmités les plus communes dans cet établissement. En effet, cette affection prédomine chez les femmes, et parmi les classes peu

favorisées de la société. Aussi la proportion des pensionnaires admises dans cet hospice pour des lésions de cette espèce est-elle d'un quinzième environ par rapport à la population totale.

La plupart des auteurs qui ont spécialement étudié cette maladie, ont puisé leurs observations dans des établissements analogues à la Salpêtrière. En Angleterre, ce sont les *workhouses* (asiles pour les pauvres) qui ont fourni les matériaux des intéressantes publications de Colles, Smith et Adams. Vous savez que c'est à la Salpêtrière que Landré-Beauvais a rédigé la monographie que nous avons eu déjà l'occasion de citer. C'est donc une véritable étude clinique que nous allons entreprendre ici, et j'aurai souvent l'occasion de mettre sous vos yeux, non-seulement des pièces anatomiques, comme nous l'avons souvent fait jusqu'ici, mais encore des malades atteints des lésions que je vais avoir à décrire.

I. — La dénomination que j'ai choisie pour désigner la maladie dont il s'agit, consacre une interprétation nosographique à laquelle j'adhère pleinement, mais que n'admettent pas tous les auteurs.

Parmi les adversaires de l'opinion que je soutiens, les uns déclarent qu'il s'agit ici d'une affection spéciale, et complétement indépendante de la goutte et du rhumatisme articulaire aigu : c'est l'*arthrite rhumatoïde* de Garrod (*rheumatoid arthritis*), le *rhumatisme goutteux* de Fuller (*rheumatic gout*). Les autres considèrent les diverses formes du rhumatisme noueux comme subordonnées à la goutte.

Je vais m'efforcer, messieurs, de légitimer les idées auxquelles je me rattache, et de vous montrer qu'on voit *quelquefois*, au lit du malade, le rhumatisme articulaire chronique procéder directement du rhumatisme articulaire aigu, absolument comme la pneumonie lobaire chronique peut succéder à la pneumonie aiguë. Il est vrai, toutefois, que la forme chronique du rhumatisme articulaire peut se développer presque toujours spontanément, et sans passer par la forme aiguë ; mais ce fait négatif ne saurait infirmer la connexion que nous cherchons à établir.

Pour ce qui touche à la goutte, nous établirons plus tard une distinction radicale entre ces deux maladies.

II. — Le rhumatisme articulaire chronique se présente sous des aspects variés et tellement opposés en apparence, que plusieurs auteurs ont cru avoir sous les yeux plusieurs affections différentes. Nous n'y voyons, au contraire, que les formes diverses d'une seule et même maladie.

Pour n'en citer qu'un seul exemple, il nous suffira de vous dire que plusieurs auteurs admettent volontiers que le rhumatisme noueux n'est autre chose que le rhumatisme poly-articulaire à l'état chronique, mais qu'ils se refusent à reconnaître l'origine rhumatismale de l'affection, lorsqu'elle se localise sur une seule jointure, pour y produire lentement, insidieusement, les graves et profondes altérations du *morbus coxæ senilis*.

Nous espérons vous démontrer qu'il est de toute impossibilité d'établir une distinction réelle entre ces formes diverses du rhumatisme, et qu'il est souvent possible, au contraire, de constater qu'elles procèdent toutes d'une seule et même source.

III. — Il est toutefois indispensable, au point de vue clinique, d'étudier séparément les principales variétés du rhumatisme chronique, comme s'il s'agissait, en réalité, de plusieurs maladies distinctes : c'est là le seul moyen d'éviter toute confusion. Après ce travail préliminaire, nous nous efforcerons de mettre en lumière le lien commun qui les réunit.

Les types du rhumatisme articulaire chronique sont fort nombreux ; mais nous porterons principalement notre attention sur les suivantes :

1° *Rhumatisme articulaire chronique progressif.*

C'est le *rhumatisme goutteux*, ou *rhumatisme noueux* des auteurs : la *goutte asthénique primitive*, de Landré-Beauvais ; les *nodosités des jointures*, de Haygarth.

Cette forme est la plus grave ; elle entraîne des infirmités déplorables. Quoique se portant de préférence sur les petites jointures, elle envahit aussi les grandes ; souvent elle détermine des rétractions musculaires et d'autres accidents.

On peut en distinguer deux espèces. Tantôt *primitive*, tantôt *consécutive* à la forme aiguë (ce qui est rare), cette affection peut être bénigne ou maligne. Elle n'est pas toujours concentrée sur les jointures, et peut s'accompagner d'affections viscérales, qui sont tantôt semblables à celles du rhumatisme aigu (et qui en procèdent quelquefois) et tantôt propres au rhumatisme chronique ; il faut ranger dans cette dernière catégorie l'*ophthalmie* et la *néphrite albumineuse*.

Les altérations locales sont celles de l'*arthrite sèche*, qui sont d'ailleurs communes à toutes les formes du rhumatisme chronique, sauf quelques modifications secondaires.

2° *Rhumatisme articulaire chronique partiel.*

Dans ce type, les jointures affectées sont en petit nombre ; il n'y en a quelquefois qu'une seule. Les altérations articulaires sont les mêmes que dans le cas précédent, mais avec beaucoup plus de gravité, comme nous le voyons dans le *morbus coxæ senilis*. Les corps étrangers qui se développent parfois dans les jointures, prennent souvent, en pareil cas, un volume exceptionnel.

Au contraire, les affections viscérales ou ab-articulaires sont ici peu fréquentes ; il en existe cependant quelquefois. C'est surtout dans la forme bénigne de la maladie qu'elles se rencontrent ; on voit survenir, chez quelques-uns de ces sujets, certaines formes d'asthme et d'affections cutanées.

Il en est tout autrement dans la forme maligne, qui ne comporte guère d'affections viscérales, et dans laquelle toute la maladie semble se concentrer sur la jointure affectée. On a vu cependant l'albuminurie se déclarer dans quelques cas exceptionnels.

3° Les *nodosités* d'Heberden (*digitorum nodi*) constituent le type le moins grave de cette maladie.

C'est surtout ici qu'une discussion critique deviendra nécessaire. Lorsqu'il s'agit du rhumatisme noueux, on reconnaît en général qu'il diffère de la goutte, au moins par certains caractères. Il n'en est pas de même pour la forme que nous signalons ici. Personne, on peut le dire, ne doute que ces lésions ne se rapportent bien et dûment à la goutte. Nous sommes obligés de soutenir une opinion diamétralement opposée. Nous nous proposons de décrire, d'une manière toute spéciale, les arthrites qui s'attaquent de préférence à la *deuxième articulation des doigts* et qui les déforment d'une façon si singulière. A coup sûr, ces lésions ont frappé les regards de bien des observateurs ; mais elles n'ont pas encore été étudiées avec tout le soin qu'elles méritent. L'anatomie pathologique nous fera bientôt reconnaître qu'en dehors de leur siége spécial, ces arthropathies ne diffèrent en rien de celles qui constituent les deux types précédents ; et nous aurons l'occasion, dans la suite, de légitimer au point de vue clinique la séparation de ce type particulier.

Nous nous contenterons, pour le moment, de faire observer que, dans le cas le plus ordinaire, on ne rencontre ici que des nodosités des phalangettes, presque toujours indolentes, sans autre complication. Quelquefois cependant, plusieurs autres jointures, dont quelques-unes sont au nombre des plus importantes, se trouvent affectées en même temps ; enfin, la lésion articulaire peut coexister avec des douleurs musculaires ou des névralgies, qui occupent tantôt le sciatique, tantôt le trifacial, tantôt d'autres troncs nerveux.

Parmi les affections viscérales qui se rattachent à cette variété, nous indiquerons tout spécialement l'*asthme* et la *migraine*.

MALADIES DE L'OREILLE. — M. Garrigou-Désarènes.

Recherches sur la transmission à l'oreille des vibrations propres des corps, comme moyen de diagnostic dans les affections de l'ouïe, avec le diapason et l'échomètre.

Itard, dans son étude sur l'usage des différentes parties de l'oreille, nous parle de l'opinion ancienne, qui prétendait que la trompe d'Eustache était une sorte de conduit auditif buccal. Cette erreur avait été réfutée par Cotugno.

En 1728, Cotugno avait repris la question, et croyait avoir prouvé que l'on entend par la trompe d'Eustache (1). Alors Itard, voulant faire justice de cette opinion erronée, reprit l'expérience d'Ingratias, citée par Cotugno : « Il s'agit d'un Espagnol, qui devint sourd à la suite d'une maladie aiguë, par l'obstruction du méat auditif, et qui pouvait néanmoins entendre, avec autant de plaisir qu'auparavant, les sons d'une guitare, lorsqu'il en saisissait le manche avec les dents, ou qu'il plaçait dans sa bouche l'extrémité d'une baguette touchant à l'instrument par son autre extrémité (2). »

Il expérimenta sur un jeune sourd-muet de l'institution, et il prouva qu'il entendait un peu, simplement par l'oreille et non par la trompe d'Eustache.

Itard recommande l'expérience suivante : placer une montre dans la bouche, elle ne s'y fait pas entendre tant qu'elle ne porte que sur la base de la langue, mais on entend distinctement le bruit du balancier dès que la boîte vient à toucher à quelqu'une des parties osseuses de la bouche et surtout aux dents (3).

Itard établit que pour le son, il y a deux circonstances notables pour qu'il se propage jusqu'à notre oreille :

1° Les vibrations du corps sonore en contact avec les portions osseuses du crâne ;

2° Les mouvements ondulatoires de l'air.

Or les dents, ainsi que toutes les pièces osseuses qui avoisinent l'oreille, peuvent, par le contact immédiat ou par le moyen d'un conducteur solide, transmettre à cet organe les vibrations propres des corps.

Vidal (de Cassis), en 1840, chercha à appliquer cette observation au diagnostic de certaines affections de l'oreille.

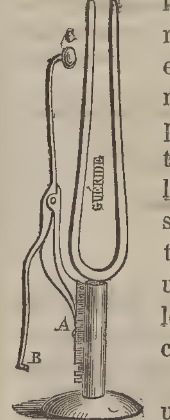
Le docteur Schmalz, de Dresde, a aussi insisté sur l'examen de la transmission des ondes sonores au nerf auditif par l'intermédiaire des os du crâne. Ses conclusions sont très-intéressantes, et l'on doit en tenir compte dans les études entreprises dans cette voie.

Enfin, en ce moment, le docteur Politzer étudie avec ses élèves, les résultats donnés par les vibrations du diapason placé sur les os du crâne, au point de vue des sons perçus par le malade et surtout par l'observateur, à l'aide d'un instrument nouveau que nous allons décrire, pour éclairer certains diagnostics des maladies de l'ouïe.

Nous allons donner les résultats qu'il obtient, en mettant en regard ceux que j'ai recueillis à ma clinique des maladies des oreilles, devant plusieurs médecins qui suivent mes cours, et j'espère qu'en continuant ces recherches dans les cliniques de Paris et de l'étranger, on pourra faire faire un pas, à l'aide de ces moyens, au diagnostic de certaines maladies de l'oreille.

Comme je viens de le dire, le docteur Politzer a observé qu'en écoutant les vibrations du diapason en contact avec les os du crâne, à l'aide d'un instrument qu'il nomme otoscope à trois branches, et que je désigne sous le nom d'échomètre, pour le distinguer de l'otoscope, instrument que j'ai créé pour éclairer le conduit auditif et le tympan, et qui rend jusqu'à présent de bien plus grands services que l'échomètre, le son arrivait à l'oreille du médecin avec des variations, suivant certains cas pathologiques ou certaines dispositions des parties constituantes de l'oreille.

N'ayant jamais vu l'échomètre du docteur Politzer, voici celui que j'ai fait construire sur le même principe, et dont je me suis servi pour les observations que je vais publier.



Sur deux tubes en métal de 2 lignes 1/2 de diamètre, ayant : l'un 4 centimètres de long, le second 3 centimètre, le plus court étant soudé par une de ses extrémités sur le milieu du premier et communiquant librement avec celui-ci, je place, en les poussant à frottement jusqu'à la partie centrale, trois tubes en caoutchouc de 30 centimètres de long, qui recouvrent les tubes métalliques leur servant de support et de moyen de réunion. Ces tubes en caoutchouc sont terminés chacun par une petite canule de verre. Deux sont placées dans les oreilles du malade, la troisième dans une de celles de l'observateur.

Mon diapason est le diapason ordinaire, avec un petit levier qui vient frapper sur une des branches, à l'aide d'un échappement fixe donnant toujours des vibrations d'une égale intensité.

Voici comment je procède pour mes expériences :

Après avoir vérifié l'audition du malade au moyen d'une montre, sans toucher la tête, et au moyen seulement des oscillations sonores de l'air, alors je place la base de mon diapason sur le vertex du malade, je l'interroge et je note s'il entend le diapason, de quel côté il l'entend mieux, etc., puis ensuite, plaçant deux des branches de mon échomètre dans chacune des oreilles du malade, en ayant soin d'introduire à la même profondeur les deux petites canules de verre, je place la troisième canule, terminant le troisième tube dans mon oreille, et j'écoute les vibrations transmises par l'échomètre.

Puis alors, je ferme alternativement avec les doigts, à la même distance de chaque oreille, une des branches de l'échomètre partant du malade, et j'observe comment et avec quelle intensité les vibrations du diapason m'arrivent à l'oreille.

Je fais vérifier les résultats par les médecins présents et alors, à l'aide de mon otoscope (*Gazette des hôpitaux*, 18 novembre 1865), je cherche à établir le diagnostic ; puis celui-ci posé, je répète les expériences du diapason et de l'échomètre, et je les note ainsi qu'il est fait plus bas.

Tous les malades chez lesquels j'ai appliqué, à mon dispensaire, le diapason en ont entendu les vibrations. Je l'ai placé sur les dents et sur les tempes, les résultats ont été les mêmes que lorsqu'il était posé au vertex.

Les résultats de l'audition du diapason par le malade sont souvent modifiés quand on lui fait boucher avec le doigt l'une ou l'autre oreille, ou les deux oreilles plus ou moins atteintes toutes deux ou séparément ; je note alors les résultats fournis dans ces conditions.

Obs. I. — H..., trente-neuf ans. Audition à la montre : 2 centimètres à droite, 15 centimètres à gauche.

Diapason mieux entendu par le malade à gauche.

Échomètre : les vibrations du diapason ne sont pas perçues par moi ni par les médecins présents, du côté droit ; bien perçues à gauche.

Examen avec mon otoscope : membrane tympanique droite épaissie, dépolie, rougeâtre dans toute son étendue, sauf un peu au-dessous du centre où il existe un petit rond d'un millimètre de diamètre, d'un blanc grisâtre tirant sur le jaune ; on distingue à peine le manche du marteau.

Cette oreille a suppuré longtemps, il n'existe pourtant pas de trace de déchirure du tympan.

La trompe d'Eustache est libre. Quand le malade pousse de l'air dans la caisse, la tension du tympan ne se remarque un peu que dans la partie blanchâtre, et cela très-faiblement.

Du côté gauche, avec mon otoscope, je trouve la membrane tympanique ouverte dans sa moitié inférieure.

Ce qui reste du tympan est épaissi, gonflé, mou au contact avec un stylet. Le marteau semble emprisonné, ainsi que les autres osselets, dans une espèce de repli du tympan vers la partie supérieure de la caisse.

L'air passe librement par la trompe et sort par cette ouverture tympanique avec un petit bruit.

Il y a de la suppuration qui existe depuis deux ans.

La muqueuse de la caisse est rouge, épaissie, molle, et sur un point on sent le contact direct de l'os avec un stylet.

Conclusions : du côté gauche, où existe la perforation, le malade entend mieux le diapason, et l'échomètre transmet parfaitement les vibrations à l'oreille de l'observateur.

Du côté droit, l'on ne perçoit rien avec l'échomètre.

Obs. II. — M. de L..., tempérament lymphatique, père syphilitique, un frère avec des accidents de syphilis héréditaire.

Otorrhée du côté gauche datant d'un an (côté droit sain). Large perforation du tympan gauche bien constatée avec mon otoscope ; elle occupe la moitié inférieure du tympan. Montre entendue de ce côté à 30 centimètres. Osselets en place.

(1) *De auditu*, Dantzick, 1728.

(2) *Comm. in Galen de ossibus*, cap. 1, text. 8, p, m. 97. Palerme, 1603, in-fol.

(3) Itard, p. 145, 1er vol.

Diapason mieux entendu par le malade du côté affecté. La montre placée entre les dents donne le même résultat.

Échomètre : vibrations un peu entendues à droite, mais beaucoup moins que du côté malade.

La sortie des ondes sonores, transmises aux canaux demi-circulaires et au limaçon par les os du crâne, est-elle facilitée par la perforation du tympan (théorie de Politzer) ?

Lorsque le malade bouche avec le doigt l'oreille saine, les vibrations du diapason sont mieux entendues par lui de ce côté que du côté malade.

Obs. III. — B..., vingt-huit ans. Otorrhée double datant de six ans.

Il entend la montre, à gauche, à 8 centimètres ; à droite, il ne l'entend pas du tout.

A l'otoscope, les deux tympans sont largement perforés ; à gauche, le marteau est visible avec l'otoscope ; à droite, on ne trouve plus les osselets.

Le pus est fétide des deux côtés.

Les caisses présentent des points osseux dénudés. Le malade entend beaucoup mieux les vibrations du diapason du côté gauche.

Avec l'échomètre, l'on entend faiblement les vibrations des deux côtés, sans différence marquée.

Obs. IV. — M..., quarante ans. Otorrhée chronique (douze ans).

Avec mon otoscope l'on ne trouve plus du tympan droit qu'un petit liséré d'un demi-millimètre en haut ; perte des osselets. L'on promène facilement un stylet dans toute la caisse, où l'on provoque une douleur très-faible. Muqueuse molle, ayant disparu dans deux points. Pus abondant et fétide.

Oreille gauche saine.

Avec le diapason, audition plus sensible, par le malade, du côté droit malade.

Échomètre : vibrations mieux entendues à droite.

En faisant boucher les deux oreilles avec les doigts, audition meilleure du diapason du côté sain.

Obs. V. — Madame P..., trente-quatre ans, n'entendant la montre d'aucun côté.

Le diapason au vertex est beaucoup mieux entendu à droite que du côté gauche.

Il y a deux ans, écoulement sans douleur du côté gauche, le sixième mois d'une grossesse ; l'écoulement a cessé de lui-même, trois mois après la couche.

L'audition était abolie de ce côté. Alors le côté droit, à la suite d'une vive douleur qui a duré quatre jours, s'est mis à couler. Actuellement l'oreille droite donne encore.

L'échomètre ne donne ici aucune différence pour l'une ou l'autre oreille.

Avec mon otoscope, nous voyons le tympan gauche blanc, dépoli, épais, collé contre la paroi interne de la caisse. En touchant avec le stylet, l'on sent une cicatrice adhérente à l'os : suite probable d'une ancienne perforation.

A droite, tympan d'un blanc tirant sur le jaune, très-épais. Petit polype vasculaire, gros comme un petit pois, à la partie supérieure du conduit auditif tout près du tympan.

Écoulement blanc sans odeur, petite perforation à la partie inférieure du tympan.

Deux petits points brillants où l'on sent une bride entre la caisse et la membrane.

Obs. VI. — C. F..., vingt-trois ans. Audition de 20 centimètres avec la montre à gauche, 12 centimètres à droite. Surdité venue depuis trois ans insensiblement.

Traité pendant un an par un confrère, au moyen des insufflations d'air dans les deux trompes, après avoir diagnostiqué un catarrhe des caisses avec rétrécissement et obstruction des trompes.

A l'otoscope, les deux tympans sont parfaitement sains, sauf une légère injection vasculaire le long du manche du marteau du côté gauche.

Les trompes sont très-libres, l'air entre sans difficulté des deux côtés soit en faisant avaler de l'eau et en poussant de l'air par une narine avec un tube en caoutchouc en faisant appuyer le doigt sur l'autre (procédé de Politzer), soit en procédant au sondage avec une de mes sondes.

Cette malade a eu des douleurs rhumatismales pendant une partie de sa jeunesse (de quinze à vingt ans). Le sang se porte facilement à la tête. Bourdonnements seulement dans ces moments. (Surdité nerveuse rhumatismale, tel est mon diagnostic).

Diapason beaucoup mieux entendu à gauche ; oreille meilleure.

Échomètre : ne donne aucun résultat ; on entend les vibrations des deux côtés avec la même force et la même durée.

Obs. VII. — M. G..., audition excellente, ayant bien voulu que je lui injectasse un peu d'eau tiède dans l'oreille droite, tête un peu inclinée à droite ; j'ai noté : douleur légère. A l'otoscope, le tympan paraît moins brillant au niveau du triangle de Wilde.

Montre encore bien entendue à 1 mètre.

Diapason au vertex mieux entendu à droite. En faisant fermer les deux oreilles avec les doigts, le diapason est alors mieux entendu à gauche.

Échomètre : les résultats sont peu marqués ; il m'a semblé cependant que les vibrations étaient un peu mieux perçues du côté droit.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 23 janvier 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

A propos de la correspondance, M. Giraldès donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le professeur Rigaud (de Strasbourg).

Monsieur le président,

Dans sa séance du 21 novembre 1866, la Société de chirurgie reçut de M. Ollier la communication d'un cas de résection d'une grande partie du calcanéum, et à cette occasion, M. Ollier rappela que j'avais pratiqué plusieurs fois l'ablation de l'os du talon. En effet, j'ai pratiqué six fois l'*exarticulation complète* de cet os, en le séparant de l'astragale et du cuboïde ; passant ainsi dans les articulations qui les unissent, c'est donc bien l'ablation totale par désarticulation du calcanéum que j'ai effectuée six fois, et c'est à une époque déjà bien éloignée que remonte la première opération (année 1848).

Je viens aujourd'hui, monsieur le président, donner à la Société de chirurgie l'indication sommaire de ces six faits, me réservant d'en communiquer à la Société les détails circonstanciés, dès que j'aurai terminé le mémoire que je prépare en ce moment.

Premier fait. — *Carie du calcanéum, pied droit; exarticulation complète, année 1848. — Guérison.*

Le sujet de la première *exarticulation du calcanéum* que je pratiquai était un jeune sourd-muet, âgé de dix ans, nommé Joseph M..., et qui me fut adressé par M. Jacoutot, directeur de l'établissement des sourds-muets, à la Robertsau, banlieue de Strasbourg. La guérison fut très-rapide, puisque le petit malade ne séjourna qu'un mois à l'hôpital; il put alors marcher librement, sans qu'aucun remplissage intérieur ni une semelle épaisse au talon dussent être adaptés à sa chaussure. La claudication était si légère qu'au bout de peu de temps l'habitude, et sans doute une légère inclinaison du bassin, ne permirent plus de l'apercevoir.

Deuxième fait. — *Carie du calcanéum, dont la saillie postérieure est creusée d'une cavité, où probablement avait été logé un tubercule enkysté; pied gauche. — Exarticulation totale, année 1849. — Mort.*

La seconde exarticulation du calcanéum fut pratiquée par moi, huit mois après la première; c'était sur un Israélite âgé de trente ans, qui succomba après trois semaines, par suite d'une infection purulente, accident redoutable, qui se présentait alors trop souvent dans notre service de clinique chirurgicale à l'hôpital de Strasbourg, dont les conditions hygiéniques étaient fort mauvaises. Depuis l'année 1854, tout cela est totalement changé.

Troisième fait. — *Carie du calcanéum, pied droit. — Exarticulation complète, année 1852. — Guérison.*

En 1852, je pratiquai la troisième désarticulation totale du calcanéum, sur un homme âgé de trente-cinq ans. La guérison fut lente, mais enfin la guérison fut complète au bout de trois mois. La marche fut libre et assurée; la claudication très-peu marquée n'exigea, pas plus que pour le premier opéré, de chaussure particulière; toutefois, je lui avais fait confectionner un soulier avec un talon d'une épaisseur double de celle du talon de l'autre soulier; mais j'ai vu que depuis, il n'avait pas fait renouveler cette disposition particulière pour sa chaussure, parce qu'elle lui était inutile.

Quatrième fait. — *Carie et nécrose du calcanéum, qui était détruit en partie ; pied gauche. — Ablation totale, année 1857. — Guérison.*

En 1857, quatrième ablation du calcanéum sur un homme de vingt-sept ans. La guérison s'est fait assez longtemps attendre, mais sans qu'aucun accident soit venu l'entraver. Sorti de l'hôpital bien guéri, il a été revu un an après, par mon collègue le professeur Michel. Il marchait bien, sans avoir besoin de porter aucune chaussure particulière ; il ne boitait pas d'une manière sensible; le pied n'était nullement renversé en dehors, pas plus que chez les deux précédents opérés, n° 1 et n° 3. Ici, nous avons trouvé le calcanéum nécrosé, détruit en partie et excavé, puis retenant encore dans sa cavité une grosse esquille centrale, qui avait évidemment été le siége d'une ostéite raréfiante.

Cinquième fait. — *Hyperostose avec carie et végétations du calcanéum, pied gauche. — Exarticulation complète, année 1865. — Guérison.*

En 1865, cinquième exarticulation de la totalité du calcanéum qui était hyperostosé et carié, sur un jeune garçon de quatorze ans, des environs de Bischwiller (Bas-Rhin). La guérison fut rapide et le jeune homme sortit de l'hôpital cinq semaines après l'opération. Il marche librement, sans claudication et sans remplissage dans sa chaussure.

Sixième fait. — *Carie du calcanéum. — Exarticulation, juin 1866. — Guérison.*

En 1866, mois de juin, je pratiquai la sixième désarticulation complète du calcanéum, chez un jeune homme de quinze ans, Italien, fils du directeur de l'un des établissements de la foire de la Saint-Jean, qui se tient tous les ans à Strasbourg; après deux mois, l'opéré se lève, marche librement et quitte l'hôpital.

Septième fait. — *Exarticulation du calcanéum, pratiquée par M. l'agrégé Bœckel, août 1866. — Guérison.*

Je veux encore indiquer ici une septième exarticulation du calcanéum, exécutée par M. l'agrégé Bœckel, pendant les vacances de 1866, et qui me remplaçait alors dans mon service. L'opération fut pratiquée exactement comme je l'avais faite six fois déjà, et le malade, jeune garçon d'une dizaine d'années, fut très-promptement guéri et marcha aussitôt librement et sans claudication.

Touchant le manuel opératoire, je dirai ici succinctement et provisoirement, qu'une incision horizontale passant à 1 centimètre au-dessous du sommet des malléoles, s'étendant en avant jusqu'à l'articulation calcanéo-cuboïdienne, tant en dedans qu'en dehors, et coupant le tendon d'Achille aussi bas que possible, nous permet de détacher le lambeau plantaire jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure du calcanéum, que nous avons soin de raser aussi exactement que nous pouvons le faire ; nous avons détaché l'insertion postérieure des muscles plantaires; l'articulation calcanéo-astragalienne est ouverte en arrière, et nous pénétrons entre les deux facettes postérieures par lesquelles ces deux os s'articulent; alors, rasant le calcanéum en dehors et en dedans et le raclant en quelque sorte, nous atteignons l'espace qui sépare l'astragale du calcanéum. Nous ouvrons leur articulation antérieure, nous coupons le gros trousseau fibreux qui les réunit ; au troisième temps, nous désarticulons le calcanéum d'avec le cuboïde, et nous enlevons le calcanéum. En agissant ainsi, nous avons pu accomplir cette extirpation sans découvrir ni les tendons des muscles fléchisseurs ni des péroniers, pas plus que l'artère et le nerf tibiaux postérieurs.

A plus tard des détails plus circonstanciés.

M. Sédillot adresse la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

« La vérité parmi tous ses avantages a celui de rapprocher tôt ou tard ceux dont les opinions semblaient le plus opposées.

« M. Verneuil a eu raison de dire que le livre de M. Ollier, dont je viens seulement de prendre connaissance, répondrait à toutes mes objections.

« J'ai défendu une méthode : l'évidement. J'en ai combattu une autre : les résections sous-périostées.

« M. Ollier traite l'évidement avec beaucoup de faveur, et ne paraît pas très-enthousiaste des résections sous-périostées, comme pratique chirurgicale usuelle, et il n'affirme nullement la possibilité de refaire les os du nez avec un lambeau périosté frontal.

« Je puis donc espérer voir cet habile et savant confrère partager un jour, plus complétement encore, les convictions auxquelles je me suis rallié.

« Son livre, qui fait sans contredit honneur à la chirurgie française, se recommande par des travaux considérables, une érudition rare parmi nous, une modération, une réserve, une perspicacité propres à lui concilier toutes les sympathies.

« Mes critiques s'adressaient à des faits et à des idées sans être jamais personnelles, et je suis heureux d'en fournir une nouvelle preuve en m'associant publiquement à tous les éloges donnés par M. Verneuil au remarquable ouvrage de notre collègue.

« Veuillez agréer, etc.

« C. Sédillot. »

COMMUNICATION.

Des phlegmons et de la gangrène chez les diabétiques.

M. Verneuil communique l'observation suivante : *Phlegmon sous-cutané du genou droit. — Diabète intermittent. — Larges incisions. — Guérison prompte du phlegmon* (1).

B... Victor, soixante-deux ans, scieur de long, entre le 9 décembre 1866, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 20.

C'est un homme de haute taille, assez maigre, à chair flasque, à peau terne, il est tellement sourd qu'il est impossible de l'interroger.

Le genou droit, dans les régions antérieure et externe, présente une rougeur livide, s'étendant à trois travers de doigt au-dessus et au-dessous de la rotule et un gonflement diffus avec œdème.

La fluctuation est très-évidente, il s'agit donc d'un foyer purulent péri-articulaire. La cavité synoviale est saine, point d'hydarthrose, point de frottement dans les mouvements passifs de la jointure.

La peau de la partie inférieure de la jambe offre çà et là des taches brunes, puis trois croûtes sèches et noirâtres qui rappellent celles du rupia, enfin plusieurs cicatrices anciennes dues à des incisions.

D'après les renseignements fournis plus tard par la femme du malade, la santé a été très-bonne autrefois. Seize ans auparavant, fracture de la jambe compliquée de plaie, de phlegmon, d'issue d'esquilles. Des incisions multiples ont été pratiquées. C'est de cette époque que date la surdité, mais on ne peut savoir s'il y a eu des accidents encéphaliques. Le rétablissement, paraît-il, a été complet. Jamais de furoncles, ni d'anthrax, ni d'éruption cutanée quelconque.

Cependant B..., depuis longues années, a toujours été tourmenté par la soif. Ce phénomène a augmenté depuis cinq ou six ans. Il buvait jusqu'à trois ou quatre litres d'eau dans l'intervalle des repas, en même temps l'appétit augmenta, il mangeait surtout beaucoup de pain. Il rendait, surtout la nuit, une grande quantité d'urine pâle, non poisseuse et n'empesant pas le linge.

Aucun antécédent de famille. Père et mère très-bien portants, morts à un âge avancé, sans avoir été affectés de goutte, de rhumatisme ni d'affections diathésiques. Les frères jouissent d'une très-bonne santé et sont vigoureux comme l'était, du reste, le malade lui-même jusqu'à ces derniers temps.

Ces renseignements si précieux et si concluants ne furent donnés que plusieurs jours après, nous ne les avions pas attendus pour porter le diagnostic.

La couleur livide des téguments, l'aspect atonique de ce phlegmon, l'apparence cachectique du sujet, la pâleur et la flaccidité des chairs m'avaient fait soupçonner l'existence du diabète, et si j'insiste sur l'exactitude de ce diagnostic, c'est pour prouver que les caractères du phlegmon diabétique ont quelque chose de spécial, une physionomie particulière qui indique la nature du mal à priori et avant l'épreuve chimique.

Une autre circonstance m'avait frappé; un phlegmon diffus ordinaire, provoque de coutume des symptômes généraux assez intenses or, ici il en était tout autrement, sauf une coloration assez marquée du visage, il n'y avait point de fièvre, la langue est humide et rosée, l'appétit conservé, la soif un peu vive. Point de selles depuis deux jours.

L'évacuation du pus était urgente. Je fis donc parallèlement à l'axe du membre deux incisions de 7 à 8 centimètres, qui ouvrirent largement la tumeur et donnèrent issue à une grande quantité de pus phlegmoneux, bien lié et tel qu'on le trouve dans les abcès sous-cutanés ordinaires. Je me proposais de faire le lendemain l'examen des urines.

Je continuai donc ma visite. J'étais à la fin de cette dernière lorsqu'un des assistants vint m'annoncer que, conformément à mon hypothèse, les urines renfermaient beaucoup de sucre ; on avait employé la liqueur de Barresvill. Je priai, en conséquence, M. Meunier, interne en pharmacie du service, de vouloir bien faire l'analyse quantitative. Un demi-litre d'urine fut recueilli à cet effet.

Le lendemain, l'état local était satisfaisant. Le phlegmon paraissait arrêté, mais les incisions n'avaient subi aucun changement, on aurait pu croire qu'elles venaient seulement d'être pratiquées. Dans leur intervalle et tout autour d'elles, la peau avait conservé la coloration vineuse et le gonflement œdémateux. Je prescrivis l'eau de Vichy et le régime alimentaire des diabétiques.

Le surlendemain, M. Habran, mon interne, vint m'annoncer qu'une erreur aurait été sans doute commise, et qu'il n'y avait pas de sucre dans l'urine, au moins la liqueur de Barresvill n'était pas réduite, l'expérience venait d'être faite avant la visite, c'est-à-dire vers huit heures du matin, et en présence de deux autres internes également très-instruits, je fis moi-même, séance tenante, un essai qui resta négatif. Mais sur ces entrefaites, M. Meunier m'apportait les résultats de l'examen minutieux qu'il avait fait sur les urines recueillies le

(1) Cette observation est rédigée d'après les notes fournies par M. Habran, interne du service.

premier jour; toutes les réactions étaient caractéristiques. La potasse, le liquide cupro-potassique attestaient la présence du sucre dont la proportion s'élevait à 21/1000.

La dissidence entre les épreuves était radicale. Je chargeai donc les opposants du soin de se mettre d'accord, et bientôt nous eûmes l'explication de ces différences.

En effet, les urines recueillies avant la visite, lorsque le malade était encore à jeun, ne renfermaient pas trace de sucre ; elles étaient tantôt rougeâtres, sédimenteuses, chargées d'urates ; tantôt pâles, ouches, blafardes, mais ne réduisant pas une parcelle de cuivre. A quatre heures, avant le repas du soir, même résultat le plus souvent. Au contraire, à midi et à cinq heures, c'est-à-dire une heure ou deux après le repas, la glycose reparaissait, et le dosage ayant été plusieurs fois repris, la quantité variait entre 20 et 28 p. 100.

Ces oscillations furent constatées nombre de fois jusqu'au jour où le malade fut envoyé en convalescence. Toutefois je dirai que, sans disparaître entièrement, le sucre diminua très-notablement sous l'influence du régime et des alcalins.

Dès le troisième jour, les phénomènes locaux prirent la marche la plus satisfaisante. Les croûtes de la jambe se détachèrent, les plaies se cicatrisèrent de la façon la plus normale, et la guérison progressa aussi vite et aussi naturellement que si le malade avait été exempt de toute complication.

La gaieté était revenue, l'appétit était franc, la soif modérée ; les boissons consommées ne dépassant pas deux litres par jour, et la quantité des urines rendues était un peu inférieure.

Ce cas m'a paru intéressant à divers points de vue :

1° Il s'agit, en effet, d'un phlegmon primitivement sous-cutané, sans gangrène ni traumatisme, possédant néanmoins les caractères objectifs du phlegmon diabétique.

2° Contrairement à ce que j'avais cru devoir avancer dans ma précédente communication, le traitement chirurgical, c'est-à-dire les incisions larges, ont agi comme dans les cas vulgaires de phlegmon simple.

3° L'intermittence si tranchée du diabète indique la nécessité de multiplier les essais quand on soupçonne la glycosurie dans un cas chirurgical.

4° Comme dans une de mes premières observations, l'état des plaies parut rapidement modifié par l'usage intérieur de l'eau de Vichy naturelle (une bouteille par jour).

5° Dans ce cas encore, c'est l'accident phlegmoneux qui a mis sur la voie du diagnostic d'une glycosurie probablement fort ancienne, et cependant ignorée jusqu'à ce jour.

Il ne me reste plus qu'à mettre en relief la coïncidence entre le diabète et la surdité. Ces deux affections ne pourraient-elles pas être dues à une même lésion ayant le même siége, c'est-à-dire la paroi antérieure du quatrième ventricule.

M. PERRIN. J'ai deux remarques à présenter relativement à la communication qui vient d'être faite par M. Verneuil. La première est relative à la partie physiologique. Notre collègue est disposé à admettre chez son malade une lésion du plancher du quatrième ventricule, et cela à cause de l'intermittence du diabète. L'expérimentation chez les animaux démontre qu'à la suite de la piqûre du quatrième ventricule, le diabète survient ; mais il est continu, quoiqu'il y ait des variations dans la quantité de sucre rendue. Je serais donc disposé, pour ma part, à croire qu'il s'agit, pour le malade de M. Verneuil, d'un de ces diabètes à marche singulière, ne se rattachant pas à une lésion matérielle des centres nerveux. La surdité dont le malade est affecté peut très-bien n'être qu'une simple coïncidence. Quant à la seconde remarque que je veux soumettre à la Société, elle se rattache à la partie clinique de l'observation. Il me semble que le fait actuel diffère un peu de ceux qui ont été rapportés par M. Verneuil. Il ne s'agissait point d'un phlegmon diffus, à caractères tranchés, tels qu'on les observe si fréquemment. C'était une de ces phlegmasies douteuses à l'occasion desquelles le clinicien recherche toujours une cause générale. On a trouvé, dans le cas particulier, qu'il existait une affection diabétique ; mais il reste douteux que ce soit la véritable cause du phlegmon que présentait le malade. Je suis frappé de la remarquable influence de l'eau de Vichy, car, en général, ce médicament n'est point capable de modifier heureusement un diabète assez grave, pour provoquer un phlegmon gangréneux de l'un des membres.

M. VERNEUIL. Je n'ai fait qu'une simple hypothèse. L'existence d'une double surdité, en même temps que la présence du sucre dans les urines, tous ces troubles pourraient s'expliquer par une lésion du plancher du quatrième ventricule. Le malade dont j'ai rapporté l'histoire pouvant succomber un jour ou l'autre, il serait intéressant de vérifier mon assertion.

Quand on fait une piqûre au quatrième ventricule chez un animal, le diabète peut être permanent pendant toute la durée de la réparation de la blessure ; mais une fois la cicatrice faite, ne pourrait-elle pas donner naissance à un diabète qui ne se présenterait qu'après les repas.

Je suis tout aussi étonné que M. Perrin, de la terminaison heureuse du phlegmon que j'ai traité ; mais je ne puis m'empêcher de constater les heureux effets de l'eau de Vichy. J'avais déjà remarqué dans un autre cas l'amélioration survenue du jour au lendemain, pour une gangrène inguinale, à la suite de l'administration de l'eau de Vichy. Chez ce dernier malade, l'emploi des alcalins avait même fait disparaître le sucre que contenaient les urines.

M. PERRIN. Mes observations n'ont pour but que de mettre en relief le cas si curieux à tant d'égards que nous a rapporté M. Verneuil. L'interprétation des faits reste néanmoins douteuse, et en particulier la merveilleuse action de l'eau de Vichy me trouve un peu incrédule ; il serait vraiment singulier que l'eau de Vichy eut une action si heureuse dans les gangrènes, alors que cette médication réussit si peu entre les mains des médecins qui soignent le diabète.

M. VERNEUIL. Sur les sept cas observés par moi, cinq n'ont point été améliorés par l'eau de Vichy et les accidents gangréneux ont suivi leur marche. Mais chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire, je ne puis mettre en doute l'heureuse action de l'eau alcaline.

La question des gangrènes diabétiques n'est point chose nouvelle, mais je persiste à croire qu'il serait désirable de bien étudier les choses afin de soupçonner le diabète d'après les caractères objectifs des lésions chirurgicales.

M. DESPRÉS. M. Perrin a émis quelques doutes sur la transformation des diabètes traumatiques en diabètes intermittents ; M. Verneuil a émis l'hypothèse que, après une plaie du cerveau ou de la moelle, le diabète pouvait devenir intermittent au moment de la cicatrisation. Je voudrais dire que cette hypothèse est une réalité. Bauchet a réuni dans sa thèse sur les lésions de l'encéphale, des faits de diabètes traumatiques, intermittents et permanents, et de diabètes mixtes, permanents d'abord puis intermittents.

M. VERNEUIL. M. le docteur Palle, de Senlis, un élève de Landouzi, dans sa thèse sur les accidents du diabète (1864) mentionne l'opinion de son maître en ce qui touche l'influence du diabète sur les lésions chirurgicales. Landouzi avait déjà entrevu la nécessité d'une grande réserve opératoire lorsqu'ils'agissait de sujets diabétiques, et il caractérisait son opinion en disant que « les diabétiques sont pour le chirurgien de véritables *noli me tangere.* »

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

CORRESPONDANCE.

A monsieur le directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur,

Dans le n° 17 de votre excellent journal, M. le docteur Sonrier (de Strasbourg), vient de publier un article fort intéressant sur les avantages de l'uréthrotomie interne.

Bien que les observations qu'il expose ne fassent que confirmer de point en point celles que j'ai publiées, à diverses reprises depuis quinze ans, je ne me formalise en aucune façon que mon nom n'ait pas même été prononcé dans son travail. Cela pourrait n'être qu'un oubli.

Mais ce qui ne peut être considéré comme un oubli, c'est de rapporter aux *instruments perfectionnés de M. Sédillot* tout l'honneur des excellents résultats qu'il a obtenus.

Car je ne puis supposer que mon honorable confrère ait pu oublier que l'instrument qu'il attribue à M. Sédillot, n'a de M. Sédillot :

Ni la bougie conductrice qui m'appartient ;

Ni le conducteur cannelé qui m'appartient ;

Ni la lame triangulaire qui m'appartient.

Que reste-t-il donc de M. Sédillot, dans l'instrument qu'on lui attribue? Une gaîne protectrice de la lame, que je suis loin de revendiquer et qui ne constitue, à mon avis, qu'une complication parfaitement inutile.

Je vous prierais donc, M. le directeur, d'être assez bon pour accueillir cette petite réclamation et la porter à la connaissance de vos nombreux lecteurs.

Recevez, monsieur, l'assurance de toute ma considération.

Dr J. G. MAISONNEUVE.

Le personnel de santé de l'École de Strasbourg, jusqu'ici exclusivement consacré à l'enseignement, a été chargé d'assurer, en outre, le service de l'hôpital militaire. En augmentant les ressources d'instruction pratique des élèves, cette mesure a l'avantage de rendre à l'exercice de la médecine des hommes distingués qui en restaient forcément éloignés.

Une commission a été chargée de rechercher les moyens de réunir sur un même point l'effectif complet des élèves de l'école, aujourd'hui logés en ville.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ (M. Demarquay). De l'emploi de l'éponge comme moyen hémostatique. — Nouvelle note sur quelques effets produits par l'emploi thérapeutique du curare chez l'homme. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Nouvelles.

PARIS, LE 20 FÉVRIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

On n'a pas oublié le rapport qui a été fait en novembre dernier par M. Depaul, en son nom et au nom de M. Roger, sur les accidents graves qui se sont produits à la suite d'une vaccination dans le département du Morbihan. Il nous était advenu depuis que des lettres, venant des localités où ces faits se sont passés, mettaient en doute leur réalité. S'il fallait en croire les bruits qui ont circulé, car aucune de ces lettres n'est venue à notre connaissance, MM. Depaul et Roger auraient été induits en erreur, et les faits d'Auray devraient être interprétés tout autrement qu'ils ne l'ont fait. Nous ignorons si M. Briquet a reçu des confidences à cet égard. Quoi qu'il en soit, cet honorable académicien est monté hier à la tribune pour présenter quelques objections au rapport de M. Depaul et élever des doutes sur les véritables caractères syphilitiques des accidents constatés par les deux commissaires délégués par l'Académie.

Il ne nous a paru ressortir des observations de M. Briquet rien d'assez précis pour infirmer d'une manière formelle les conclusions du rapport; et il nous répugne également d'admettre que MM. Depaul et Roger aient pu se méprendre à ce point sur des faits dont l'observation leur est familière, ou qu'ils aient été trompés par des praticiens aussi honorables que les deux médecins d'Auray qui les ont renseignés sur tout ce qui s'était passé antérieurement à leur mission. Que le fait soit extraordinaire, qu'il soit obscur, surtout dans son point de départ et son origine, c'est ce que personne ne conteste. Mais, comme l'a très-bien dit M. Depaul, dans sa réponse à M. Briquet, quand les caractères d'une affection sont parfaitement connus, il n'est pas toujours nécessaire d'en avoir vu le début et d'en connaître l'origine pour en déterminer la nature. En présence d'une syphilis bien caractérisée, on n'a pas besoin de remonter à sa source pour en établir le diagnostic.

Dans l'espèce, les faits constatés par MM. Depaul et Roger et vus antérieurement et dès leur début par MM. les docteurs Closmadeuc et Denis (d'Auray), avaient-ils réellement ces caractères précis qui permettent d'affirmer la syphilis, même dans l'ignorance de son point de départ? Nous avons dit les motifs qui nous portaient à le penser. Les observations de M. Briquet ne nous ont pas paru suffisantes pour nous faire changer d'avis. Mais comme, après tout, l'erreur est possible, même pour les plus habiles, et à propos des choses les plus simples en apparence, nous voudrions, à la place de MM. Depaul et Roger, que les assertions contraires fussent mises au grand jour, afin qu'elles fussent publiquement discutées et que la lumière se fît pleinement sur des faits graves qu'on a cherché à obscurcir. Peut-être la séance prochaine nous apprendra-t-elle quelque chose à cet égard. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

De l'emploi de l'éponge comme moyen hémostatique.

(Recueilli par M. H. BETBÈZE, interne des hôpitaux.)

On sait combien sont nombreux et variés les agents hémostatiques. Vivement employés suivant la nature et l'intensité de l'hémorrhagie, le nombre, le siége et le volume des vaisseaux divisés, ils jouissent de propriétés toutes particulières, qui font que chaque hémorrhagie a pour ainsi dire son hémostatique spécial. Cependant, quelque variés que soient ces moyens, quelque puissants que soient quelques-uns d'entre eux, comme la ligature, la compression, le fer rouge, etc., il est des hémorrhagies d'une nature telle, qu'ils restent tout à fait insuffisants. Pour n'en citer qu'un exemple, l'ablation du rectum trouve dans l'hémorrhagie toute sa gravité et son principal écueil.

C'est en présence de faits semblables que M. Demarquay a eu l'occasion d'expérimenter l'éponge, dont on connaît déjà les qualités absorbantes, mais à laquelle un mode d'application tout spécial donne d'autres avantages.

L'éponge, dont le tissu poreux et souple constitue un réseau criblé de trous et de canaux qui le traversent en tous sens, doit à sa nature même d'être un absorbant précieux; aux inégalités de sa surface et de toute sa masse, de déterminer promptement la formation de caillots; enfin, à ses variations de volume, d'exercer une compression plus ou moins grande sur les parties où on l'applique. C'est ainsi que l'éponge, divisée en fragments de volume variable, et appliquée sur une plaie extérieure ou introduite dans une cavité, devient le siége des phénomènes suivants : Elle éprouve d'abord un gonflement en rapport avec les liquides qu'elle absorbe. En augmentant de volume, elle exerce sur les parties voisines une compression continue, toujours modérée et nullement douloureuse, qui l'applique exactement contre les parois de la plaie, au point de rendre, après un certain temps, l'adhérence intime. Le sang, qui arrive sur l'éponge et qui la pénètre, se dépouille de sa fibrine sous l'influence des inégalités qu'elle présente, et le cruor, en s'accumulant ainsi, soit à la surface de l'éponge, soit dans son intérieur, forme un caillot résistant, tandis que le sérum, mêlé aux autres liquides qui viennent de la plaie, s'échappe au dehors, grâce aux porosités de l'éponge, et l'on trouve les linges du pansement mouillés comme à l'ordinaire.

Tel est le mécanisme de l'arrêt du sang. Quant aux hémorrhagies consécutives, elles ne sauraient se produire, tant l'adhérence est intime, l'application des éponges étant d'ailleurs continuée pendant trois ou quatre jours, c'est-à-dire jusqu'à l'établissement complet de la suppuration. Vouloir enlever les éponges plus tôt, serait causer aux malades de vives douleurs, car la plaie fait pour ainsi dire corps avec elles; ce serait en outre s'exposer à déterminer l'hémorrhagie qu'on veut prévenir. On les laissera donc tomber d'elles-mêmes; mais, pour les plaies extérieures, on pourra faciliter cette chute par l'application de cataplasmes. On pourrait regarder comme un inconvénient de ce moyen hémostatique, cette trop grande adhérence des éponges qui empêche de les enlever à volonté; mais quand on songe que c'est là une des meilleures conditions pour prévenir toute hémorrhagie, l'inconvénient signalé se trouve largement compensé, et, d'ailleurs, il disparaît bientôt par l'établissement de la suppuration, qu'il suffit d'attendre.

Les éponges, qu'il est si facile d'appliquer et de maintenir en place à l'aide d'un bandage légèrement compressif, ne déterminent, par leur présence ainsi continuée, ni gêne, ni douleur, ni inflammation des parties. Le malade ne souffre pas du contact des éponges, ni de la compression qu'elles déterminent, et les supporte sans en être incommodé; de son côté, la plaie, mise à nu, présente l'aspect ordinaire des plaies en suppuration, et suit, jusqu'à la cicatrisation complète, sa marche habituelle.

Ce moyen hémostatique, inoffensif dans son application, mais puissant dans ses résultats, devient une ressource précieuse dans certaines formes d'hémorrhagies, alors que les autres moyens sont insuffisants ou nuisibles, ou viennent à manquer. L'éponge, indispensable dans une opération, est toujours et partout à la disposition du chirurgien. C'est ainsi qu'en présence d'une hémorrhagie qu'on veut arrêter promptement ou qu'on veut prévenir, on trouve dans ce corps, un des plus répandus, un moyen à la fois fidèle, rapide et commode.

Ce mode d'application de l'éponge a d'abord été essayé, par M. Demarquay, dans un cas d'amputation du col de l'utérus : une hémorrhagie considérable suivit en effet cette ablation. Pour l'arrêter, l'emploi du fer rouge, à cause du voisinage du péritoine, fut rejeté comme trop dangereux, et les autres moyens comme tout à fait insuffisants. Des éponges coupées en morceaux et légèrement humectées, furent alors portées sur le col de l'utérus, et placées en certain nombre dans le vagin comme tamponnement. La formation rapide des caillots, unie à la compression des éponges, mit fin à l'hémorrhagie.

Employée depuis par M. Demarquay, c'est surtout dans l'opération du cancer du rectum que l'éponge est appelée à rendre des services comme moyen hémostatique. On sait, en effet, que ce sont les hémorrhagies, si fréquentes et quelquefois mortelles, qui font de l'extirpation du rectum une des opérations les plus difficiles et les plus dangereuses. C'est qu'en effet, les vaisseaux hémorrhoïdaux sont considérables sur ce point de l'intestin, et il est non-seulement difficile, mais quelquefois impossible d'arriver jusqu'à eux pour les lier ou les cautériser. Aussi les procédés imaginés par J. L. Petit et Dupuytren échouent-ils le plus souvent; il en est de même du perchlorure de fer. Quant au fer rouge, on connaît ses dangers dans cette région. C'est devant ces difficultés que le tamponnement particulier fait avec des éponges laissées en place plusieurs jours, se présente avec tous ses avantages comme hémostatique. Les observations qui suivent montrent la valeur de ce moyen.

OBS. I. — *Cancroïde du rectum. Ablation. Guérison.*

Le malade qui fait l'objet de cette observation est un homme âgé de trente-six ans, bien constitué et d'une bonne santé habituelle, troublé seulement par l'apparition de quelques accidents vénériens pour lesquels on lui a fait suivre un traitement antisyphilitique.

Il fait remonter à quatre ans l'origine de son affection. Avant cette époque, il assure n'avoir jamais éprouvé le moindre dérangement du côté de l'anus : pas d'hémorrhoïdes, pas le moindre trouble des voies digestives. Il raconte qu'étant tombé d'une certaine hauteur et comme à cheval sur le rebord d'une grande caisse, il éprouva dans toute la région périnéale une forte contusion qui ne s'accompagna ni de plaie, ni d'écoulement de sang, mais subitement d'une douleur très-vive qui disparut les jours suivants. Plus tard se déclarèrent les premiers symptômes de la maladie. Les garde-robes, devenues plus fréquentes et douloureuses, commencèrent à se teindre de sang, et un sentiment de pesanteur, de gêne au fondement, incommodait souvent le malade. Bientôt il constata lui-même, au pourtour de l'anus, de petites tumeurs ayant la forme de champignons, très-douloureuses au toucher, douleurs qui augmentaient par la marche, et qui rendaient la position assise souvent impossible. Saignant au moment des selles, ces petites tumeurs sécrétaient, dans l'intervalle, une sanie purulente assez abondante. Les selles devinrent même si fréquentes que, pendant plus de six mois, elles atteignirent le nombre de dix à vingt par jour. Ces troubles digestifs amenèrent un amaigrissement notable avec perte de sommeil et d'appétit. Cependant une amélioration se produisit dans les derniers temps, car ces petites tumeurs rentrèrent à l'exception d'une seule qui ne tarda pas à ramener les premières douleurs, mais qui disparut aussi à son tour. Un médecin consulté en ce moment, conseilla un traitement anti-syphilitique; mais le mal continuait ses progrès, le malade entra le 1er février à la maison de santé dans le service de M. Demarquay.

A l'examen, on observe d'abord un facies légèrement pâle et amaigri. L'inspection directe du périnée ne montre aucune trace de la tumeur; la palpation abdominale n'en donne pas non plus le moindre indice; mais le toucher anal en fait constater l'existence. Le doigt parcourt facilement l'étendue du mal dont il dépasse la limite supérieure. Le tissu morbide siége surtout sur la paroi antérieure et latérale gauche du rectum, et donne la sensation de plaques plus ou moins saillantes et même de petites tumeurs d'une certaine dureté. M. Demarquay reconnaît un cancer épithélial, lequel ayant pour siége unique la portion anale du rectum, a laissé intacts les organes voisins. Avant d'en venir à l'opération, on soumet pendant quelque temps le malade à l'iodure de potassium; mais aucune amélioration ne survenant, l'extirpation de la tumeur est pratiquée le 19 février.

Le malade, endormi par le chloroforme, est couché sur le côté droit, la cuisse droite étendue et la gauche fléchie. Après avoir introduit une sonde dans la vessie, M. Demarquay contourne la circonférence de l'anus par une incision qui coupe la partie superficielle des vaisseaux hémorrhoïdaux, et en allant plus profondément, le muscle sphincter, dont la section permet d'abaisser le rectum. Celui-ci est d'abord disséqué par sa partie postérieure, afin de faciliter la dissection de la paroi antérieure laissée la dernière à cause de ses rapports. Pour séparer la tumeur de la partie saine de l'intestin, M. Demarquay emploie le procédé suivant : il fait sur le rectum, au-dessus des limites du mal, des incisions successives comme dans le procédé de M. Denonvilliers, qui après chaque incision place immédiatement une ligature au-dessous. Pour éviter le retrait des vaisseaux, tout en rendant les ligatures plus faciles et plus sûres, M. Demarquay commence d'abord par lier un point de l'intestin qu'il sectionne ensuite au-dessous, et procède ainsi jusqu'à l'ablation complète du rectum. Mais la position trop élevée du bout supérieur ayant empêché de poser ces ligatures, M. Demarquay, après avoir enlevé toute la partie malade, songe à employer contre l'hémorrhagie le tamponnement avec les éponges. Légèrement humectées et de petit volume, elles sont introduites au nombre de quatre, dans la cavité de la plaie, dans le but de produire par leur gonflement une compression légère sur tous les points, et de promptement favoriser la formation des caillots. On termine le pansement par l'application de compresses glacées renouvelées fréquemment, et le tout est maintenu par un bandage en T.

Tilleul, julep morphiné, bouillon.

Le 20 février, bon état du malade, qui a passé sans accidents la journée de l'opération, et qui a eu la nuit un sommeil tranquille. Il supporte sans gêne la présence des éponges, qui empêchent toute hémorrhagie, tout en ayant cet avantage que, perméables aux liquides qui se forment dans la plaie, elles les laissent facilement s'écouler au dehors.

Même traitement.

Le 21, le bon état du malade continue. Il ne s'est produit aucune hémorrhagie ni le moindre dérangement du côté de l'intestin. Les

éponges sont enlevées à l'exception d'une seule laissée au fond de la plaie, comblée ensuite, elle-même, par des tampons imbibés de permanganate de potasse comme désinfectant. Les applications de compresses glacées sont continuées.

Le 22, la dernière éponge est enlevée, ce qui permet de voir le fond de la plaie qui présente un bon aspect. On y introduit de nouveaux tampons imbibés du même liquide désinfectant, et l'on applique encore pendant quelques jours des compresses glacées. Le malade se trouve bien, et demande à manger.

Le 26, on supprime la glace, et l'on fait des applications de cataplasme tout en continuant le permanganate de potasse, qu'on emploie aussi en injections. La suppuration est de bonne nature; il y a peu de fièvre, et le malade continue à bien aller.

Le 15 mars, la plaie marche rapidement vers la guérison. Sa cavité, considérablement diminuée, présente une ouverture assez étroite pour faire espérer que le malade pourra bientôt retenir ses matières. Les orces d'ailleurs lui sont revenues, et il commence à se lever.

Le 13 avril, la plaie est à peu près guérie, et l'incontinence des matières tend à disparaître chaque jour.

Le 14, L'incontinence ayant entièrement disparu, le malade quitte la maison de santé complètement guéri.

Obs. II. — *Cancroïde du rectum. Ablation.*

M. X..., 44 ans, bien constitué et d'une bonne santé habituelle, ressentit il y a trois ans les premières atteintes de son affection, d'abord caractérisée par des douleurs souvent internes, surtout au moment des selles et rappelant la douleur des hémorrhoïdes. Après six mois, apparition d'une petite tumeur fongueuse, saignant avec facilité au point d'amener de fréquentes hémorrhagies. Cette tumeur disparut après deux mois, mais les douleurs augmentèrent ainsi que les difficultés des garde-robes qui se changèrent en un véritable ténesme, amenant jusqu'à vingt selles par jour. En même temps, sentiment de pesanteur au périnée, douleur par la marche et la position assise, affaiblissement graduel du malade.

Entré le 7 mai, à la maison de santé, dans le service de M. Demarquay, on constate les lésions suivantes : et d'abord, visage pâle et amaigri, faiblesse générale du malade. Le toucher rectal fait reconnaître la présence d'une tumeur développée surtout à la paroi antérieure du rectum et s'étendant sur ses faces latérales. Le doigt éprouve la sensation de petites tumeurs dures, dont il parcourt l'étendue. Les limites du mal étant partout facilement accessibles, l'extirpation du rectum est pratiquée le 18 mai.

L'opération étant faite comme précédemment, M. Demarquay après avoir placé successivement les ligatures sur tout le pourtour de l'intestin en coupant chaque fois au-dessous, introduit dans la plaie trois morceaux d'éponge, afin de prévenir toute hémorrhagie consécutive.

Application de compresses glacées et bandage en T.

Le 17, bon état du malade, qui n'éprouve aucune douleur de la pésence des éponges. Pas d'hémorrhagie consécutive.

Le 21, les éponges sont enlevées avec facilité et remplacées par des tampons de charpie qui comblent la plaie. Celle-ci présente un très-bon aspect. La suppuration est de bonne nature.

Le 16 juin, le malade quitte la maison de santé avant sa complète guérison.

L'éponge que j'ai vu employer chez d'autres malades, pendant mon internat chez M. Demarquay, a donné les mêmes résultats comme hémostatique. Je rappellerai les deux faits suivants :

1° Dans un cas d'extirpation d'une tumeur fibro-plastique du sein, du volume d'une tête d'adulte et du poids d'un kilogramme, le sang s'échappait en nappe de toute la surface d'une plaie considérable. Il ne fut pas possible de placer des ligatures, et l'on y remédia en recouvrant toute l'étendue de la plaie de fragments d'éponge, laissés trois jours en place et maintenus par un bandage de corps; toute hémorrhagie disparut pour ne plus se reproduire. Les éponges, supportées sans douleur mais très-adhérentes encore le troisième jour, se détachèrent facilement par l'application de cataplasmes. La plaie, d'un très-bon aspect, marcha régulièrement vers la cicatrisation;

2° Nécrose du fémur chez un homme de trente-deux ans. Pour enlever les parties mortifiées, une incision de 20 centimètres de long et de 7 à 8 centimètres de profondeur fut pratiquée sur la partie externe de la cuisse, jusqu'à l'os. Le sang s'échappa aussitôt en abondance de tous les points de la plaie, ainsi que de la surface même de l'os malade. Il ne fut pas possible de placer une seule ligature dans ces tissus fortement indurés et d'ailleurs constamment recouverts par cette hémorrhagie en nappe. La compression de la fémorale seule parvenait à surprendre l'hémorrhagie, si bien que sa ligature était la dernière ressource, si la cautérisation au fer rouge de toutes les parties saignantes restait sans résultat. Cette cautérisation arrêta l'hémorrhagie, mais tout faisait craindre des hémorrhagies consécutives; aussi, toute la plaie fut-elle tamponnée jusqu'à la surface de l'os, avec de nombreux morceaux d'éponges, qui restèrent plusieurs jours appliqués. Le malade ne sentit même pas leur présence, et l'hémorrhagie ne put se reproduire. Enlevées facilement, aussitôt la suppuration établie, les éponges ne déterminèrent, par leur application ainsi prolongée, aucune irritation dans la plaie.

On voit, par les observations qui précèdent, de quel avantage et surtout de quelle innocuité a été l'emploi de l'éponge comme hémostatique. Par ses propriétés spéciales, elle a pu arrêter ou prévenir des hémorrhagies, sans causer de douleurs aux malades ou déterminer des accidents dans la plaie. Mais c'est surtout dans les cavités que son utilité se fait le plus sentir, en raison des difficultés qu'on rencontre et des dangers qu'on redoute dans l'emploi des autres moyens; sous ce rapport, elle constitue dans l'ablation du rectum, un procédé hémostatique simple et sans danger.

De ce qui précède nous pouvons conclure :

1° Que l'éponge rend d'importants services comme agent hémostatique ;

2° Que son application est indiquée dans les hémorrhagies capillaires, quand le sang coule en nappe ou lorsque après une grande opération, on a à redouter des hémorrhagies consécutives ;

3° Qu'elle peut remplacer les autres procédés hémostatiques quand ils sont dangereux ou inapplicables ;

4° Enfin qu'elle constitue un moyen à la portée de tous, qui devient ainsi une ressource précieuse dans un grand nombre de cas.

NOUVELLE NOTE

Sur quelques effets produits par l'emploi thérapeutique du curare chez l'homme,

Par MM. les Drs Auguste Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre, et Henry Liouville, interne des hôpitaux de Paris.

(Présentée à l'Académie des sciences, le 21 janvier 1867, par M. Charles Robin, de l'Institut.)

Dans un travail intitulé : *Études sur le curare,* et soumis actuellement au jugement de l'Académie, nous avons déjà signalé que, parmi les importants phénomènes produits par l'emploi thérapeutique du curare chez l'homme, on notait entre autres, à certaines doses, une action remarquable sur différents organes de la vue et l'apparition d'effets hynoptiques.

Depuis, nous avons pu compléter et mieux analyser ces phénomènes.

Ils ont consisté, suivant leur ordre d'apparition, en : un état brouillé de la vue, une pesanteur des paupières supérieures, la semi-occlusion de ces voiles, un sentiment de resserrement frontal, de la diplopie et la dilatation des pupilles, puis en un sentiment de lourdeur de tête, une tendance au sommeil et de l'assoupissement.

Avant de les décrire en détail disons de suite que :

1° Le nombre des malades épileptiques traités par le médicament indien a été de cinq.

2° Les doses de curare qui ont produit ces effets avec plus ou moins de rapidité et plus ou moins d'intensité, ont varié de 5 centigrammes à 135 milligrammes (1).

Elles ont été administrées, après avoir été filtrées, en injections sous-cutanées, faites au membre supérieur (2).

La rapidité de l'apparition des phénomènes et leur intensité ont naturellement été liées à la force de la dose.

On peut ainsi établir deux catégories : la première, caractérisée par l'état brouillé de la vue, la sensation de pesanteur des paupières supérieures et leur semi-occlusion, le sentiment de resserrement frontal; la seconde, caractérisée par la diplopie, la dilatation des pupilles, puis un sentiment de lourdeur de tête, une tendance au sommeil et de l'assoupissement (effets hypnotiques) ; l'une est en rapport avec les doses de 5 à 9 centigrammes. L'autre, tout en renfermant les premiers phénomènes, mais plus prononcés et plus rapidement observés, est liée à des doses de 10 centigrammes à 135 milligrammes (cette dernière dose a, dans ces cas, été notre maximum).

Reprenons en détail les effets produits.

Première catégorie. — C'est, en effet, par un état brouillé de la vue et une légère pesanteur des paupières supérieures, que l'apparition des phénomènes de ce genre est annoncée, environ vers la quarantième minute avec 7 centigrammes; la vingtième minute avec 8 centigrammes ; la dix-septième minute avec 9 centigrammes.

Le malade ne distingue plus nettement les objets, il lit plus difficilement : on le voit passer la main sous ses yeux comme pour chasser un nuage ; il se plaint de pesanteur des paupières supérieures, que l'on constate, en effet, abaissées de façon à rétrécir l'ouverture palpébrale, et à donner à la physionomie une expression toute spéciale.

Sans se plaindre de mal de tête réel, il accuse une sensation très-nette de resserrement qu'il appelle frontal, et qu'il place au niveau de la racine du nez, entre les deux arcades sourcilières.

Ces symptômes existent le plus souvent réunis, mais ils peuvent quelquefois aussi se montrer séparément.

Ils ont une marche progressive, ascendante pendant trente minutes environ, puis progressivement aussi descendante, de façon à durer en tout une heure et demie.

Ils s'éteignent aussi et ne laissent aucune trace appréciable après eux.

Deuxième catégorie. — Mais si l'on arrive aux doses de 10 centigrammes et plus, ces symptômes s'accusent plus vite, sont plus intenses et ont une durée plus longue.

Ainsi on les voit se produire le plus souvent environ au bout de seize minutes avec des doses de 10 centigrammes ; douze à treize minutes avec des doses de 11 à 12 centigrammes.

Leur marche est également progressive, toutefois leur durée est de plusieurs heures, quelquefois même d'une demi-journée ; ils ne laissent aussi aucune trace après eux.

Mais de plus, c'est avec ces doses que l'on obtient d'autres symptômes qui frappent bien davantage l'observateur, ce sont : la diplopie, la dilatation des pupilles et les effets hypnotiques.

L'état brouillé de la vue est, en effet, bientôt compliqué de la sensation qu'accuse le malade de voir les objets doubles de près et de loin, à la condition de se servir de ses deux yeux.

L'image supplémentaire est vue par rapport à la vraie, dans des positions variées, tantôt au-dessus ou au-dessous.

L'expérience avec des verres colorés indique qu'il y a strabisme.

Les deux images sont aperçues à des distances plus ou moins grandes l'une de l'autre, suivant l'éloignement de l'objet.

La position de l'image supplémentaire n'est jamais absolument identique ; le malade la voit même en quelques instants varier soit à gauche, soit à droite, soit en bas, soit en haut. Cette image ne vacille pas. Le malade la reconnaît et la décrit le plus souvent très-bien, même sans l'aide d'un verre coloré. Il est cependant arrivé que, voulant saisir un objet, il mettait la main à côté, sur l'image supplémentaire. Parfois, au lieu de deux images, le malade dit en voir trois, quatre et même davantage, mais celles-ci sont alors troubles et apparaissent un peu pêle-mêle. Ce phénomène, toujours accompagné d'une sorte de brouillard, empêche absolument, lorsqu'il est très-intense, le malade de lire. Il a duré au plus deux heures. Sa marche a été également progressive avec un maximum, et n'a laissé aucun trouble après lui. Pendant ce temps on notait le plus souvent une dilatation des pupilles, qui conservaient leur contractilité. Elles augmentaient de 1 à 2 millimètres.

Dans la même période, la tendance au sommeil s'accusait sur la physionomie, d'abord par l'exagération de la lourdeur des paupières supérieures, d'où leur demi-occlusion, et cette apparence qu'offrait le malade d'une personne luttant contre le sommeil. Celui-ci arrivait quelquefois, mais non dans tous les cas. Le malade le plus réfractaire nous a cependant dit (dose de 125 milligrammes) que, s'il se laissait aller, il dormirait volontiers. Cette dernière manifestation symptomatique nous avait déjà frappés chez l'homme, comme nous l'avons indiqué dans notre premier travail (1), et depuis nous en avons trouvé une nouvelle confirmation dans une récente expérience physiologique.

« Un lapin, soumis à une influence curarique, nous présenta, au milieu des autres phénomènes si connus, une sorte de somnolence avec occlusion des paupières ; en tout, l'apparence endormie la mieux caractérisée ; état qui disparaissait au moindre bruit, puis se manifestait de nouveau. »

Nous souvenant de ce que nous avions observé si nettement chez l'homme, nous pûmes alors rapporter à sa véritable cause, nous le croyons du moins, un phénomène que nous avions noté très-souvent dans nos expériences préparatoires sur les animaux, mais sans y attacher d'importance. Dans ce cas, la clinique avait donc ainsi fourni l'interprétation réelle d'un fait de physiologie qui, pour nous, jusqu'à présent passait inaperçu.

Terminons en disant que quelque intenses qu'aient été (jusque, du moins, à la dose de 135 milligrammes de notre nouveau curare) les remarquables symptômes que nous venons de décrire, aucun n'a persisté au delà des limites indiquées ; aucun ne s'est depuis manifesté spontanément. L'influence était, ici encore, pour d'autres effets curariques absolument passagère.

Il est essentiel de noter aussi que l'intelligence a toujours été à tous moments parfaitement conservée, et que nous pouvions puiser par là les renseignements les plus précis. L'ophthalmoscope n'a fait constater quoi que ce soit d'anomal au fond de l'œil.

(1) C'est par suite d'un accident typographique — chiffre 5 tombé — que, dans notre numéro 12, nous avons indiqué 13 milligrammes au lieu de 135 milligrammes. (*Note de la rédaction.*)

(2) Ce curare, nouvellement en notre possession, provient d'un achat fait dans le Para, par le docteur Sylva da Castro.

Il était renfermé dans un petit pot de terre.

Ses propriétés physiques extérieures sont identiques à celles de nos autres variétés.

Il répand, en le triturant, une forte odeur *sui generis* que nous avons, du reste, déjà signalée.

Il tue un lapin du poids de 2 kilogrammes à la dose, injectée sous la peau, de 4 milligrammes.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, septembre 1866, et *Gazette hebdomadaire*, août 1866, résumé des *Études sur le curare.*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 février 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

L'ampliation d'un décret, en date du 12 février courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Legouest.

Après lecture de la lettre du ministre et du décret, faite par M. le secrétaire perpétuel, M. Legouest est invité à signer la feuille de présence et à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Vosges. (Comm. des épidémies.)

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Fonsange (Gard), par M. le docteur Zaleski; de Cauvalat (Gard), par M. le docteur Verdier; des hôpitaux militaires thermaux de Baréges, de Vichy, de Bourbon-l'Archambault, d'Amélie-les-Bains et d'Hammam-Mescoutine, par MM. les médecins en chef de ces établissements. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Brochard (de Bordeaux), qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une lettre de M. Victor de Laprade, membre de l'Académie française, accompagnant une brochure intitulée : *l'Éducation homicide,* plaidoyer pour l'enfance. (Comm. des nourrissons.)

3° Une lettre de M. le docteur Mignot (de Chantelle), sur l'utilité de la fondation des hôpitaux et des hospices cantonaux;

4° Une note de M. le docteur Puig (Bonaventure), sur le traitement

des maladies des yeux par les eaux d'Olette. (Comm. des eaux minérales.)

5° Une lettre de M. le docteur Conhor, sur les cosmétiques dangereux. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

6° Une réclamation de priorité de M. Georges (Martin), (de Montpellier), au sujet de l'appareil de M. Stopfer, pour l'anesthésie locale, présenté par MM. Robert et Colin;

7° Une note de M. le docteur Hamon, accompagnant l'envoi d'un instrument auquel il donne le nom de rétroceps ou forceps asymétrique.

L'instrument que j'ai l'honneur de soumettre à la sanction de l'Académie de médecine, dit l'auteur, a été fabriqué d'après mon modèle par M. Guéride, il est basé sur une doctrine que je crois pouvoir considérer comme entièrement nouvelle. Jusqu'ici tous les accoucheurs ont érigé en précepte de poser les cuillers des divers forceps dans le sens du diamètre de la tête, c'est-à-dire symétriquement par rapport à cet organe. Mon instrument est conçu de façon à réaliser des vues essentiellement opposées; ses cuillers s'appliquent asymétriquement sur la tête du fœtus, qu'elles saisissent invariablement en arrière. (Retro-capio.)

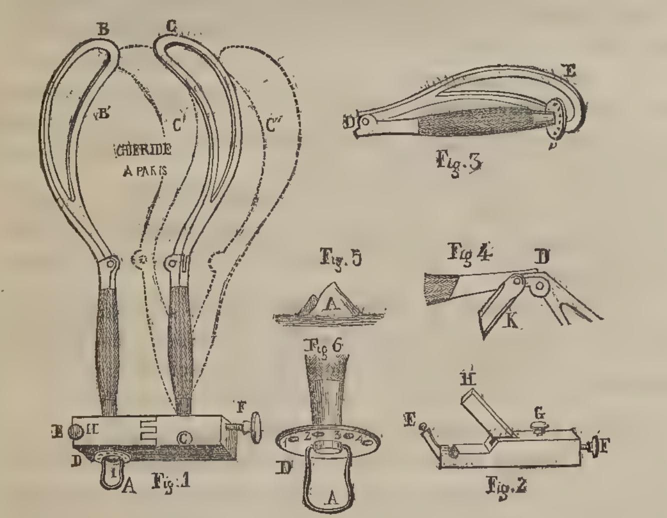


Fig. 1. — Rétroceps monté; B, branches pivotantes; C, branches basculantes.

Fig. 2. — Manche. E, arrêt du pivot volant H; G, bouton à baïonnette articulant la branche C; F, vis faisant basculer ladite branche.

Fig. 3 et 4. — Pour obtenir cette flexion, faire faire un quart de tour au levier K, comme le représente la figure 4; une fois la branche pliée, remettre en place le levier K.

Fig. 5. — Marque du docteur Hamon. Cette marque est incrustée, par M. Guéride son fabricant, sur chaque branche et sur le manche du rétroceps.

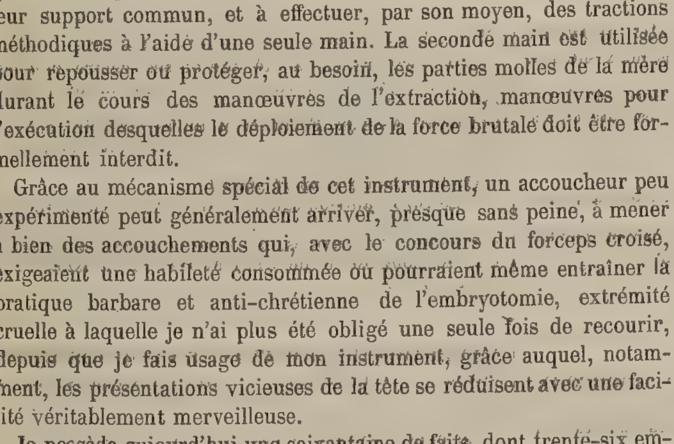
La rondelle D est percée de quatre trous, qui servent à articuler, au moyen du levier A, la branche pivotante B. En remplacement de la vis F, on peut monter un crochet mousse ou un perce-crâne.

Grâce à ce nouveau mode de préhension, il n'y a plus lieu de se préoccuper du placement symétrique des cuillers, manœuvre qui, avec le forceps classique, exigeait trop souvent une habileté spéciale. Les cuillers de mon instrument vont se poser d'elles-mêmes en arrière de la tête; on n'a nullement à prendre soin du siége précis qu'elles occupent. Il ne reste plus qu'à articuler les deux leviers sur leur support commun, et à effectuer, par son moyen, des tractions méthodiques à l'aide d'une seule main. La seconde main est utilisée pour repousser ou protéger, au besoin, les parties molles de la mère durant le cours des manœuvres de l'extraction, manœuvres pour l'exécution desquelles le déploiement de la force brutale doit être formellement interdit.

Grâce au mécanisme spécial de cet instrument, un accoucheur peu expérimenté peut généralement arriver, presque sans peine, à mener à bien des accouchements qui, avec le concours du forceps croisé, exigeaient une habileté consommée ou pourraient même entraîner la pratique barbare et anti-chrétienne de l'embryotomie, extrémité cruelle à laquelle je n'ai plus été obligé une seule fois de recourir, depuis que je fais usage de mon instrument, grâce auquel, notamment, les présentations vicieuses de la tête se réduisent avec une facilité véritablement merveilleuse.

Je possède aujourd'hui une soixantaine de faits, dont trente-six empruntés à ma propre pratique, qui font suffisamment foi des vertus d'un instrument qui n'a jamais failli entre mes mains, non plus que je sache qu'entre celles de mes confrères assez nombreux déjà, qui en font usage depuis un an ou deux.

8° MM. Robert et Collin présentent un spéculum laryngien con-



struit sur le principe de celui de Babington, et ayant quelque ressemblance avec celui de M. Labordette. Il se compose de deux valves recourbées à leur extrémité A C, et réunies par deux anneaux articulés qui reposent à plat entre les valves quand le spéculum est fermé. La valve supérieure est munie, à son extrémité, d'une glace ovale C, inclinée pour recevoir l'image laryngienne visible dans l'axe du spéculum. Lorsque l'instrument est introduit dans la cavité buccale, il suffit d'appuyer avec le pouce sur l'extrémité de la valve supérieure B, pour redresser les anneaux en écartant les deux valves; l'inférieure faisant opposition à la supérieure, déprime la base de la langue et l'attire en avant; le larynx, parfaitement dégagé, reflète son image sur la glace C. Cette manœuvre s'exécute avec une facilité extrême. Ainsi que l'indique la figure, l'instrument est d'un petit volume quand le manche est plié sur les valves fermées. Sur les indications de M. le baron H. Larrey, nous avons transformé le manche de l'instrument en abaisse-langue.

A, extrémité recourbée pour attirer la langue;

C, miroir ovale;

B, plaque sur laquelle on pousse pour écarter les valves;

D, cliquet sur lequel on appuie pour rapprocher les valves;

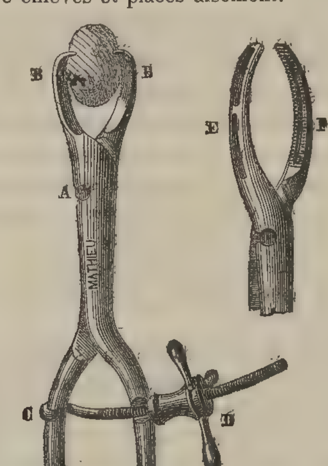
E, bouton sur lequel il faut presser pour fermer le manche.

9° M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle tenette dite à pression, qu'il a fabriquée pour M. Nélaton, pour briser les gros calculs dans l'opération de la taille périnéale et prérectale.

Cette tenette, d'un petit volume, puisqu'elle peut être introduite dans une incision de 3 centimètres, se compose de deux mors BB formant doubles coins disposés en sens inverse, de manière qu'en exerçant une forte pression au moyen d'une vis à volant, l'on fait éclater la pierre en trois morceaux. Les deux coins de la partie interne du mors séparent la pierre dans le sens longitudinal, et les deux autres coins de la partie supérieure la séparent dans le sens vertical.

Les deux branches peuvent être introduites isolément, et réunies ensuite par un tenon à ressort A qui les empêche de se séparer.

Cet instrument est simple. La manœuvre en est facile. La vis et le volant peuvent être enlevés et placés aisément.



La figure E F représente le même instrument, ayant des mors fenêtrés, deux arêtes striées formant ensemble un porte à faux.

— **M. PIORRY** dépose sur le bureau la seconde édition de son ouvrage intitulé : *Des petits moyens en thérapeutique.*

— **M. LARREY** présente : 1° de la part de M. Wecker, le deuxième volume du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux;* 2° au nom de M. le docteur Goye, une brochure intitulée : *La Médecine militaire en France et en Amérique;* 3° au nom de M. le docteur Pietro de Gandenzi, une brochure intitulée : *Observations de hernies étranglées guéries par la méthode Borelli;* 4° au nom de M. le docteur Borelli, une brochure sur la réduction non sanglante des hernies inguinales et crurales; 5° au nom de M. le comte de Beaufort, une brochure intitulée : *Recherches sur la prothèse des membres;* 6° au nom de M. Eugène Caron, une thèse sur la rugination de la base du crâne, comme moyen de destruction des polypes qui s'y implantent.

— **M. RICHET** dépose sur le bureau la lettre suivante de M. le docteur Leroy d'Étiolles :

« 18 février 1867.

« Monsieur le Président,

« Si j'ai eu l'honneur d'appeler plusieurs fois l'attention de l'Académie impériale de médecine, c'est seulement au sujet de mes travaux personnels. Je ne saurais oublier que la savante compagnie, dont vous êtes le président, avait daigné couronner mon travail sur les paraplégies. Naguère encore, j'ai eu l'honneur de faire hommage à l'Académie des fascicules de mon traité sur la gravelle et les calculs.

« Aujourd'hui, je viens entretenir l'Académie d'une question qui touche à la mémoire scientifique de mon père et à ses travaux.

« L'uréthrotome présenté par M. Mathieu dans la séance du 12 février, est une reproduction absolument identique d'un instrument déjà exécuté en 1855 par ce même fabricant, pour mon père, à propos du concours du prix d'Argenteuil. J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie deux de ces instruments portant l'estampille de M. Mathieu.

« Il ne m'appartient pas de rechercher quel sentiment a guidé M. Mathieu dans cet emprunt d'un objet manufacturé chez lui à une époque antérieure, et sur lequel un certain oubli pouvait avoir passé. J'ai donc l'honneur de vous prier instamment, monsieur le Président, d'accorder à la mémoire de mon père la satisfaction d'un examen de priorité. Le nom de mon savant et affectionné maître, M. le professeur Richet, s'est trouvé mêlé à cette présentation; je serais heureux qu'il voulût bien se charger d'examiner cette question.

« Agréez, etc.

« LEROY D'ÉTIOLLES. »

— **M. LE PRÉSIDENT** informe l'Académie que le bureau a saisi le conseil, et que l'Académie sera saisie elle-même, à son tour, de la question relative aux présentations qui sont faites par les fabricants d'instruments de chirurgie.

— **M. LARREY.** J'ai déjà fait une proposition à cet égard à l'Académie. En présence de nombreuses réclamations de priorité qui se succèdent à l'occasion de ces présentations, il y a lieu pour elle à être très-réservée à l'avenir, sans cependant priver les fabricants d'instruments de chirurgie, de la publicité à laquelle ils ont droit. J'appelle donc de nouveau, sur ce point, la sollicitude de M. le président et de l'Académie elle-même.

— **M. CLOQUET.** Plusieurs journaux ayant parlé de l'indisposition qu'a éprouvée M. Velpeau ces jours derniers, je crois devoir annoncer à l'Académie que notre collègue n'a eu qu'une indisposition sans gravité dont il est déjà à peu près complétement rétabli.

ÉLECTION.

L'Académie procède successivement à deux scrutins pour la nomination de deux commissions; l'une pour les candidats aux titres d'associés et de correspondants nationaux; l'autre pour les candidats aux titres d'associés et de correspondants étrangers.

Sont désignés par le scrutin pour faire partie de la première commission : MM. Larrey, Bouillaud, Richet, Guérard, Gobley et H. Bouley.

Sont désignés pour la deuxième commission : MM. Barth, Gosselin, Broca, Berthelot, J. Guérin et Magne.

Discussion sur les cas de syphilis vaccinale de l'arrondissement d'Auray.

M. BRIQUET, en sa qualité de dissident, demande à l'Académie la permission de revenir sur le rapport de la commission de vaccine. Dans le cas, dit-il, où les faits recueillis par MM. Depaul et Roger seraient regardés comme suffisant à établir d'une manière positive la transmission de la syphilis par la voie de la vaccination, ce sera une chose jugée. Si au contraire il subsiste quelques lacunes dans les faits relatés, et c'est mon avis, elles seront indiquées et elles serviront à faire connaître les *desiderata* qu'il faudra satisfaire pour arriver à la connaissance exacte de la vérité.

M. Briquet fait un court résumé de la manière dont les choses se sont passées; puis il aborde la discussion des faits :

D'après la relation faite par nos collègues, dit-il, on ne trouve que 11 enfants sur lesquels, au dire des médecins d'Auray, il aurait existé des ulcérations à l'endroit où avaient eu lieu des piqûres d'inoculation vaccinale. Mais comme l'apparence de ces ulcérations n'est pas le plus souvent décrite, il est impossible, dans la plupart des cas, de déterminer la nature de ces ulcérations.

Quoi qu'il en soit, 11 cas d'ulcération sur 140 vaccinés seraient peu de chose, et il y a bien lieu de supposer que tous les faits d'ulcération des pustules vaccinales n'ont pas été recueillis.

Ainsi, parmi ces enfants, il y en avait un certain nombre dont les ulcérations n'étaient pas syphilitiques. Or, si l'on s'en rapporte aux phénomènes consécutifs qui se sont montrés chez les enfants qui portaient des cicatrices d'ulcérations, on en trouve huit chez lesquels il ne s'est rien produit de syphilitique.

Ces faits ne s'accordent guère avec ce qui se passe ordinairement après l'inoculation du liquide provenant d'un chancre infectant, où la règle générale est la préexistence d'un chancre infectant, et où la syphilis générale d'emblée est la rare exception.

Dans cette épidémie il n'existe donc aucun rapport entre la préexistence du chancre induré infectant et les phénomènes de syphilis consécutive. D'où vient ce désaccord si prononcé?

M. Briquet, poursuivant l'analyse des faits, insiste sur cette circonstance de la fréquence plus grande des accidents syphilitiques chez les sujets porteurs d'adénites aux aisselles ou au cou, parce qu'elle constitue un argument très-puissant en faveur de l'introduction du virus par les piqûres vaccinales, à moins qu'on n'aime mieux supposer qu'au moment de la vaccination plusieurs de ces enfants étaient en puissance de syphilis quand on les a vaccinés, et que chez eux la vaccination aurait été non la cause, mais l'occasion du développement des accidents syphilitiques.

En résumé sur 140 enfants vaccinés on n'en trouve, d'après la relation, que 27 chez lesquels il y ait eu des phénomènes consécutifs, semblables à ceux que produit la syphilis, sans néanmoins qu'on puisse assurer combien d'entre eux avaient de véritables phénomènes consécutifs. C'est évidemment un chiffre peu élevé et ne paraissant pas constituer une épidémie bien intense.

L'épidémie d'Auray a-t-elle une cause que l'on puisse déterminer? La première pensée est que la vaccination ayant été le seul fait connu, c'est en elle qu'on en doit rechercher l'origine. La vaccine source venait de la préfecture, et malgré toutes les recherches faites, sa provenance est restée complétement inconnue.

Voilà du virus vaccin dont rien ne constate directement la nature syphilitique, qui ne produit rien chez les trois premiers enfants chez lesquels on l'insère, et qui ne montre sa puissance toxique qu'après avoir passé successivement à travers les organismes de plusieurs enfants. En présence d'un pareil ensemble de faits on peut élever des doutes sur la réalité de la transmission de la syphilis aux vaccinés de l'épidémie d'Auray et se demander si cette épidémie ne résulterait pas de l'action d'autres causes morbifiques.

M. DEPAUL ne relèvera pas quelques petites erreurs de peu d'importance qui se trouvent dans ce que vient de dire M. Briquet, et qui montrent qu'il n'est pas très au courant de ce qui s'est passé dans l'épidémie d'Auray. J'attendais une conclusion, elle manque complétement. M. Briquet s'est contenté de dire : Il reste quelque chose à désirer. Attendons une nouvelle épidémie, a-t-il eu l'air de dire, et nous verrons après. Je ne peux pas accepter cette proposition.

M. Briquet n'a guère fait que reproduire à peu près ce que nous avons dit M. Roger et moi dans notre rapport. Nous avons exprimé déjà plusieurs des doutes qu'il vient d'émettre. Il paraît étonné de n'avoir pas trouvé un plus grand nombre de cas à caractères syphilitiques tranchés; mais M. Briquet a mal compté les faits; il n'en a trouvé que 10 ou 11 là où nous en avons trouvé 30 et quelques avec des caractères très-précis.

M. Briquet a oublié d'ailleurs, du commencement jusqu'à la fin, comment les choses se sont passées. Il a oublié que ce n'a été que trois semaines après l'événement que nous avons pu nous rendre sur les lieux. Dans cet intervalle bien des choses s'étaient passées; les malades avaient déjà été soumis à un traitement spécifique et soit sous l'influence de ce traitement, soit simplement par le fait du temps, bien des symptômes caractéristiques avaient déjà disparu. On n'ignore pas, en effet, que la syphilis a en général une marche beaucoup plus rapide chez les enfants que chez les adultes. Mais ce que nous n'avons pas vu nous-mêmes, les médecins de la localité l'avaient vu, et leurs relations ne nous ont laissé aucun doute dans l'esprit à cet égard. Cela est si vrai, que c'est précisément sur les enfants qui ont été soumis à un traitement que nous avons trouvé le moins de traces de l'affection, tandis que nous avons trouvé au contraire des traces très-accusées chez ceux qui n'avaient point été traités.

M. Briquet a fait des théories sujettes à contestation et dont je lui laisse la responsabilité. Il a dit, par exemple, que lorsque le virus syphilitique était inoculé avec le sang il ne produisait que des accidents généraux. Sur quoi se fonde-t-il? Sur ce qu'il n'y avait pas

d'ulcérations dans ces cas : mais elles étaient passées quand nous avons vu les petits malades.

M. Briquet s'est étonné qu'il n'y eût pas plus d'altérations dans les parties génitales. Mais il oublie qu'il s'était écoulé un assez long espace de temps et que plusieurs de ces altérations avaient pu s'effacer ou disparaître, tandis que chez d'autres, au contraire, elles n'avaient peut-être pas paru encore.

Je ferai les mêmes observations sur ce qu'il n'y a pas eu plus d'accidents transmis des enfants aux mères ou aux nourrices. La raison en est toute simple, c'est que chez quelques-uns de ces enfants le traitement est intervenu à une époque où ces transmissions n'avaient pas pu se produire encore.

M. Briquet se demande quelle a été la cause de cette épidémie. Nous l'avons cherchée, et comme lui nous ne l'avons pas trouvée. S'il s'était agi d'un ou deux enfants on aurait pu peut-être suspecter les parents; mais il s'agit de 140 ou 150 enfants, appartenant à des localités différentes. Il n'était pas possible de s'arrêter à une pareille supposition.

Nous ne pouvons pas admettre non plus que le hasard ait pu produire simultanément un aussi grand nombre d'accidents avec du vaccin ordinaire. Comment ces accidents se sont-ils produits? Quel en a été le point de départ? Nous l'avons cherché, nous nous sommes renseignés auprès de la sage-femme qui a fait les vaccinations. Nous n'avons pu rien apprendre de plus, si ce n'est que le vaccin avait été envoyé de la préfecture de Vannes. Mais cela ne nous disait rien. Le seul fait certain pour nous c'est que les enfants que nous avons vus étaient bien atteints de la syphilis et que cette syphilis était survenue à la suite de la vaccination. Je ne puis que m'en référer à cet égard aux conclusions du rapport.

Mais je suis étonné que M. Briquet, qui cherchait des objections, en ait laissé passer une qui eût été plus grave que celles qu'il nous a faites. Jusqu'à présent dans tous les faits connus on a vu deux éruptions successives, l'éruption vaccinale d'abord, puis l'accident syphilitique se manifestant sur le lieu d'insertion du vaccin, trois, quatre ou cinq semaines après la cicatrisation de la pustule. Ici les choses ne se sont pas passées ainsi. Mais nous sommes bien loin encore de connaître toutes les évolutions de la syphilis.

La séance est levée après cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous prie de vouloir bien insérer la présente lettre dans votre prochain numéro, pour la rectification de diverses petites erreurs qui se sont glissées dans la description de notre appareil à anesthésie locale, faite dans le numéro du 12 février. Laissons de côté deux ou trois erreurs de lettres qui n'empêchent pas de comprendre le principe et le mécanisme de l'appareil. Vous dites que « le dessin représente l'appareil de grandeur naturelle. » Sur le modèle que nous avions envoyé, oui; mais sur le dessin du journal, il est réduit au quart.

Vous terminez l'article par une remarque sur l'appareil de notre condisciple de Paris, M. Stopfer. Je vous ferai remarquer qu'au mois d'août 1866, j'avais construit un appareil identique au sien, point pour point, sauf la couverture en maillechort qui recouvre les tubes pour les rendre plus solides. Cet appareil ne me paraissant pas remplir toutes les conditions, parce que je ne pouvais pas obtenir un jet allant dans toutes les directions, ce qui ne permettait pas de faire deux ou trois petites opérations qui se présentèrent dans le service de M. Estor, chirurgien en chef de l'hôpital général, je cherchai, et je construisis celui que vous avez décrit, et qui n'est que le premier modèle modifié à cinq reprises différentes.

Je vous prie encore de rectifier le nom de notre maître, M. Garymon, et non pas Grarymon, comme il est écrit, et de rectifier le mien, qui est Georges Martin, et non pas Martin Géroze, comme il est aussi écrit.

Recevez, monsieur, mes remercîments pour l'asile que vous avez bien voulu donner à notre appareil dans vos colonnes, et agréez l'assurance de ma parfaite considération.

Georges MARTIN.
Rue du faubourg Saint-Jaume, Montpellier.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

CIRCULAIRE RELATIVE AUX EXAMENS DE RÉCEPTION DES OFFICIERS DE SANTÉ ET DES PHARMACIENS DE 2e CLASSE.

Monsieur le Recteur, j'ai été consulté à plusieurs reprises sur la question de savoir si l'aspirant au grade d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe, est tenu de subir tous ses examens devant la faculté ou l'école dans le ressort de laquelle il se propose d'exercer.

Je ne saurais mieux résoudre cette question qu'en rappelant les termes mêmes du décret du 22 août 1854 (art. 19) :

« En exécution des articles 29 et 34 de la loi du 19 ventôse an XI, et de l'article 24 de la loi du 21 germinal an XI, les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe, les sages-femmes et les herboristes de 2e classe, pourvus des diplômes ou certificats d'aptitude délivrés, soit par les anciens jurys médicaux, soit d'après les règles déterminées par les articles 17 et 18 ci-dessus, ne peuvent, comme par le passé, exercer leur profession que dans les départements pour lesquels ils ont été reçus. »

Par le mot *reçus* le décret indique suffisamment qu'il s'agit seulement du dernier examen, et que, quant aux deux premiers examens, l'aspirant peut les passer dans un autre établissement. Donner une interprétation différente aux dispositions précitées, ce serait aggraver, pour les aspirants praticiens du second ordre, la situation qui leur avait été faite par la législation de l'an XI; en effet, d'après cette législation, le candidat au grade d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe n'était nullement tenu de subir la totalité des épreuves devant le jury qui procédait à sa réception. Voici, en effet, comment s'exprimaient mes prédécesseurs dans les instructions adressées à MM. les préfets au sujet de la tenue des jury médicaux :

« Au moment de leur inscription, les candidats devront justifier, au moyen de pièces authentiques et dûment légalisées, des conditions d'âge, de stage et de grade exigées par la loi (les pharmaciens de 2e classe étaient alors soumis à l'obligation du baccalauréat ès lettres) et faire connaître le nombre des examens qu'ils sont dans l'intention de subir. S'ils ont subi antérieurement un ou deux examens devant des jurys autres que celui dans la juridiction duquel ils sollicitent leur inscription, ils devront produire un extrait du procès-verbal de la session dans laquelle ils les ont soutenus. » (Circulaire des 13 mai 1850 et 1er mai 1851.)

Je n'ajouterai qu'un mot à ces instructions. Aujourd'hui le décret du 22 août 1854 ayant soumis les futurs officiers de santé et pharmaciens de 2e classe à une scolarité dans les établissements publics d'enseignement supérieur, ces aspirants ne peuvent, suivant les règlements généraux de l'Université, changer de faculté ou d'école sans mon autorisation.

Je vous prie, monsieur le Recteur, de notifier la présente circulaire aux fonctionnaires qu'elle concerne et d'en assurer l'exécution.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le Ministre de l'instruction publique,
V. DURUY.

Paris, le 2 février 1867.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

I. — *Faculté de médecine de Paris.* — M. Febvre est chargé provisoirement, à titre de suppléant, des fonctions de préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, pendant la durée de la délégation de M. Wilm à la Faculté des sciences de Strasbourg.

II. — *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.* — M. Saillard, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon (emploi vacant).

M. Rith, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Bodier, dont la délégation est expirée.

M. Faivre, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de pharmacie, toxicologie, matière médicale et thérapeutique, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Lebon, dont la délégation est expirée.

— Nous sommes heureux d'annoncer que notre ami et collaborateur M. le docteur Legros (d'Aubusson) vient de recevoir le prix du concours de 1866 (médaille d'or), de la Société médico-chirurgicale de Liége.

Cette Société l'a nommé membre correspondant et a voté l'impression du mémoire dans ses annales. Onze concurrents avaient pris part à la lutte.

— Le banquet des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 23 janvier, à six heures, dans les salons des Frères-Provençaux (Palais-Royal).

La souscription est fixée à 15 francs. On souscrit chez l'un des membres de la commission permanente.

Traité expérimental et clinique de la régénération des os, par le docteur L. OLLIER, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Deux vol. in-8, avec 9 planches gravées sur cuivre et 45 figures intercalées dans le texte. Prix : 30 fr. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 23 FÉVRIER 1867. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale. — Affections des voies respiratoires. — Épidémie de grippe.

Il sera probablement parlé et à un autre moment des maladies régnantes des mois de décembre 1866, janvier 1867 et du mois courant. Nous ne voulons emprunter, pour l'instant, au dernier rapport de la commission des maladies régnantes à la Société médicale des hôpitaux, que ce qui concerne les affections des voies respiratoires qui se sont présentées, pendant le mois de janvier, avec une prédominance et avec des caractères qui nous paraissent justifier le titre inscrit en tête de cet article.

Toutes les communications qui sont parvenues à la commission, signalent les bronchites au premier rang des affections des voies respiratoires, tandis que les pneumonies et les pleurésies sont relativement rares, surtout à l'état primitif. Le caractère général de ces phlegmasies bronchiques n'est autre que celui qui appartient aux phlegmasies catarrhales en général, et, pour le plus grand nombre des médecins, il se rapporte entièrement à la bronchite épidémique, à la grippe. M. le docteur Homolle a particulièrement insisté sur cette influence épidémique franchement accusée, suivant lui, par cette circonstance que la maladie ne frappe jamais un seul individu dans une famille ou dans une maison, et dont il résume ainsi les principaux caractères : « Brusquerie du début et apparence grave des premiers accidents ; intensité de la céphalalgie et de la courbature ; sensation pénible d'arrachement que les malades rapportent à la région sternale, et rapidité avec laquelle la sécrétion bronchique revêt l'aspect muco-purulent ; durée relativement courte, surtout chez les adultes ; gravité exceptionnelle chez les enfants, d'autant plus qu'ils se rapprochent davantage du moment de la naissance. »

M. Hérard a fait la remarque que bon nombre des grippes observées dans le mois de janvier, présentaient des traits de ressemblance avec la fièvre typhoïde. On y trouvait, comme dans cette dernière affection, un grand abattement, de la céphalalgie, de la fièvre, quelquefois de la diarrhée, de la toux, des épistaxis. Dans les cas douteux, M. Hérard se basait surtout, pour établir le diagnostic, sur l'existence du coryza souvent extrêmement intense, et s'il constatait en même temps de la toux avec expectoration un peu abondante, il supposait plutôt la fièvre catarrhale que la fièvre typhoïde, surtout s'il y avait en même temps quelques frissons plus ou moins réguliers. Un peu plus tard, les taches lenticulaires jugeaient la question. Enfin M. Hérard ajoute avoir rencontré des grippes dans lesquelles on apercevait à la peau quelques éruptions plus ou moins fugitives qui auraient pu en imposer pour des taches typhoïdes.

M. Moissenet a noté que la plupart des grippes ont commencé par une fièvre intense qui, au bout des deux ou trois premiers jours, a pris le type intermittent quotidien nocturne le plus souvent, et plus rarement diurne.

Enfin, parmi ces affections catarrhales, un grand nombre ont revêtu, à un degré plus ou moins manifeste, le caractère gastrique et bilieux.

Cette dernière circonstance indiquait naturellement l'emploi des évacuants et notamment celui des émétiques au début. Beaucoup de malades ont été promptement soulagés, et ont vu leur état s'améliorer rapidement à la suite de cette médication. Cependant quelques médecins, notamment M. Guibout, à l'hôpital Saint-Louis, et M. Blachez, à l'hospice Devillas, ont vu le catarrhe bronchique persister avec une ténacité extrême, malgré l'usage répété de ces moyens et des autres ressources de la thérapeutique. — Il n'est pas dit si les préparations opiacées étaient comprises dans ces autres ressources de la thérapeutique, et ce n'est pas sans quelque étonnement, en tout cas, que nous ne les voyons pas mentionnées dans le rapport. Nous avons eu l'occasion, en effet, de voir plusieurs de ces cas de grippe avec céphalalgie gravative intense, avec cette sensation pénible d'arrachement à la région sternale signalée par M. Homolle, irritation vive et permanente à la gorge, toux sèche, presque incessante, surtout pendant la nuit, qui ont été très-promptement amendées et guéries par de petites doses répétées d'opium. — Nous devons signaler enfin le sulfate de quinine qui a trouvé plusieurs fois ses indications et qui a été employé avec avantage à l'Hôtel-Dieu, par M. Moissenet.

Nous croyons qu'on peut et qu'on doit rapprocher de la grippe les pneumonies qui ont été observées concurremment, et les rattacher à la même influence. Il est remarquable, en effet, que pendant le mois de janvier les pneumonies franches ont été relativement rares, comme on l'a vu plus haut, tandis qu'on a observé, au contraire, en assez grand nombre des pneumonies catarrhales ou des pneumonies bâtardes, à forme adynamique ou ataxique. C'est sous ces dernières formes notamment que les pneumonies se sont montrées à l'hospice des Incurables hommes, dans le service de M. Desnos. M. Hérard a vu à Lariboisière un type parfait de pneumonie typhoïde qui s'est amendé très-rapidement sous l'influence de potions alcoolisées, d'extrait de quinquina, de vin de Bordeaux et de l'application d'un vésicatoire sur la poitrine. A l'Hôtel-Dieu, M. Moissenet a observé des grippes qui se compliquaient de pneumonie. Dans ces cas le tartre stibié à faible dose produisait une hyposthénisation rapide et profonde, et il a dû lui préférer les préparations de quinquina et même l'alcool. A Bicêtre, M. Delasiauve a eu à traiter trois cas de pneumonie bâtarde. A la maison de Santé, M. Chauffard n'a pas vu un seul cas de pneumonie franche, circonstance qu'il regarde, avec raison, comme caractéristique, les maladies qui manquent, dit-il, servant souvent à marquer le caractère vrai de celles qui existent.

Sans rien préjuger à l'égard de ce que pourra nous apprendre le rapport sur les maladies du mois de février, en ce qui concerne plus particulièrement les hôpitaux, nous pouvons dire dès à présent que cette petite épidémie de grippe n'a fait que s'étendre et se généraliser de plus en plus pendant ces trois dernières semaines, sans toutefois qu'elle paraisse avoir pris plus de gravité. Ce matin encore, à l'hôpital de la Clinique, M. Depaul signalait à ses élèves le nombre inusité de cas de bronchites, de pleurésies et de pleuro-pneumonies qu'il y a en ce moment parmi les femmes enceintes ou accouchées de son service.

Traitement du choléra par le sulfate de cuivre.

Si nous revenons encore sur le traitement du choléra par le sulfate de cuivre, c'est parce qu'il nous a paru que le dernier mot n'avait pas été dit encore sur la valeur réelle de cette médication, malgré le jugement un peu sommaire qui en a été fait à la Société médicale des hôpitaux. Voici quelques faits que nous communique, en manière d'appel, M. le docteur Dufraigne, de Meaux, ancien interne des hôpitaux de Paris, et qui a saisi l'occasion d'expérimenter cette médication pendant que l'épidémie sévissait dans cette ville.

Nous laissons la parole à notre confrère :

PREMIER CAS. — *Choléra foudroyant. Guérison rapide.*

« L'épidémie s'est montrée, à Meaux, sévère en son début, comme presque partout cette année. Il y avait eu déjà un certain nombre de malades, et tout autant de victimes, lorsque le 30 août, je fus appelé auprès du nommé P..., berger.

Cet homme, âgé de trente-deux ans, très-vigoureux, d'une excellente santé habituelle, après une seule journée de prodromes caractérisés par un peu de diarrhée, mais surtout par de grands bruits d'entrailles, avait été pris très-violemment, la nuit vers cinq heures. A dix heures du matin, je constatais vomissements et selles caractéristiques, incessants, crampes féroces, angoisse épigastrique des plus vives, yeux excavés, aphonie, froid général, mais encore un peu de pouls.

Prescriptions : Ipéca, boissons excitantes, bouteilles d'eau chaude, frictions, lavements laudanisés.

A deux heures, l'état du malade s'est encore aggravé, plus de pouls, algidité complète, sueur visqueuse, suffocation ; *choléra-type*.

La mort me paraissant imminente, je me décide à tenter la médication cuprique, et je prescris la potion suivante :

Eau distillée, 125 grammes.
Sulfate de cuivre, 12 centigrammes.
Laudanum, 10 gouttes.
Alcoolat de mélisse, 4 grammes,

à prendre par cuillerée à café de dix minutes en dix minutes.

Les deux ou trois premières cuillerées sont très-mal supportées ; le malade ne l'accepte à nouveau qu'avec une extrême répugnance ; cependant à cinq heures et demie, il en avait déjà pris et gardé les deux tiers ; à cette heure, rien encore de bien notable. On continue le traitement : à neuf heures, un peu d'amélioration ; vomissements, diarrhée et crampes ont un peu diminué, le froid est moins intense, mais toujours pas de pouls, pas d'urines, angoisses épigastriques des plus vives, voix absolument éteinte, si bien que la famille se refuse tout d'abord à faire les frais d'une nouvelle potion, j'oblige l'un de ses membres à me suivre chez le pharmacien. Une seconde potion, cette fois à 15 centigrammes, est faite sous mes yeux, j'y fais ajouter 30 grammes de sirop de cannelle, et supprimer l'alcoolat de mélisse ; cette seule addition suffit pour la rendre d'un goût presque agréable. Le lendemain, 31, vers sept heures, je retourne, sans beaucoup d'espoir, auprès du malade, et à ma très-grande surprise, je trouve la chaleur revenue partout, sauf dans les parties restées à découvert ; je sens parfaitement le pouls ; les vomissements et les selles sont devenues rares, presque plus de crampes, diminution notable de l'angoisse épigastrique, P... n'a plus vomi une seule fois sa potion, il la prend maintenant avec plaisir.

Prescription : Troisième potion de 15 centigrammes, dont je fais éloigner les doses.

Le soir, l'amélioration a fait de nouveaux progrès, plus de crampes ; de temps en temps encore un vomissement, deux ou trois garde-robes seulement, depuis le matin ; pouls et chaleur, réaction bonne.

Le 1er septembre, pouls bon, plus de selle caractéristique, plus de crampes ni d'angoisse épigastrique. Bouillon.

Le 2, le bien continue, retour des urines. Bouillon et soupe.

Le 3, plus aucun symptôme cholérique, convalescence franche, pendant quelques jours encore, je surveille le malade.

Le 10, il était complétement rétabli, et je lui faisais ma dernière visite. »

DEUXIÈME CAS. — *Choléra foudroyant. Guérison plus rapide encore.*

« B..., cinquante ans, employé, pris subitement, sans aucune sorte de prodrome, vers onze heures, dans la nuit du 13 octobre, selles et vomissements caractéristiques au même moment. Sa femme, blanchisseuse de profession, allume son fourneau et l'entoure de fers chauds. Malgré cela, le froid augmente. J'arrive à une heure du matin, et je constate l'état suivant : selles et vomissements très-abondants, caractéristiques, crampes très-violentes, se répétant sans cesse, angoisse épigastrique, froid général, excepté à la poitrine, où encore un peu de chaleur, cyanose des extrémités, voix éteinte, face grippée, pouls conservé, mais très-fréquent et petit. Avant mon arrivée on avait administré thé au rhum et un lavement laudanisé. Je prescris la continuation des mêmes moyens, plus, si les accidents ne diminuent pas, la même potion que dessus, avec 15 centigrammes de sulfate de cuivre et 30 grammes de sirop de cannelle à prendre de dix minutes en dix minutes. Une demi-heure à peine après ma visite, refroidissement complet, voix tout à fait éteinte, ce que voyant, la femme de B... s'empresse d'aller frapper à la porte du pharmacien.

Dès la troisième prise du remède, les vomissements cessent, un peu plus tard, disparition des crampes, diminution considérable des selles. A huit heures du matin, je constate que le pouls s'est relevé et que B... s'est complétement réchauffé ; en outre plus de constriction vers la base de la poitrine.

Je fais éloigner les doses de la potion, me réservant de la renouveler le soir, s'il y a lieu ; mais à ce moment, pouls et chaleur bons l'un et l'autre, plus de selle ni de vomissement.

Le lendemain, 15, retour des urines ; le malade demande à manger.

Le 16, je m'abstiens de le visiter.

Le 17, bien complet.

Dans ce cas, les accidents sont arrivés si brusquement, la marche en a été si rapide, que le pronostic était des plus graves, et cependant une seule potion a suffi.

La rapidité de la guérison et la promptitude avec laquelle s'est établie et confirmée la convalescence, m'ont rempli d'étonnement. »

TROISIÈME CAS. — *Choléra à la première période. Guérison en quelques heures.*

« Le 17 septembre, à neuf heures et demie du soir, je visitais une femme G..., lavandière, qui, après une seule journée de prodromes, avait été prise subitement des symptômes suivants : selles riziformes, abondantes et très-fréquentes, crampes violentes, commencement de froid, pas encore de vomissements, mais vomituritions fréquentes, pouls et urines conservés... Auprès de la malade était déjà le curé de la paroisse, qui se montrait d'autant plus préoccupé de son état qu'il venait d'assister une voisine chez laquelle les accidents avaient débuté de la même façon, et qui était morte très-rapidement. Je crois

pouvoir rassurer le bon abbé; j'ordonne la potion à 15 centigrammes, et la nuit était à peine arrivée à sa fin que tout était rentré dans l'ordre. A ma troisième et dernière visite, qui eut lieu le surlendemain, je rencontrais l'abbé B..., il avait suivi le traitement, il n'en revenait pas de surprise, et comme il me l'exprimait en termes chaleureux, je l'engageais, le cas échéant, à faire son profit du fait dont il venait d'être le témoin.

En lui parlant ainsi, je croyais ne lui faire qu'une recommandation banale, mais hélas! voici ce qui devait lui arriver à lui-même :

Environ trois semaines après, le 8 octobre, l'abbé B..., quoique souffrant depuis plusieurs jours, se rendait à pied au village de Penchard, situé à 4 kilomètres de Meaux, pour y assister à une réunion d'ecclésiastiques chez le curé de la localité. On se met à table : aux premières cuillerées de potage, l'abbé B... se sent comme foudroyé; ne pouvant être transporté chez lui, on le couche au presbytère. Les accidents marchent avec une effrayante rapidité, et le pauvre abbé, qui se souvient, n'a plus qu'une pensée, n'exprime plus qu'un seul désir, celui de me voir : « *Allez chercher M. le docteur Dufraigne, je ne veux que lui, lui seul,* » répète-t-il d'une voix qui, en moins de deux heures, s'éteint tout à fait.

J'étais malheureusement absent, et lorsque j'arrivai avec la potion, malgré les soins dévoués d'un confrère qui avait été appelé à ma place, il n'était déjà plus temps; deux heures après, le malheureux abbé expirait. »

QUATRIÈME CAS. — *Choléra foudroyant; guérison, puis mort le dixième jour, par accidents consécutifs.*

« Le 14 octobre, dans une maison du faubourg Saint-Nicolas, un enfant de quinze mois mourait du choléra. Le jour suivant, le frère, âgé de huit ans, était pris à son tour, sans aucun prodrome, des accidents les plus graves.

A mon arrivée, évacuations caractéristiques par haut et par bas, incessantes; crampes si fortes, que les voisins s'étaient sauvés pour ne pas entendre les cris du malade; plus de pouls; froid et cyanose.

Prescription. — Potion à 7 centigrammes, à prendre par cuillerée à café de dix minutes en dix minutes; en outre, moyens de caléfaction et limonade froide pour boisson. Les vomissements cessent dès après la première cuillerée, et peu à peu le malade commence à se réchauffer.

Le 16 au matin (2e visite), je trouve le jeune C... en pleine réaction, le pouls est revenu, plus de vomissements, seulement quelques garde-robes, quelques crampes, mais pas encore d'urine.

Nouvelle potion, avec la recommandation d'éloigner les doses et au besoin même de la suspendre. Vers la fin du jour, la mère de l'enfant voyant les accidents ne plus se renouveler, suit à la lettre ma dernière recommandation. La potion ayant été mise de côté, quelques heures après, dans la nuit, retour du froid et des vomissements. On redonne la potion, et comme la première fois, ces derniers cessent puis la chaleur revient.

Le lendemain 17 et aussi un peu le 18, les mêmes accidents se reproduisent sous l'influence de la même cause (suspension de la potion) et sont tout aussi heureusement conjurés par une nouvelle dose du médicament.

Le cinquième jour, chaleur normale, retour des urines.

Le 19, pouls un peu lent, deux ou trois selles de nature bilieuse et somnolence; suspension définitive de la potion.

Le 20, plus aucun phénomène cholérique proprement dit, mais la somnolence augmente; quelques cris hydrencéphaliques se font entendre; fuliginosités à la bouche, langue sèche, selles de plus en plus bilieuses.

J'institue un traitement en conséquence.

Les 21, 22 et 23, l'état typhique s'aggrave, malgré le quinquina, le sulfate de quinine et une alimentation appropriée; le 23, l'adynamie est profonde, et le 24 l'enfant succombe, ayant pris en tout 21 centigrammes de sulfate de cuivre en cinq journées.

Faut-il regarder la fin de ce malade comme un insuccès de la méthode?... Devons-nous oublier que, pendant cette si grave lutte des cinq premiers jours, le remède n'a jamais manqué son effet, qu'il a toujours suffi d'une cuillerée ou deux de la potion, pour faire cesser les vomissements et amener le réchauffement, et que le cinquième jour le cours des urines était rétabli et tous les phénomènes cholériques proprement dits avaient disparu? Pour moi, malgré le résultat final, je croirais me manquer à moi-même que de ne pas reconnaître que, chez l'enfant C..., les heureux effets de la médication ont été non moins évidents que chez les trois autres malades.

En résumé, j'ai traité par les sels de cuivre 4 cas de choléra, et sur ces cas, dont 3 d'une extrême gravité, 3 ont guéri avec une rapidité tout à fait inaccoutumée, et le 4e, après avoir été sauvé de même de la maladie première, a succombé ensuite à des phénomènes consécutifs!... »

Ces observations sont, il est vrai, en bien petit nombre, mais dans chacune d'elles, les résultats ont été si nets et si tranchés, qu'on ne saurait leur refuser une sérieuse valeur, surtout si l'on tient compte du caractère très-grave de l'épidémie et des nombreux cas promptement mortels au milieu desquels elles ont été recueillies.

Nous avons reçu depuis la semaine dernière, à l'occasion du fait de réunion d'une phalange après section presque complète, que nous a communiqué M. le docteur Dubrueil, plusieurs relations de faits analogues qui trouveraient leur place naturelle ici. Mais comme l'exposition de ces faits exige quelques détails qui donneraient à cette Revue des proportions démesurées, nous en renvoyons la publication à la Revue prochaine.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

Paralysie du bras chez un nouveau-né extrait à l'aide du forceps.

(Observation recueillie par M. GUENIOT, chef de clinique.)

Malgré les recherches modernes, l'histoire des paralysies traumatiques, et en particulier de celles qui sont dues à l'emploi du forceps, offre encore sur plusieurs points une grande obscurité. La rareté extrême de certains faits constitue, sans aucun doute, la principale cause de cette imperfection de la science sur un sujet en apparence facile. Ayant observé, il y a deux ans, un exemple presque unique de cette classe de paralysies, j'ai donc pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'en présenter la relation suivie de courtes réflexions, à la Société de chirurgie qui déjà s'est occupée plusieurs fois de la question.

Observation. — Le 4 août 1864, la nommée M... (Rosalie), âgée de vingt-deux ans, primipare, à terme et bien conformée, éprouve les premières douleurs de l'accouchement à quatre heures du soir. Le lendemain, elle entre à la Clinique, et comme le travail reste languissant, on perfore les membranes à huit heures et demie du soir, alors que l'orifice utérin présente un diamètre d'environ 7 centimètres.

A dix heures, le travail se poursuivant avec lenteur, M. Depaul juge opportun de terminer l'accouchement et, à cet effet, il m'invite à extraire l'enfant au moyen du forceps. Le sommet se présentait en position O. I. D. A. et restait élevé au tiers supérieur de l'excavation. La dilatation de l'orifice utérin était largement suffisante, mais non complète encore.

Pour cette opération, qui fut faite en présence de MM. Depaul, Tarnier, Desnos et Klain, j'employai le grand forceps ordinaire, dit forceps de Dubois ou de la Maternité. La branche gauche, introduite la première, pénétra avec quelque difficulté, l'extrémité de la cuiller se heurtant contre un obstacle imprévu. Une demi-minute de tâtonnements calculés suffirent néanmoins à la placer sur le diamètre transversal du bassin. La seconde branche pénétra, au contraire, du premier coup avec une grande facilité. L'extraction n'offrit ensuite rien d'insolite, sinon la nécessité d'exercer des tractions vigoureuses qui me parurent tout à fait disproportionnées avec la simplicité apparente de l'opération.

L'enfant, du sexe masculin, naquit un peu faible; mais quelques soins suffirent pour le remettre promptement en bon état. Son poids, de 3,250 grammes, concordait avec ses dimensions générales et avec le volume de sa tête. Le forceps, ayant été placé aux deux extrémités du diamètre transversal du bassin, la tête fœtale avait dès lors été saisie obliquement. Aussi, la moitié gauche du front et de la face offrait-elle les traces de la pression exercée par la branche gauche, tandis que la branche droite avait marqué une forte empreinte sur le côté droit et un peu postérieur du cou. Le point contus correspondait exactement à la jonction du cou et de la poitrine, au niveau du bord antérieur du muscle trapèze.

A part cette lésion, qui donna lieu à la formation d'une petite escharre noire, intéressant l'épaisseur de la peau dans l'étendue de 1 centimètre, l'enfant offrit les jours suivants un état de santé très-satisfaisant. — Toutes ses fonctions paraissaient s'accomplir d'une façon régulière lorsque le 16 août, c'est-à-dire onze jours après la naissance, sa mère me fit remarquer que le bras droit était sans mouvement. Notre attention ayant été ainsi appelée pour la première fois sur ce fait, je ne puis dire si la paralysie était récente ou datait de l'accouchement. La mère ne s'en était aperçue que le jour où elle m'en fit part, et la nourrice, chargée de donner à l'enfant des soins journaliers, ne l'avait pas remarquée davantage.

Quoi qu'il en soit, voici ce qu'un examen attentif permit de constater. Le membre supérieur droit conserve une immobilité qui contraste avec la liberté des mouvements du membre opposé. Le bras est pendant sur le côté du tronc, l'avant-bras passivement étendu en pronation, et les doigts fléchis dans la main. Les doigts seuls, ainsi que la main (mais cette dernière à un plus faible degré), ont conservé la liberté de leurs mouvements. Le bras, au contraire, est complétement inerte. Soulevé à diverses reprises, puis abandonné à lui-même, il retombe chaque fois brusquement. L'avant-bras, mis en état de flexion, ne peut s'y maintenir et revient en grande partie vers sa situation primitive. Les mêmes expériences pratiquées du côté opposé ne donnent point les mêmes résultats. La sensibilité est bien conservée, ainsi que le témoignent les cris de l'enfant et quelques efforts impuissants pour mouvoir son membre, lorsqu'on exerce sur ce dernier des pincements de la peau. Pendant cette épreuve, le petit malade peut mouvoir son épaule en totalité; mais le bras reste absolument inerte, tandis que l'avant-bras est le siége de quelques mouvements rudimentaires.

L'épaule n'est nullement déformée et ne paraît point abaissée. Il n'existe dans la longueur du membre ni luxation, ni fracture, ni trace de contusion. Enfin, la palpation ne fait reconnaître aucune différence de consistance dans les parties molles des deux membres supérieurs, et la petite plaie résultant de la chute de l'escharre est en voie de réparation.

En définitive, il s'agit évidemment, dans ce cas, d'une paralysie du bras complète pour le deltoïde et presque complète pour les autres muscles.

A partir de cette constatation, l'enfant fut examiné chaque jour, et constamment le membre offrit les mêmes phénomènes. Le 20 août, l'état général, sans être très-prospère, restait satisfaisant; mais la paralysie était stationnaire. La petite plaie touchait à sa guérison. D'après la prescription de M. Depaul, des frictions faites sur l'épaule avec du vin aromatique furent alors commencées, puis continuées au nombre de trois par jour.

Enfin, le 25 août, jour de la sortie de l'enfant, une amélioration sensible se remarquait dans l'état de la paralysie. Le bras était le siége de quelques mouvements rudimentaires, l'avant-bras pouvait se fléchir spontanément, la main et les doigts jouissaient de tous leurs mouvements, et la plaie du cou était cicatrisée. — Depuis, j'ai voulu revoir cet enfant, afin de connaître la marche ultérieure de la maladie; mais il me fut impossible de le retrouver. Pendant son séjour à l'hôpital, il avait été allaité par sa mère, qui eut des suites de couches normales.

Réflexions. — En faisant abstraction d'un cas équivoque de Smellie, sur lequel j'aurai à revenir, celui que je viens de relater est, à ma connaissance, le second exemple de paralysie du bras dont la cause soit manifestement une contusion produite par le forceps. Le premier fait de ce genre, qui appartient à M. Danyau, a été publié en 1851 dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. II, p. 148. Quoique plus complexe dans ses phénomènes et plus fâcheux dans ses suites, il offre avec le mien une telle similitude sur les points essentiels qu'il est impossible de ne pas rattacher, dans les deux cas, la paralysie à une même cause anatomique. Tout lecteur se convaincra de cette vérité en comparant entre elles les deux observations. Or, dans celle de M. Danyau, les détails de l'autopsie ne laissent aucun doute sur l'existence d'une contusion du plexus brachial. C'est donc à cette même lésion qu'il me paraît logique d'attribuer les symptômes constatés chez notre petit malade.

Quant aux circonstances qui ont pu favoriser la production d'un accident aussi rare, M. Danyau admet pour son fait qu'il existait sans doute une inclinaison de la tête fœtale, inclinaison qui en abaissant le cou rendait cette partie vulnérable au forceps. Cette explication toutefois n'est donnée que comme une hypothèse vraisemblable, car M. Danyau ne paraît pas avoir constaté directement l'irrégularité de la présentation. Dans le cas qui m'est propre, bien que je n'aie pas non plus des preuves irrécusables de l'existence d'une inclinaison de la tête, je ne puis néanmoins me refuser à l'admettre, et cela pour les raisons suivantes.

D'abord, malgré la bonne conformation du bassin de la mère et le volume ordinaire de la tête fœtale, celle-ci est restée jusqu'à la fin assez élevée. De plus, le travail s'est effectué avec lenteur et même avec une certaine irrégularité, double circonstance reconnue rare dans les cas de présentation franche, et commune au contraire, ainsi que se plait à y insister M. Depaul, dans les présentations irrégulières. L'obstacle que je rencontrai dans l'introduction de la première branche du forceps, puis les résistances inaccoutumées que m'offrit l'extraction constituent aussi des présomptions d'une certaine valeur. Enfin les traces de l'une des cuilliers sur la moitié gauche du front, et surtout la forte contusion existant en un point très-limité, sur le côté opposé du cou, me semblent prouver d'une manière suffisante que, quand elle fut saisie, non-seulement la tête était en position oblique, mais qu'elle était en outre légèrement inclinée sur l'épaule gauche. D'où il me paraît légitime de conclure que l'application directe du forceps sur les côtés du bassin expose l'enfant à la contusion du plexus brachial et à la paralysie lorsque, dans les positions obliques du sommet, la tête se trouve inclinée vers l'une ou l'autre épaule.

Pour éviter désormais cet accident, il serait donc opportun, quand le diagnostic est bien établi, de corriger préalablement l'irrégularité de la présentation; et en cas d'impossibilité, de préférer au moins à l'application latérale du forceps une application oblique de cet instrument. Quoi qu'il en soit, chez l'enfant de la Clinique, la paralysie diminua assez promptement sous l'influence d'une médication très-simple, et tout permet de supposer que l'amélioration a progressé jusqu'à complète guérison. Comme l'hémiplégie faciale, à laquelle M. Danyau l'a heureusement comparée, la paralysie du bras serait ainsi une affection réellement bénigne. Quant au fait de Smellie que M. Danyau assimile aux précédents, je crois difficile de lui donner une interprétation absolument rigoureuse et inattaquable. Les quelques détails qui permettent de l'apprécier me semblent, en effet, insuffisants pour conduire à une démonstration complète. Toutefois, c'est ici qu'il convient d'en discuter la valeur et la signification. Voici ce que dit Smellie dans son observation (1).

Une femme ayant eu déjà plusieurs accouchements très-faciles, et chez laquelle l'enfant se présentait par la face, était depuis longtemps en travail. « Il y avait environ les deux tiers de la tête descendus dans le bassin, et le menton était arrivé *jusqu'à la partie inférieure de l'ischium du côté droit.* » La femme étant couchée sur le côté, un oreiller entre les genoux et les fesses sur le bord du lit, Smellie fit une application de forceps (probablement de son forceps droit), de manière à placer les cuillers sur le côté de la tête, c'est-à-dire l'une en avant, derrière la symphyse pubienne, et l'autre en arrière, au devant du sacrum. Puis, faisant tourner le menton de droite à gauche jusque sous l'arcade des pubis, il termina l'accouchement sans de notables difficultés. « L'enfant, ajoute-t-il, naquit avec la face toute tuméfiée et la tête comprimée. Cette *longue compression* rendit les bras de l'enfant paralytiques, mais on remédia bientôt à cet accident au moyen des frictions et des embrocations qu'on lui fit. »

S'agit-il donc dans ce cas d'une paralysie complète des deux bras, ou seulement d'une paralysie des deltoïdes? C'est ce qu'il est impossible de décider d'après le récit laconique de Smellie. Mais ce qui importe davantage, c'est de savoir si la paralysie est réellement due à la pression du forceps.

Or, d'une part, il n'est fait aucune mention des empreintes, ni surtout des petites eschares que l'instrument eût sans doute déterminées, si la pression se fut réellement exercée sur les côtés du cou. D'autre part, il est difficile de s'expliquer comment les cuillers eussent pu atteindre cette région, puisque la tête en état d'extension complète paraît avoir été saisie suivant son grand diamètre, du menton à l'occiput, « le long des oreilles. » Je crois plus volontiers que la double paralysie dont il est question fut la conséquence d'une « *longue compression* » des épaules au détroit supérieur et de la contusion ainsi produite des nerfs circonflexes. Le travail, en effet, durait depuis longtemps lorsque Smellie intervint. Et d'ailleurs, cette circonstance que le menton était descendu « jusqu'à la partie inférieure de l'ischium » n'indique-t-elle pas que les épaules étaient elles-mêmes engagées au détroit abdominal, l'une en avant et l'autre en arrière, par conséquent soumises à une forte compression de la part de l'enceinte pelvienne?

Dans ma pensée, le cas de Smellie serait donc distinct des précédents. La paralysie aurait été probablement limitée aux muscles deltoïdes dont les nerfs sont faciles à contondre sur l'os qu'ils contournent; et de plus, la lésion aurait été produite, non par les cuillers

(1) *Observ. sur les Accouch.: traduct. de Préville*, t. II, p. 586.

du forceps, mais par la contriction du bassin sur les épaules du fœtus.

Ainsi envisagé, ce fait devient tout à fait comparable à un cas de même genre observé par M. Jacquemier. « Peu de jours après la naissance fort et bien constitué, dit ce savant accoucheur, enfant qui était né après un travail assez long et assez pénible, le bras droit était comme pendant et se tenait rapproché du tronc. Lorsqu'on l'élevait il retombait comme une masse inerte... Les mouvements de la main, de l'avant-bras s'exerçaient librement, mais sans que le bras y prît part autrement qu'en se portant un peu en avant ou en arrière... Au bout de quinze à vingt jours, l'harmonie dans l'aspect et les mouvements s'étant rétablie, je dus supposer que l'accident avait été déterminé par la compression du nerf axillaire contre l'humérus, dans le point où il s'accole à la face profonde du muscle deltoïde[1]. »

De cette courte discussion, il me semble résulter en définitive que l'observation de Smellie et celle de M. Jacquemier forment, dans l'histoire des paralysies traumatiques du bras, une variété spéciale, distincte de celle des deux premiers cas que j'ai étudiés et par sa localisation au deltoïde, et par la nature de la cause vulnérante, et enfin par une bénignité peut-être plus complète du pronostic.

OPÉRATION D'OVARIOTOMIE,

Par M. E. Kœberlé.

Obs. XXII. — *Ovariotomie double avec ablation du corps de la matrice, pratiquée le 9 novembre 1865. — Mort.*

Madame G..., de Mandrey (Vosges), âgée de trente-six ans, d'une forte constitution, mais très-maigre, encore menstruée régulièrement, était affectée depuis sept ans de kystes multiloculaires des deux ovaires. Les deux tumeurs ovariques avaient un volume à peu près égal; elles étaient séparées par une dépression longitudinale située en avant et à droite. L'accroissement des deux tumeurs était devenu très-rapide depuis quelque temps, et il s'était formé une hernie ombilicale de 6 centimètres environ de diamètre. La malade avait trouvé cette hernie gênante et s'en était débarrassée elle-même, à l'aide d'une ligature en ficelle jetée sur sa base. Le ventre mesurait 1m,20 de circonférence. Pour reconnaître les connexions de la tumeur formée par l'ovaire droit, dont l'excavation pelvienne était complétement remplie, je pratiquai une ponction de la tumeur formée par l'ovaire gauche qui était libre d'adhérences à la paroi abdominale. La ponction fournit environ cinq litres de liquide. La tumeur formée par l'ovaire droit demeura invariablement fixée dans la fosse iliaque où elle paraissait très-adhérente et resta enclavée dans le cul-de-sac recto-vaginal; elle refoulait en avant, contre le pubis, le col de la matrice qui était très-élevé, entraîné probablement par une adhérence de l'utérus à l'une des deux tumeurs ovariques. Malgré ces circonstances défavorables qui contre-indiquaient l'extirpation, à cause des difficultés que l'on devait s'attendre à rencontrer, j'entrepris néanmoins l'ovariotomie, parce que la malade, vouée à une fin prochaine et misérable, désirait ardemment être opérée. L'opération, du reste, présentait des chances de succès en raison de l'état général très-satisfaisant et de la constitution robuste de la malade. L'ovariotomie fut pratiquée le 9 novembre 1865.

La tumeur du côté gauche fut ponctionnée d'abord et donna issue à cinq litres de liquide en partie incolore, en partie brunâtre suivant les loges dont il fut extrait. Elle était sans adhérences à la paroi abdominale, mais elle adhérait à l'intestin et à l'épiploon qui purent être séparés assez facilement. La matrice, très-allongée, lui était intimement adhérente, de manière à ne pouvoir en être distinguée que par sa consistance, de telle sorte que son extirpation simultanée était inévitable. L'opération fut continuée nonobstant. La tumeur ovarique du côté droit avait contracté des adhérences très-solides et très-vasculaires dans la fosse iliaque et sur la partie latérale du bassin, à droite. Elle fut ponctionnée à son tour à plusieurs reprises; elle contenait environ six litres de liquide brunâtre. La division des adhérences fut très-laborieuse. Il fallut appliquer un ligature en masse, en fil de soie, sur les vaisseaux ovariques, et un fil de fer à l'aide d'un serre-nœud, sur les connexions pelviennes de la tumeur qui fut ensuite excisée. Sur la tumeur du côté gauche et sur la matrice il fallut aussi appliquer deux ligatures en fil de fer au moyen de deux serre-nœuds. L'un des fils embrassait circulairement la partie cervicale de la matrice. La matrice et la tumeur ovarique gauche furent alors également excisées. Les deux tumeurs ovariques pesaient ensemble 18 kilogrammes. La plaie resta largement ouverte à l'angle inférieur par où passaient les trois serre-nœuds, une pince appliquée sur un vaisseau et la ligature en soie du côté droit. Réunion de l'incision qui s'étendait à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Les parties liées qui plongeaient profondément dans la cavité péritonéale furent maintenues dans un rapport constant avec la paroi abdominale à l'aide d'une tige transversale sur laquelle elles furent fixées.

L'opération a duré deux heures et un quart. La perte de sang a été de 300 grammes. Pas d'accidents consécutifs pendant les quatre à cinq premiers jours. Le pouls n'est pas monté au-dessus de 90 pulsations. Urines claires et abondantes. Appétit et sommeil excellents. Cependant, peu à peu, les gaz intestinaux s'accumulaient. L'opérée ne rendait pas de gaz par l'anus. Ni lavements ni purgatifs ne se montrèrent efficaces; il y avait un obstacle mécanique à la circulation des gaz. Du reste, pas de symptômes d'une obstruction complète de l'intestin, car, à plusieurs reprises, il y eut des selles brunes, colorées par du bismuth que l'opérée avait pris avant l'opération. Les serre-nœuds et la pince furent enlevés le quatrième jour. La ligature en soie ne paraissait subir aucune traction. On constatait dans le bassin, en touchant simultanément par le rectum et par le vagin, une anse intestinale fortement distendue et mobile. La malade sentait les lavements arrivés jusque dans le cœcum. En présence d'un état général excellent, en dehors de tout symptôme d'étranglement intestinal il fallait temporiser. Malheureusement les progrès de la tympanite, au cinquième jour, amenèrent un décollement des adhérences intestinales au pourtour de la plaie extérieure, et livrèrent une voie à l'infiltration de liquides en putréfaction; il survint une péritonite qui emporta l'opérée le lendemain, le sixième jour.

A l'autopsie, on trouva que le fil de soie qui avait servi à lier les vaisseaux ovariques du côté droit, soulevait l'intestin grêle qu'il comprimait incomplétement tout près de la valvule iléo-cœcale. L'anse intestinale que l'on sentait dans l'excavation pelvienne était formée par la dernière anse de l'intestin grêle qui était distendue par des liquides et qui, occupant le point le plus bas de la cavité abdominale, ne pouvait donner passage aux gaz qu'à la condition d'être complétement vidée des liquides qu'elle contenait et qui s'y amassaient sans cesse, en raison de sa situation.

Remarques. — Cette opération, qui se présentait avec une série de contre-indications résultant des difficultés opératoires que l'on devait rencontrer, mais auxquelles je ne crus pas devoir m'arrêter et que j'ai pu heureusement surmonter, eût été suivie de succès si j'avais pu me rendre compte de la cause de l'étranglement incomplet de l'intestin auquel il aurait été aisé de remédier. Il aurait suffi d'engager le fil de la ligature dans un tube et de le déprimer, à l'aide de ce tube, au-dessous de l'intestin qui était comprimé. D'un autre côté, j'étais disposé à pratiquer une ponction, ou même à faire une petite incision de l'intestin, à l'angle inférieur de la plaie, la veille du jour où la péritonite a éclaté. Mais l'extension rapide de la péritonite, dans l'espace de quelques heures, m'a fait considérer ensuite le cas comme devant être complétement désespéré. La ponction intestinale pratiquée à temps aurait sans doute été suivie d'un heureux résultat, de même que cela serait aussi arrivé dans ma VIIe ovariotomie, où la malade a succombé le septième jour, aux suites d'une simple tympanite dans des circonstances à peu près semblables. Dans un cas analogue, M. Duménil, de Rouen, par une intervention hardie, en ouvrant l'intestin, a eu récemment le bonheur de sauver ainsi une opérée qui autrement aurait été vouée à une mort inévitable.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 13 février 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

RAPPORT.

M. Blot donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Guéniot, ayant pour titre : *Paralysie du bras chez un nouveau-né, extrait par le forceps.*

Messieurs,

Je viens au nom d'une commission composée de MM. Guyon et Blot, rapporteur, vous rendre compte d'une observation intéressante qui vous a été communiquée par M. le docteur Guéniot. J'aurais voulu, à cause de la candidature de notre confrère, lire ce rapport beaucoup plus tôt; j'étais inscrit depuis longtemps pour cette lecture, mais les séances d'élection, la séance annuelle, les fêtes de Noël et du jour de l'an, qui ont fait remettre au mercredi les séances de l'Académie, m'ont empêché de satisfaire mon désir.

Le fait qui a été soumis à votre appréciation par M. Guéniot, est relatif à un cas de *paralysie du bras chez un nouveau-né, extrait à l'aide du forceps.*

L'enfant se présentait en O. I. D. A.; la tête était parvenue au tiers supérieur de l'excavation, quand notre confrère fit l'application du forceps ordinaire dit forceps Dubois.

La branche gauche, introduite la première, pénétra avec quelque difficulté, l'extrémité de la cuiller se heurtant contre un obstacle imprévu; après quelques tâtonnements, elle put être placée sur le diamètre transversal du bassin; la deuxième branche pénétra, au contraire, avec facilité; l'extraction, dit M. Guéniot, n'offrit ensuite rien d'insolite, si ce n'est des tractions vigoureuses, qui ne lui parurent pas en rapport avec la simplicité apparente de l'opération.

Il est probable que pendant ces tractions énergiques, un certain degré de pression sur les manches a dû être exercé. Il n'est rien dit, dans l'observation, de l'écartement des manches. M. Guéniot a également omis de nous faire connaître le degré plus ou moins grand d'introduction de l'instrument dans le bassin. Or je serais disposé à croire, sans rien vouloir affirmer à cet égard, que les cuillers avaient été enfoncées un peu trop profondément dans l'excavation relativement au degré d'abaissement de la tête, ce qui pourrait aider à faire comprendre la compression exercée par l'extrémité d'une des cuillers sur la partie latérale du cou, surtout si on suppose une certaine inclinaison latérale de la tête sur le tronc. Notre supposition aurait pu être vérifiée ou au contraire réduite à néant si nous trouvions, dans les détails de l'observation, l'indication précise des parties de la tête auxquelles répondaient les cuillers du forceps. Il n'en est malheureusement pas question. M. Guéniot nous dit seulement que la tête était saisie obliquement, le forceps étant placé aux deux extrémités du diamètre transverse du bassin.

Le point contus répondait exactement à la jonction du cou et de la poitrine, on voyait là une escharre noire, intéressant l'épaisseur de la peau dans l'étendue de 1 centimètre, au niveau du bord antérieur du muscle trapèze.

La paralysie résultant de cette lésion ne fut reconnue, par la mère, que onze jours après la naissance. Cette paralysie ne portait que sur le mouvement; la sensibilité était conservée; les fléchisseurs paraissaient moins affaiblis que les extenseurs. Il n'existait, d'ailleurs, aucune trace de fracture ni de luxation. Le deltoïde est plus paralysé que les autres muscles du membre supérieur.

Le 25 août (vingt jours après la naissance), une amélioration sensible s'était prononcée. A ce moment, l'enfant quitta l'hôpital des cliniques avec sa mère. Son état général était bon. Pendant le séjour à l'hôpital, le seul traitement appliqué consista dans des frictions avec le vin aromatique, répétées trois fois par jour.

Plus tard, M. Guéniot, malgré ses recherches, ne put revoir ce petit malade.

M. Guéniot rapproche du fait qu'il nous a communiqué un cas douteux de Smellie, et surtout une observation très-curieuse de M. Danyau, publiée en 1851 dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie (t. II, p. 148), M. Guéniot rappelle que M. Danyau a expliqué la lésion du plexus brachial par l'inclinaison de la tête fœtale, qui rendait le cou plus accessible à l'extrémité des cuillers du forceps. Mais ce n'était là qu'une simple hypothèse, car cette irrégularité dans la présentation n'avait pas été constatée directement avant l'application du forceps.

Cette constatation a également manqué dans le fait de M. Guéniot; mais notre confrère est porté à l'admettre également, à cause du temps long pendant lequel la tête est restée élevée, malgré une bonne conformation du bassin et un volume ordinaire de la tête. Une seconde raison porte encore M. Guéniot à admettre cette inclinaison de la tête fœtale : c'est l'obstacle qu'il a trouvé à introduire la première branche. Enfin les résistances insolites et inexplicables autrement qu'a présentées l'extraction, le confirment dans cette manière de voir.

De tout cela, M. Guéniot tire cette conclusion, que « l'application directe du forceps sur les côtés du bassin expose l'enfant à la contusion du plexus brachial et à la paralysie, quand, dans les positions obliques du sommet, la tête se trouve inclinée vers l'une ou l'autre épaule. »

D'où il tire ce précepte que, « pour éviter désormais cet accident, il serait opportun de corriger préalablement l'irrégularité de la présentation, et, en cas où cela ne serait pas possible, de préférer à l'application sur les parties latérales du bassin, une application oblique de l'instrument, de telle façon que les cuillers répondissent exactement aux parties latérales de la tête. »

Mais, messieurs, ce conseil est celui qu'on trouve partout, et l'on n'a pas attendu que des accidents analogues à celui signalé par M. Guéniot, se fussent produits pour les formuler. En effet, une application du forceps, pour être régulière, doit être faite de telle façon que la face interne des cuillers réponde aux parties latérales de la tête. Ce n'est donc pas là une modification à apporter aux préceptes généralement donnés, c'est tout simplement l'application d'une des règles les plus importantes sur la position qu'on doit donner à l'instrument. Ce précepte est même représenté par des figures dans plusieurs ouvrages, et, en particulier, dans celui de notre regretté collègue Cazeaux. On ne doit jamais l'oublier et ne cesser de s'y conformer, que quand il est absolument impossible de faire autrement. Chacun sait, d'ailleurs, qu'il est facile de reconnaître les cas dans lesquels cette application dite régulière n'est point réalisée. Le grand écartement des manches, alors que le forceps est en place, l'indique d'une manière évidente.

Si, à cette application irrégulière, s'ajoute l'introduction trop profonde des cuillers, on comprend immédiatement comment les extrémités de l'instrument peuvent aller contondre les parties molles du cou.

M. Guéniot pense, à cause de l'amélioration qui s'est produite du onzième au vingtième jour de la naissance, que la guérison complète a dû avoir lieu. Je ne voudrais pas le nier, puisque l'enfant n'a pas été revu; mais une lésion fonctionnelle du même genre qu'il m'a été donné d'observer sur une petite fille de trois ans, ne me rend pas tout à fait aussi confiant que notre confrère. A cause de la rareté de ces faits, il ne sera pas sans intérêt d'en donner ici un très-court résumé :

En mars 1865, on amena chez moi une petite fille de trois ans, d'ailleurs parfaitement développée et bien portante, qui présentait une paralysie incomplète du bras, de l'avant-bras et de la main gauches. Cette paralysie portait surtout sur les muscles extenseurs. Le deltoïde écarte incomplétement le bras du tronc; l'avant-bras est dans un état presque permanent de demi-flexion sur le bras; les doigts sont assez fortement fléchis dans la paume de la main, et il faut faire un assez grand effort pour les étendre; la sensibilité est parfaitement conservée. Cette enfant avait été extraite avec le forceps, et elle présente sur la tête et le cou les traces de cet instrument.

Malgré des frictions, des bains et plusieurs autres moyens, la paralysie persistait depuis la naissance. Quelques séances d'électrisation semblèrent d'abord apporter une légère amélioration; mais, malgré cela, l'enfant, qui a aujourd'hui trois ans et demi, conserve un degré notable de paralysie. Elle ne peut saisir les petits objets, et donner à son membre toutes les directions qu'elle veut. Quand on lui commande certains mouvements du membre infirme, elle fait d'abord effort pour les exécuter, puis, instinctivement, elle prend ce membre avec le membre sain, pour le porter vers les objets qu'on veut lui faire saisir. Si elle parvient à s'en emparer, elle les serre comme convulsivement, et quand il s'agit de les abandonner, une nouvelle lutte mal ordonnée se livre entre les muscles extenseurs et les muscles fléchisseurs.

Je me crois donc autorisé à conclure, de ce qui précède, que, dans ces sortes d'accidents, il ne faudrait pas porter d'emblée un pronostic trop favorable en promettant, dans un avenir plus ou moins prochain, le rétablissement probable des fonctions dans leur intégrité. Les promesses qu'on ferait à cet égard devraient être toujours accompagnées des plus grandes réserves. Je ne crois donc pas surtout qu'on puisse dire d'une manière générale, avec M. Guéniot, que la paralysie du bras due à la cause qui nous occupe, soit une affection réellement bénigne, puisque dans certains cas, comme nous venons de le voir, il peut en résulter pour l'enfant une véritable infirmité.

Malgré les quelques observations critiques qu'elle a suggérées à votre rapporteur, la communication de M. Guéniot n'en offre pas moins un véritable intérêt, par cela même qu'elle ajoute aux faits très-rares déjà connus, un nouvel exemple d'une lésion qui peut résulter d'une application irrégulière du forceps, à savoir la paralysie plus ou moins complète d'un ou des deux membres supérieurs, comme conséquence de la pression exercée par l'extrémité des cuillers de l'instrument.

En conséquence, messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer :

1° La publication dans nos *Bulletins* de l'observation de M. Guéniot;

2° L'inscription de notre confrère sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

DISCUSSION.

M. Depaul. Je ne saurais partager les craintes de M. Blot, quand à ce qui touche les paralysies qui résultent des applications de forceps. Les faits de paralysies du bras, consécutives à l'emploi des instruments, ne sont point aussi rares que le pense notre collègue; j'en

1. *Manuel des accouchements*, t. II, p. 168.

connais, pour ma part, trois cas, dont l'un m'est personnel ; j'ai pu suivre les malades, et les accidents ont disparu après un certain temps ; aussi je suis disposé à rapprocher les paralysies du membre thoracique de ces paralysies faciales résultant de l'application du forceps, lesquelles sont ordinairement très-peu graves.

La paralysie du bras tient certainement à une application irrégulière du forceps ; l'imperfection de la manœuvre ne doit pas être rapportée à ce que la tête est fléchie et inclinée sur le côté, mais bien à ce que l'instrument a été appliqué trop loin. Cela est si vrai, que dans les cas de céphalotripsie il n'est pas rare que l'extrémité antérieure de l'instrument arrive jusqu'à l'épaule. C'est ainsi que se sont produits les trois paralysies que j'ai observées. Le forceps avait pénétré trop profondément. La faute de manœuvre que je viens de mentionner se commet fréquemment ; on ne tient pas assez compte, en général, de la hauteur à laquelle se trouve la tête au moment de l'application.

Quant à la gravité de ces paralysies, je pense, comme je l'ai déjà dit, que M. Blot en a exagéré la gravité ; notre collègue nous a parlé d'un fait qu'il n'a point observé à son début, aussi ne peut-il en tirer une conclusion rigoureuse.

M. BLOT. M. Depaul a parfaitement fait ressortir la véritable cause des paralysies du bras à la suite des applications de forceps. L'inclinaison de la tête a été présentée comme une cause probable et efficiente de l'accident ; j'ai dû mentionner cette hypothèse. Par cela même que la tête s'incline sur le côté, la branche du forceps doit plus facilement atteindre les parties latérales du cou. Je maintiens ce que j'ai dit relativement au pronostic de ces paralysies. M. Guéniot a été trop loin en disant que c'était une affection réellement bénigne ; il n'a observé qu'un fait, et encore n'a-t-il point constaté la guérison. Si ces paralysies guérissent généralement, je crois qu'il est sage d'être toujours réservé, car il est possible que certaines de ces paralysies restent incurables.

La Société décide que l'observation et le rapport seront imprimés dans les bulletins.

ÉLECTION DES MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Résultat du scrutin :

Sont nommés membres correspondants ; MM. Delore, Sistach, Viard, Ancelot, Chepelain et Champenois.

M. Mordret a obtenu 12 voix, M. Monteille 5, M. Aubré 4, M. Sarrazin 3, MM. Dauvé et Lambron chacun 2, MM. Delacour, Perret, Dunal, Ancelon, Ferrand et Pénart chacun 1 voix.

CORRESPONDANCE.

Paris, 10 février 1867.

Monsieur le Rédacteur en chef,

M. le docteur Félix Roubaud publie, dans votre excellent journal, un feuilleton très-intéressant sur les *cures de petit-lait*. Dans le numéro du 9 février se trouve le passage suivant, à propos d'une station thermale peu connue du Tyrol, la station d'Egerdach.

« Ce nom (d'Egerdach) frappait pour la première fois mes oreilles. On ne le trouve, en effet, indiqué dans aucun ouvrage d'hydrologie en langue française, pas plus que presque son homonyme Eger, en Bohême, dont les eaux, transportées, figurent en tête du tableau affiché dans la trink-halle de Ischl, et que j'ai reproduit dans le précédent chapitre.

« *Voilà la manière dont on fait en France les livres relatifs à l'étranger.* »

Il est vrai que la station d'*Egerdach* ne se trouve mentionnée, à ma connaissance, dans aucun ouvrage hydrologique français, et il est fort heureux que M. Roubaud ait été dans le Tyrol pour nous renseigner à ce sujet. Mais si M. Roubaud connaissait mieux les ouvrages français relatifs à l'hydrologie étrangère, il se serait épargné, à propos de la station importante d'*Eger* (ou *Franzensbad*), en Bohême, le reproche singulier qu'il leur adresse. Veuillez me permettre de mettre sous les yeux des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* quelques citations propres à les édifier sur ce sujet.

EGER OU EGRA (Bohême)... M. C. James fait remarquer (*Guide aux Eaux minérales*. 1855, p. 405) que les sources dites d'Eger ne sont pas situées à *Eger* même, mais à *Franzensbad*, petit village situé à 4 kilomètres d'Eger, et dont les eaux prennent également le nom (Durand Fardel, *Traité thérapeutique des Eaux minérales de France et de l'étranger*. 1re édition, 1857, p. 205).

FRANZENSBAD... C'est à Franzensbad, et non à Eger ou Egra, comme le croient beaucoup de personnes et de médecins même, qu'est la station minérale. La ville d'Eger est, en effet, située à plus de 4 kilomètres de l'établissement. Ce qui a probablement induit en erreur, et fait appeler sources d'Eger les sources de Franzensbad, c'est qu'elles appartiennent à la municipalité d'Eger, qui les exploite encore aujourd'hui... (Rotureau, *Des principales Eaux minérales de l'Europe, Allemagne et Hongrie*. 1858, p. 415 ; article de 14 pages).

EGER OU EGRA (Bohême), ville de 12,000 âmes, à cinq lieues de Marienbad. C'est près d'elle, à Franzensbad, que se trouvent les sources d'eaux minérales (au nombre de six), qui ont été très-vantées par Frédéric Hoffmann... (Pétrequin et Socquet, *Traité pratique des Eaux minérales de la France et de l'étranger*. 1859, p. 240).

FRANZENSBAD OU FRANZENSBRUNN... La station thermale de Franzensbad ne remonte qu'à une date récente dans ses constructions. Dépendant de la municipalité d'*Eger* ou *Egra*, elle est parfois confondue à tort avec cette ville, assez distante d'elle (Durand Fardel, Le Bret et Lefort, *Dictionnaire général des Eaux minérales et d'Hydrologie médicale*. 1860, t. 1, p. 699 ; article de 3 pages).

Ceci est suffisant, je pense, pour montrer aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, que *les livres français relatifs à l'étranger* ne sont pas toujours aussi incomplets que le prétend M. Roubaud.

Veuillez agréer, etc.

Dr DURAND FARDEL.

M. le docteur Roubaud ne faisant pas un travail complet d'hydrologie, s'était borné à consulter les tables de plusieurs ouvrages, et ne pouvait penser qu'il fallût chercher à *Franzensbad* ou *Franzensbrunn* des détails relatifs à *Eger* ou *Egra*, le seul nom porté sur le tableau des eaux de la trink-halle d'Ischl. (*Note de la rédaction.*)

Dans une séance préparatoire tenue sous la présidence de M. Dumas, assisté de M. le docteur Tessereau et de M. Barreswil, remplissant les fonctions de secrétaire, il a été institué, sons le nom de *Société de protection des apprentis et des enfants des manufactures*, une association dont le but, ainsi que l'indique son titre, est de veiller à l'amélioration de la condition des apprentis et des enfants employés dans les manufactures.

C'est au nom de l'hygiène autant qu'au nom de la morale, en un mot au nom de l'humanité, que s'est élevée cette nouvelle institution. On n'a pas oublié que c'est à la voix de l'un des nôtres, à la voix de l'hygiéniste et du médecin philanthrope Villermé, qui traça en 1839 un tableau si émouvant des souffrances de la classe ouvrière, que s'émurent les pouvoirs publics, et que furent ordonnées des enquêtes qui aboutirent à la loi du 22 mars 1841, sur le travail des enfants dans les manufactures, et à celle du 4 mars 1851, sur les contrats d'apprentissage. Par suite, sans doute, de difficultés d'application et de diverses circonstances dont nous n'avons point à nous occuper ici, ces deux lois protectrices n'ayant pas donné tous les résultats qu'on en attendait, les fondateurs de cette nouvelle Société se sont proposé d'en assurer l'effet et de coopérer à l'amélioration de la condition des enfants employés dans les manufactures, par tous les moyens qui, respectant la liberté de l'industrie et l'autorité du père de famille, agiront en conformité de la pensée qui les a dictées.

Nous ne pouvons qu'applaudir à une aussi louable entreprise, qui va donner des gages nouveaux au progrès hygiénique que nous appelons de tous nos vœux. B...

— Le conseil municipal de Montpellier vient d'allouer, à la suite d'un rapport de M. le professeur Bouisson, une somme de 50,000 francs pour la construction des pavillons anatomiques de cette Faculté. Nous faisons des vœux pour que l'État puisse compléter la somme de 105,000 francs, à laquelle montent les devis de ces constructions.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le docteur CHASSAIGNAC. 2 vol. grand in-8 compactes. Prix : 18 francs.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le docteur CHASSAIGNAC. 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le docteur CHASSAIGNAC. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par FANO, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 24. — MARDI 26 FÉVRIER 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 26 FÉVRIER 1867. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 FÉVRIER 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

A la Société médicale des hôpitaux, la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique doit enfin être close dans la prochaine séance.

M. Peter vient de résumer cette discussion dans un discours où la critique des théories d'autrui est remarquablement conduite, bien que prenant parfois une forme un peu vive. Il conclut en se demandant si l'on ne devrait pas renverser les termes de la question, et étudier l'influence des grandes diathèses sur les écoulements uréthraux : rechercher, en un mot, s'il n'existerait pas des blennorrhagies rhumatismales, scrofuleuses, herpétiques, goutteuses, etc.

M. Blachez a rapporté deux faits d'hémorrhagies méningées, causées par intoxication alcoolique. Dans ces deux cas, à l'autopsie, on n'a trouvé sur la dure-mère aucune fausse membrane organisée. M. Blachez est parti de là pour combattre la théorie moderne qui explique toutes les hémorrhagies des séreuses, par la rupture de quelque vaisseau de nouvelle formation, développé dans l'épaisseur de pseudo-membranes qui résulteraient elles-mêmes d'une inflammation antérieure. Nous publierons ces faits dans notre prochain numéro.

A ce sujet, on a discuté sur le traitement du *delirium tremens* par l'opium et par la digitale, et sur les caractères qui permettent de distinguer les cas suraigus, dont la mort sera la terminaison presque certaine.

Comme signes importants pour ce diagnostic, M. Delasiauve a indiqué une jactitation continuelle et une incohérence des actes qui dépendraient de la rapidité trop grande avec laquelle les idées délirantes se succéderaient dans le cerveau du malade.

M. Pidoux a insisté sur l'existence de convulsions épileptiformes, de véritables accès éclamptiques, comme devant faire porter le plus funeste pronostic. En effet, de vieux praticiens que nous avons interrogés à ce sujet, nous ont dit avoir toujours vu les cas de ce genre se terminer d'une manière fatale.

M. Guillot avait parlé incidemment d'un individu, mort probablement de *delirium tremens*, et dont il devait faire l'autopsie; mais en nous informant près de lui, à l'Hôtel-Dieu, nous avons appris qu'il s'agissait d'une méningite aiguë purulente chez un ivrogne.

Chose remarquable, malgré cette méningite, le malade marchait le jour de sa mort, et son délire, tout à fait semblable à celui des alcooliques, roulait sur une série de scènes imaginaires. — Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Caractères anatomiques de l'arthrite rhumatismale chronique.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Nous allons consacrer cette leçon à l'étude des caractères anatomiques du rhumatisme chronique.

Lorsque nous avons essayé de tracer l'histoire de la goutte, nous avons rencontré dès le principe une donnée fondamentale, qui domine l'ensemble des manifestations symptomatiques de cette maladie : nous voulons parler de *l'altération du sang par excès d'acide urique*. Nous ne trouvons, pour nous guider dans l'étude du rhumatisme chronique, aucun caractère d'une portée aussi générale; et bien qu'il soit probable que, dans le rhumatisme comme dans la goutte, il existe une modification spéciale des liquides de l'économie, cette hypothèse est encore loin d'être démontrée.

Il faudra donc recourir à l'examen approfondi des lésions locales; nous poursuivrons ces recherches au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique, mais en insistant surtout sur ce dernier côté de la question.

L'anatomie pathologique nous permet, en premier lieu, de démontrer *l'unité* de cette affection; car les diverses formes qu'elle peut revêtir se distinguent surtout par leurs caractères cliniques, et présentent, sous le rapport des altérations locales, un type commun, modifié par quelques différences d'ordre secondaire. Elle vous permet, en second lieu, de rattacher la forme chronique du rhumatisme articulaire à la forme aiguë ou subaiguë; elle nous permet enfin d'établir une séparation radicale entre cette maladie, et les autres diathèses qui partagent avec elle le privilége de se localiser sur les jointures; telles sont, par exemple, la goutte, la scrofule et la syphilis.

Il ne faut pas remonter bien loin dans l'histoire, pour rencontrer les premiers travaux qui se rapportent à notre sujet.

Les médecins de l'antiquité, comme nous vous l'avons déjà fait observer, paraissent avoir confondu le rhumatisme articulaire avec la goutte, et l'on a pu se demander si la première de ces deux affections n'était pas une de celles qui appartiennent aux temps modernes. Sous ce rapport, l'archéologie vient au secours de la médecine, et les fouilles de Pompéi nous ont appris que le rhumatisme chronique existait déjà au 1er siècle de l'ère chrétienne. Delle Chiaje, dans un ouvrage intitulé : « *Ostéologia pompeiana* », a figuré des lésions articulaires qui sont identiques à celles que nous trouvons dans les planches de l'ouvrage classique d'Adams. Il ne saurait donc exister aucun doute sur ce point; toutefois, le rhumatisme chronique n'a été reconnu comme une espèce morbide à part, que depuis les travaux de Sydenham et de Musgrave; et les premières monographies, consacrées à l'étude de cette affection, datent du commencement de ce siècle; nous citerons surtout celle de Landré-Beauvais (an VIII), de Haygarth (1809) et de Chomel (1813). C'est un peu plus tard que les traits fondamentaux de l'arthrite rhumatismale chronique ont été mis en lumière; en France, Lobstein (1832), à propos de *l'ostéopsathyrose arthritique*, a reconnu que dans cette affection il existait une fragilité spéciale des os; que la destruction des cartilages articulaires était suivie de l'éburnation, et qu'au pourtour des extrémités articulaires, il se formait des végétations osseuses.

Vers la même époque, un médecin irlandais, Colles, remarquait que cette inflammation diffère des autres par un caractère tout spécial. « Deux processus très-opposés ont lieu en même temps, dit-il, à savoir : absorption de l'os ancien et de son cartilage d'incrustation, et formation d'un os nouveau. »

Mais c'est surtout à Adams, contemporain et compatriote de Colles, que nous devons les meilleures études sur ce sujet (1839-1857). En ce qui concerne l'examen à l'œil nu, ses descriptions ont laissé fort peu de chose à désirer; cependant, une mention spéciale est due aux travaux de MM. Deville et Broca, sur *l'arthrite sèche* (1850). Ils ont complété, à certains égards, les descriptions données par Adams. De nos jours, les études histologiques ont jeté sur cette question une vive lumière.

En Allemagne, Zeis, H. Meyer et Otto Weber (1858) nous ont appris comment chaque tissu se modifie sous l'influence du rhumatisme chronique, et ont ainsi donné la raison de plusieurs phénomènes qui, sans cela, seraient restés inexplicables.

En France, ces résultats ont été confirmés et développés par les recherches de MM. Ranvier et Cornil.

C'est à l'aide de ces documents et en nous fondant sur les études que nous avons faites nous-mêmes, que nous allons vous donner une description du travail morbide qui caractérise le rhumatisme articulaire chronique.

I. — INDICATION SOMMAIRE DES CARACTÈRES FONDAMENTAUX DE L'ARTHRITE RHUMATISMALE CHRONIQUE.

L'affection que nous allons étudier porte sur l'ensemble des parties constituantes de la jointure, mais elle s'accuse d'abord sur la membrane synoviale et sur les cartilages diarthrodiaux; ces deux parties peuvent être affectées simultanément ou successivement. La membrane synoviale devient le siége d'une vascularisation extrême; les franges synoviales préexistantes augmentent de volume et de nouveaux appendices villeux sont formés; enfin des corps étrangers peuvent se développer soit aux dépens des franges elles-mêmes, soit dans l'épaisseur de la synoviale.

Il se produit en même temps une modification de la synovie articulaire; au début, la sécrétion de ce liquide est exagérée; ce phénomène est constant, d'après Adams. Plus tard, le liquide intra-articulaire peut subir divers changements; mais jamais il ne renferme de *pus*, à moins de complications particulières. La destruction du cartilage diarthrodial s'opère suivant un mode déjà connu de William Hunter, et bien étudié par Redfern; il est connu sous le nom d'altération velvétique. On voit d'abord le cartilage se segmenter sous forme de fibrilles, puis ces fibrilles elles-mêmes disparaissent, et le cartilage est détruit. — Voyons maintenant quels sont les changements qui se passent, à la même époque, dans le tissu osseux. Nous constatons d'abord l'éburnation de la surface articulaire, soit aux dépens de la partie profonde du cartilage, soit aux dépens de l'os préexistant; en même temps il se produit des végétations osseuses, situées en général à la limite du cartilage. Ces ostéophytes ont d'abord une structure cartilagineuse; ils s'imprègnent ensuite de sels calcaires, et finissent par s'ossifier.

Une troisième altération, dont l'importance est au moins égale à celle des lésions précédentes, est la raréfaction du tissu osseux aux extrémités articulaires. En premier lieu, il se développe une vascularisation évidente au-dessous de la couche éburnée, et une moelle osseuse, de formation nouvelle, prend naissance en cet endroit; en second lieu, l'os se raréfie et se transforme en une sorte de moelle graisseuse au-dessous de ce point.

Telles sont les données fondamentales qu'il importe de constater ici. Il existe sans doute bien d'autres altérations; mais comme elles ne sont point communes à toutes les formes du rhumatisme articulaire, nous les étudierons en temps et lieu.

Nous allons reprendre actuellement chacun des faits que nous venons de signaler, pour l'étudier d'une manière plus approfondie à l'aide des moyens d'investigation que nous possédons aujourd'hui.

II. — ÉTUDE HISTOLOGIQUE.

1° *Altérations de la synoviale.* — Elles ne consistent, jusqu'à un certain point, qu'en une simple exagération des dispositions qui existent à l'état rudimentaire dans les conditions normales.

On sait que la membrane synoviale est garnie de franges qui présentent elles-mêmes des appendices (1). On voit, à l'état pathologique, ces petits prolongements augmenter de nombre, et présenter une vascularisation plus intense.

Il existe, à l'état normal, des cellules de cartilage dans ces appendices synoviaux (Kölliker). Ces noyaux cartilagineux peuvent devenir le point de départ des corps étrangers pédiculeux dont nous avons déjà parlé. D'après M. Ranvier, il y aurait d'abord prolifération de la capsule, puis formation d'un vrai cartilage; la calcification viendrait ensuite, et en dernier lieu l'ossification proprement dite avec corpuscules osseux.

Dans l'épaisseur de la synoviale, il peut se former des corps étrangers *sessiles* qui passent absolument par les mêmes phases que ceux qui sont *pédiculés*.

Pour ce qui touche aux altérations du cartilage diarthrodial, nous nous trouvons en présence de deux faits principaux : le premier est la *prolifération* des cellules et capsules de cartilage, et la formation de cellules et de capsules secondaires; le second est la *segmentation* de la substance fondamentale. Elle se divise en fibrilles qui deviennent libres par l'extrémité qui répond à la cavité articulaire.

Ce processus pathologique doit être étudié : 1° à la surface du cartilage, 2° dans sa profondeur.

A la surface, la segmentation a pour effet de livrer passage aux capsules, qui s'ouvrent dans la cavité articulaire pour y verser leur contenu. On les y retrouve souvent avec les débris des cellules épithéliales (Rindfleisch, O. Weker); d'autres fois, elles éprouvent la métamorphose colloïde.

Quant aux fibrilles de la substance fondamentale du cartilage, elles subissent la dégénération muqueuse, et se transforment en mucosine (Rindfleisch) qui se retrouve abondamment dans le liquide articulaire.

D'autres fois, ces portions altérées de cartilage sont usées peu à peu par les frottements articulaires; elles finissent par tomber, et laissent à nu les surfaces osseuses.

Dans les *parties profondes*, la prolifération des capsules aboutit à la formation d'une couche osseuse nouvelle. Il se forme d'abord une calcification qui se transforme, suivant les lois ordinaires, en os nouveau, et qui s'use elle-même par le frottement.

C'est ainsi que se produit l'éburnation de la surface. C'est une sorte de sclérose de l'os accompagnée d'une vascularisation des parties profondes. Il se produit ici un phénomène singulier et qui rappelle, à certains égards, les faits observés par les géologues relativement à l'action des glaciers sur les roches. Les surfaces éburnées présentent des stries, des rayures plus ou moins profondes dans le sens des mouvements articulaires, et témoignent ainsi d'une réparation im-

(1) Kölliker, *Éléments d'Histologie humaine*, trad. Béclard et Sée. Paris, 1856, p. 253.

parfaite en présence de l'usure occasionnée par les frottements.

A la périphérie du cartilage diarthrodial, la membrane synoviale, comme on le sait, s'unit au périoste. D'après M. Ranvier, cette disposition s'oppose, dans les cas où l'articulation est envahie par le rhumatisme, à ce que les capsules viennent s'ouvrir dans la cavité articulaire pour y déverser leur contenu. Elles continueraient alors à proliférer sur place et détermineraient ainsi la formation de bourrelets osseux qu'on rencontre en cet endroit.

Aussi M. Ranvier rattache-t-il toutes les productions osseuses nouvelles qui se développent dans ces circonstances à la prolifération des cellules du cartilage diarthrodial. Cependant le périoste y prend vraisemblablement une certaine part ; d'ailleurs il peut exister une ossification simultanée des capsules articulaires, des ligaments, des tendons et des muscles ; quant aux ligaments interarticulaires, aux ménisques, etc., ils s'usent et disparaissent par un mécanisme analogue à celui qui détruit les cartilages, mais qui n'a pas encore été suffisamment étudié.

Tels sont, messieurs, les faits les plus généraux que j'avais à vous signaler ; mais il existe de nombreuses modifications à cet égard, suivant la forme clinique du rhumatisme qu'on envisage et suivant quelques circonstances particulières qui résultent des conditions mêmes de la maladie ; c'est ainsi que les altérations qu'on rencontre dans une articulation condamnée au repos absolu, diffèrent de celles qui coïncident avec une conservation plus ou moins complète des mouvements. Nous nous sommes placés jusqu'à présent dans cette dernière hypothèse. Nous allons maintenant étudier les modifications qui se rapportent au cas où la jointure est immobile.

En pareil cas, d'après Adams, l'éburnation ne s'observe plus, mais il se produit une néoplasie de tissu conjonctif aux dépens de la synoviale. Le cartilage peut y participer aussi, suivant Förster ; c'est tantôt la substance fondamentale qui subit cette transformation ; tantôt, au contraire, ce sont les cellules du cartilage qui prennent l'apparence de cellules de tissu conjonctif. Quelle que soit la valeur de cette théorie, on voit se former un tissu embryoplastique qui unit les os les uns aux autres, et qui se vascularise à un moment donné ; il se forme alors une ankylose tantôt celluleuse, tantôt osseuse. Ce dernier cas est très-rare ; il n'a lieu que dans les très-petites jointures.

L'influence du repos prolongé a encore pour effet d'amener une atrophie et une friabilité extrême du tissu osseux ; peut-être y a-t-il disparition des bourrelets et des végétations correspondantes. Ce processus atrophique, qui est commun dans le rhumatisme généralisé, se voit aussi quelquefois, mais rarement dans le *morbus coxæ senilis* (Adams).

III. — MODIFICATIONS QUI CORRESPONDENT AUX FORMES PRINCIPALES DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

La description que nous venons de donner s'applique principalement au rhumatisme généralisé et au rhumatisme d'Heberden. Ici les altérations de l'arthrite sèche se trouvent à l'état rudimentaire ; mais dans l'arthrite partielle elles présentent un énorme développement et deviennent presque méconnaissables. On voit se former d'énormes végétations osseuses : c'est ce qui se produit, par exemple, dans le *morbus coxæ senilis*. On voit se produire au degré le plus élevé l'usure et l'éburnation des cartilages et des os, d'où résulte une déformation des têtes osseuses. Enfin, c'est là que se manifeste, au plus haut degré, l'atrophie des os. On expliquait autrefois ces lésions par l'ostéo malacie, le rachitisme sénile (Malgaigne, Hattier).

Dans les articulations qui, par des raisons encore peu connues, comportent la présence de corps étrangers, on les voit se développer en quantité innombrable ; c'est ce qui arrive, par exemple, pour l'épaule et le genou ; mais il en est tout autrement pour l'articulation de la hanche et pour celle des doigts. Il existe, en outre, des épaississements considérables des capsules fibreuses et des ossifications des ligaments et des tendons. Remarquons cependant que ces différences ne sauraient justifier une séparation radicale ; dans le rhumatisme partiel il existe bon nombre de jointures où les altérations ne sont portées qu'à un bien moindre degré, et dans le rhumatisme généralisé quelques-unes des articulations malades offrent des lésions tout aussi prononcées que dans le rhumatisme partiel ; c'est ce qui a lieu par exemple pour la colonne vertébrale.

Pour terminer cette étude, il nous reste à comparer, sous le rapport de l'anatomie, le rhumatisme chronique aux autres arthropathies à lente évolution. Mais avant d'aborder ce sujet, nous voulons vous signaler les analogies qui relient la forme chronique du rhumatisme articulaire à la forme aiguë.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 janvier 1867. — Présidence de M. BOURDON.

La séance est ouverte à quatre heures moins un quart.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique.

M. PÉTER résume la discussion :

L'opinion de M. Fournier lui semble, à tous les points de vue, insoutenable. Si le rhumatisme blennorrhagique n'est ni rhumatismal ni blennorrhagique, il ne peut pas non plus être expliqué par une action réflexe venant de l'urèthre malade, car ces mots *action réflexe*, en pareil cas, ne signifient rien de plus que cette phrase vulgaire d'un public illettré : « la chaudepisse s'est portée sur les articulations.»

Pour que l'action réflexe pût rendre compte de la production du rhumatisme, dans les idées organiciennes il faudrait qu'elle fût nécessaire et forcée, comme le sont les lois physiques de la réflexion; il n'en est pas ainsi. Tantôt cette action prétendue ne s'exerce pas et c'est le plus souvent; tantôt elle s'exerce sur un lieu, tantôt sur un autre. Pour la comprendre, il faudrait admettre que les cellules médullaires, où elles s'exercent, fussent douées de la faculté de choisir, et par conséquent d'une véritable intelligence. En outre, ce n'est pas l'action la plus forte qui a toujours en fait le retentissement le plus éloigné ; il faudrait donc dire que si l'on doit assimiler ce qui se passe alors à une action physique, et, par exemple, en comparer le mécanisme à celui de l'écho, il se passerait ce fait étrange que l'écho serait souvent entendu plus fort, alors que la voix serait plus faible.

Il faut donc chercher autre chose que ces lois physiques d'après lesquelles l'angle de réflexion est égal à l'angle d'incidence.

Ne faudrait-il pas retourner les propositions de M. Fournier, et au lieu de faire de la blennorrhagie ou de l'uréthrite une cause, en faire une conséquence dans certains cas du rhumatisme? D'abord, il est incontestable que le rhumatisme blennorrhagique est bien un véritable rhumatisme; c'est en vain qu'on a voulu lui trouver des caractères spéciaux; il n'est pas un de ces caractères qui ne puisse également se rencontrer dans certains rhumatismes simples. La conjonctivite rhumatismale, l'iritis rhumatismal ont été décrits et étudiés avec soin dans ce siècle; tous les auteurs classiques ont signalé l'existence de rhumatismes subaigus, tendant à se localiser dans une seule articulation, à se terminer par ankylose, etc. MM. Lorrain et Charcot ont achevé de faire justice de cette prétendue forme spécifique des rhumatismes blennorrhagiques ou génitaux. Ce qui a pu contribuer à tromper ceux qui ont décrit les premiers le rhumatisme blennorrhagique, c'est que, en qualité de spécialistes, ils étaient appelés à traiter à peu près exclusivement les rhumatismes mono-articulaires, à forme lente ; ceux, en un mot, qui n'inquiétaient pas les malades et leur paraissaient un accessoire insignifiant de la blennorrhagie pour laquelle le spécialiste était consulté; tandis que si le rhumatisme articulaire se généralisait, s'accompagnait de fièvre, etc., le malade faisait appeler son médecin ordinaire auquel mille raisons pouvaient l'empêcher de faire constater l'état de l'urèthre. Ainsi s'est fait que ceux qui avaient à décrire le rhumatisme blennorrhagique, à propos de la blennorrhagie, tendaient à croire que ce rhumatisme n'était jamais généralisé, fébrile ou grave; tandis que les médecins attentifs, qui ne font pas de spécialité, ont bientôt l'occasion de vérifier le contraire.

Le rhumatisme blennorrhagique est donc un véritable rhumatisme, se rattachant comme les autres à la diathèse rhumatismale, et provoqué par l'affection de l'urèthre, comme il aurait pu l'être par le froid, par un coup, par une émotion morale vive. Ainsi s'expliquent ces blennorrhagies à répétition qui, chaque fois, se compliquent de rhumatisme ; ce sont des blennorrhagies survenues chez des rhumatisants, et peut-être des blennorrhagies rhumatismales. En effet, qui ne serait frappé de voir des individus contracter, avec la facilité la plus grande, des blennorrhagies par des causes banales : excès vénériens, fatigues de tout genre, excès alcooliques, etc. ; tandis que d'autres ont besoin d'une affection spécifique communiquée, pour présenter le même écoulement ? Ce fait, signalé par M. Féréol, est facilement explicable dans l'hypothèse que nous proposons. L'écoulement serait alors un écoulement rhumatismal, de même nature que l'ophthalmie rhumatismale, que les granulations rhumatismales du larynx, etc., car il n'est pas douteux maintenant que la diathèse rhumatismale ne puisse exercer son action sur les muqueuses. La diathèse scrofuleuse, la disposition lymphatique peuvent aussi agir sur l'urèthre et modifier dans sa marche, dans sa durée, dans ses caractères, dans ses résultats, un écoulement blennorrhagique; ces diathèses peuvent se combiner avec la diathèse rhumatismale, et alors la blennorrhagie, ainsi que les arthrites rhumatismales dont elle aurait provoqué l'apparition, prendraient quelque chose de scrofuleux ou de lymphatique, une physionomie spéciale qu'a décrite M. Pidoux.

Dans ces cas, l'affection locale de l'urèthre agirait donc comme un excitant, comme le froid, pour faire paraître deux diathèses latentes, qui se révéleraient en même temps et se modifieraient l'une l'autre dans leurs manifestations mixtes, comme la diathèse scrofuleuse et la diathèse syphilitique se modifient mutuellement. Je crois donc qu'il faudrait admettre une blennorrhagie simple, une blennorrhagie des scrofuleux, une blennorrhagie des rhumatisants et peut-être bien une blennorrhagie des goutteux ; chacun de ces états généraux diathésiques, qu'on oublie trop volontiers aujourd'hui pour se perdre dans les minuties de l'analyse, imprimant son cachet à la maladie locale de l'urèthre, de manière à en modifier les symptômes, la marche et la durée qui est souvent interminable alors.

Et qu'on ne pense pas que mon idée soit purement spéculative et sans application possible dans la pratique. Je la crois plus féconde que l'idée inverse ; je le crois et je le prouve. Mon ami, M. le docteur Auguste Voisin, eut l'occasion de donner des conseils à un sien ami dans les conditions que je vais dire. C'était un jeune homme de vingt-cinq ans, très-grand et fort robuste. Il était atteint de blennorrhagie depuis près de cinq ans, et il avait eu deux uréthrites aiguës dans le cours de sa maladie. Quand il se résolut à demander l'avis de M. Voisin, la blennorrhagie était devenue de la blennorrhée, et l'affection avait vivement influencé le moral. Le malade était ennuyé de tout et complétement découragé. En effet, ce jeune homme avait été traité par tous les moyens connus et par les hommes les plus compétents, à la tête desquels il convient de citer M. Ricord et M. Cullerier. M. Voisin, qui connaissait la famille du jeune homme, qui savait que le père était goutteux, se demanda si ce jeune homme ne serait pas goutteux lui-même. Il examina les urines, constata qu'elles étaient très-acides, et qu'à l'analyse, elles donnaient une quantité anomale d'acide urique. Il n'hésita pas alors à envoyer son ami à Vichy-Cusset. Le malade resta trois semaines à cette station thermale, pendant lesquelles il but chaque jour de huit à dix verres de la source Sainte-Marie. Au bout de quinze jours l'écoulement avait cessé, et depuis lors il n'a pas reparu. Or, il y a de cela six ans. Cette observation, que je cite textuellement d'après la note qu'a bien voulu me donner M. Voisin il y a six jours, cette observation n'est-elle pas assez instructive? Ne fait-elle pas assez voir l'influence de la diathèse sur la maladie locale, et réciproquement l'influence de la thérapeutique sur la diathèse d'abord, et sur la maladie locale ensuite?

Je dois citer encore le cas d'un jeune homme qui, ayant contracté antérieurement une blennorrhagie, l'avait gardée trois mois, jusqu'à l'invasion d'une fièvre typhoïde, et qui, trois ans plus tard, fut repris d'une nouvelle blennorrhagie après des rapports avec une femme saine en apparence. Cette blennorrhagie, après plusieurs mois, tendait à la blennorrhée. Le malade avait eu, peu de temps avant, une affection papuleuse herpétique, et il était encore atteint d'une angine granuleuse également herpétique. Contre cette dernière affection, on lui conseilla les Eaux-Bonnes. Il vint me consulter, craignant de voir les eaux sulfureuses ranimer la blennorrhagie, et je lui répondis qu'au contraire, probablement la médication thermale ferait coup double, et le guérirait tout à la fois de son angine et de sa blennorrhée. C'est ce qui eut lieu pour celle-ci après huit jours de résidence aux Eaux-Bonnes.

Il serait donc bon d'étudier l'action exercée par les diathèses sur les écoulements de l'urèthre, et l'on arriverait ainsi à se convaincre :

1° Que la blennorrhagie, maladie toute locale, ne peut être une diathèse ;

2° Qu'il faut expliquer par une diathèse rhumatismale la facilité du développement de la blennorrhagie chez certains sujets, la répétition de celle-ci chez ces mêmes sujets ; la coïncidence de l'uréthrite, des arthrites et de l'ophthalmie chez eux ou chez d'autres ;

3° Que la scrofule, que l'herpétisme peuvent également produire des blennorrhagies herpétiques ou scrofuleuses ;

4° Qu'il ne serait pas difficile, avec du discernement et de la patience, de tracer les caractères de chacune de ces espèces de blennorrhagie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

(Fin de la séance du 13 février.)

RAPPORT.

M. DOLBEAU lit un rapport sur un travail présenté à la Société par M. le docteur de Saint-Germain, et ayant pour titre : *De l'érosion chancreuse.*

Messieurs,

En 1852, dans un livre qui a marqué une ère nouvelle pour l'étude de la syphilis, le docteur Bassereau, insistait sur un fait important. Dans la grande majorité des cas, disait-il, 146 fois sur 170 malades observés, la roséole syphilitique est précédée d'un accident localisé qu'il faut désigner sous le nom de chancre érodé ou d'érosion chancreuse. Ces érosions, dit M. Bassereau, sont en général très-circonscrites et d'une forme à peu près arrondie; on les voit cependant former parfois de larges érosions suppurantes d'une forme non déterminée.

Dans une autre partie de son travail, M. Bassereau ajoutait : ces érosions n'avaient jamais un fond déprimé, assez souvent même elles devenaient saillantes; elles s'éloignaient de la définition classique du chancre induré, etc.

Le docteur Bassereau était, messieurs, le premier syphiliographe qui déclarait que le chancre infectant, loin d'être un ulcère taillé à pic, consistait le plus souvent en une petite surface plus ou moins dure, simplement érodée. Que ce fût la peau ou une muqueuse, l'ulcération ne comprenait pas toute l'épaisseur de la membrane, mais la couche la plus superficielle; l'épiderme seul semblait manquer. Malgré cela, on persiste encore à décrire le chancre induré comme un ulcère plus ou moins creux, exceptionnellement représenté par une surface érodée, le chancre parcheminé de M. Ricord.

Pour tous ceux qui ont bien observé, le symptôme initial de la vérole est le plus souvent une simple érosion très-circonscrite et arrondie. L'ulcère superficiel que nous connaissons tous, est ordinairement supporté par une base dure, première manifestation de l'infection syphilitique. Tel est le chancre classique, le chancre induré, le chancre infectant.

Dans quelques cas moins rares que ne le ferait supposer le silence des auteurs classiques, le chancre syphilitique se montre sous une apparence bien différente. Ce sont de larges excoriations de forme irrégulière, consistant en des surfaces planes, de niveau avec les parties saines environnantes. Ces larges érosions ne s'accompagnent pas, ou du moins cela est l'exception, de l'induration dite caractéristique. Ces larges érosions chancreuses peuvent occuper le fourreau de la verge, le scrotum, la peau de l'abdomen; j'en ai vu sur les côtés du nez, sur le pavillon de l'oreille, sur la lèvre inférieure, sur les membres, souvent sur la fourchette vulvaire.

Il faut avoir vu ces érosions pour ne s'y point tromper, il faut en connaître l'existence pour ne point interpréter faussement une manifestation aussi importante de la vérole constitutionnelle.

M. le docteur de Saint-Germain, frappé de l'importance de ce symptôme, a réuni de nombreuses observations qui lui ont permis de vous présenter une description exacte, prise d'après nature, et de vous lire un travail intéressant sur l'érosion chancreuse non indurée. Il ne s'agit pas, je le répète, du chancre érodé à base dure, mais d'un chancre infectant caractérisé surtout par une érosion très-superficielle ordinairement large et sans forme bien déterminée.

L'érosion chancreuse, dit M. de Saint-Germain, doit être envisagée quant à son centre quant à ses bords. « Le centre est d'un rouge vif, d'un niveau très-égal. La couleur est à peine ternie, çà et là, par quelques gouttelettes d'un pus à peu près incolore. » — « Les bords ne présentent aucune différence de niveau avec le centre de l'érosion chancreuse; ils se confondent au contraire d'une manière insensible, sans que l'investigation la plus rigoureuse, pratiquée directement ou obliquement, puisse faire constater la moindre différence de niveau. Les bords sont donc complétement plats, moux, sans le moindre décollement; ils se continuent insensiblement, d'une part, avec l'ulcération elle-même, d'autre part, avec les téguments circonvoisins. »

Relativement à la base de l'érosion, voici ce que dit l'auteur du mémoire : « Lorsqu'on presse les bords, on ne constate aucune dureté ; il en est de même lorsqu'on tient en masse l'érosion entre le pouce et l'index. » — « Nous avons, à plusieurs reprises, répété cet examen, en cherchant notamment cette induration parcheminée que M. Ricord a décrite. Mais je puis affirmer, dit M. Saint-Germain, qu'il nous a été complétement impossible de constater ce symptôme. Il existe, au-dessous de l'érosion une mollesse absolue. » — « Je vais même plus

loin; l'induration ne se manifeste à aucune des périodes de cette érosion qui ressemble en tout point à un vésicatoire volant vers le deuxième jour, alors que l'épiderme est complétement détaché et que le corps muqueux se trouve mis à nu et qu'il est légèrement enflammé. »

Vous le voyez, messieurs, par ces diverses citations, empruntées au travail de M. de Saint-Germain, il ne s'agit pas ici du chancre érodé, que nous connaissons tous comme le type de l'ulcère infectant avec sa base dure plus ou moins épaisse, mais bien d'une érosion simple qui mérite certainement d'être décrite à part. Nous ne saurions donc remercier d'une manière trop complète notre confrère de nous avoir adressé son intéressant travail.

L'érosion chancreuse s'accompagne toujours d'accidents constitutionnels, et cela dans un temps assez rapide. Les observations qui vous ont été lues ici démontrent que la vérole qui débute par l'érosion est, en général, assez intense. Toutes ces considérations ont conduit M. de Saint-Germain à se demander s'il ne serait pas sage d'instituer le traitement antisyphilitique aussitôt que l'érosion a été nettement constatée. Je ne saurais, pour ma part, accepter cette manière de voir, car je considère comme démontré que le traitement mercuriel n'empêche pas l'apparition des accidents secondaires. Quelques syphiliographes ont bien avancé que le traitement préventif avait pour résultat d'atténuer en quelque sorte les manifestations de la vérole; c'est là une hypothèse qu'il faudrait appuyer par des preuves: une simple assertion me paraît insuffisante, alors qu'il est bien démontré qu'il y a vérole forte et vérole faible, tout cela en dehors de l'influence salutaire des préparations de mercure.

On peut le plus souvent, comme vous le savez, messieurs, affirmer, à la simple inspection de l'accident primitif, que l'économie est déjà imprégnée et que les accidents secondaires ne tarderont pas à se manifester. Faut-il, pour cela, commencer le traitement avant l'apparition de la roséole ou des plaques muqueuses? Pour ma part, je n'hésite pas à me prononcer contre cette manière de faire. Je crois qu'il n'y a pas d'inconvénients à attendre, et qu'il y a avantage à juger du degré de la syphilis par la nature et l'intensité des accidents qui l'accompagneront. Je crois, avec M. Bassereau, que l'accident primitif peut nous renseigner approximativement sur ce que sera la vérole; mais j'aime à voir le développement naturel de l'infection, j'aime à baser le pronostic de la syphilis surtout sur la forme et la nature des accidents secondaires.

Le mercure n'empêche pas le développement des accidents syphilitiques; il trouble, il pervertit l'évolution naturelle de la diathèse. L'expectation ne porte aucun préjudice aux malades, le traitement préventif ne les met pas à l'abri des accidents; il les retarde, il les modifie, dit-on. Par conséquent, le traitement préventif ne peut avoir d'autres résultats que de nous induire en erreur. On pourrait même citer des observations dans lesquelles le traitement mercuriel n'a pas empêché le développement de ces syphilides qu'on a justement désignées sous le nom de syphilides malignes précoces. Bien plus, dans tous ces cas, on s'accorde à considérer le mercure non-seulement comme insuffisant, mais encore on l'éloigne comme un médicament nuisible.

Je reviendrai tout à l'heure sur cette question. Mais avant d'aller plus loin, je conclus que rien n'autorise à faire pour l'érosion chancreuse ce que l'expérience a démontré peu utile pour le chancre infectant envisagé d'une manière générale. Quelques observateurs ont même avancé que l'érosion correspondait à la forme bénigne de la syphilis; ce serait une raison de plus pour s'abstenir.

Ce qui précède m'amène tout naturellement à poser deux questions. Peut-être m'aiderez-vous, messieurs, à les résoudre. Dans tous les cas, vous trouverez, j'espère, comme moi, qu'il était utile que cet intéressant problème fût posé devant la Société de chirurgie.

Faut-il traiter la syphilis? Quel est le meilleur traitement de la syphilis?

Messieurs, nous ne voyons guère plus, de nos jours, ces formidables désordres que provoquait, il y a deux ou trois siècles, l'introduction dans l'économie du virus syphilitique. Au XIXᵉ siècle, on ne meurt guère plus de la vérole. Faut-il en conclure que la vérole est mieux connue, mieux traitée? Cela est exact; mais là n'est pas toute la vérité. Pourquoi ne pas admettre que le virus syphilitique s'est modifié et épuisé en se transmettant de génération en génération, et cela à la manière du virus vaccin? L'expérience n'a-t-elle pas démontré que ce dernier virus s'était profondément affaibli, et qu'il était bien consolant pour l'humanité, que de nouvelles éruptions de cow-pox eussent permis de régénérer ce précieux préservatif de la variole?

La question est fort complexe. Mais je crois que l'on peut admettre que la syphilis a diminué d'intensité, que généralement elle est bénigne, et que les divers degrés de la vérole peuvent être mis sur le compte des individus, ou, si vous l'aimez mieux, que l'influence du terrain est grande sur le développement de ce virus absolument affaibli.

Je l'ai déjà dit, et cela après beaucoup d'autres observateurs plus compétents, il y a vérole et vérole, faible, moyenne et forte. C'est pourquoi il est utile, pour juger du degré de l'infection sur tel ou tel individu, de laisser la syphilis suivre son évolution normale sans la modifier par un traitement préventif. Mais voici les accidents secondaires arrivés; la roséole, les plaques muqueuses témoignent surabondamment de l'infection syphilitique. Faut-il faire un traitement? C'est, messieurs, ce que nous avons tous fait. Faut-il donner du mercure? C'est probablement votre pratique à vous tous, mais ce n'est plus la mienne.

Quand je réfléchis, messieurs, que je connais, et vous aussi bien certainement, des individus qui ont eu un chancre suivi de roséole, et qui n'ont plus eu de manifestations, quoiqu'ils n'aient suivi aucun traitement; quand je compte les observations nombreuses de syphilis non traitées qui se présentent journellement, à notre observation, à la dernière période de l'évolution, je veux parler de ces accidents tertiaires que nous guérissons si facilement avec l'iodure de potassium, quoique les malades n'aient jamais subi aucun traitement mercuriel; — quand, enfin, je repasse dans mon esprit les nombreux cas de récidive que j'ai observés après les traitements les mieux faits, je me demande à quoi sert le traitement mercuriel.

Messieurs, je ne viens pas ici faire encore une fois le procès au mercure. Nous savons tous les inconvénients inhérents à la médication mercurielle; chloro-anémie, défibrinisation du sang, stomatites, etc., etc. Tout cela n'est rien pour qui sait manier ce bon médicament. Mais à quoi sert le mercure contre la syphilis? — J'ai vu, à Lourcine, des femmes qui avaient été traitées par mes prédécesseurs, Cullerier, Bauchet, MM. Verneuil, Simonet, etc.; elles avaient pris des préparations mercurielles pendant des semaines, des mois, et elles se présentaient toutes avec l'éternelle plaque muqueuse qui s'observe avec tant de libéralité dans l'hôpital que je viens de citer. A quoi avait servi le traitement? Je n'en sais rien.

La vérole a diminué d'intensité, elle eût été bien autre sans le traitement: voilà la réponse qu'on sera peut-être tenté de faire à ma question. Mais ce n'est pas un argument, ainsi que je vous l'ai déjà dit.

Quelques-unes des malades traitées à Lourcine ont certainement guéri, mais il reste à démontrer que celles-ci n'étaient pas dans la catégorie des individus dont je vous parlais il n'y a qu'un instant, et qui guérissent de la syphilis spontanément en dehors de toute médication.

Abandonnez vos malades sans traitement, ils guériront de leurs accidents secondaires, mais attendez la fin, et vous verrez. Voilà, messieurs, une sentence que m'ont souvent formulée les disciples de l'école du Midi. La question vaut la peine d'être résolue, j'ai comme vous une conscience qui parle, et je veux être en paix avec moi-même. Creusons donc plus avant le sillon:

1° Certains malades guérissent définitivement et par les seuls efforts de la nature; 2° beaucoup de sujets, non traités par le mercure, se montrent journellement dans les hôpitaux généraux avec des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium les guérit toujours et parfois même avec une rapidité merveilleuse.

Voilà deux arguments qui permettent d'être plus en paix avec soi-même, en supposant qu'on ne donne pas de mercure aux individus qui ne sont encore qu'au début de la vérole.

Il reste les cas de syphilis malignes, mais vous savez que les toniques sont seuls employés, et que dans ces cas les préparations mercurielles sont nuisibles de l'aveu de tous les praticiens.

J'attends des preuves en faveur du traitement mercuriel. Ce que j'ai vu m'a peu convaincu de l'efficacité de cette thérapeutique; non pas que je nie l'action du mercure, mais je crois que les sels mercuriels modifient l'évolution de la syphilis, la retardent peut-être, mais qu'ils ne la guérissent jamais. Pourquoi ne pas supposer que la syphilis abandonnée à elle-même subit une évolution naturelle? Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations primitives et secondaires. On gagnerait ainsi la période ultime qui cède si manifestement à l'iodure de potassium.

La syphilis abandonnée à elle-même peut guérir, ou arriver sans encombre jusqu'à la période tertiaire. Les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes, et ils arrivent comme les autres à la période des gommes et des exostoses. Voilà les raisons pour lesquelles j'ai abandonné le traitement mercuriel.

Depuis plusieurs années j'ai expérimenté le bichromate de potasse comme antisyphilitique. Permettez-moi, messieurs, de vous exposer le plus brièvement possible le résultat de mes observations à ce sujet. Vous verrez que mes conclusions ne sont pas exclusives et qu'il y a peut-être là un nouvel argument contre la médication mercurielle.

En 1863, un jeune homme dont je connais la famille et que j'ai l'occasion de revoir fréquemment, vint me consulter pour un chancre induré de la verge avec pléiades inguinales, roséole très-évidente, plaques muqueuses de l'isthme du gosier. L'infection remontait à cinq semaines; je prescrivis à mon client les pilules de protoiodure à la dose de cinq centigrammes chaque matin. Deux jours après, le malade revenait avec une stomatite intense, de la salivation. Je fis suspendre, et bientôt nous recommençions l'usage des pilules. Les mêmes accidents reparurent, mais j'exigeai que le malade continuât l'usage du médicament, espérant que la tolérance s'établirait bientôt. Il fallut cependant s'arrêter, car la salivation était extrême, le malade souffrait énormément, l'état général laissait à désirer.

Les purgatifs, le chlorate de potasse firent cesser les accidents, mais il fut nécessaire de continuer l'usage de ces moyens pendant plus d'un mois.

Dans cet intervalle, des plaques muqueuses s'étaient montrées sur le scrotum, à la marge de l'anus. Je conseillai la liqueur de Van-Swieten, à la dose de 10 grammes chaque jour, dans une tasse de lait. La stomatite reparut bientôt, et il me fut impossible de continuer l'usage du sublimé.

J'en étais là, désespéré, car alors j'avais une foi entière dans le mercure, lorsque je rencontrai un de mes amis, le docteur Leroux, chirurgien adjoint de l'hôpital de Versailles. Notre confrère me fit part de quelques essais qu'il venait de faire avec le bichromate de potasse. Les résultats étaient satisfaisants et les accidents se réduisaient à quelques troubles gastriques de peu de durée.

J'ordonnai donc à mon malade des pilules de bichromate de potasse. Cette nouvelle médication fut bien tolérée, et au bout de six semaines, c'est-à-dire cinq mois après le début des accidents, toutes les manifestations syphilitiques avaient disparu. Je fis prendre à mon malade l'iodure de potassium pendant un mois; je lui conseillai les bains sulfureux. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, aucun symptôme syphilitique n'a pu être constaté de nouveau.

L'année suivante, janvier 1864, un de nos artistes les plus distingués vint me consulter pour des plaques muqueuses répandues à toute la surface des téguments; quatre mois avant, il avait contracté un chancre qui avait duré sept semaines.

La syphilis était évidente, je le déclarai et j'engageai le malade à prendre du mercure. Quoique très-intelligent, mon artiste me débita toute espèce de sottises sur les effets funestes du mercure; il avait lu, disait-il, les ouvrages de Raspail, et déclarait qu'il ne voulait point se traiter par les sels de mercure. En présence de cette opposition, je songeai au bichromate. Cette médication fut acceptée, et après deux mois et demi tous les accidents cessèrent. La cure fut terminée par l'iodure de potassium et les bains sulfureux.

Depuis, le malade que j'ai revu bien des fois n'a jamais présenté de symptômes syphilitiques.

Presqu'en même temps je traitai, par le bichromate, un jeune homme qui m'était adressé par un médecin d'Enghein. Il guérit bien d'un chancre et de plaques muqueuses des amygdales.

Le traitement dura au moins deux mois. J'avais perdu de vue ce malade, lorsque je l'ai rencontré, l'été dernier, à l'Hôtel-Dieu; il était devenu étudiant en médecine, et j'ai pu savoir que la guérison persistait; la santé générale est excellente.

J'ai également guéri, après quatre mois et demi de traitement par le bichromate, un homme de soixante ans qui portait un large chancre de la lèvre inférieure avec plaques muqueuses de la gorge et roséole. J'ai revu le malade il y a quelques jours; il est toujours bien. L'observation a été recueillie à l'Hôtel-Dieu où le malade a fait un séjour de six mois.

J'avais parlé de ces faits dans une leçon clinique; l'un de mes auditeurs, étudiant en droit, me fit visite, s'offrant de constater sur lui-même les effets du bichromate de potasse; il avait un chancre, des plaques muqueuses de la gorge et de la peau, des croûtes dans les cheveux, etc.

La guérison de tous ces accidents a eu lieu après trois mois de traitement. J'ai revu mon malade et je suis certain qu'il ne manquerait pas de me prévenir si la récidive survenait.

En 1865, alors que j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine, j'avais sous ma direction deux salles de malades. Dans la première, toutes les femmes furent traitées par le bichromate de potasse intus et extra. Dans la seconde on donnait la liqueur de Van-Swieten. Toutes ces syphilitiques ont été également débarrassées de leurs accidents, peut-être un peu plus lentement pour celles qui prenaient le bichromate de potasse.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que les récidives s'observaient journellement à l'hôpital de Lourcine, quoique les malades eussent fait un traitement mercuriel pendant deux et trois mois. Il était donc désirable de savoir dans quelles proportions les récidives auraient lieu après l'usage du bichromate de potasse. A ce sujet j'ai fait des recherches dont voici les résultats.

Les malades de Lourcine sont assez fidèles à l'établissement; quand elles sont atteintes de nouveaux accidents, il est rare qu'elles ne se présentent pas de nouveau. On peut donc en consultant les registres de l'hôpital estimer approximativement le nombre des récidives.

131 malades atteintes de syphilis ont été traitées dans mon service pendant l'année 1865; sur ce nombre, 80 ont pris le traitement mercuriel, et depuis, 44 de ces malades ont été admises pour des récidives; 44 récidives sur 80, c'est un peu plus de moitié. 51 femmes ont pris le bichromate de potasse et sur ce nombre il y a eu 30 récidives.

Pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la durée du traitement, ce qui est extrêmement variable, suivant les cas. Je donne les chiffres tels que je les ai recueillis.

Ne croyez pas, messieurs, que mes conclusions soient favorables à l'emploi du bichromate de potasse; non, je suis et je veux rester dans le doute. Mais ce que je puis affirmer, c'est que l'usage de ce médicament a été sans inconvénient, qu'il n'a pas empêché les accidents de disparaître, et que par conséquent on peut en conseiller l'essai.

Je terminerai donc en posant un dilemme: 1° ou bien le bichromate de potasse est un antisyphilitique, ou bien il est sans action sur la vérole; 2° si le bichromate est un antisyphilitique il est préférable au mercure qui a des inconvénients multiples; mais si le bichromate est sans action sur la vérole, il faut conclure que cette maladie abandonnée à elle-même peut suivre son évolution et guérir spontanément, sans l'intervention des préparations mercurielles.

Dans ce qui précède je n'ai fait allusion qu'aux faits les plus ordinaires, j'ai laissé de côté les exceptions; car si, pour juger une pareille question, on entrait dans l'exposé des faits particuliers, anomaux, il serait impossible d'arriver à une solution de l'intéressant problème que j'ai cru devoir poser devant la Société.

Messieurs, sans sortir de la règle, en prenant pour terrain de discussion ce qui se passe sous nos yeux, dans les hôpitaux, et en laissant de côté ces histoires plus ou moins problématiques qui prennent leur origine dans la pratique de la ville, on peut formuler une opinion sur le traitement de la syphilis. Mais, diriez-vous, nous avons guéri, nous guérissons tous les jours des malades par l'emploi du mercure. A cela je réponds: moi aussi, j'ai observé des faits semblables, mais de plus j'ai guéri avec le bichromate; j'ai vu des malades qui avaient guéri tout seuls et qui n'avaient que des accidents tertiaires, lesquels cédaient merveilleusement à l'iodure de potassium. Que conclure, je vous le demande? Je n'ose le faire; j'attends que l'expérience de chacun de vous vienne, non pas pour me donner raison, mais bien qu'elle éclaire d'un jour tout nouveau la question si délicate que je vous soumets.

J'ai besoin de vous dire, messieurs, en terminant, que j'ai été précédé dans cette direction par des observateurs éminents, et en particulier par M. Diday (de Lyon).

Messieurs, si cette lecture a pu vous offrir de l'intérêt, j'ose espérer qu'elle disposera favorablement vos suffrages en faveur de M. le docteur Saint-Germain, dont je prends la liberté de vous recommander la candidature.

DISCUSSION.

M. DESPRÉS. La question soulevée par M. Dolbeau me paraît d'un très-grand intérêt. Je partage les opinions de notre collègue M. Dolbeau sur le peu d'efficacité du traitement mercuriel, je vais même un peu plus loin que lui. Je produirai ici la statistique des observations de mon service, à l'hôpital de Lourcine, et je puis dire à l'avance que les malades traités par moi, au moyen d'un traitement tonique et réparateur, ne sont pas plus revenus à l'hôpital que celles qui avaient été soumises au traitement mercuriel chez MM. Jaccoud et Panas, mes collègues; l'un donnait du sublimé, l'autre du proto-iodure.

Le traitement mercuriel est donné empiriquement, il faut le juger aujourd'hui par des observations.

En attendant, je puis dire que j'ai traité des malades par le mercure et que la récidive est survenue aussi promptement chez elles que chez celles qui n'avaient fait aucun traitement. J'ai reçu aussi dans mon service des malades qui sont entrés à l'hôpital anémiques et avec une récidive après avoir pris régulièrement 250 et 300 pilules de proto-iodure; ceci me permettra de demander plus tard aux partisans du mercure ce qui constitue un traitement régulier et bien complet.

M. GUÉRIN. J'ai écouté avec grand intérêt le rapport lu par M. Dolbeau; je craignais d'abord de me trouver en opposition avec notre collègue relativement à l'action thérapeutique du bichromate de potasse, mais ses conclusions sont absolument très-réservées, et je suis d'avis qu'il faut attendre de nouvelles observations avant de conclure.

J'entends M. Dolbeau et après lui M. Després émettrent la proposition que le mercure serait à peu près inutile dans le traitement de la syphilis, et cela à cause de la fréquence des récidives. C'est une erreur de croire qu'on peut guérir la vérole en quelques mois ; le retour des accidents, c'est la règle, et il est même impossible de préciser combien il faudra de temps pour guérir définitivement les individus infectés. Il ne faut pas conclure des récidives à l'insuffisance du mercure si les malades ne guérissent point, c'est le plus souvent parce qu'ils se refusent à persévérer dans la médication. Les accidents secondaires guérissent d'eux-mêmes après un temps qui varie, mais certains d'entre eux sont rebelles au mercure tout aussi bien qu'au bichromate de potasse.

J'ai vu des malades qui n'avaient point été traités, je les ai observés, et loin d'être partisan de l'expectation, je crois que plus on attend et plus la guérison de la vérole est chose difficile. Les recherches de M. Bassereau sont surtout précieuses en ce sens qu'on peut, par l'examen des accidents primitifs, la couleur du chancre, les engorgements ganglionnaires multiples, etc., reconnaître la maladie et instituer un traitement immédiat, car, je le répète, l'efficacité du traitement est d'autant plus grande qu'on commence plus tôt, alors l'économie n'est point aussi profondément imprégnée.

Les préparations mercurielles et spécialement le proto-iodure ne produisent pas la salivation pourvu qu'on engage les malades à se gargariser dès le début du traitement. Je repousse les frictions à cause de la difficulté de doser le médicament.

Les conclusions de M. Dolbeau sont très-réservées sans doute, mais je tenais à formuler mon opinion sur le traitement de la syphilis.

La Société décide sur la proposition de M. Verneuil, que la discussion sur le traitement de la syphilis sera différée jusqu'au moment où le rapport de M. Dolbeau aura été imprimé.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société qu'une demande signée de vingt membres vient d'être déposée sur le bureau. Cette demande, qui a pour but de nommer membre honoraire de la Société M. le professeur Henri Boulay, est renvoyée à une commission de cinq membres afin qu'il soit fait un rapport.

COMMUNICATION.

M. PANAS présente une malade qu'il a traitée d'un kyste hydatique de l'abdomen au moyen d'un trocart qu'il a imaginé. M. Panas désire faire constater la guérison, se réservant de développer sa communication ultérieurement.

M. BOINET. Je crois devoir faire remarquer qu'on trouve dans l'abdomen de la malade, actuellement présentée, une grosseur assez notable qui renferme, suivant moi, une certaine quantité de liquide.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

CORRESPONDANCE.

Metz, 14 février 1867.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je viens de recevoir le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* en date de ce jour, et, selon mon habitude, je me suis mis à le lire immédiatement. J'y ai remarqué un article de M. Paul Topinard, ayant pour titre : *Des essences de certaines labiées employées en bains généraux comme stimulants.*

Ce n'est pas sans surprise que j'ai vu la peine que se donne M. le docteur Topinard pour expliquer, dans un long article, le mode d'action des bains de Pennès, dont il attribue les effets stimulants aux huiles essentielles de romarin, de thym et de lavande.

Il aurait pu s'éviter ce travail s'il avait lu l'article inséré dans la *Gazette des Eaux*, juillet 1866, ayant pour titre : *De l'origine des actions électriques*, article qui n'est que la reproduction *in extenso* d'un mémoire que j'ai lu à la séance du 19 avril 1866, de l'Association scientifique de France, sous la présidence de M. Le Verrier. Il y aurait vu que l'action des huiles essentielles mises dans un bain y est indiquée et complétement expliquée. L'irritation vive de la peau occasionnée par l'huile essentielle de térébenthine, a été d'ailleurs signalée depuis longtemps par le docteur Spitzer, qui a lu sur ce sujet une note à la Société impériale de médecine de Marseille, séance du mois d'avril 1866, note ayant pour titre : *Sur les effets électriques des bains térébenthinés* (page 59 du *Bulletin* des travaux de cette Société).

M. Spitzer se trompait évidemment dans l'interprétation du fait, mais sa remarque était parfaitement exacte.

Ces indications suffisent pour démontrer que l'action stimulante des huiles essentielles est parfaitement connue, qu'elle n'est point limitée aux huiles essentielles des labiées, comme paraît l'admettre l'auteur de l'article, et qu'en outre, j'ai donné depuis longtemps l'explication de ces faits importants.

En ce qui concerne spécialement les bains de Pennès, je m'en suis occupé, ainsi que de tout ce qui touche à l'hydrologie médicale, et j'ai démontré expérimentalement qu'ils déterminent une double action sur le corps de l'homme plongé dans le bain : 1° une action de stimulation produite sur le derme par l'absorption des huiles essentielles ; 2° une action électrique occasionnée par la réaction des sulfates et des phosphates sur les carbonates, et sur les sels provenant de la sueur et adhérents à la peau.

Voici d'ailleurs un extrait d'une note que j'ai adressée à M. Pennès, et qu'il a cru devoir faire insérer dans le journal *la France médicale* (26 septembre 1866, page 610), en en modifiant la forme :

« On sait que M. Scoutetten est parvenu à démontrer que toutes les eaux minérales à la source sont à l'état dynamique, tandis que les eaux de pluie et de rivière sont à l'état statique.

« Ainsi, les eaux minérales et les sels qu'elles tiennent en dissolution ne pouvant pas être absorbées par la peau, contrairement à la théorie généralement admise, il faut reporter à l'électricité dynamique qui se manifeste au contact de tout ou partie de la surface cutanée avec la solution Pennès, un des premiers effets thérapeutiques produits par ce liquide. Il en est un autre non moins important à noter, et qui est dû à la présence des huiles volatiles de lavande, de romarin et de thym contenues dans le composé. Ces corps gras exercent sur le derme une action spéciale qui tient à ce qu'ils dissolvent l'huile naturelle sécrétée par les follicules sébacés de la peau, et arrivent ainsi, par voie d'absorption, sur le derme, qui, on le sait, jouit d'une grande sensibilité.

« Concluons de ces remarques et de ces expériences faites et répétées par M. Scoutetten devant des savants du plus grand mérite, que les bains Pennès exercent deux actions : l'une dynamique, due à l'électricité ; l'autre excitante, provoquée par l'absorption d'une partie des huiles essentielles agissant directement sur la peau. »

Ces explications scientifiques données à M. Pennès ont déterminé immédiatement ce pharmacien-chimiste à modifier l'association des éléments qui entrent dans la composition de son bain ; il a séparé les sels des huiles essentielles en les isolant par une cloison, ce qui permet de diminuer ou d'augmenter la dose de l'un ou de l'autre, selon la susceptibilité du malade ou les intentions du médecin qui désire obtenir une action dynamique dominante, ou des effets prononcés de stimulation à la peau.

Comme ce sujet intéresse à un haut degré la physiologie et la thérapeutique, et qu'il touche d'ailleurs à une question de priorité que vous me permettrez de revendiquer, je ne doute pas que vous m'accordiez promptement à ma lettre l'honneur de l'insertion dans votre journal.

Agréez, etc., SCOUTETTEN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 15 février 1867, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en raison du dévoûment qu'ils ont fait preuve pendant l'épidémie cholérique qui a sévi dans le département de la Somme :

Au grade de chevalier : MM. Courtillier, médecin du Bureau de bienfaisance d'Amiens, et Choyau, interne des hôpitaux de Paris, détaché à Amiens.

— M. le docteur Blanchet, chirurgien en chef de l'Institution impériale des sourds et muets, vient de succomber, à l'âge de 48 ans, à la maladie qui le tenait depuis longtemps éloigné de son service et de sa clientelle. M. Blanchet a attaché son nom à l'éducation des sourds-muets. On lui doit la réalisation d'un plan qui avait été le rêve d'Itard, l'un de ses prédécesseurs : l'éducation des sourds-muets par la parole, qui, en faisant disparaître le mutisme, permet aux enfants sourds-muets de naissance de participer à l'éducation commune. C'est là un titre qui justifie les faveurs que M. Blanchet avait obtenues dans l'opinion du monde.

De l'œil, notions élémentaires sur les fonctions de la vue et ses anomalies, par le docteur GIRAUD TEULON, ancien élève de l'école polytechnique. Un vol. in-12 de 160 pages, avec figures dans le texte. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 28 FÉVRIER 1867. — N° 25

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 FÉVRIER 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

Il en est des académiciens comme de la femme de César, il ne faut pas même qu'ils puissent être soupçonnés. La petite philippique de M. Briquet contre le rapport de M. Depaul, dans la précédente séance, nous avait fourni tout naturellement l'occasion de signaler à MM. Depaul et Roger des bruits qui tendaient à jeter des doutes sur la véritable origine et la nature des faits qu'ils avaient été appelés à constater.

Notre but, en leur signalant ces bruits, n'a été autre que de mettre nos savants confrères à même de s'en expliquer, afin que dans une affaire aussi grave il ne pût rester aucun doute dans les esprits. M. Depaul est venu loyalement s'en expliquer à la tribune. Malheureusement, ainsi que M. Depaul nous l'avait déjà dit de vive voix quelques jours auparavant, les faits ne sont que trop vrais, la nature syphilitique des accidents constatés sur les vaccinés d'Auray n'est que trop réelle. Plût à Dieu qu'il n'en eût point été ainsi ! Des diverses pièces officielles communiquées par le ministre du commerce à l'Académie, sur les vaccinations du Morbihan depuis l'accomplissement de la mission de MM. Depaul et Roger, une seule est relative aux faits qui se sont passés à Auray et dans les communes voisines : c'est le rapport adressé au préfet par le médecin des épidémies de l'arrondissement de Lorient. Or, loin que ce rapport infirme en quoi que ce soit celui de MM. Depaul et Roger, il est au contraire confirmatif sur tous les points.

Tout en regrettant, avec M. Depaul, au point de vue de l'humanité et pour l'honneur de la vaccine, d'être obligés d'accepter pour vraie cette nouvelle catastrophe et cette atteinte portée à l'ancienne réputation de pureté du vaccin, nous ne nous en félicitons pas moins de l'avoir mis à même de nous édifier sur ce point et nous le remercions de la loyauté et de la courtoisie de ses explications.

Ces explications ne se sont produites qu'après une sorte de répétition de la discussion soulevée déjà, mardi dernier, par M. Briquet, et qui ne nous a paru ajouter rien de nouveau ni d'essentiel au débat. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. JACCOUD.

Gangrène des muscles psoas. — Emphysème. — Carie vertébrale. — Perforation intestinale.

(Observation recueillie par M. DIEULAFOY, interne du service.)

D... (Jean), cordonnier, soixante-quatre ans, entré le 28 décembre 1866, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, n° 30.

Cet homme ne donne que peu de renseignements sur sa maladie, qu'il fait remonter à trois mois environ. Perte de l'appétit, amaigrissement assez considérable, douleurs vives à la partie inférieure de l'abdomen, cinq à six garde-robes dans les vingt-quatre heures. Cet état se prolonge jusqu'au 3 janvier ; la diarrhée a été en partie arrêtée par une médication appropriée.

Le 3 janvier, léger accès de fièvre, langue sèche, douleurs plus vives dans les deux régions inguinales ; à la palpation on constate du côté gauche, au niveau du triangle de Scarpa, un véritable gargouillement bien limité dans cette région.

Le 4, ce gargouillement a changé de caractère ; on perçoit maintenant une crépitation emphysémateuse qui s'étend le long de la cuisse gauche, sur sa face interne. Le malade présente en même temps, du côté droit, un peu au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal, une légère saillie, douloureuse au toucher, dépressible, sonore à la percussion, et donnant aussi la crépitation caractéristique de l'emphysème.

Le 5, 100 pulsations ; il y a peu de diarrhée, pas de vomissements ; les douleurs abdominales et inguinales sont plus vives ; la tumeur inguinale augmente de volume.

Sur la demande de M. Jaccoud, M. Dolbeau vient voir le malade ; les signes d'emphysème ont en partie disparu du côté gauche, mais on les retrouve à droite, le long de la cuisse, jusque dans le creux poplité. Rien du côté du scrotum, rien du côté des parois abdominales. Les mouvements de la cuisse sur le bassin sont possibles, mais ils sont lents et douloureux.

On suppose qu'à la suite d'une perforation intestinale, siégeant peut-être dans le cœcum, des gaz ont envahi le tissu cellulaire des différentes régions que nous avons signalées. M. Dolbeau croit qu'une intervention chirurgicale serait inopportune.

Le 6, l'emphysème du côté gauche a complétement disparu, tandis qu'à droite, il fait des progrès, descend dans le mollet et paraît à la face interne du pied.

Le 7, 110 pulsations ; pas de garde-robe. Léger délire.

Le 8, perte complète de connaissance.

Le 9, mort.

A l'autopsie, les différentes couches de la paroi abdominale antérieure sont disséquées et relevées avec soin. Le péritoine, sa cavité et les anses intestinales qui se présentent d'abord, ne portent pas la moindre altération ; rien du côté du cœcum.

La cuisse droite est examinée à son tour ; on trouve un foyer qui, parti du creux poplité, passe sous l'arcade crurale et remonte dans la fosse iliaque. Toutes ces parties sont mises à découvert, et l'intestin est suivi dans toute sa longueur. Le muscle psoas-iliaque droit et une partie des adducteurs sont réduits en une bouillie noirâtre, d'un aspect gangréneux, sans odeur particulière, détritus au milieu duquel il ne reste plus trace de fibre musculaire.

Du côté gauche, même altération de la portion iliaque et du faisceau le plus interne du psoas.

L'S iliaque, à cheval sur la dernière vertèbre lombaire, est le siége d'une perforation. A ce niveau, l'intestin est rétréci, il y a quelques adhérences, pas d'épanchements de matières fécales dans le péritoine.

Le corps de la dernière vertèbre lombaire et la base du sacrum circonscrivent une vaste caverne creusée dans leur épaisseur.

Rien d'anomal dans les autres organes, pas de tubercules dans le poumon.

Il semble évident que la lésion osseuse est la première en date, et que l'emphysème développé dans les deux membres inférieurs, mais surtout du côté droit, est le fait de la production gazeuse, venant directement de l'altération musculaire.

HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG. — M. HERRGOTT.

Du diagnostic et du traitement des polypes naso-pharyngiens implantés sur l'apophyse basilaire.

Le plus grand nombre des chirurgiens pense aujourd'hui que, pour traiter avec quelque chance de succès les malades affectés de polypes naso-pharyngiens, il est nécessaire de se frayer une voie large jusque sur le siége d'implantation de la production morbide, afin de pouvoir y agir avec énergie. De là des opérations préliminaires qui sont : par la voie buccale, la fente du voile ou de la voûte palatine ; par la voie faciale, l'élargissement de l'ouverture nasale, le passage à travers l'os onguis, la résection partielle ou totale, temporaire ou définitive du maxillaire supérieur. N'ayant, avec M. Legouest, pu me résoudre « à considérer ces mutilations préliminaires comme le dernier mot de la chirurgie, » j'ai, dans un cas qui s'est offert à mon observation, cherché à savoir si le lieu d'implantation des polypes ne pouvait pas servir de base à une distinction dans le traitement. Je suis arrivé à cette conviction que, si la méthode rigoureuse de traitement est parfaitement justifiée quand le polype est implanté sur le sphénoïde ou l'ethmoïde, elle n'est pas nécessaire absolument quand il se trouve sur l'apophyse basilaire. La recherche du lieu d'implantation est donc une chose importante pour guider la conduite du chirurgien. A cet effet, le miroir laryngoscopique peut être d'une grande utilité, car il permet de voir la partie supérieure du pharynx et l'entrée des fosses nasales postérieures avec facilité, et quand ces régions sont occupées par un polype qui n'est pas trop volumineux, son lieu d'implantation ; quand celui-ci a été enlevé, l'état de la surface d'implantation. Il permet en outre d'apprécier l'action des instruments qui ont agi sur ces surfaces, ou des caustiques qui y ont été appliqués. C'est ce que prouve l'observation que j'ai l'honneur de soumettre à la Société ; elle montre une application nouvelle du miroir laryngoscopique au diagnostic et au traitement des polypes naso-pharyngiens.

Le nommé J. François-Antoine, cultivateur, âgé de vingt-quatre ans, nous fut adressé par notre honorable confrère, M. le docteur Gass, de Mommenheim (Bas-Rhin), dans le courant de février 1865.

Ce jeune homme, qui portait les traces d'une bonne constitution, était alors très-pâle, très-affaibli, tourmenté par une impossibilité de respirer par le nez, et des crachements de sang.

Voici les renseignements transmis par le médecin du malade :

Déjà au printemps de 1864, J... se plaignait d'une difficulté de respirer qui fut attribuée à un coryza chronique.

Au mois de juillet de la même année, il cracha du sang avec abondance ; la difficulté de la respiration alla en augmentant. Le perchlorure de fer, qu'on administra alors comme hémostatique réconfortant, produisit l'effet voulu ; mais la difficulté de respirer persista. L'examen des fosses nasales ne révélant pas l'existence de polypes muqueux, on fit dans les narines des injections de solution de nitrate d'argent, sans succès. Le malade ne tousse pas, et l'examen de la poitrine reste complétement négatif.

Au mois de janvier 1865, les crachements de sang reparurent. M. le docteur Gass examina alors la bouche et l'arrière-gorge ; il fut surpris de voir derrière le voile du palais, à gauche, une tumeur rougeâtre dépassant de plus d'un centimètre le voile, et déprimant celui-ci assez fortement ; il y fit une ponction avec un bistouri qui ne laissa échapper qu'un peu de sang. Pensant avoir affaire à un polype, M. Gass nous adressa le malade, et nous le fîmes entrer à la clinique chirurgicale, à notre service, le 9 février 1865.

Ainsi que cela a été dit plus haut, le malade est très-affaibli, il est chloro-anémique. Sa voix est altérée comme chez un individu qui a le nez bouché ; elle a en outre le timbre particulier à l'angine. La langue est légèrement teinte de sang, les muqueuses sont pâles, l'appétit est nul, la digestion lente et difficile ; il est impressionné par la gravité de sa situation.

En faisant grandement ouvrir la bouche et en abaissant la langue, on aperçoit une tumeur entre la luette, légèrement déviée à droite, et le pilier gauche, dépassant de 15 millimètres le voile du palais, et le déprimant sensiblement. La tumeur est rougeâtre et saigne au moindre attouchement ; elle est complétement indolente. L'index, introduit derrière le voile du palais, permet de circonscrire la tumeur et d'évaluer son volume à celui d'un petit œuf de poule aplati d'avant en arrière. A droite, on passe facilement jusqu'à une grande hauteur, et il semble, au toucher, que la tumeur est piriforme ; elle est consistante et élastique. La respiration par la narine gauche est absolument impossible ; l'inspiration, mais non l'expiration, est possible par la narine droite ; la tumeur fait l'office, pour cette narine, d'une soupape qui se soulève par l'inspiration forcée, mais qui se ferme pendant l'expiration.

L'examen des parties nous fait penser à la possibilité d'explorer le lieu d'implantation exact du polype au moyen du laryngoscope. Nous faisons venir le malade dans notre cabinet, disposé pour ce genre d'exploration, et là, en présence de notre confrère et ami, le docteur Cochu, de l'interne de notre service et de quelques autres confrères, il est procédé à un examen minutieux. Il en résulte que le polype a un pédicule de la grosseur du petit doigt, très-court, implanté à la partie latérale antérieure gauche de l'apophyse basilaire. Cet examen a été rendu plus facile qu'on ne le pensait, par l'extrême docilité du malade et la diminution de la sensibilité du voile. La luette put être maintenue, tirée en avant avec une pince à pansement, sans causer les douleurs vives qu'on observe ordinairement en pareil cas.

La conclusion de cet examen fut d'employer la ligature, qui s'appliquait si parfaitement aux circonstances anatomiques de ce produit morbide.

Elle fut pratiquée à la clinique le 16 février 1865, avec un fil de fer recuit étreint par le serre-nœud de Graefe, profondément introduit dans la narine gauche.

Nous essayâmes de vérifier avec le laryngoscope le placement du fil sur la base du pédicule ; mais cette exploration resta sans résultat, puisque l'éclairage dans la salle d'opération ne put être disposé convenablement. On put toutefois constater, par le toucher, que le fil se trouvait au niveau de la base du crâne. Cette vérification faite, l'anse fut serrée très-énergiquement, ce qui produisit une assez forte douleur, mais de peu de durée.

La journée du 17 février et la nuit furent bonnes, ainsi que celles du 18 et du 19.

Afin de prévenir tout accident de suffocation qui pourrait se produire par la chute du polype pendant le sommeil, nous passâmes dans sa portion inférieure, moyennant une aiguille tubulée de Simpson, un fil d'argent recuit comme on en emploie pour les sutures métalliques. Les deux bouts de ce fil furent réunis par la torsion pour former un anneau dans lequel on passa un fil double de soie, avec lequel on fit un nœud coulant dont on laissa pendre les deux bouts dans un des coins de la bouche.

Le 20 février, à neuf heures du soir, le malade ressentit une sensation particulière dans le nez ; il porta la main droite au fil, avec lequel il sortit le polype de la bouche, la main gauche au serre-nœud, qu'il enleva avec la plus grande facilité. Au moment même le malade put respirer à son aise, et n'éprouva plus la moindre incommodité.

Le polype constitue une tumeur arrondie et aplatie d'avant en arrière, longue de près de 4 centimètres, large d'un peu moins de 3 centimètres et épaisse de 2 centimètres, arrondie comme un caillou roulé. Au sommet, on remarque un pédicule non saillant, mais ras, de forme ronde du diamètre de 8 millimètres ; il est généralement gris, sauf à sa partie postéro-supérieure, où persiste la coloration rouge primitive.

Le néoplasme est confié à M. Morel, professeur agrégé ; il résulte de l'examen auquel s'est livré notre habile collègue, que la tumeur ne contient aucun élément étranger aux tissus normaux de la région où il siégeait ; tous les éléments normaux sont augmentés sans changement dans leurs proportions réciproques.

Le 21, le malade se trouve dans un état de bien-être auquel depuis longtemps il n'était plus habitué. La respiration est facile, l'odorat est revenu, il apprécie avec délice la saveur des aliments. Le doigt promené dans l'arrière-bouche la trouve parfaitement libre.

La santé générale fait de rapides progrès, en peu de jours le malade reprend, avec sa vigueur, son air de santé d'autrefois.

Le 25, le malade est examiné au laryngoscope dans notre cabinet. Les ouvertures nasales postérieures sont parfaitement libres. On voit à la base du crâne une petite place rouge, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, située à la partie latérale gauche de l'apophyse basilaire ; nous pensons que c'est le lieu d'implantation du polype

en voie de cicatrisation à la suite de l'inflammation éliminatoire, suite de la ligature.

Après cet examen on permet au malade de rentrer chez lui, on lui recommande toutefois de venir dans quelque temps se faire examiner de nouveau.

Dans le courant du printemps il revint plusieurs fois et on constata l'état florissant de sa santé, mais il ne fut pas procédé à l'examen par le miroir laryngoscopique.

Vers la fin du mois d'avril 1866, c'est-à-dire un an après l'opération, J... vint nous revoir avec la préoccupation de sentir de nouveau, depuis quelque temps, un peu d'embarras dans la narine gauche. Il éprouve un peu de difficulté dans l'expiration seulement, mais il n'a encore eu aucun crachement de sang. On n'aperçoit rien en faisant ouvrir la bouche au malade et en abaissant la langue; mais en portant le doigt derrière le voile du palais, on trouve une nouvelle tumeur, qui atteint presque le niveau du bord du voile. Le laryngoscope fait voir une nouvelle tumeur absolument semblable à la première, comme aspect et comme forme, mais seulement un peu moins grande.

Le malade demande à entrer dans l'établissement de santé de la Toussaint pour y être opéré.

Le 5 mai, on place de nouveau un serre-nœud avec les mêmes précautions que la première fois, en présence de MM. Cochu, Elser, Gass, etc.

Le sixième jour, le polype tombe, il ressemble exactement au premier, sauf une différence de 15 millimètres en longueur, 1 centimètre en largeur en moins que le premier polype; comme celui-ci il a un pédicule court de 7 millimètre de diamètre, et l'examen microscopique révèle absolument la même structure.

Le 15 mai, dix jours après la pose de la ligature et cinq jours après la chute du polype, nous procédons dans notre cabinet à l'examen du malade moyennant le laryngoscope. On retrouve le point rouge qui avait été remarqué après la première opération, et qui avait été regardé comme la base d'implantation en voie de cicatrisation. Cette interprétation n'était vraie qu'à moitié. Après ce qui venait d'arriver, il ne pouvait plus être prudent d'abandonner la chose à la nature sans agir sur cette partie de laquelle s'était élevée une nouvelle végétation. Il fallait enlever par la cautérisation ou la rugination cette portion qui n'était pas en voie de cicatrisation, mais disposée à une nouvelle reproduction. Mais comment agir sur cette partie?

Notre première pensée fut de faire construire une rugine recourbée de manière à atteindre la base du crâne en passant sous le voile du palais et pouvant agir sur elle sous les yeux du chirurgien s'aidant du laryngoscope. En détruisant ainsi, par la rugination tout le revêtement muqueux et fibreux de l'apophyse basilaire, il nous semblait qu'on aurait quelque chance de sécurité contre la reproduction du mal. Le miroir fut donc mis en place pour étudier exactement les lieux; nous prîmes un fil de fer pour chercher la courbure la plus convenable à donner à notre rugine; ce modèle fut bientôt achevé et nous allions le faire exécuter immédiatement par M. Elser, notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, lorsque l'idée nous vint, le miroir étant placé, de faire passer par la narine gauche, un fil de fer droit, pour examiner l'accès de la région par cette voie. Grand fut notre étonnement lorsque nous vîmes ce fil droit, placé horizontalement, atteindre, avec autant de facilité que de sûreté, la région malade dans son centre. Les rapports de situation de l'apophyse basilaire avec l'ouverture nasale antérieure ne nous avaient jamais paru être si simples. Ces rapports furent examinés sur une tête sèche, dans notre cabinet, et furent trouvés absolument identiques à ceux qui existaient chez notre malade. Séance tenante, M. Elser fut prié de faire fabriquer une petite rugine à l'extrémité d'une tige d'acier. Nous en fîmes usage aussitôt, en l'introduisant horizontalement par la narine gauche. L'instrument, guidé d'abord par le laryngoscope, puis par l'index gauche, manœuvra facilement, et en moins de quelques minutes, la base du crâne fut entièrement raclée jusqu'à la surface osseuse, dans une étendue triple, au moins, de la base d'implantation.

Cette opération fut douloureuse : il sembla au malade qu'on lui déchirait la tête; il la supporta néanmoins avec un très-grand courage. On ne cessa toutefois que quand la surface osseuse tangible avec l'instrument, parut totalement dépouillée de tout revêtement.

Le laryngoscope appliqué immédiatement après l'opération ne permit de rien voir autre chose que des parties saignantes.

Six jours après, on profita d'un beau soleil pour projeter avec le grand miroir de l'appareil de Maura, qui est un réflecteur très-commode, un rayon lumineux sur le miroir laryngoscopique placé dans la bouche.

La base du crâne ainsi éclairée par le soleil, parut uniformément rouge sans place suspecte. On permit au malade de s'en retourner chez lui; lui recommandant cette fois de venir se montrer tous les mois. Il le fit avec une grande exactitude, et le 10 décembre 1866, nous constatâmes l'état parfait de la santé générale et de la base du du crâne. Ainsi, sept mois après la dernière opération on ne put voir aucune trace de la reproduction du mal.

Il serait téméraire d'affirmer une guérison radicale et exempte à l'avenir de toute récidive; le temps seul pourra répondre à cet égard. Si, contre toute attente, quelque chose de nouveau devait s'y remonrer, la voie nouvelle qui est ouverte permettrait d'y appliquer d'autres modificateurs tels que des caustiques. La voie est facile, les points de repère sûrs, et l'action des agents pourra être surveillée par l'œil du chirurgien.

Ainsi : application nouvelle du laryngoscope au traitement ainsi qu'au diagnostic des tumeurs de la base du crâne, voie facile pour y arriver sûrement : tels sont, en deux mots, les points neufs de cette observation.

APPAREIL POUR LE TRAITEMENT DE LA COXALGIE

Construit par M. Guillot
Sur les indications de M. le Dr Léon Lefort.

Cet appareil a pour effet : 1° d'opérer le redressement graduel de la cuisse fléchie sur le bassin; 2° d'empêcher ou mieux de diminuer la pression de la tête fémorale contre la cavité cotyloïde, tout en permettant les mouvements de l'articulation et même la marche; 3° de servir d'appareil inamovible lorsque l'indication s'en présente, quelle que soit la position que puisse affecter le membre.

Ces divers effets sont obtenus par les moyens suivants :

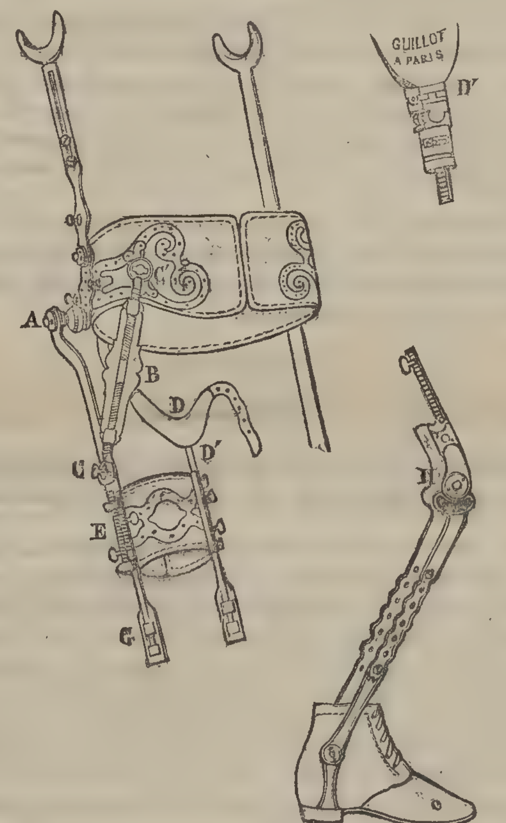
1° L'articulation des cuissards et de la ceinture consiste en une boule sphérique roulant dans une cavité, et permettant ainsi les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, d'adduction et de circumduction à peu près avec la même étendue que dans l'articulation de la hanche.

2° La sphère articulaire est embrassée par un collier dont il suffit de rapprocher les deux parties au moyen d'une vis pour convertir immédiatement et dans n'importe quelle position cet appareil très-mobile en appareil inamobile.

3° L'extension graduelle de la cuisse sur le bassin est opérée au moyen d'un écrou mettant en jeu une double vis attachée par ses extrémités à la partie antérieure de la ceinture pelvienne et du cuissard. Le chirurgien peut régler, au moyen de cette tige rigide et dont la longueur varie à volonté, à son gré, l'étendue de redressement graduel qu'il veut obtenir. Deux verrous permettent de supprimer ou de replacer la vis d'extension suivant que le redressement est jugé nécessaire.

4° L'extension peut être faite à volonté au-dessus du genou, comme dans l'appareil de M. Sayre, de New-York, ou sur le pied, suivant qu'on emploie l'une ou l'autre des deux pièces qui peuvent s'appliquer à l'appareil.

5° Le point d'appui, tel qu'il est pris sur l'ischion dans les appareils prothétiques ordinaires, amène souvent des excoriations et même des escarres, car le point d'appui fixé dans l'appareil, mais mobile sur la peau, exerce des frottements sur les téguments, et en même temps qu'il exerce sur eux une pression parfois considérable suivant le degré d'extension et le poids du malade, si le point d'appui est immobile sur l'ischion, mais très-mobile sur l'appareil, le résultat très-important, lorsqu'il s'agit de membres inférieurs artificiels, est obtenu au moyen d'une triple articulation dont est munie la pièce ischiatique, et qui lui permet de rester immobile sur l'ischion quels que soient les mouvements imprimés au membre.



INDICATION DES PIÈCES DE L'APPAREIL.

A. Articulation pouvant être mobilisée en resserrant la vis placée au-dessus.
B. Double écrou destiné à régler l'extension du membre.
CC. Verrous permettant d'enlever ou d'appliquer l'écrou mobile.
D. Point d'appui pour l'ischion.
D. Articulation de cette pièce avec l'attelle interne.
E. Double crémaillère.
G. Pièce employée lorsque le point d'extension est pris au-dessus du genou.
H. Pièce de rechange employée lorsque l'extension est faite sur la jambe et sur le pied.

SECTION DE LA COLLATÉRALE PALMAIRE INTERNE DU DOIGT MÉDIUS.

Emploi infructueux du perchlorure de fer. — Guérison en quatre heures, uniquement par la compression de l'artère radiale.

Par M. le Dr Judée.

Le nommé A..., garçon boucher, âgé de vingt-six ans, le 8 février, vers les deux heures de l'après-midi, en dépeçant un bœuf, se coupe la collatérale palmaire interne du doigt médius de la main gauche. Immédiatement, un jet de sang abondant se produisit et continua à avoir lieu jusqu'au moment de son arrivée auprès de moi. Avant de commencer toute espèce de traitement, je plaçai mon doigt sur la plaie pour arrêter l'écoulement du sang, puis j'essayai la solution de perchlorure de fer, en pressant sur cette plaie une petite éponge imbibée de solution; mais le jet ne tarda pas à percer le caillot qui se forma de suite, et à jaillir comme antérieurement. J'appliquai alors, non pas sur l'artère humérale, comme on le conseille, mais tout simplement sur l'artère radiale, le tourniquet de J. L. Petit; et quel ne fut pas mon étonnement, en constatant immédiatement après son application, la disparition complète de toute espèce d'hémorrhagie. Je me contentai d'entourer la plaie avec quelques bandelettes de diachylon, et je dis au blessé de venir me voir s'il survenait quelque accident dans la soirée.

Vers les six heures il vient me trouver, me disant que la compression était trop forte et qu'il ne pouvait pas la supporter plus longtemps. J'examinai la plaie et je vis, non sans une certaine satisfaction, que pas une goutte de sang ne s'en était échappée. Je desserrai un peu le tourniquet et je le renvoyai. A peine m'avait-il quitté que, le trouvant encore trop serré, il le desserra encore, de sorte que le lendemain matin, quand il vint me revoir, le tourniquet tenait à peine autour du poignet où je l'avais placé. Malgré cela, du sang ne s'était pas échappé de nouveau de la plaie, car les bandelettes n'en portaient pas la moindre trace. J'enlevai alors le tourniquet et mis autour de la plaie de nouvelles bandelettes de diachylon. Depuis ce jour, je n'ai plus entendu parler de mon malade, ce qui, pour moi, est une preuve certaine qu'aujourd'hui, 15 février, il doit être entièrement guéri.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 février 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse l'ampliation d'un décret en date du 18 courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Guéneau de Mussy dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Bally, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Guéneau de Mussy prend place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Vingt exemplaires du rapport sur les travaux du conseil central d'hygiène et de salubrité du département de l'Eure, pour l'année 1866;

2° Un rapport de M. le docteur Martel (du Puy), sur une épidémie de variole. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Sébastian (de Beziers), sur les moyens d'éviter la transmission de la syphilis par la vaccination. (Commission de vaccine.)

2° La relation d'une épidémie de suette, par M. le docteur Dupouy (de Bascous). (Commission des épidémies.)

3° Un mémoire de M. le docteur Mauny (de Mortagne), sur le traitement des vomissements incoercibles pendant la grossesse, par les cautérisations du col de l'utérus. (Commissaire : M. Devilliers.)

4° Un pli cacheté, adressé par M. Berryer-Fontaine, renfermant le dessin d'un instrument qu'il a inventé pour le traitement d'une rétention d'urine datant de onze mois environ.

5° Une lettre de M. Lüer, accompagnant l'envoi d'une tenette construite d'après le principe de celle qu'a présentée à l'Académie M. Mathieu.

6° Une lettre de M. Mathieu, relative aux différences que présente le spéculum laryngien de M. le docteur Labordette avec le spéculum de M. Babington.

7° Une deuxième lettre de M. Mathieu, qui explique comment l'instrument qu'il a présenté à la séance du 12 février, et qui a suscité une réclamation de la part de M. le docteur Leroy d'Étiolles, bien que présentant quelque analogie avec ceux qu'il a fabriqués autrefois pour M. Leroy d'Étiolles père, a en réalité un tout autre mode d'action.

En effet, dit-il, celui-ci est un uréthrotome avec une seule lame, ayant une pièce mousse comme point d'appui, tandis que les autres sont : l'un un exciseur en forme de ciseaux, appelé par l'auteur *écopeur*; l'autre, muni de deux branches mousses, destinées à enlever également la stricture par un mouvement de mâchement.

— **M. Velpeau** présente, au nom de M. Hermann, une étude médico-légale sur les empoisonnements par la vapeur du charbon.

— **M. Vernois** présente, au nom de M. Tigri, une note sur le siége primitif de la trichine dans les poumons de la brebis et du porc.

— **M. Larrey** présente : 1° de la part de M. le docteur Martinenq, un travail sur le choléra; 2° de la part de M. Neudœrfer, la deuxième et la troisième partie de son ouvrage sur la chirurgie militaire; 3° de la part de M. le docteur Putegnat (de Lunéville), une brochure intitulée : *Quelques mots sur les pneumonies suettiques*; 4° de la part de M. le docteur Simonin, une brochure intitulée : *Rentrée solennelle des Facultés des sciences et des lettres, et de l'École de médecine et de pharmacie de Nancy*.

— **M. Depaul** dépose sur le bureau un volume intitulé : *Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides*, professées par M. Bazin et rédigées par M. le docteur Dubuc.

Suite et fin de la discussion sur les cas de syphilis vaccinale d'Auray.

— **M. Briquet**, à l'occasion du procès-verbal, revient sur quelques-unes des observations qu'il a présentées dans la dernière séance au sujet du rapport de M. Depaul. Reprenant une à une les propositions du rapport et les faits qui leur servent de base, M. Briquet s'attache de nouveau à montrer le doute qui en résulte, et les contradictions que présentent la plupart de ces faits avec la marche ordinaire des accidents syphilitiques. Il résulterait, suivant lui, de ces faits, que la syphilis vaccinale se comporte d'une manière toute différente de la syphilis ordinaire, qu'elle n'est pas, comme celle-ci par exemple, toujours précédée d'une ulcération chancreuse; qu'on n'a signalé dans aucun des faits de l'épidémie d'Auray, ni l'ulcération primitive, ni aucun des accidents que l'on constate habituellement aux parties génitales et à l'anus, ou à la gorge, tels que papules, pustules, ecthyma, etc.; enfin que, chez plusieurs des enfants qui n'ont subi aucun traitement, on n'avait vu survenir aucun symptôme ultérieur. Il cherche enfin à mettre en contradiction la doctrine de M. Depaul avec celle de l'École de Lyon, déclarant qu'il ne saurait d'ailleurs se constituer juge entre elles, et qu'il les laisse se débattre ensemble.

— **M. Depaul.** M. Briquet s'est mépris, du commencement jusqu'à la fin de son argumentation, sur la véritable signification des faits qui ont été exposés à l'Académie. Il n'a pas l'air de vouloir comprendre que les commissaires de l'Académie n'ont pu rapporter que ce qu'ils ont vu, et que, quant à ce qu'ils n'ont pu voir, ils ont

dû s'en rapporter aux déclarations de leurs confrères. C'est ce qui explique quelques-unes des lacunes signalées dans leur rapport. Mais qu'importe, du moment où ce qui a été constaté est suffisant pour établir la nature des accidents. D'ailleurs, ces lacunes ont été en grande partie comblées par les renseignements fournis par les médecins de la localité. Ainsi, quand M. Briquet induit, de ce que nous avons constaté, que la syphilis vaccinale ne procède pas comme la syphilis ordinaire, qu'elle n'a pas été précédée de l'ulcération chancreuse, il a évidemment tort; car ce que nous n'avons pas vu, MM. Closmadeuc et Denis l'ont vu, et chez tous les enfants qu'ils ont examinés au début, ils ont constaté l'ulcération chancreuse des pustules vaccinales. M. Briquet revient sur l'absence de papules et de pustules aux parties génitales des enfants. Mais qu'est-ce que cela prouve? Ces symptômes ne sont pas nécessairement constants, et on ne saurait conclure de leur absence contre l'existence de la syphilis.

Enfin M. Depaul exprime son étonnement de voir M. Briquet soutenir cette opinion subtile que pour inoculer la syphilis il faut inoculer du sang. M. Briquet ignore donc qu'il y a des exemples parfaitement concluants de syphilis vaccinale, provenant de l'inoculation du seul liquide vaccinal sans qu'il y ait été mêlé une seule goutte de sang.

En résumé, M. Depaul ne voit pas en quoi les observations de M. Briquet peuvent infirmer les conclusions du rapport.

M. Depaul, après en avoir fini avec l'argumentation de M. Briquet, ajoute qu'alors même qu'il n'y aurait pas été provoqué par son collègue, il aurait demandé la parole pour répondre, à cette tribune, à des insinuations qui ont trouvé de l'écho dans un journal de médecine pour lequel il a d'ailleurs une grande estime. Il aurait été dit que l'Académie avait reçu, des lieux mêmes où se sont passés les événements en question, des lettres qui infirmaient les faits énoncés dans le rapport, et que ces lettres n'avaient point été communiquées. J'ai voulu, dit M. Depaul, savoir la vérité sur ces allégations; je me suis fait représenter toutes les pièces que l'Académie a reçues sur ce sujet. Voici un dossier adressé à l'Académie par le ministre du commerce, le 19 novembre dernier, et dans lequel toutes ces pièces se trouvent réunies. Ici M. Depaul donne communication de toutes ces pièces. Les unes sont relatives à des faits de vaccination suspecte qui se sont passés dans plusieurs localités de l'arrondissement de Vannes, et qui sont entièrement étrangers aux faits en discussion. Une seule pièce est relative à ces faits eux-mêmes, c'est un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Lorient dans lequel se trouvent placées la commune d'Auray et les autres communes où ils ont eu lieu. Or ce rapport, dont M. Depaul lit quelques passages et les conclusions, est complètement confirmatif des faits énoncés dans le rapport. Y a-t-il, ajoute M. Depaul, d'autres lettres particulières dont j'ignore l'existence? Qu'on les produise. Quant aux documents parvenus à l'Académie, on vient de voir ce qu'il faut en penser. J'espère que le journal qui a soulevé ces doutes voudra bien tenir compte de ces explications.

La séance est levée à cinq heures.

MM. Robert et Collin nous prient de rectifier une erreur qui s'est glissée dans le compte rendu de l'Académie, séance du 19 courant.

Voici la phrase où est l'erreur:

« Une réclamation de M. Georges Martin (de Montpellier), au « sujet de l'appareil de M. Stopfer, pour l'anesthésie locale, présenté « par MM. Robert et Collin. »

Cet instrument a été présenté par un de leurs confrères et non par MM. Robert et Collin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Fin de la séance du 23 janvier 1867. — Présidence de M. Bourdon.

COMMUNICATION.

Intoxication alcoolique aiguë.

M. Blachez. J'ai présenté récemment à la Société les méninges et différents viscères d'un homme qui avait succombé à la suite d'une intoxication alcoolique aiguë. Voici quelques détails sur cet homme.

Le 4 décembre 1866, L..., âgé de quarante-six ans, entre à l'hospice Devillas, pour un accès de *delirium tremens*. Aucun renseignement; pouls à 120; délire furieux revenant par accès, pendant lesquels le malade frappe ceux qui l'entourent. Dans les intervalles de calme relatif, il regarde autour de lui d'un air stupide. Hyperesthésie de la surface cutanée, rien de particulier du côté des viscères.

On met la camisole de force et l'on prescrit 20 centigrammes d'opium et 50 centigrammes de musc. L'agitation se calme vers cinq heures du matin, et au moment de la visite, le malade est dans un état de somnolence; impossible d'en obtenir aucune manifestation intelligente. Mort vers dix heures du matin.

A l'autopsie, sous la dure-mère, non adhérente, on trouve un double épanchement sanguin. Sur l'hémisphère droit, le sang, dont la quantité peut être évaluée à 30 ou 40 grammes, se présente sous forme de gelée d'un rouge brun, située immédiatement sous la dure-mère, dans la grande cavité de l'arachnoïde. Sur l'hémisphère gauche, il existe un caillot semblable, bien que moins volumineux. Une membrane mince transparente, incolore, d'apparence non vasculaire, sépare ce caillot en plusieurs couches. La pie-mère, louche, se sépare difficilement de la substance cérébrale; celle-ci ne présente aucune altération sensible; on trouve quelques plaques athéromatheuses sur les vaisseaux de la base.

Les poumons sont congestionnés; les plèvres couvertes d'ecchymoses, le feuillet costal du côté droit est doublé de bandes graisseuses; le cœur offre aussi un peu de surcharge graisseuse, le péricarde est ecchymosé. La face interne de l'aorte, parfaitement lisse, est marbrée de taches d'un blanc jaunâtre, d'apparence athéromateuse; les tuniques interne et externe en sont considérablement épaissies.

Le péritoine est comme la plèvre, couvert de taches ecchymotiques. Le foie, hypertrophié, décoloré, pesant 400 grammes, est manifestement graisseux. La rate est doublée de volume; les deux reins, énormes, sont couverts de taches ecchymotiques; la capsule se détache facilement et découvre une surface lisse, d'aspect graisseux, blanc grisâtre. A la coupe, la substance corticale paraît hypertrophiée, grisâtre, d'un aspect graisseux, semée de petites ecchymoses offrant en un mot les altérations de la maladie de Bright au deuxième degré.

L'urine n'est pas albumineuse, mais laisse déposer des urates.

A l'examen microscopique, M. le docteur Cornil a reconnu que les couches membraneuses entourant les caillots n'étaient pas de véritables fausses membranes. Elles n'offrent pas trace de vaisseaux et la trame en est composée de tissu conjonctif à l'état rudimentaire.

L'hypertrophie de la membrane interne de l'aorte paraît due à une multiplication extrême d'éléments embryonnaires. C'est un exemple d'endartérite récente, rarement observable à cette période.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, dit M. Blachez, c'est qu'elle contredit une théorie récente sur l'origine des hémorrhagies méningées. Selon MM. Virchow, Charcot, Vulpian, ces hémorrhagies se rattacheraient à la production de fausses membranes antérieures, qui tiendraient elles-mêmes à une inflammation de la dure-mère, à une *pachyméningite*. Les fausses membranes, d'abord minces, puis de plus en plus épaisses, qui se produiraient sous cette influence étant richement vasculaires, leurs vaisseaux en se rompant deviendraient la source des hémorrhagies méningées, et celles des autres séreuses auraient peut-être une semblable origine.

Or, chez notre malade, le doute n'est pas possible; aucune fausse membrane n'existait avant l'hémorrhagie. Il en était de même dans un autre cas qui m'a été communiqué par M. Chauffard.

Il s'agit d'un malade que j'avais soigné antérieurement en ville, le nommé L... âgé de 37 ans, négociant en vin. Cet homme avait contracté au service des habitudes alcooliques; marié, père de deux enfants, il avait eu le malheur de perdre sa femme et en avait eu un profond chagrin. Il se remit à boire, surtout le soir, pour s'étourdir, et je fus appelé près de lui à plusieurs reprises en 1866 et 1867. Je le vis alors sans fièvre, sans tremblement, sans agitation, mais hébété et pleurant facilement. Il avait eu des accès au sujet desquels on ne put me donner aucun renseignement. Je le crus d'abord épileptique. Au mois de janvier dernier, la scène était changée. Il était levé, délirant continuellement, l'œil brillant, le pouls animé, la peau sudorale, les mains et la langue tremblantes. Le délire consistait surtout en hallucinations; dans la journée, ce malade avait brisé fort tranquillement tout ce que contenait sa boutique. Sur la demande de la famille, je l'adressai à M. Chauffard, qui le reçut dans son service le 26 février, et lui fit prendre d'abord du camphre puis de la teinture de digitale à doses croissantes. Le 3 février, mort subite.

A l'autopsie, on trouve sous la dure-mère gauche un épanchement sanguin à demi coagulé. La dure-mère n'est pas épaissie et n'offre pas traces de fausses membranes. L'arachnoïde et la pie-mère sont œdémateuses et laiteuses, mais se détachent facilement de la surface cérébrale; les vaisseaux sont entourés de granulations graisseuses, et dans la substance corticale on trouve également de nombreux capillaires, ayant subi la dégénération granulo-graisseuse. Le cœur est surchargé de graisse; rien de particulier aux valvules et à l'aorte. Foie et reins volumineux.

Dans cette observation, comme dans la précédente, on trouve une tendance générale à la dégénération graisseuse, et une hémorrhagie méningée qui ne saurait être expliquée par une pachyméningite antérieure, puisqu'il n'existait pas de fausses membranes sous la dure-mère.

M. Delasiauve. J'ai fait un grand nombre d'autopsies dans lesquelles il se trouvait des épanchements sanguins. Je ne crois pas que dans l'origine il y ait des pseudo-membranes; les pseudo-membranes sont secondaires et non primitives.

Dans une douzaine de cas de *delirium tremens* suraigu, caractérisé par des hallucinations effrayantes, excessivement actives et souvent suivies de mort en quelques heures, je n'ai trouvé que de l'injection dans les méninges. Il eût été désirable, chez le malade de M. Blachez, de savoir s'il était sous l'influence d'habitudes alcooliques. Chez un malade mort à la suite d'un *delirium tremens* suraigu, j'ai trouvé les plèvres et les poumons littéralement imprégnés de pus.

M. Guillot. J'ai perdu six malades atteints de *delirium tremens* suraigu, traité par l'opium à hautes doses à l'hôpital du Midi, l'année dernière; sur le sixième malade, j'ai tenté les saignées répétées, et le malade est mort. Je voudrais savoir s'il y a une indication à suivre, en pareil cas, avec quelque espoir de succès. Hier encore j'ai reçu au bureau central un malade qui est mort de *delirium tremens* dans mon service avant d'avoir pu être soumis à aucune médication. J'en ferai demain l'autopsie.

M. Chauffard. Je voudrais demander à M. Guillot s'il reculerait devant l'emploi de la teinture de digitale à hautes doses; de 8 jusqu'à 15 grammes par jour, comme l'a préconisée, entre autres, Jones. M. Blachez doit se rappeler un malade qui, à la Charité, était évidemment sous cette influence; au deuxième jour de cette médication, le malade dormit calme; pour faire la contre-épreuve, on suspendit la digitale; au bout de quelques heures le délire revint, puis cessa de nouveau lorsqu'on eut repris l'emploi du même remède. M. Voisin déclara que ce fait lui semblait probant. M. Blanchet retira également, dans un cas de *delirium* suraigu, de très-grands avantages de la teinture de digitale à hautes doses. Cependant j'ai perdu trois malades que j'avais traités de la sorte: l'un est mort par hémorrhagie méningée, et chez les deux autres, il s'agissait de délire à forme latente avec dépression profonde. La teinture de digitale n'a pas même ralenti le pouls; les doses n'ont pas été très-élevées; enfin l'un des malades, comme complication, présentait une pleurésie; l'autre a succombé presque de suite après son entrée, et sans avoir pris, par conséquent, beaucoup de digitale.

M. Guérard. Je crois qu'il serait fâcheux de proscrire l'emploi de l'opium dans tous les cas de *delirium tremens*. L'année dernière, à l'Hôtel-Dieu, un infirmier fut pris de loquacité avec désordre dans les idées; je crus au *delirium tremens*, je commençai l'opium. Le même jour, on fut obligé de mettre la camisole de force, dès le lendemain, l'opium amena le sommeil et calma le délire. J'appris depuis que cet infirmier sortait de Bicêtre. L'opium me servit également chez un malade de l'Hôtel-Dieu qui, pris d'un délire fou, était monté sur l'appui de son lit. Je me rappelle même qu'un jour, chez une femme, dont j'avais demandé la translation pour aliénation, l'opium avait calmé le délire, lorsque le commissaire de police, dont l'intervention est nécessaire d'après la loi en pareil cas, vint constater son état mental. La translation fut ordonnée quand même; mais elle aurait pu ne pas l'être.

Il importe de distinguer avec soin les cas de *delirium tremens*, dans lesquels toutes les médications échoueront. Au point de vue pharmaceutique, les préparations opiacées ont sur la teinture de digitale l'avantage d'être préparées d'une façon beaucoup plus égale.

M. Delasiauve. L'insomnie est un des symptômes saillants du *delirium tremens*. Quant aux cas suraigus, ceux qui demandent une médication active ou emportent presque certainement en quelques heures les malades, voici quels sont les signes qui permettent de les reconnaître.

Les malades ont une multitude d'hallucinations si rapprochées, si bien enchevêtrées les unes avec les autres, qu'elles deviennent indistinctes. L'individu pousse des cris incohérents et est dans un état de jactitation continuelle. Quelquefois le pouls est fréquent, la langue sèche, la peau sudorale, la face rouge au lieu d'être pâle. Mais ce qu'il y a de plus essentiel à remarquer, c'est la rapidité avec laquelle les scènes se pressent et se confondent; tandis que dans le *delirium tremens* ordinaire, celui qui guérit de lui-même, les hallucinations se succèdent avec assez de lenteur pour que les assistants puissent se rendre compte de chacune d'elles, et comprendre pour ainsi dire les actes du malade et leur but.

Pour démontrer les bons effets de l'opium dans le *delirium* suraigu, je pourrais citer entre autres un malade que j'ai soigné, rue Mazarine, avec Cerise et Blatin, et qui fut guéri en quelques heures par 30 centigrammes d'opium; un autre, rue Jacob, il y a trois mois; un autre à Bicêtre; un boucher, rue Vaugirard, 5, etc.

Chez une actrice de l'Opéra, âgée de vingt-deux à vingt-trois ans, dont le protecteur était parti pour Strasbourg, je fus appelé en consultation, et reconnus un *delirium tremens*. Par transaction, on s'arrêta à administrer le sulfate de quinine, et quatre ou cinq mois après, lorsqu'on vint me payer ma consultation, j'appris qu'elle était guérie. Ainsi c'est encore un moyen à essayer.

M. Pidoux. La principale considération est de savoir si le *delirium tremens* est accompagné de convulsions. Dans ce dernier cas, la mort est à peu près certaine. Je n'ai perdu qu'un seul malade sans convulsions. Mais encore ce matin j'ai vu mourir, dans un hôtel garni, un malade qui avait présenté des accès éclamptiques. Dans ces cas la mort est la règle; reste à savoir s'il ne se fait pas d'hémorrhagies méningées.

M. Guillot. Chez aucun des malades morts de *delirium tremens* dont j'ai fait l'autopsie, je n'ai trouvé d'altération visible à l'œil nu, soit dans le cerveau, soit dans les méninges, soit dans les viscères, sauf cette tendance aux dégénérations graisseuses, etc., qui constituent l'anatomie pathologique classique de l'alcoolisme.

M. Pidoux. Vos malades avaient-ils eu des convulsions?

M. Guillot. Ils en avaient eu.

M. Blachez. Le but principal de la communication que je viens de faire, c'est de réagir contre la théorie qui explique les hémorrhagies méningées par des pachyméningites suivies de néomembranes qui se vascularisent et dont quelques vaisseaux se rompent.

Il m'a semblé curieux de montrer des cas dans lesquels cette explication était impossible. Peut-être plus tard, si l'hémorrhagie n'eût point été foudroyante, les caillots se seraient-ils organisés, puis vascularisés en prenant la forme de pseudo-membranes; mais chez mon malade, ni M. Ranvier ni M. Cornil n'ont pu trouver un seul vaisseau dans l'espèce de fausse-membrane qui s'était formée à la surface.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Strasbourg, 22 février 1867.

A monsieur le Rédacteur en chef,

L'empressement que vous mettez à accueillir tout ce qui contribue à élucider les questions litigieuses m'engage à vous adresser ces quelques lignes.

La réclamation que M. Maisonneuve vient d'insérer (*Gazette des hôpitaux*, n° 21), relativement à l'omission de son nom, dans notre travail sur l'uréthrotomie interne (même journal, n° 17), donne beaucoup trop d'importance à un simple article, qui n'a d'autre prétention que de montrer, une fois de plus, combien est innocente et radicale la méthode employée avec *l'instrument perfectionné et incriminé* de M. Sédillot.

Si nous avions voulu traiter *in extenso* la question, ce n'est pas seulement le nom de M. Maisonneuve qu'il eût fallu citer, mais presque toutes les célébrités françaises et étrangères qui ont apporté des modifications successives à l'uréthrotomie.

Certes, personne plus que nous ne rend justice aux avantages que présente l'instrument de l'habile chirurgien de Paris; mais tout ce qu'il revendique est-ce bien sa propriété? L'idée est-elle sortie armée de toutes pièces de son cerveau? Ne devons-nous pas faire une large part à tous ceux qui l'ont précédé?

En effet, ne voyons-nous pas poindre la bougie conductrice dans l'uréthrotome d'Amussat, Bonnet, Reybard?

La lame n'avait-elle pas été déjà employée, et était-elle bien triangulaire?

Le conducteur cannelé n'appartient-il pas un peu à tout le monde? voilà bien des paternités. Et de cette large part du lion que s'adjuge M. Maisonneuve, que reste-t-il?

Quant à la gaîne protectrice de M. le professeur de Strasbourg, loin de la considérer comme une *complication parfaitement inutile*, nous persistons à dire qu'elle a pour but, non-seulement de protéger les parties saines du canal, lors des spasmes de l'urèthre, mais encore de révéler, par sa saillie antérieure, la présence de la stricture et de permettre d'agir plus sûrement.

Suum cuique. — Laissons donc à M. Sédillot sa gaîne et à M. Maisonneuve sa longue bougie vésicale, innovation si heureuse aux yeux du professeur si compétent de Strasbourg, qu'il la considère comme « un perfectionnement d'autant plus « remarquable que, dès son apparition, l'uréthrotomie devint « la méthode de traitement la plus facile, la plus efficace, la

« moins dangereuse, et produisit une véritable révolution dans « l'histoire de la pratique des coarctations uréthrales. »

(Sédillot, *Traité de médecine opératoire*, 3e édition, 1866, tome II, page 577.)

Dr Sonrier.

Paris, 26 février 1867.

Monsieur le rédacteur en chef,

M. le docteur Scoutetten vous adresse dans le numéro d'aujourd'hui une longue lettre pour réclamer la priorité sur les idées que j'ai émises dans votre numéro du 14 février, sur l'emploi en bains généraux stimulants, qu'on peut faire de diverses huiles essentielles et notamment de celles tirées de la famille des labiées.

Si cette priorité lui est tant agréable, je la lui abandonne très-volontiers. J'ai voulu rendre un service à mes confrères en leur faisant savoir le résultat d'expériences que je n'ai empruntées à personne. J'ai rempli mon but, cela me suffit. Mais ce que je crains, c'est que M. Scoutetten n'ait pas saisi l'esprit véritable de mon travail, dont voici en deux mots la pensée dominante :

Le praticien doit régler par lui-même la dose des principes actifs qu'il emploie, et éviter de leur ajouter des principes inertes ou absolument étrangers à l'action thérapeutique qu'il se propose. Lors donc qu'il voudra prescrire des bains stimulants ou dérivatifs, et l'occasion en est fréquente, il fera bien de recourir directement et exclusivement aux huiles essentielles en général, à l'essence de moutarde, etc., mais de préférence aux huiles essentielles de thym, de serpolet, de lavande et de romarin que leurs effets et leur odeur agréable recommandent particulièrement à son choix.

Agréez, etc.

Dr Paul Topinard.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

196. Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aiguës, par M. Jules Chéron.

197. Étude sur la myodésopsie (mouches volantes), par M. Jules-Marie Danion.

198. Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le tartre stibié à haute dose, par M. Ernest Marie.

199. Considérations sur le traitement chirurgical des calculs vésicaux, par M. Marc Briançon.

200. Des hémorrhagies gastro-intestinales chez l'enfant nouveau-né, par M. Émile Bozonet.

201. Des affections viscérales dans la goutte et le rhumatisme chronique, par M. J. Benoit Malherbe.

202. Des dilatations des ganglions lymphatiques, par M. Pierre Aubry.

203. Enchondromes de la parotide, par M. Francisco-Urbano-Ferrira-Alvin.

204. Des erreurs et préjugés populaires en accouchements, par M. Louis Payelle.

205. Quelques considérations génerales sur l'épilepsie, par M. J. P. A. M. C. Eugène Fabre.

206. Quelques considérations sur l'étiologie, le traitement et la nature de l'érisipèle, par M. Louis Deblien.

207. Des phénomènes cliniques de la digestion à propos d'une observation de tumeurs du pancréas, par M. Marius Maigre.

208. De l'iritis, par M. J. Degrand.

209. Étude sur le traitement de la cataracte par discision, par M. Émile Mathieu Vitrac.

210. Du diagnostic différentiel des angines, par M. Ladislas Léopold Federowecz.

211. Introduction à la pathologie de la race nègre dans les pays chauds, par M. Charles François Constant Moulin.

212. Étude sur la gastrite phlegmoneuse, par M. Louis Albert Auvray.

213. Étude clinique sur la colique de plomb, par M. Amédée Hillairet.

214. Des causes de la mort apparente des nouveau-nés et des moyens d'y remédier, par M. Alfred Bousquet.

215. Tumeurs blanches des synoviales tendineuses ou humeurs fongueuses de ces synoviales, par M. Eugène Cazanan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 23 février 1867, M. Laval, médecin aide-major de 1re classe, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin aide-major de 2e classe.

— Le rapport de la commission d'inspection, instituée par le décret du 29 décembre 1863, permet d'apprécier la situation matérielle du Muséum et l'insuffisance déplorable de ses ressources. «Cette grande et célèbre institution, longtemps unique et admirée des etrangers, qui a servi d'exemple et de modèle, verrait décroître sa renommée, si elle demeurait dans l'impuissance où elle est réduite, si des galeries nouvelles ne sont pas construites, s'il n'est pas pourvue plus largement aux moyens d'étude. » (Pages 19 et 20 du Rapport.)

Dans le cours de l'année 1865, le Muséum a reçu, par dons, acquisitions ou échanges, 31,105 objets scientifiques et 3,259 végétaux vivants. Pendant la même période, et indépendamment des prêts qu'il a souvent occasion de faire dans l'intérêt de la science, il a disposé, en faveur des établissements publics ou des particuliers, de 5,104 objets scientifiques et de 89,999 végétaux vivants. Ce n'est donc pas l'activité qui manque au Muséum, mais les ressources nécessaires pour mettre en ordre les collections et entretenir convenablement les jardins. En ce moment, on est réduit, faute d'espace dans les galeries, à refuser un grand nombre de dons qui sont offerts.

Tandis que la belle collection des météorites se complète par l'envoi d'un aérolithe de la plus grande dimension, adressé au Muséum par M. le maréchal Bazaine, la galerie des ossements fossiles reçoit de M. Serres, professeur d'anatomie comparée, un don de 15,000 fr.

— Persévérant dans la pensée d'économie qui a amené la suppression des hôpitaux militaires de Sarreguemines, Marsal, Calvi et Montmédy, le département de la guerre a abandonné, en 1866, les hôpitaux de Toulon et de Bonifacio.

Les militaires traités jusqu'ici dans ces établissements, sont reçus à l'hôpital maritime, dans la première ville, et à l'hospice civil dans la seconde.

Le même mode sera successivement appliqué sur tous les points où, sans inconvénient pour l'exécution du service, les hôpitaux militaires pourront être remplacés par les ressources locales.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 1er mars, à trois heures et demie précise, à l'Hôtel de Ville.

Ordre du jour :

Rapport de la commission des comptes ;

Rapport de M. Peter, sur la candidature de M. de Ranse ;

Du traitement du cancer de l'utérus; lecture par M. Gallard ;

La doctrine des tumeurs, deuxième partie ; lecture par M. Durand Fardel ;

Note sur la péritonite spontanée; lecture par M. Blachez.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Les 54me et 55me fascicules du **Grand dictionnaire universel du XIXe siècle**, de M. Pierre Larousse, sont en vente. Ce qui distingue le *Grand dictionnaire* de tous les ouvrages de ce genre, c'est un cachet d'humour, de fantaisie, qui s'allie très-heureusement aux plus graves questions de la science, de l'histoire et de la philosophie. La sécheresse et l'aridité qui règnent dans le domaine encyclopédique et lexicologique sont devenues proverbiales; le *Grand dictionnaire universel* paraît avoir la prétention de faire mentir le proverbe, et cette prétention nous semble tout à fait justifiée. — Cinquante-quatre fascicules, dont chacun renferme la matière de 2 vol. in-8o, sont en vente. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. les docteurs L. Belhomme et Aimé Martin. Un très-fort vol. in-12. Prix : 6 fr. 50. — Paris, 1864. Coccoz.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le docteur Chassaignac. 2 vol. grand in-8 compactes. Prix : 18 francs.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le docteur Chassaignac. 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1o Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches; 2o Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches; 3o Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le docteur Chassaignac. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par Fano, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8o avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 26. — SAMEDI 2 MARS 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 2 MARS 1867. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'épidémie de grippe à l'hôpital Beaujon.

M. le docteur Moutard-Martin a inauguré la reprise de ses leçons cliniques habituelles à l'hôpital Beaujon, par deux leçons sur la grippe épidémique régnante dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans la dernière Revue. L'intérêt d'actualité qui s'attache à ce sujet, autant que la justesse et l'utilité des considérations pratiques que renferment ces leçons, nous font un devoir de leur donner la priorité sur d'autres communications et de les mettre en cette place sous les yeux de nos lecteurs.

Voici la première leçon. (Nous publierons la seconde dans la Revue clinique prochaine. — Elles ont été recueillies et rédigées l'une et l'autre par M. Lolliot, interne du service.)

Messieurs,

Il y a en ce moment à Paris, un très-grand nombre d'affections catarrhales qui ne sont autre chose que de la grippe, caractérisée à la fois par une toux presque incessante, accompagnée d'une expectoration abondante quoique difficile, et par des symptômes généraux tels que fièvre, courbature, céphalalgie, inappétence et phénomènes d'embarras gastrique prononcé. Il n'y a, du reste, qu'à assister à l'une de nos consultations pour en juger.

Vendredi dernier, sur sept lits vacants dans notre service, quatre furent occupés par des malades atteints de grippe, trois à la salle des hommes, et un à la salle des femmes.

Je dis *grippe*, et cependant on peut appeler cette maladie une *fièvre catarrhale*, mais cette dernière dénomination s'applique mieux aux cas isolés, car par le nom de grippe, on a entendu une affection épidémique, générale, avec manifestations du côté des muqueuses, et principalement de la muqueuse respiratoire.

Il y a deux ans, régna à Paris une grande épidémie de grippe; un cinquième de la population fut atteint; en ce moment, nous n'assistons encore qu'à une petite épidémie, sans préjuger de ce qu'elle pourra devenir. Chacun des malades dont je vais vous parler, présente un spécimen de cette maladie sous une forme différente, entraînant des accidents variés, sur lesquels je désire fixer votre attention.

Nous avons, au n° 18 de la salle Saint-François, un malade atteint de cette affection; c'est un forgeron, âgé de cinquante-cinq ans, d'une bonne santé habituelle. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de frissons, d'un état fébrile assez intense, de toux avec point de côté, coryza, essoufflement, enrouement, courbature générale, céphalalgie. Il s'est trouvé dans un état de souffrance assez sérieux pour demander son admission à l'hôpital vendredi dernier, 1er février, et à son entrée, nous constatons la persistance des symptômes précédents, avec une expectoration muqueuse presque purulente, un peu de suffocation et des signes d'embarras gastrique.

A la percussion de la poitrine, il y a une résonnance complète et parfaite; à l'auscultation, nous entendons des deux côtés des râles sibilants et muqueux très-abondants, surtout du côté gauche, et une expiration prolongée assez notable. C'est bien à une grippe que nous avons affaire. Je ne dis pas bronchite, parce qu'une bronchite, même aiguë, lorsqu'elle ne s'étend pas aux petites bronches, ne s'accompagne ni d'un état général aussi prononcé, ni d'une courbature semblable, ni d'un état saburral aussi marqué, ni d'un état catarrhal aussi étendu à toutes les muqueuses des voies aériennes, et même à la muqueuse oculaire. Sous l'influence d'un éméto-cathartique, les symptômes d'embarras gastrique s'amendèrent, en même temps que les phénomènes d'oppression et la fièvre disparurent. C'était là une grippe simple.

Je vais vous montrer maintenant une grippe dans un état de chronicité qu'il n'est pas rare d'observer dans les épidémies. On voit en effet des malades, sans que pour cela il y ait aucune complication, conserver leur grippe pendant plusieurs semaines.

Le n° 16 est occupé par un homme âgé de cinquante-six ans; c'est un cocher s'enrhumant facilement tous les hivers. Il y a deux ans, pendant qu'il dormait sur son siége, il fut atteint d'une légère hémiplégie du côté gauche, probablement de nature rhumatismale. Le 1er janvier, il fut pris de frissons avec douleur du côté gauche, coryza, céphalalgie, anxiété, oppression, fièvre, et enfin il fut obligé de prendre le lit. Mais sa fièvre augmentant, et la toux devenant de plus en plus fréquente, il se décida à entrer à l'hôpital le 1er février. Le 2, il avait 104 pulsations; le pouls était fort, résistant, la face vultueuse, la toux fréquente, rauque et très-fatigante. Il y avait en outre une vive anxiété, du coryza, de l'enrouement, de la céphalalgie, et un état saburral très-prononcé.

A la percussion, la résonnance est complète des deux côtés, même à gauche, où nous avons signalé un point de côté.

A l'auscultation, nous entendons des râles muqueux à grosses bulles du sommet à la base des deux poumons, et mélangés de quelques râles sibilants.

Chez ce malade, j'ai agi comme chez l'autre. L'éméto-cathartique a amené un peu de détente; mais néanmoins, malgré les vomitifs, les narcotiques, les sinapismes, les symptômes ont persisté avec la même intensité. Aujourd'hui, le malaise est tout aussi prononcé, le coryza et l'enrouement persistent, la toux est aussi fréquente, l'expectoration aussi abondante, la langue est toujours saburrale, et tous les râles se retrouvent aussi abondants que le premier jour. En un mot, il n'y a pas chez lui d'amélioration; il présente en grand les mêmes symptômes que le précédent. Mais vous voyez quelle différence dans la marche de la maladie et dans le résultat du traitement. Il y a chez ce malade une grande tendance à la chronicité, et je ne serais pas surpris que, pour cette simple grippe, il fût obligé de rester six semaines à l'hôpital. Vous m'avez vu revenir aujourd'hui aux vomitifs; c'est un de ces cas aussi où il faut insister sur les opiacés, sur les révulsifs cutanés, et en même temps nourrir les malades. La grippe, en effet, est une maladie asthénique. Lorsque l'on pratique des saignées, le sang n'est pas couenneux; mais il est, au contraire, diffluent comme dans la fièvre typhoïde. Aussi, dès que la fièvre diminue, doit-on donner des toniques.

Vous avez vu, au n° 16 de la salle Sainte-Claire, une femme âgée de trente-six ans, entrée le 1er février, et malade depuis dix jours. Elle fut prise, comme les autres, de frissons, de point de côté, d'une toux très-pénible, accompagnée de crachats rougeâtres, en même temps qu'il y avait inappétence, soif, courbatures et coryza. Il y avait en outre des accès véritables de suffocation, ayant toutes les apparences d'un accès d'asthme, et cependant elle n'avait jamais été asthmatique.

La respiration était embarrassée, difficile, anxieuse, il y avait de l'orthopnée. Cet état avait toute l'apparence d'une maladie grave. Néanmoins, à la percussion, nous pouvons constater que la sonorité est normale dans toute l'étendue de la poitrine, et à l'auscultation nous n'entendons que d'abondants râles sonores, de bronchite avec expiration sifflante et prolongée.

Mon diagnostic a été *grippe*, parce qu'en même temps que tous ces symptômes d'apparence aussi grave, il y avait du coryza, de la céphalalgie, de la courbature, symptômes que vous avez vu former le cortége de la grippe.

Dans ce cas encore, j'ai employé un éméto-cathartique. Dès le lendemain, la malade ne toussait presque plus, les étouffements et les râles avaient presque complétement disparu ; aujourd'hui il n'y a plus qu'un peu de sibilance. Dès le 3, elle était guérie, en ce sens que les symptômes morbides avaient disparu ; mais j'appelle encore ici votre attention sur la persistance d'un état de faiblesse extraordinaire. La malade mange et ne peut se lever.

Dans ce cas, vous voyez la grippe donner un véritable accès d'asthme, à un malade qui n'en a jamais eu jusqu'à ce jour, et qui peut-être n'en aura jamais que dans des circonstances semblables.

Une autre de nos malades présente avec la précédente une certaine analogie. C'est une femme, couchée au n° 33 de la salle Sainte-Claire. Elle est ordinairement d'une santé assez délicate, et depuis plusieurs jours elle a des accès d'oppression qui la prennent toujours pendant la nuit, et persistent parfois jusqu'au matin, ce qui est, ainsi que vous le savez, caractéristique de l'asthme.

Voici comment les accès se sont développés chez elle. Il y a quinze jours, elle fut prise de frissons, de fièvre, d'une toux fréquente, avec état saburral, et au même moment, elle qui n'avait jamais été asthmatique, elle fut prise d'un accès d'asthme très-intense, qui l'obligeait à rester assise sur son lit. Vous voyez donc là encore des accès d'asthme survenus sous l'influence de la grippe.

Là encore, le traitement fut le même. J'administrai un

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

VII. — **La Styrie** : TUFFER, NEUHAUS, GLEICHENBERG.

A Botzen, où je revins après mon séjour à Méran, je trouvais le chemin de fer qui, par Vérone et Venise, me devait rapprocher de la Styrie.

Le hasard sert quelquefois mieux nos projets que toutes les combinaisons de la prévoyance la plus attentive.

Dans le compartiment de la voiture que j'occupais seul au départ de Botzen, monta bientôt un homme de quarante-cinq à cinquante ans, couvert de la houppelande grise que portent les militaires autrichiens, et dont le grade d'officier se trahissait au cordonnet d'or qui entourait sa casquette.

Après l'échange de quelques paroles de politesse, la conversation devint plus communicative, parce que mon interlocuteur trouvait l'occasion favorable de se remettre à la langue française, ayant l'intention, me dit-il, de venir, l'année prochaine, à Paris, voir l'Exposition universelle.

Grâce à ce motif louable en tous points, notre entretien s'anima bien vite, et des sujets les plus insignifiants, nous passâmes bientôt aux confidences relatives à nos personnes et au but de notre voyage. Mon compagnon était un médecin militaire, attaché à la commission chargée de régler le matériel du fameux quadrilatère, et il retournait à Peschiera reprendre le poste qu'il avait momentanément quitté, pour escorter un détachement s'éloignant de la Vénétie.

Quand il connut à son tour ma qualité et le motif de mes excursions, il se réjouit de notre rencontre et m'assura qu'il pouvait me donner des renseignements d'autant plus précieux qu'il avait fait, pour son propre compte, une cure de petit-lait, précisément à Gleichenberg, placé en tête de ma liste des établissements séro-lactés de la Styrie.

« C'était en 1855, me dit-il, j'avais épuisé toutes les ressources thérapeutiques contre une dyspepsie rebelle, qui prenait souvent la forme gastralgique et me plongeait alors dans des douleurs atroces qui me faisaient regretter l'existence. Calmants, narcotiques, toniques, j'avais tout essayé; magnésie, carbonate de chaux, de soude, noix vomique, tout avait échoué; les eaux minérales alcalines, si puissantes en ces sortes d'affections, ne me procuraient qu'un soulagement momentané que le régime le plus sévère ne pouvait maintenir.

« J'étais attaché aux hôpitaux de Venise, mais fort incapable de remplir mes fonctions; j'allais me retirer du service et cacher une vie désormais brisée, au fond de la Bohême, ma patrie, quand un confrère, qui avait longtemps séjourné à Gratz, m'engagea à tenter une cure de petit-lait dont il avait entendu vanter les bons effets. Il m'indiqua Gleichenberg comme la station la plus rapprochée de Venise.

« Je m'y rendis.

« Le confrère auquel je m'adressais pour me diriger dans cette médication toute nouvelle pour moi, le docteur Prazil (1), m'ordonna d'abord trois verres de petit-lait de vache, que j'additionnais avec le sel de Carlsbad. Un repos presque absolu me fut prescrit pendant les huit premiers jours; quand mes selles se furent régularisées sous l'influence du traitement que je suivais, et que je pus obtenir des digestions moins pénibles et moins douloureuses que celles dont je souffrais avant mon arrivée à Gleichenberg, mon guide suspendit le sel de Carlsbad et me tint exclusivement à quatre verres par jour de petit-lait de vache.

« Je ne me rappelle pas exactement le régime auquel j'étais soumis, car cela date de plus de dix ans; mais je me souviens qu'une heure après mon dernier verre, je prenais une tasse de café dans lequel je trempais une tranche de pain noir; à une heure je faisais un repas, le plus copieux que je pouvais; et le soir, au moment de me coucher, je prenais une tasse de chocolat, à la manière espagnole. Je me souviens encore que mes promenades étaient très-limitées, et que je ne devais jamais précipiter ma marche.

« L'amélioration se faisait lentement, mais je sentais tous les jours un progrès s'accomplir, surtout depuis le moment où, grâce au petit-lait et au sel de Carlsbad, je pus aller régulièrement à la selle. Les douleurs gastralgiques ne se montrèrent pas une seule fois pendant le traitement, et mon estomac supporta des aliments qui m'auraient cruellement éprouvé en d'autres circonstances.

« Enfin au bout de vingt-huit jours, le docteur Prazil déclara ma cure finie, et me renvoya en me prescrivant un régime que je ne suivis qu'à demi, comme tous les malades qui oublient trop vite les douleurs passées.

« Je n'eus peut-être pas tout à fait tort, ajouta en souriant mon compagnon de route, car depuis dix ans je suis débarrassé de ma dyspepsie et j'ai repris, à l'exception du tabac, toutes mes habitudes et mon acienne manière de vivre. »

(1) Le docteur Prazil a publié, en 1850, à Gratz, une monographie très-intéressante sur Gleichenberg : *Gleichenberg, mit historischen notizin der heilquellen.*

émeto-cathartique, et aujourd'hui la malade est en pleine convalescence, mais elle conserve une faiblesse excessive.

Le malade, couché au n° 12 de la salle Saint-François, se présente encore dans des conditions différentes. Cet homme a eu autrefois, il y a dix-sept ans, des accès d'asthme, mais depuis plusieurs années les accès avaient complétement disparu. Aujourd'hui il a soixante-six ans, et est marchand des quatre saisons, profession qui l'expose, comme vous voyez, à de fréquents refroidissements. Quatre à cinq jours avant son entrée, il a été pris de frissons, de toux, de fièvre, de coryza, d'enrouement, de céphalalgie, de courbature, et en même temps, d'un accès d'asthme intense. Chez les asthmatiques guéris, il faut peu de chose, en effet, pour déterminer le retour d'accès disparus depuis longtemps; la grippe, en particulier, en est une des causes les plus fréquentes; et dans les cas, l'asthme peut persister et les accès se reproduire comme avant la guérison. Il y a à craindre ces retours d'accès chez notre malade, sans que ce soit autre chose qu'une probabilité.

Un émeto-cathartique a été administré, et aujourd'hui le malade est en pleine convalescence; il ne se plaint plus que d'une faiblesse très-accentuée. L'oppression a disparu, et il peut prendre dans son lit la position horizontale, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant.

Chez les cinq malades que nous venons de passer en revue, vous voyez, messieurs, qu'il existe des symptômes communs et constants et des symptômes particuliers à chacun.

Parmi les symptômes communs, nous voyons le début marqué par des frissons, de la fièvre, un point de côté, sans cependant qu'il y ait lésion du tissu pulmonaire ou de la plèvre. L'état catarrhal, à lui seul, suffit en effet, dans bien des cas, pour déterminer un point de côté.

Parmi les symptômes communs, j'insiste encore sur le coryza, l'enrouement, la céphalalgie, la faiblesse extrême persistante, l'expectoration abondante et l'état saburral qui n'ont fait défaut dans aucun cas, et sur les râles muqueux et sibilants qui s'entendent dans toute la poitrine.

Comme symptômes particuliers, ce qu'il y a de plus important à noter est, sans contredit, ce qui a rapport à l'oppression. Tandis que chez les uns elle a été extrêmement légère, chez d'autres elle a été excessive.

Dans un cas, vous avez vu la grippe rappeler des accès d'asthme disparus depuis longtemps; dans deux autres, vous l'avez vue en être la cause déterminante.

Un point sur lequel je tiens encore à insister, est la persistance chez tous nos malades, même après la guérison, de cette faiblesse et de cet état d'adynamie si remarquables chez notre n° 16 de la salle Sainte-Claire.

Réunion de parties séparées du corps.

Nous avons annoncé dans la dernière Revue que nous avions reçu, à l'occasion de la note de M. le docteur Dubrueil, sur un cas de réunion d'une phalange presque entièrement séparée de sa base, plusieurs communications contenant la relation de faits semblables. Nous allons présenter un court exposé de chacun de ces faits.

Le premier qui nous est parvenu nous a été transmis de Givet, par M. le docteur Bédié, médecin-major, actuellement au 9e de ligne, auparavant au 11e dragons. Il s'agit d'un cavalier appartenant à ce dernier régiment, qui, étant occupé dans la matinée du 3 décembre 1865 à fendre du bois de la main gauche (il est gaucher) à l'aide d'une hachette, reçut le coup mal dirigé sur l'indicateur de la main droite qui soutenait le morceau de bois. La deuxième phalange de ce doigt fut coupée au niveau de sa partie moyenne. L'extrémité digitale ne tenait plus que par un lambeau de peau de 1 centimètre 1/2 environ, et qui devait probablement contenir les deux artères collatérales, à en juger par l'écoulement sanguin qui avait lieu en nappe, quoique assez abondant. M. le docteur Bédié se disposait à terminer *secundum artem* ce que la hachette avait si malencontreusement commencé, lorsque sur les instances du blessé, qui désirait vivement conserver son bout de doigt, il se décida à tenter la réunion.

Après avoir lavé la plaie, il rapprocha les deux bouts divisés, les maintint réunis à l'aide de bandelettes à l'icthyocolle; une petite planchette matelassée fixa le doigt dans l'extension; le tout fut enveloppé de quelques tours d'une bande étroite et arrosé de temps en temps, pendant quatre jours, avec de l'eau-de-vie camphrée étendue d'eau. Le résultat de cette tentative fut des plus satisfaisants; il n'y eut pas une goutte de suppuration; au bout de quinze jours, la cicatrisation était complète et la consolidation osseuse assurée.

Trois mois après l'accident, la cicatrice osseuse, qui donnait à la phalange un peu plus de volume, faisait seule soupçonner le siége de la lésion.

En octobre dernier, au moment où M. Bédié quittait le 11e dragons, les mouvements de ce doigt étaient aussi complets que ceux de son congénère. Aujourd'hui ce jeune soldat, après trois mois d'interruption, fait son service, manie le sabre et le fusil, va aux manœuvres comme ses camarades; et ce doigt jadis mutilé n'est pas plus volumineux que celui du côté opposé, c'est à peine si l'on remarque et si l'on sent la cicatrice des parties molles et osseuses.

Déjà en 1861, ajoute M. Bédié, j'obtenais un semblable succès dans un cas à peu près analogue; l'observation qui a pour titre : « Luxation en arrière de la deuxième phalange de l'indicateur droit, avec plaie à la face palmaire communiquant avec l'articulation; conservation des phalanges; guérison, » a été insérée dans le tome VI de la 3e série des *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*

— Voici le deuxième fait, du à M. le docteur Geoffroy, chirurgien de l'hôpital civil de La Fère (Aisne); il présente un intérêt particulier en raison de la gravité de la blessure :

« Le 6 juin 1866, au soir, nous écrit notre confrère, on m'amène un jeune garçon de sept ans, qui venait d'avoir la main droite presque entièrement coupée par une scie circulaire. La main, prise par sa face dorsale, avait été sciée au niveau des métacarpiens (au-dessus de leurs têtes articulaires). Le pouce, l'indicateur et le médius pendaient; les tendons, la peau et les os eux-mêmes avaient été coupés d'une facon nette; il ne restait plus qu'un lambeau de chair à la face palmaire. Les vaisseaux eux-mêmes étaient déchirés, car une hémorrhagie abondante s'en suivit. Il y avait peu de douleur et aucun gonflement. Ma première pensée, en présence d'une lésion aussi grave, fut de sacrifier la main, ou du moins de terminer ce que l'accident avait commencé; mais réfléchissant au peu de chair que j'avais pour recouvrir les os, ou bien à la difficulté et à la gravité de la désarticulation des métacarpiens; d'un autre côté, prenant en considération le très-jeune âge du blessé, je pris le parti, au pis-aller, de remettre les doigts en leur place, de réunir et de rapprocher le mieux possible toutes ces parties, avec des bandelettes agglutinatives et une planchette solide; puis de recouvrir le tout d'un bandage légèrement contentif, et de renvoyer l'enfant en recommandant d'arroser continuellement le pansement d'eau froide.

« Le lendemain, je revois le petit blessé, qui a peu dormi, bien qu'il n'ait pas souffert beaucoup. Les pièces de pansement sont imprégnées de sang. J'enlève le tout, et voyant que mes bandelettes de diachylon me donnaient un contact imparfait et laissaient, par l'écartement des lèvres de la plaie, voir les os sectionnés et mobiles, je fais une suture entortillée à l'aide d'épingles et de fils, comprenant toute l'épaisseur des chairs jusqu'au métacarpe, puis je remets la planchette, une bande roulée et compressive, et je conseille de nouveau l'arrosement d'eau fraîche, jour et nuit, pendant quelque temps. Il y a peu de fièvre, peu de douleur, peu de gonflement et à peine de l'inflammation. Au bout de huit à dix jours, les épingles sont retirées, et la consolidation paraît s'être faite. Néanmoins, je maintiens la main immobile sur la planchette, en recommandant le moins de mouvements possibles.

« La guérison était parfaite au bout de vingt-cinq jours environ. Il ne restait plus qu'une cicatrice linéaire, rosée, dure, solide et peu douloureuse. Les doigts se plient assez bien, sauf le pouce, dont les mouvements d'abduction et d'adduction sont limités par la rétraction de la peau du premier espace intermétacarpien; mais le temps ou une simple incision pourront remédier plus tard à cet inconvénient. L'indicateur est flexible, se fléchit bien, mais ne peut encore se redresser, par suite de l'incision du tendon de l'extenseur.

« Le blessé est revu huit mois après son accident. Il commence à écrire et peut tenir sa plume comme autrefois, peut-être avec moins de fermeté de la part de l'index, qui ne peut s'étendre une fois qu'il est fléchi. Les mouvements du pouce sont un peu plus étendus. La cicatrice est toujours visible, rougeâtre et solide; elle mesure environ 2 à 3 centimètres de longueur. La main peut être fléchie entièrement sans autre gêne qu'un peu de roideur et de tiraillement de la peau, par suite de l'adhérence de la cicatrice aux os. Il est probable qu'à la longue, avec une certaine habitude ou en usant de quelque moyen artificiel, cet enfant finira par recouvrer l'usage intégral des mouvements de la main, et qu'il n'y aura pas chez lui d'infirmité permanente ou irrémédiable. »

Le troisième fait appartient à M. le docteur Bloch (de Plombières).

L. J..., 27 ans, ouvrier menuisier, eut la main gauche prise par une scie à ruban le 6 septembre 1866. M. Bloch arriva auprès de lui trois quarts d'heure après l'accident. La personne qui le soignait en attendant avait séparé déjà deux doigts presque détachés; mais elle n'avait pas osé couper le troisième, parce qu'il tenait davantage; elle laissait ce soin au chirurgien. La scie avait coupé l'index, le médius et l'annulaire au niveau du pli digito-palmaire. Les trois os étaient sectionnés nettement; il n'y avait aucune saillie de la peau aux deux premiers doigts, et le troisième pendait, maintenu par un mince lambeau dorsal d'environ 1 centimètre de large.

Il s'était écoulé très-peu de sang, et l'hémorrhagie était arrêtée au moment de l'arrivée de M. Bloch, que nous allons laisser parler lui-même :

« Je fis apporter les deux doigts, qu'on avait jetés dans une fontaine, et, quoique sans espoir, je les remis en place après les avoir lavés dans de l'eau tiède. Pour les fixer, je les plaçai dans un petit sac maintenu au dos et à la paume de la main. Je fixai l'annulaire contre l'auriculaire au moyen de bandelettes de diachylon.

« Pendant les trois premiers jours, la charpie et les compresses furent fortement imbibées de sang, puis il n'y eut plus qu'un suintement léger. Le quatrième jour, il n'était plus possible de douter de la décomposition de l'index et du médius; je les enlevai donc. Ils n'avaient jamais repris de chaleur; mais, chose qui me surprit, des tractus assez résistants les avaient, à quelques endroits, reliés aux moignons, et je dus couper ce nouveau tissu.

« Le pansement de l'annulaire devint bien plus facile. Je fis faire une palette pour le maintenir.

« Les douleurs furent extrêmes pendant les dix premières journées, et ôtèrent tout sommeil au malade. La suppuration s'établit bien, le doigt ne se refroidit pas, et la sensibilité, d'abord obtuse, se réveilla les jours suivants.

« La main enfla modérément au bout de la première semaine; je la fis tenir élevée, et le gonflement disparut vite.

« Cinq semaines après l'accident, l'annulaire était entièrement cicatrisé. Les deux moignons ne se formèrent qu'un mois plus tard.

« Le doigt enfla au bout de deux mois environ; je fis

Et après un moment de silence pendant lequel il tira un carnet de sa poche :

« Puisque vous allez à Gleichenberg, dit-il, voyez le docteur Prazil et assurez-le de ma vieille et éternelle reconnaissance. »

Et il me remit sa carte, qui portait le nom suivant, avec lequel je signe l'observation qui précède : *Dr Alex. Thomaseritz, Regimentsarzt.*

Nous arrivâmes à Vérone.

En descendant de wagon, tous les voyageurs, hommes, femmes et enfants, furent enfermés dans la salle aux bagages, où ceux-ci ne tardèrent pas à être apportés et ouverts; et là, pendant dix minutes, on nous fit respirer des vapeurs de chlore et on en imprégna nos effets. Cela s'appelle une fumigation, et devait préserver la ville du choléra que nous pouvions apporter avec nous.

O science! ô progrès! n'êtes-vous donc que de vains mots, même pour les peuples qui ont conquis leur liberté!

A Vérone, je n'eus que deux préoccupations : voir le tombeau de Juliette et déchiffrer, sur la porte Borsari, l'inscription qui y est gravée en l'honneur de Galien. Hélas! le sarcophage qu'on me montra dans un jardin, au bord de l'Adige, n'eut pas obtenu une larme de Roméo; et l'inscription de la porte Borsari a été complétement mangée par ce Gargantua insatiable qui s'appelle le Temps. Je me rebattis sur les arènes et les tombeaux des Scaliger, dont le chef ne fut pas étranger à notre science, et, entre temps, je m'unis de cœur à l'enthousiasme de toute cette ville, débarrassée du joug de l'étranger.

A Padoue, Saint-Antoine, du haut de ses coupoles, semble s'associer au bonheur de son peuple et bénir l'ère nouvelle qui s'ouvre devant l'Italie.

A Venise, la fumigation s'éleva à des proportions inquiétantes, et je me demandais si le podestat pensait avoir affaire à des Autrichiens par la façon dont ses vapeurs de chlore nous prenaient à la gorge. — Pour mon compte, j'en ai toussé pendant plus de vingt-quatre heures.

Après avoir assisté, au milieu d'une population ivre de joie, à la proclamation du résultat du vote qui liait la Vénétie au royaume d'Italie, et vu s'ouvrir, après de longues années de deuil, la fameuse fenêtre du Palais Ducal, sur la *Piazetta*, au bruit de l'artillerie de la flotte et des cloches des cent églises de Venise, je m'embarquais pour Trieste, et de là, par le chemin de fer, je me rendis en pleine Styrie.

En cette contrée, j'avais inscrit sur mon carnet, pour être visités, les établissements séro-lactés de Gleichenberg, de Tuffer et de Neuhaus.

Tous les itinéraires et les ouvrages d'hydrologie indiquent Gratz comme le point extrême de la voie ferrée et où il faut prendre des voitures pour aller à ces stations. Erreur, complète erreur, qui peut induire en dépenses et en perte de temps inutiles : Gleichenberg n'est distant de la gare de Spielfeld que de quatre heures; il en faut huit ou neuf en partant de Gratz; Neuhaus n'est qu'à une heure un quart de la gare de Cilly; et Tuffer est lui-même une station du chemin de fer de Vienne à Trieste.

Comme je venais de cette dernière ville, je dus commencer ma tournée par Tuffer; puis m'arrêter à la station suivante, Cilly, pour me rendre à Neuhaus; enfin finir par Gleichenberg, en descendant à Spielfeld, seconde station après Marburg (1).

C'est dans l'ordre de cet itinéraire que je parlerai de ces trois établissements.

(1) Si l'on venait de Vienne, qui est la route la plus courte de France en Styrie, il faudrait nécessairement suivre l'ordre inverse à celui que j'indique ici.

En descendant à la gare de *Markt-Tuffer*, qu'arrose la Sann et qu'entourent de hautes montagnes dont les flancs sont parsemés de murs blancs, d'églises et des ruines d'un vieux château, on rencontre, à quelques pas de la station, l'établissement de bains d'eau minérale et de petit-lait.

Les bains de Tuffer, également appelés *Römerbad*, parce qu'ils étaient connus des Romains, ou *Teplitz* (en langue Slave) à cause de la haute température de leurs eaux, se composent de deux grandes piscines, le *Römerbad* et le *Fürstenbad*, dont l'eau se renouvelle deux fois par jour.

Aucun établissement n'est spécialement consacré aux cures de petit-lait; cependant un chalet suisse, élevé au milieu d'un jardin anglais, est plus particulièrement destiné à cet usage. Mais comme à Weissbad, comme à Horn, quand le temps le permet, la cure se fait en plein air, et le chalet ne sert guère que pour les jours de pluie.

A Tuffer, le petit-lait ne joue qu'un rôle secondaire. Ses eaux, faiblement minéralisées, n'ont d'autre spécialisation que celle des eaux douées d'une haute thermalité, et, par conséquent, ne s'administrent guère qu'en bains. Sa clientèle est donc surtout composée de rhumatisants, de paralytiques et de quelques névropathiques.

C'est pour ces derniers que l'on associe la boisson du petit-lait avec les bains de Tuffer.

Le petit-lait dont on fait usage est celui de vache, et il se prépare dans la vallée, non loin de l'établissement. On le mélange très-souvent, pendant toute la cure, avec l'eau minérale qui surgit au pied du *Senosek*, et qui lui conserve, par ainsi, la température de 28 degrés, qu'il perdrait promptement dans les vases mal clos qui le renferment.

Les eaux de Neuhaus, à 6 kilomètres de Cilly, station qui suit immédiatement celle de Tuffer, sont semblables aux précédentes comme

prendre quelques bains de bras, et le doigt reprit son volume.

« Aujourd'hui, l'articulation métacarpo-phalangienne qui n'avait pas été lésée est mobile. Les autres articulations du doigt le sont seulement d'une manière passive. Le cal est volumineux, mais peu difforme. Le côté cubital du doigt est entièrement sensible, le côté radial très-peu. Le blessé se sert de son annulaire, mais il le renforce en appliquant le petit doig sur sa face dorsale. »

On a vu que M. Bloch avait employé, pour maintenir le doigt dans une bonne position, une palette en fer-blanc. La partie digitale de la palette était creusée en gouttière, ce que le chirurgien peut obtenir aisément à coups de marteau. Ce moyen lui semble bien préférable aux attelles et aux palettes de bois ; la palette de bois s'adaptant moins bien, et les attelles séparées étant trop difficiles à maintenir.

M. Bloch a été beaucoup aidé, nous dit-il, dans l'idée de ce nouvel engin chirurgical, par M. le docteur Lippmann.

M. le docteur Camus (de Caudy), nous écrit à son tour.

« Un fait assez intéressant que je viens d'observer dans ma pratique, confirme une fois de plus la possibilité d'obtenir la réunion de parties plus ou moins complétement séparées du corps.

« Il s'agit d'un jeune homme de quatorze ans, qui eut le petit doigt de la main droite enfermé dans une porte. La section fut presque complète à un millimètre environ au-dessus de la racine de l'ongle. Le doigt ainsi lésé ne demeurait adhérent que par un lambeau dorsal d'une largeur de deux millimètres environ. La section des parties molles et de la phalange était assez nette, il n'y eut pas une perte de sang très-abondante, et la sensibilité fut toujours conservée.

« J'affrontai les téguments au moyen de bandelettes agglutinatives environ une heure après l'accident ; la guérison suivit une marche régulière, trois semaines après l'accident, elle était complète. »

EXTIRPATIONS DES TUMEURS INTRA-LARYNGIENNES (1),

Par le docteur Édouard Fournié.

Déjà l'an dernier, dans ce même journal, nous avons décrit et discuté les moyens employés pour l'extirpation des tumeurs intra-laryngiennes. La conclusion de ce travail fut celle-ci : Lorsque le volume de la tumeur ne dépasse pas celui d'une lentille, mieux vaut employer la cautérisation selon le procédé que nous avons indiqué. Si la tumeur est plus grosse, il ne faut songer qu'à l'extirpation et employer les *pinces courbes* à l'exclusion de tout autre instrument (polypotomes, ciseaux, scie, etc., etc.) Éclairé par une plus longue expérience, nous nous rallions plus que jamais à cette manière de voir.

Nous voulons montrer aujourd'hui les difficultés inhérentes aux opérations pratiquées dans le larynx, et indiquer les moyens de les surmonter.

Lorsqu'on se propose d'extirper une tumeur intra-laryngienne, l'on doit se préoccuper d'abord d'éclairer convenablement le larynx, et ensuite armer sa main d'une pince dont les courbures s'adaptent le mieux possible à la configuration des parties. Nous allons dire d'abord comment l'on réunit ces deux conditions, nous réservant d'indiquer, en décrivant le procédé opératoire, les moyens de vaincre la sensibilité plus ou moins vive du malade.

Éclairage du larynx. — S'il s'agit simplement d'examiner le larynx, le mode d'éclairage importe peu ; tous les laryngoscopes se valent en pareil cas ; mais s'il faut en même temps introduire un instrument dans la cavité laryngienne, il importe d'adopter le mode d'éclairage qui se prête le mieux au manuel opératoire.

(1) Voir les numéros des 24 et 27 décembre 1864 et le numéro du 10 janvier 1865.

Or, à ce point de vue, les laryngoscopes dont on se sert, diffèrent essentiellement. Dans les uns, en effet, les rayons d'une lampe, plus ou moins concentrés par une lentille biconvexe, sont projetés directement sur le miroir placé au fond de la gorge ; la source lumineuse est ici immobile. Dans les autres, les rayons lumineux sont reçus par un miroir réflecteur placé sur le front de l'opérateur et dirigés, au gré de ce dernier, dans l'intérieur de la bouche ; la source lumineuse est par conséquent mobile.

La question étant ainsi posée, chacun peut la résoudre. Il est évident qu'à tous égards l'éclairage mobile est préférable. Si l'on se sert, en effet, de l'éclairage immobile, le malade peut faire un mouvement qui éloigne la bouche de la direction des rayons lumineux et l'opération est interrompue. Avec l'éclairage mobile l'opérateur n'a pas à se préoccuper de cette question. Le miroir étant disposé sur son front, de manière que les rayons soient dans la direction de l'axe visuel, le chirurgien éclaire, sans le vouloir en quelque sorte, tout ce que regardent ses yeux.

Le réflecteur dont nous nous servons est fixé sur le front au moyen d'un ressort qui parcourt la circonférence antéro-postérieure de la tête, et vient se fixer derrière la nuque. Ce ressort, fabriqué par MM. Robert et Collin, s'articule de façon à tenir très-peu de place quand on s'en est servi.

Pinces courbes laryngiennes. — L'introduction d'une pince courbe dans la cavité laryngienne est une opération assez délicate pour qu'on s'entoure, du côté de l'instrument, de toutes les chances de succès. Or, je dois avouer qu'après de nombreux essais j'ai dû renoncer aux pinces que l'on avait fabriquées jusqu'ici. Non-seulement la plupart d'entre elles rendent le manuel opératoire très-difficile, mais il en est certaines qui, positivement, ne peuvent pas pénétrer dans la cavité laryngienne.

Voici les principes sur lesquels j'ai fait fabriquer les pinces dont je me sers :

1° La branche verticale de la pince courbe doit présenter une longueur suffisante pour que l'on puisse atteindre le niveau des rubans vocaux sans faire basculer la pince en bas et en arrière vers la paroi pharyngienne ;

2° Les courbures de la pince doivent s'adapter aux courbures pharyngo-bucco-laryngiennes, de telle façon que la pince puisse pénétrer dans le larynx sans toucher la base de la langue, le pharynx, l'épiglotte et surtout les cartilages aryténoïdes.

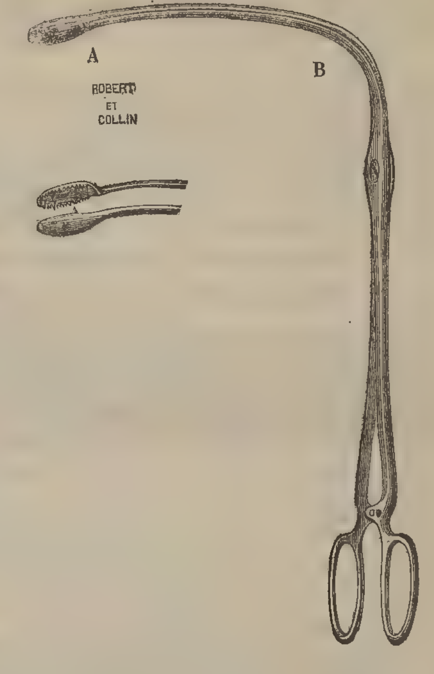
L'utilité du premier principe est évidente ; si la branche verticale est trop courte on est obligé de faire basculer l'instrument, d'enfoncer sa courbure dans le pharynx et, dès lors, on n'est plus maître d'appliquer les mors de la pince où l'on veut.

L'expérience nous a appris que cette branche doit avoir, pour les adultes, une longueur moyenne de 10 centimètres entre A et B.

Le deuxième principe est d'une importance majeure. Si les courbures, en effet, ne sont pas convenablement calculées, on risque de heurter les différentes parties du canal pharyngo-laryngien, et cet attouchement détermine des mouvements réflexes qui rendent toute opération impossible. Nous avons évité tous ces inconvénients en moulant en quelque sorte les courbures de la pince sur les courbures de la région qu'elle doit parcourir. Dans ces conditions, l'instrument pénètre sans difficulté et comme de lui-même dans la cavité laryngienne.

La figure ci-jointe représente cette pince qui a été construite par MM. Robert et Collin. La courbure en B, est presque à angle droit. Grâce à cette disposition, on ne risque pas de toucher les parois du canal très-étroit que parcourt la pince (la paroi pharyngienne et la base de la langue).

De B à A la direction de la branche suit une ligne à peu près verticale. En A, commence une nouvelle courbe assez peu sensible dans le dessin, et qui est destinée à s'adapter à la courbe pharyngo-laryngienne. Cette légère courbure permet de traverser l'orifice laryngien, en évitant tout contact soit du côté de l'épiglotte, soit du côté des cartilages aryténoïdes. Elle est d'ailleurs calculée de manière que les mors de la pince puissent être appliqués sur une partie quelconque de la cavité laryngienne.



Pour la première fois nous avons appliqué ces pinces, en mars 1866, sur un capitaine d'artillerie qui nous avait été envoyé d'Amélie-les-Bains par M. le docteur Artigues, médecin en chef de l'établissement thermal. On avait constaté avec le laryngoscope la présence d'un polype gros comme une petite noisette implantée sur le bord de ruban vocal gauche. Après quelques jours de préparation le polype fut enlevé et la voix revint aussi bonne que par le passé.

Si l'on doit opérer sur une femme ou sur un enfant, les dimensions de l'intrument doivent être modifiées. Cette modification porte exclusivement sur la branche verticale qui doit être raccourcie d'un centimètre. Cette nécessité s'est dévoilée à nous lorsque nous avons voulu extirper un polype situé dans l'angle rentrant du thyroïde au niveau des rubans vocaux, chez une religieuse de la communauté des sœurs, rue Thouin, 15. Les dimensions de la pince déjà décrite ne s'accommodaient pas à l'exiguïté des diamètres du canal pharyngo-laryngien chez cette personne ; mais toute difficulté a disparu en diminuant la longueur de la branche verticale.

Depuis cette époque nous avons eu l'occasion de confirmer, par l'expérience, l'exactitude et l'utilité de ce que nous venons de dire.

Manuel et procédé opératoires. — Rien n'est moins compliqué que le manuel opératoire. Éclairez la cavité laryngienne au moyen du petit miroir laryngien placé au fond de la gorge. Introduisez ensuite la pince avec la main droite, de façon que la concavité de la courbure B regarde la joue gauche du malade ; puis, dès que les mors de la pince sont dans le pharynx, redressez peu à peu votre instrument de gauche à droite, et enfoncez-le tout doucement sans toucher les parois du canal qu'il parcourt jusque dans le larynx. Là, vous saisissez la tumeur et vous l'enlevez par arrachement. Rien ne serait plus simple que ce manuel opératoire si l'on opérait à découvert ; mais effectuée dans le canal pharyngien, cette manœuvre ne laisse pas de présenter des difficultés très-sérieuses, d'autant plus sérieuses qu'elles proviennent beaucoup plus de la pusillanimité de l'opéré que de l'habileté de l'opérateur. Ces difficultés nécessitent l'emploi de certains moyens, de certaines précautions dont l'ensemble constitue réellement un procédé

---

composition et comme thermalité. Le voisinage de ces deux établissements est trop grand pour que leurs habitudes ne soient pas les mêmes.

Cependant, les cures de petit-lait se font à Neuhaus et plus nombreuses et d'une manière plus régulière qu'à Tuffer; sans y occuper le premier rang, elles y jouent un rôle considérable, et cette importance s'explique facilement par la nature des affections qui fréquentent cet établissement ; tandis qu'à Tuffer les rhumatismes et les paralysies dominent, à Neuhaus se donnent rendez-vous les névropathies, les hystéries et les maladies de l'utérus à forme éréthique ; toutes affections qui, on le verra plus loin, rentrent essentiellement dans le cercle de la médication séro-lactée.

A Gleichenberg, où je n'eus pas la bonne fortune de rencontrer le docteur Brazil, on emploie sur une grande échelle le petit-lait, et même le lait, soit seul, soit associé avec l'eau de la source de Constantin.

On trouve, à cette station, du petit-lait de chèvre et du petit-lait de vache. L'un et l'autre sont préparés à l'établissement même, qui offre une excellente organisation.

L'ordonnance de la médication et le régime, dans les trois établissements de la Styrie qui m'occupent en cette place, ne s'éloignent pas sensiblement de ce que nous avons vu ailleurs. Contrairement aux habitudes de Méran, le lait, surtout à Gleichenberg, loin d'être défendu, fait en quelque sorte partie du traitement. La matinée, de six à neuf heures, est consacrée à la boisson du petit-lait, et l'après-midi, de trois à six heures, à celle du lait. Tandis que l'on boit de quatre à cinq verres du premier, on dépasse rarement deux verres du second.

Gleichenberg présente une autre particularité que je n'ai pas encore notée, mais que nous retrouverons plus loin, aux environs de Vienne : je veux parler de l'usage simultané, mais séparé, des eaux minérales et du petit-lait.

La manière de procéder est la suivante : on commence ordinairement par l'eau minérale, qui est presque toujours celle de la source Constantin (acidule, alcaline) et dans quelques cas celle de la *Johannisbrunnen* (ferrugineuse), qui est distante, d'une heure à peu près, de la première ; après une promenade d'un quart d'heure à travers les nombreuses villas et les allées ombreuses qui remplissent la large vallée, on boit, selon la nature de l'affection et celle de l'eau minérale précédemment prise, un verre de petit-lait de chèvre ou de vache ; puis, après le même temps écoulé, on revient à l'eau minérale et on finit enfin par un dernier verre de petit-lait.

Il est rare que dans la même matinée on dépasse deux verres de petit-lait et deux verres d'eau minérale.

Cette médication alternée, si l'on peut ainsi dire, s'emploie tour à tour et suivant les indications, soit avec la source Constantin et le petit-lait de chèvre ou de vache, soit avec la Johannisbrunnen et le petit-lait de vache.

La pratique suivie à Ischl, c'est-à-dire le mélange du petit-lait et de l'eau minérale se fait également à Gleichenberg, dans les cas surtout où il faut tempérer l'action trop excitante de l'eau minérale.

Enfin chez les sujets trop irritables ou chez ceux dont les voies digestives ont une susceptibilité excessive, comme devait être mon compagnon de route dont j'ai rapporté l'histoire plus haut, on fait la cure de petit-lait dans toute sa simplicité, telle qu'elle est en usage dans les établissements d'Appenzell.

Dans la même journée j'eus le temps de regagner la gare de Spielfeld, d'où j'étais parti le matin, et de reprendre le chemin de fer qui me conduisit à Vienne.

Je ne puis franchir ce long trajet sans donner un souvenir au Semmering, une des curiosités de l'Autriche. La voie ferrée qui relie Vienne et Trieste, est la première qui ait franchi les Alpes ; « ce chemin de fer, dit M. Joanne dans son Guide, doit son nom au Semmering, ramification des alpes Noriques qui sépare la vallée de la Leitha de celle de la Muhr, et dont le col, traversé par la route de terre, à 990 mètres au-dessus de la mer Adriatique, 578 mètres au-dessus de la station de Gloggnitz et 337 mètres au-dessus de celle de Mürzzuschlag..... Il fallait donc, pour aller de Vienne à Trieste, monter de Gloggnitz au Semmering, et descendre du Semmering à Mürzzuschlag. »

Pour accomplir ce tour de force, l'ingénieur, M. Carlo di Chega, a dû donner à ses pentes un maximum de 25 millimètres par mètre, et à ses courbes un minimum de rayon de 189 mètres. La descente est vertigineuse et d'autant plus effrayante que l'on traverse quinze souterrains successifs dont le plus long a 1,428 mètres. Le nombre des viaducs, à plusieurs étages d'arches, est en proportion avec celui des tunnels ; leur hauteur varie de 11 mètres à 45 mètres.

Pendant l'été, des trains de plaisir et à prix réduit, mènent les habitants de Vienne admirer cette merveille, car au sommet du Semmering est une auberge..... dont Dieu vous garde.

Félix Roubaud.

Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

Des indications de l'emploi de la diète lactée, dans le traitement de diverses maladies et spécialement dans celui des maladies du cœur, de l'hydropisie et de la diarrhée, par le docteur G. Pécholier, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier. In-8. Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, 1867, P. Asselin.

opératoire. Nous résumerons ce procédé dans les propositions suivantes :

1° Avant de chercher à opérer, il faut habituer le malade, par des applications journalières, à supporter le petit miroir au fond de la bouche pendant un temps suffisant ;

2° Il est indispensable que le malade s'habitue à respirer largement et avec calme pendant tout le temps de l'examen laryngoscopique. (Nous avons indiqué depuis longtemps les motifs de cette respiration soutenue dans notre *Étude pratique sur le laryngoscope.*)

3° Le malade doit tenir sa langue au dehors de la bouche et la maintenir avec deux doigts protégés par un linge. Afin que la base de la langue ne rentre pas, malgré cette précaution, le malade doit respirer avec le sentiment de la lettre *è* ouvert. Nous avons démontré dans notre *Physiologie de la voix et de la parole,* que la condition anatomique indispensable de la prononciation de cette lettre est la projection de la base de la langue en avant ;

4° Après ces préliminaires, on essayera l'introduction de la pince avec ménagement, et on la retirera, sans insister, si les mouvements réflexes s'opposent à son introduction. Il est évident que dans un cas pressant, dans un cas d'asphyxie par exemple, on ne va pas s'amuser à attendre la disparition de ces mouvements. L'exercice de l'introduction de la pince sera répété jusqu'au moment où l'on sera parvenu dans la cavité laryngienne. C'est en ce moment surtout qu'il faut exiger du malade une respiration large et continue pour obtenir la plus grande dilatation possible de la cavité laryngienne.

5° Quand le malade supporte la présence de la pince dans le larynx, le mouvement respiratoire doit être arrêté, et l'on profite de cet instant pour saisir la tumeur et l'arracher.

Le siége d'implantation de la tumeur exige parfois quelques légères modifications à ce procédé, parfois aussi il est indispensable de modifier l'instrument lui-même ; mais ces cas constituent des exceptions dont nous parlerons un peu plus tard. Pour le moment, nous pouvons affirmer que les pinces courbes, telles que nous les avons décrites, suffisent pour l'extirpation de la plupart des tumeurs intra-laryngiennes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

PRIX PHILLIPS.

La Société n'ayant reçu aucun travail pour le prix fondé par M. Phillips a décidé que la valeur du prix sera portée à 2,000 francs, et propose la question suivante :

« Rechercher et démontrer jusqu'à quel point la méningite tuber-« culeuse peut être guérie ou prévenue, et quels sont les moyens les « plus propres à atteindre ce double résultat. »

La Société recommande aux concurrents les divers points suivants comme pouvant aider la solution de la question :

1° Un relevé des observations publiées en divers temps sous les noms d'hydrocéphale, de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse ou tuberculeuse, s'attachant surtout à celles qui ont été citées comme des cas de guérison ; faire voir si ce sont bien des cas de méningite tuberculeuse, de quels degrés ils étaient, s'ils ont été réellement guéris et par quels moyens.

Apporter autant que possible des observations nouvelles.

2° Un examen des familles vouées à la méningite tuberculeuse, afin de voir comment certains membres échappent ou succombent, et voir si l'on peut en déduire une médecine préventive.

3° Interroger les antécédents de ceux qui sont actuellement atteints pour voir s'il n'y a pas déjà eu des manifestations antérieures ; savoir comment ces premières poussées ont été conjurées, et en déduire, si faire se peut, une médication préventive ou curative.

4° Étudier les constitutions médicales où la méningite tuberculeuse semble presque épidémique. Chercher en elles des causes de la méningite tuberculeuse, autres que la diathèse, et déduire de ces causes des moyens de traitement préventif et même curatif.

5° Comparer les degrés de fréquence de la méningite dans les campagnes et dans les villes, et en tirer des preuves relatives à une médecine prophylactique.

Les mémoires écrits en français devront être inédits et adressés avant le 1er avril 1870, à M. le docteur Lailler, secrétaire général de la Société, rue Caumartin, 22.

Chaque mémoire devra porter une devise qui sera répétée sur un pli fermé et cacheté joint au mémoire et contenant le nom de l'auteur, qui ne pourra se faire connaître avant la décision de la Société.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 24 février 1867, rendu sur la proposition du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, en raison du dévouement dont ils ont fait preuve pendant la dernière épidémie cholérique, savoir :

Au grade d'officier :

M. le docteur Cazeneuve, directeur de l'École de médecine et de pharmacie à Lille, chevalier du 29 septembre 1853.

Au grade de chevalier :

MM. les docteurs :
Castelain, médecin à Lille;
Paquet, médecin à Roubaix ;
Dansou, médecin des épidémies de l'arrondissement de Béthune ;
Le Provost, médecin à Caen ;
Daniel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Brest ;
Galicier, médecin à Pont-Rousseau (Loire-Inférieure).

— Par décret en date du 27 février 1867, M. Bourdel, médecin principal de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Un arrêté du ministre d'État et des finances, vice-président de la commission impériale de l'Exposition universelle, porte :

Art. 1er. — Un service médical est institué dans les enceintes de l'Exposition, au Champ-de-Mars et à Billancourt.

Ce service, après avoir donné les premiers soins, veille à ce que les malades ou les blessés soient transportés, dans les conditions convenables, à leur domicile ou aux hôpitaux.

Il assure des soins permanents aux agents français ou étrangers admis à résider dans les enceintes de l'Exposition.

Art. 2. — Une ambulance, pourvue du personnel et du matériel nécessaires, est établie dans le pourtour du palais du Champ-de-Mars.

Les chefs du service médical se concerteront pour qu'un docteur en médecine s'y tienne à la disposition du public, à toute heure du jour et de la nuit.

Art. 3. — Le service médical comprend :

Un médecin en chef, sept médecins principaux, vingt-huit médecins ordinaires.

Le médecin en chef est choisi parmi les professeurs de la Faculté de médecine de Paris. Il préside à l'organisation et à la direction du service, et il en est responsable envers la commission impériale.

Les médecins principaux sont choisis parmi les professeurs agrégés de la Faculté ou parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Ils sont chargés à tour de rôle de la direction du service médical de jour et de nuit. Chacun d'eux est assisté par quatre médecins ordinaires, et se concerte avec eux pour assurer le service journalier. Les médecins principaux sont responsables envers le médecin en chef.

Les médecins ordinaires sont choisis parmi les docteurs en médecine. Il sont responsables envers le médecin principal qu'ils assistent.

Art. 4. — Sur la proposition d'un médecin principal et du médecin en chef, des docteurs en médecine à titre d'auxiliaires peuvent être adjoints aux médecins ordinaires.

Art. 5. — Chaque semaine le médecin en chef se concerte avec les médecins principaux pour arrêter la répartition du service. Un tableau indiquant cette répartition est affiché dans l'une des salles de l'ambulance.

Art. 6. — Chaque jour il est alloué, à titre d'indemnité de déplacement, aux médecins qui sont de service à l'ambulance, une somme de 25 francs.

Cette indemnité est payée sur un état dressé par le médecin en chef, sur la proposition des médecins principaux.

— Par un second arrêté, est nommé médecin en chef M. le docteur Gosselin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine.

Sont nommés médecins principaux :

MM. Blachez, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine ;

Desnos, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine ;

Houel, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine ;

Labbé, médecin des hôpitaux ;

Constantin Paul, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine ;

P. Tillaux, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine.

Sont nommés médecins ordinaires, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Barben-Dubourg, Barré, Bertholle, Boucard, Brémond, Davesne, Desortiaux, Elleaume, Fabre, Faget, Gallois, Hulot, Jarriaud, Ladreit de Lacharrière, Lebatard, Lecorché, Ley, Malhéné, Eugène Moynier, Portefaix, Saurel, de Vauréal, Verliac, Wertheim.

— M. le docteur de Lamaestre vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), en remplacement de M. Cortyl, nommé médecin en chef à Grenoble.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 27. — MARDI 5 MARS 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 2 MARS 1867. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Parallèle entre le rhumatisme articulaire chronique et les autres arthropathies constitutionnelles, au point de vue anatomique.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Nous sommes actuellement en mesure de comparer, au point de vue de l'anatomie pathologique, le rhumatisme articulaire chronique aux autres arthropathies à lente évolution.

Mais avant d'entreprendre ce parallèle, il est indispensable de faire ressortir les points de contact qui existent entre les altérations du rhumatisme articulaire chronique et celles du rhumatisme articulaire aigu. Nous reconnaîtrons bientôt que les lésions de la forme chronique ne sont, pour ainsi dire, que la plus haute expression des lésions de la forme aiguë ; elles correspondent à une phase plus avancée du travail morbide. L'analogie que nous signalons ne frappe pas au premier abord, surtout si l'on compare entre eux des cas extrêmes, et si l'on met en présence, par exemple, le rhumatisme articulaire fugace et le morbus coxæ-senilis; mais elle s'accuse, au contraire, de la manière la plus manifeste, si l'on choisit pour terme de comparaison ces cas subaigus qui établissent, au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, une transition entre les formes aiguës et les formes chroniques du rhumatisme articulaire.

I. — ALTÉRATIONS DES JOINTURES DANS LE RHUMATISME AIGU ET SUBAIGU.

Dans le langage scolastique de l'ancienne médecine, le terme *subaigu* s'appliquait aux maladies aiguës dont la durée dépassait vingt et un jours — limite extrême des maladies aiguës proprement dites, — et pouvait s'étendre jusqu'à quarante jours. Les faits pathologiques ne se prêtent pas à des divisions aussi arbitraires, et, sous le nom de rhumatisme articulaire subaigu, nous désignerons une affection dont l'évolution est, à la vérité, plus lente que celle du rhumatisme articulaire aigu, mais qui en diffère encore sous d'autres rapports, sans toutefois s'en éloigner radicalement. Mais il faut reconnaître aussi qu'elle se rapproche déjà, par certains caractères, du rhumatisme articulaire chronique.

Ainsi, dans cette forme de la maladie, les affections articulaires ont plus de fixité : la fièvre est moins intense, et se rapproche de la fièvre hectique ; les petites jointures sont souvent affectées, et quelquefois en grand nombre. On sait que le contraire a lieu dans le rhumatisme articulaire aigu. Enfin les affections viscérales, ou tout au moins certaines d'entre elles (endocardite, péricardite), sont moins fréquemment observées.

Tels sont les caractères fondamentaux du rhumatisme articulaire subaigu. Nous aurons plus tard à vous présenter de nouvelles considérations sur ce point. Nous voulons, pour le moment, indiquer les lésions qu'on remarque dans les jointures dans le rhumatisme articulaire aigu et dans le rhumatisme articulaire subaigu.

A. — *Rhumatisme articulaire aigu.*

D'interminables discussions ont eu lieu, à une certaine époque, au sujet des lésions du rhumatisme articulaire aigu. Cette affection peut-elle se terminer, oui ou non, par suppuration? Les uns prétendaient que le rhumatisme articulaire ne laisse jamais de trace dans les jointures ; les autres assuraient qu'il y déterminait les altérations les plus graves, et pouvait conduire à l'arthrite purulente.

Aujourd'hui la question est jugée, et une appréciation plus saine des faits a eu pour résultat d'établir que, des deux parts, on avait considérablement exagéré.

Il est vrai que, quelquefois, l'inflammation rhumatismale des jointures peut ne laisser derrière elle aucune altération appréciable (Grisolle, Macleod, Fuller), et que, dans certains cas, au contraire, elle peut donner naissance à l'arthrite purulente (Bouillaud). Mais les faits de ce genre sont très-exceptionnels, et ce qu'on rencontre dans l'immense majorité des cas, ce sont les caractères de l'arthrite avec exsudation séro-fibrineuse : la synoviale est rouge et vascularisée, et sa cavité renferme un liquide séreux dans lequel nagent des flocons fibrineux.

On a pensé pendant longtemps qu'il s'agissait là d'une inflammation tout à fait superficielle, et que la membrane synoviale était seule affectée (synovite) ; mais il est aujourd'hui démontré que les cartilages et même les os peuvent participer à ces altérations.

Les lésions de la synoviale ne méritent pas de nous arrêter longtemps. Il s'agit : 1° d'une vascularisation plus ou moins prononcée des franges synoviales qui existent à l'état normal ; 2° d'une dilatation variqueuse de leurs vaisseaux (Lebert).

Les altérations des cartilages ont une bien plus grande importance; nous en devons la connaissance à l'intéressant travail de MM. Ollivier et Ranvier.

On avait déjà remarqué (Garrod) que les cartilages diarthrodiaux offraient quelquefois une certaine opacité, et avaient perdu le poli, la coloration bleue et la consistance qui les caractérisent à l'état sain. MM. Ollivier et Ranvier ont montré en outre qu'il y a souvent des altérations appréciables à l'œil nu ; ce sont des tuméfactions partielles du cartilage qui lui donnent un aspect mamelonné, quelquefois même de véritables érosions. Mais, même dans les cas où il n'y a aucune altération appréciable à l'œil nu, le microscope y dévoile des lésions très-manifestes et probablement constantes.

A un premier degré, les chondroplastes les plus superficiels sont devenus globuleux ; la cellule qu'ils contiennent s'est divisée, et a donné naissance à une ou deux cellules secondaires.

Les choses peuvent en rester là, et on comprend aisément qu'en pareil cas, les éléments histologiques peuvent revenir à l'état normal ; mais à un degré plus élevé, il y a une segmentation de la substance fondamentale dans le sens horizontal ; c'est une sorte d'état velvétique caractérisé par des sillons qui pénètrent plus ou moins profondément dans le tissu. Dans l'intérieur de ces sillons de formation nouvelle, les capsules viennent s'ouvrir pour y verser les cellules qu'elles contiennent ; on les voit alors se mêler au liquide synovial pour y subir la transformation muqueuse. Il y a là, comme vous le voyez, de grandes analogies avec ce qui se passe dans les cas d'arthrite déformante.

Mais pour rendre l'analogie plus frappante encore, nous allons étudier les altérations que présentent les surfaces osseuses ; elles paraissent, dans certains cas, participer au travail phlegmasique.

D'après Gurlt (1), la moele des extrémités osseuses subit une vascularisation prononcée avec prolifération de ses cellules. Hasse (2) et Kussmaul (3) ont aussi parlé de quelques altérations des os et du périoste dans le rhumatisme articulaire aigu.

Il nous reste à dire un mot sur la nature du liquide contenu dans la cavité synoviale. Il présente quelquefois une réaction acide, et tient en dissolution de l'albumine et de la mucosine ; on y voit flotter des flocons fibrineux, des grumeaux de mucus concret et des corps globuleux, dont les uns sont les cellules de cartilage ou des cellules épithéliales ayant subi la dégénération graisseuse, tandis que les autres ont beaucoup d'analogie avec les globules purulents ; quelquefois même on y trouve de véritables globules de pus. Mais on peut dire qu'en général ce dernier élément ne prédomine pas, sauf dans des cas exceptionnels, lorsqu'il s'agit d'un rhumatisme consécutif, symptomatique, ou d'une arthropathie rhumatismale se rattachant à la diathèse purulente.

En somme, si nous cherchons à interpréter ces phénomènes, la fibrine et les globules de pus correspondent à une synovite aiguë ; tandis que la mucosine est produite par la transformation des cellules épithéliales et de la substance fondamentale du cartilage.

Ces altérations qui présentent avec celles du rhumatisme articulaire chronique des analogies incontestables, s'en rapprochent encore davantage lorsqu'il s'agit de la forme subaiguë. Ainsi, dans des cas où le rhumatisme avait duré près de deux mois, j'ai trouvé un épaississement de la synoviale avec des prolongements villeux très-accentués ; des érosions, des altérations velvétiques très-prononcées en plusieurs points.

Chez un sujet, mort le vingt-cinquième jour à la suite d'accidents cérébraux, Bonnet avait déjà trouvé des altérations analogues (4). Ces lésions se rencontrent encore à l'état de vestiges chez des sujets qui succombent à des affections organiques du cœur, après avoir eu autrefois plusieurs accès de rhumatisme articulaire aigu. Il y a une transition insensible entre ces faits et ceux où, par suite de la prolongation ou du retour incessant de l'affection rhumatismale, la maladie est devenue décidément chronique. Les altérations sont alors plus profondes ; les villosités synoviales se sont développées, les corps étrangers commencent à se produire, les surfaces articulaires commencent à subir l'éburnation, et des végétations osseuses se forment autour des jointures, enfin le tissu osseux est devenu friable vers les extrémités articulaires.

C'est ainsi qu'on parvient à prouver, au point de vue anatomique, la connexité étroite qui relie entre elles les diverses formes du rhumatisme articulaire. Ce ne sont point des affections différentes, ce sont des variétés d'une seule et même espèce morbide.

II. — Un mot maintenant sur les caractères qui distinguent l'arthrite déformante des autres arthropathies chroniques.

1° *Arthrite par repos prolongé.* — Au premier degré, d'après Teissier et Bonnet, l'arthrite par repos prolongé donne lieu aux lésions suivantes : un épanchement séro-sanguin se forme dans la jointure ; on y trouve même parfois du sang liquide. La synoviale est injectée, ecchymosée ; quelquefois même il y aurait, dit-on, des ulcérations des cartilages.

Mais à un degré plus avancé, j'ai pu constater qu'il existait, sur les cartilages diarthrodiaux, des ulcérations centrales, taillées abruptement comme avec un emporte-pièce, et des ulcérations périphériques. Il n'y a pas de bourrelets osseux, ni d'ankyloses celluleuses, mais on trouve une raréfaction très-prononcée du tissu osseux. Mais ce qui caractérise essentiellement cette arthropathie, c'est l'existence d'une couche de tissu conjonctif qui recouvre le cartilage diarthrodial dans toute son étendue ; cette membrane peut aisément se détacher des surfaces sous-jacentes, et l'on trouve alors le cartilage dont les cellules ont subi dans les chondroplastes la dégénération graisseuse. Cette membrane est souvent pénétrée d'arborisations vasculaires qui s'avancent parfois vers les parties centrales ; il est probable que les cas de vascularisation des cartilages qui ont été signalés par certains auteurs, s'expliquent de cette manière. J'ai pu constater ces lésions chez les sujets frappés depuis longtemps d'hémiplégie ou de paraplégie, surtout aux parties qui restent découvertes, lorsqu'il existe une déformation articulaire.

Vous savez que certaines de ces altérations se trouvent combinées avec celles de l'arthrite déformante, dans les cas où les articulations sont condamnées à un repos absolu. Au reste, il faut reconnaître que c'est là une question importante, mais encore peu étudiée et qui réclame de nouvelles recherches.

2° *Arthrite fongueuse ou scrofuleuse.* — Les recherches de M. Ranvier établissent que l'arthrite fongueuse se sépare profondément de l'arthrite sèche. C'est ce que démontre l'étude des lésions qui caractérisent cette maladie. Pour ce qui concerne les os et les cartilages, dans l'arthrite déformante, il y a prolifération des éléments cellulaires; dans l'arthrite fongueuse, au contraire, ces éléments sont frappés de mort et subissent la dégénération graisseuse, comme on le voit dans les os et les cellules de cartilages. D'ailleurs, à une époque plus avancée de la maladie, la distinction s'accuse de la manière la plus évidente : l'arthrite fongueuse donne lieu à des végétations des os et des membranes synoviales, avec destruction et résorption des cartilages; puis survient la carie ou la nécrose des os, et en dernier lieu, on voit se former des abcès périphériques qui entourent l'articulation malade.

Il existe cependant des analogies entre ces deux affections. Dans certains cas d'arthrite scrofuleuse il y a prolifération active des éléments du cartilage ; mais ce phénomène est secondaire. Il se produit quelquefois aussi des stalactites osseuses, mais elles sont très-vasculaires (Billroth); elles diffèrent profondément des stalactites épaisses, à bords mousses, ayant la forme de gouttes de suif et généralement peu vasculaires, qui caractérisent l'arthrite déformante. Ainsi les lésions élémentaires de ces deux affections diffèrent les unes des autres; mais il existe des cas mixtes où elles peuvent se trouver réunies.

3° Passons maintenant aux *arthropathies syphilitiques.* Il est extrêmement probable que sous cette dénomination on a plus d'une fois décrit les rhumatismes, soit aigus, soit chroniques chez les sujets syphilitiques; car ces deux diathèses sont loin de s'exclure réciproquement. Cependant quelques particularités cliniques et l'influence décisive du traitement spécifique, dans certains cas où le prétendu rhumatisme traînait en lon-

(1) Förster, *Handbuch der hat. Anat.*, p. 1000.
(2) Hasse, *Zeitschrift für rat. Med.*, Bd. 5, p. 192-212.
(3) Kussmaul, *Arch. für physiol. Heilkunde*, t. XI, 1852.
(4) Bonnet, *Traité des maladies des articulations*, Paris, 1845, t. I, p. 329.

gueur, ont conduit quelques médecins, parmi lesquels nous citerons Babington, Boyer et M. Lancereaux, à penser qu'il existait réellement des arthropathies spéciales, relevant directement d'une infection vénérienne.

M. Lancereaux, auquel on doit un travail approfondi sur cette matière, s'est attaché à décrire avec soin, les lésions articulaires de la syphilis. Il en distingue deux espèces : 1° les *arthropathies secondaires* qui ont les allures de rhumatismes articulaires aigus ou subaigu; 2° les *arthropathies tertiaires* qui se rapprochent de certaines formes du rhumatisme chronique; ces dernières sont les seules qu'il ait été possible d'étudier au point de vue anatomique. Elles débutent dans le tissu cellulaire sous-synovial et dans le tissu fibreux, et sont caractérisées par la formation d'un néoplasme qui rappelle absolument les tumeurs gommeuses par sa texture et son aspect extérieur.

Dans les cas observés par M. Lancereaux, il n'y avait pas d'altération de la synoviale, cependant les cartilages diarthrodiaux étaient érodés.

4° *Arthropathie goutteuse.* — Les lésions de l'arthrite déformante présentent assez de ressemblance avec celles de la goutte pour qu'il soit souvent facile de les confondre au lit du malade; mais au point de vue anatomique, il n'en est plus de même. On ne trouve jamais la moindre trace d'un dépôt d'urate de soude, soit dans les affections articulaires qui relèvent du rhumatisme, soit dans les autres arthropathies que nous venons d'énumérer.

L'infiltration uratique du cartilage est donc le caractère fondamental de la goutte articulaire ; en outre, il n'existe ici aucune autre lésion constante du cartilage. Il n'y a point de segmentation de la substance fondamentale, ni de prolifération des cellules, de telle sorte que si les deux altérations se rencontrent simultanément, il y a évidemment juxtaposition des deux maladies ; elles ne se transforment jamais pour se confondre.

Nous croyons avoir établi : 1° l'unité des diverses formes cliniques du rhumatisme articulaire chronique au point de vue de l'anatomie morbide ; 2° l'existence d'une relation incontestable entre les ulcérations de l'arthro-rhumatisme aigu et celles de l'arthro-rhumatisme partiel ou chronique ; 3° l'existence d'une séparation tranchée, toujours au point de vue anatomique entre l'affection qui nous occupe en ce moment et les autres arthropathies d'origine constitutionnelle.

Messieurs, dans le cours de cette exposition, une question a dû bien souvent se présenter à votre esprit. Les altérations que nous venons de décrire ont-elles un caractère spécifique ? En d'autres termes, sont-elles exclusivement propres à la diathèse rhumatismale ?

Pour ne parler que de ce qui concerne le rhumatisme articulaire chronique, nous avons été conduits à admettre, même au point de vue purement anatomique, des distinctions tranchées entre les lésions articulaires qu'il détermine, et celles qui résultent de la goutte, la scrofule et la syphilis.

Il importe cependant de reconnaître que les lésions élémentaires dont l'ensemble constitue l'arthrite déformante peuvent se rencontrer également dans des cas où la cause rhumatismale ne saurait être invoquée. Ainsi, dans l'*arthrite fongueuse*, la prolifération des capsules et la segmentation du tissu fondamental du cartilage, peuvent se présenter çà et là sous l'influence du travail inflammatoire, qui, à un moment donné, s'empare des divers tissus. La raréfaction et la condensation du tissu osseux aux extrémités articulaires, la formation d'ostéophytes et de bourrelets osseux au pourtour des cartilages diarthrodiaux, se rencontrent aussi, comme on sait, dans des affections articulaires qui sont étrangères au rhumatisme. C'est donc l'altération simultanée des diverses parties de la jointure, suivant le mode que nous avons déjà indiqué, et l'extension que ces lésions peuvent acquérir sans se compliquer de suppuration, qui constituent à nos yeux le *caractère anatomique* de cette maladie.

Mais on est amené ici à se demander si une irritation complétement étrangère à la cause interne qui détermine le rhumatisme, — un coup, un choc, par exemple, — peut produire dans une jointure les diverses altérations de l'arthrite déformante.

Il est certain, messieurs, que dans ces conditions on peut rencontrer toutes les lésions que je viens de décrire. Mais en pareil cas, elles se limitent presque toujours à une seule articulation ; et même ici, n'est-on pas autorisé à faire intervenir une cause latente qui détermine le caractère de l'affection locale? Rappelez-vous ce qui se passe, à cet égard, chez les sujets atteints de la goutte.

Toujours est-il que, lorsque les affections articulaires sont multiples (et c'est le cas le plus fréquent), elles se sont spontanément développées, et semblent accuser, à ce double titre, une disposition générale de l'économie.

C'est, en pareil cas, l'influence du *rhumatisme* qui doit être invoquée; car dans l'état actuel de la science, nous ne connaissons aucun autre état diathésique auquel on puisse attribuer de pareils effets.

ÉTUDES

Sur l'action thérapeutique de la source Dominique,

Par M. le Dr Chabannes, médecin-inspecteur des eaux de Vals.

Avant d'aborder l'étude de la Dominique en tant qu'agent antipériodique, il est quelques considérations que fait naître le spectacle de son action thérapeutique dans les cas dont nous venons de parler.

Pour la généralité des médecins, le plus grand nombre des faits relatés plus haut s'appliquent à des cas de dyspepsie, dyspepsies invétérées, si l'on veut, mais affections primitivement dues à la maladie de l'estomac. Les diverses significations, ou plutôt la généralisation du mot dyspepsie pour désigner tant de symptômes divers, ne font rien pour l'objet de notre dissertation. Appelez avec M. Beau la dyspnée, la toux, l'aphonie, des prédominances névropathiques de la dyspepsie, des toux gastriques, des dyspnées, des aphonies gastriques, ou, avec d'autres auteurs, des phénomènes dus à l'anémie, à la chloro-anémie, ou bien encore restreignez la signification du mot dyspepsie, et ne l'appliquez seulement que lorsqu'il y a digestion pénible sans douleur, peu importe. Ce qui ressort clairement des observations ci-dessus, quelque écourtées quelles soient pour la place qu'elles ont à tenir dans une colonne de journal, ce qui ressort clairement, dis-je, et ce qu'il est important de retenir, c'est que la Dominique, agent médicamenteux, s'est trouvée en présence d'états morbides très-anciens, très-chroniques, qui avaient résisté aux soins dirigés par les hommes les plus compétents. Elle a agi par sa seule ingestion dans l'estomac, loin de toute intervention de voyages, de changements de régime, etc. ; elle a agi promptement, sans secousses sur l'organisme, sans crises ; elle a agi alors que tous les remèdes, en apparence les mieux indiqués, avaient échoué.

Nous ne prétendons point présenter cette source comme une panacée ; même entre nos mains, elle n'a pas répondu toujours à notre attente pour des cas auxquels tout nous faisait penser qu'elle était appropriée. Nous la présentons comme un remède nouveau à employer contre ces états que caractérise la débilité, l'atonie, un nervosisme exagéré, en un mot, l'épuisement de l'un ou de plusieurs systèmes de l'organisme. Si je ne prétends pas en étendre l'emploi à toutes les maladies qui présentent ces caractères généraux, je prétends encore moins en restreindre l'usage dans cette classe seule. Par l'énumération rapide des principaux symptômes auxquels donnaient lieu les faits précédents, chacun peut juger des indications que cette eau bienfaisante est dans le cas de remplir. L'essai en est facile ; je n'ai jamais vu survenir le moindre accident à la suite de son ingestion. Dans mon *Traité des eaux minérales de Vals*, je cite des observations de malades qui avaient pu boire, sous mes yeux, plus de vingt verrées de Dominique par jour sans en être incommodés. Il ne se passe pas de saison que je ne sois forcé de supporter de telles imprudences. De pareilles doses ne m'ont jamais paru être suivies d'accidents dont la nature de l'eau fût responsable.

Ce champ d'application de la Dominique est déjà bien vaste. La préconiser pour des cas déterminés, c'est encourager les expérimentateurs à l'étendre encore plus. Le théâtre sur lequel j'exerce est trop restreint et trop spécial pour que mon expérimentation personnelle puisse agrandir, comme je l'espérerais, le domaine de ses attributions.

Dans les dermatoses, par exemple, contre lesquelles les préparations arsenicales sont si puissantes, alors qu'elles ont usé les forces de l'organisme et que les ressorts de la peau sont si affaiblis que ces manifestations semblent s'y perpétuer en se régénérant de leur propre germe, la Dominique trouverait une application probablement très-avantageuse. Employée à l'intérieur, on ne peut lui refuser, *à priori*, le mérite au moins égal des autres préparations arsenicales. A l'extérieur, en bains à l'hydrofère, elle déterminerait sûrement de bons effets locaux. Personnellement, j'ai pu l'employer quelquefois à l'extérieur, notamment sur deux eczéma du cuir chevelu chez deux enfants ; une autre fois sur un malade qui présentait, autour de l'articulation du coude, de vieilles ulcérations ecthymateuses. Les résultats furent très-satisfaisants. Les deux enfants guérirent et sont restés guéris. Quant au troisième, il était venu se traiter à Vals d'une maladie des voies digestives. Quand il partit, les ulcérations étaient en pleine réparation.

C'est contre les maladies rebelles à toute médication, qu'il est permis d'expérimenter un agent nouveau. J'ai dit ce que j'en avais obtenu sur un diabétique à bout de forces générales ; j'aurais pu ajouter qu'appelé à diriger une dame atteinte d'albuminurie avec anasarque générale, j'avais rencontré une telle intolérance pour les moindres doses de nos eaux bicarbonatées les plus faibles, qu'il fallut les supprimer complétement. La Dominique, au contraire, fut très-bien supportée, et cette dame put quitter Vals avec une amélioration bien sensible. Je pourrais citer bien d'autres cas, espèce d'avant-garde, qui étendront encore le champ d'action de cette eau médicamenteuse, mais il faut les multiplier pour être en droit d'en tirer des conséquences légitimes. A chacun d'en faire autant. A son action tonique, la Dominique allie une action antipériodique incontestable. Tel est le dernier terme que nous nous proposons d'aborder dans cette étude.

Si, pour établir l'action antipériodique de la Dominique, on se bornait à citer des guérisons de fièvre intermittente à accès irréguliers ou séparés par des intervalles considérables, on arriverait à la placer sur le même rang qu'un grand nombre d'autres eaux minérales qui ont cette propriété en partage. D'ailleurs, où ne guérit pas la fièvre intermittente? Les eaux froides ou chaudes, minérales ou non, le sommet des Alpes et les climats sans hiver comptent des guérisons remarquables. Ce n'est pas à cette action presque banale dans certains cas d'accidents intermittents, ce n'est pas non plus à son action reconstituante et partant capable de guérir à la longue les cachexies qui entretiennent les accès périodiques ou non, qu'elle doit cette dénomination d'antipériodique. Elle mérite ce nom parce que en un ou deux jours, elle peut suspendre ou amoindrir, ou modifier en quelque façon une intermittence, ainsi que le fait le sulfate de quinine. Je me hâte d'ajouter que quelques mots d'explication sont nécessaires ici pour que le lecteur se fasse une idée juste du degré d'action de cette source. Il en résultera pour lui, je l'espère, cette opinion que la Dominique naturelle ou concentrée, selon les cas, doit être employée toutes les fois que la quinine et les toniques usuels n'ont pas réussi. Un jour, sans doute, cette proposition pourra être renversée. Mais sans préjuger l'avenir, je veux établir clairement ce qui est acquis, et pour y arriver, je ne crois pouvoir mieux faire que de mettre sous les yeux la note que j'eus l'honneur d'adresser à M. le président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, lors de la discussion qui régnait dans cette compagnie savante, sur le rôle à attribuer aux sources minérales dans la guérison des fièvres intermittentes. L'on n'a pas oublié que deux camps étaient en présence; l'un, qui ne leur reconnaissait qu'une valeur tonique ; dans cet ordre d'idées, les guérisons étaient analogues à celles que produit une nourriture animale, le fer, les toniques, etc. Dans l'autre camp figuraient ceux qui, tenant plus de compte de la composition chimique, attribuaient la guérison à l'action antipériodique de l'arsenic qu'elles renferment. La note ci-dessous édifiera le lecteur sur le rôle que j'attribue à la Dominique dans les cas dont il s'agit ; mon opinion est le résultat de faits nombreux que j'ai publiés en grande partie, et qu'il serait fastidieux de reproduire ici.

« Monsieur le président, de ce que j'ai observé dans certains cas dont je donne l'observation dans le travail que votre Société a reçu, je conclus qu'en ce qui concerne la source Dominique de Vals, les effets varient selon que l'on emploie l'eau naturelle ou l'eau ayant subi une certaine concentration. De l'action de l'eau concentrée, on doit conclure à celle de l'eau naturelle. Il n'y a qu'une différence du petit au grand. A Vals, si les accès sont assez espacés, quinze, vingt jours, le malade a beaucoup de chance de se guérir en buvant l'eau naturelle. Est-ce parce que d'un accès à l'autre il a le temps de se fortifier, ou bien cet effet tient-il à ce qu'il lui a été donné de faire provision d'arsenic pour combattre l'accès futur. Il faut reconnaître, dans ce cas à l'arsenic, une action tonique spéciale, car l'on arrive à des résultats que les autres toniques ne donnent pas. Ici, ce serait une tonification antipériodique. Voici, en effet, ce qui se passe à Vals. J'ai fait concentrer l'eau de la source Dominique par l'ébullition, de manière à réduire 3 litres à 200 grammes. Il se forme un bon dépôt et j'obtiens un flacon qui possède évidemment la propriété antipériodique très-accentuée. Seul administré dans un jour, bien souvent il arrête un accès prévu, ou bien il le déplace, ou bien il le diminue très-sensiblement d'intensité. Ici, ce n'est point à l'action tonique de l'eau concentrée qu'est dû le premier résultat, c'est bien plutôt à l'action antipériodique du liquide, action qui se trouvait trop affaiblie dans l'eau naturelle. On peut donc se demander, contrairement à l'opinion émise par M. Moutard-Martin, si l'action fébrifuge des eaux minérales n'est pas autant due à la présence de l'arsenic qu'à celle des toniques proprement dits. Dans ce cas, l'arsenic de l'eau naturelle agirait comme agissent de petites doses de quinine qui, longtemps prolongées, finissent par guérir certaines fièvres. L'eau concentrée agirait comme des doses plus fortes de quinine. L'usage des eaux arsenicales est reconstituant, il est vrai, mais ce qui les rend fébrifuges, antipériodiques, c'est bien l'arsenic. En d'autres termes, l'arsenic agit comme fébrifuge et antipériodique avant que les effets reconstituants de l'eau minérale se soient fait sentir. La reconstitution, généralement observée après l'usage de ces sortes d'eaux minérales, serait donc due à deux causes : 1° disparition de la cachexie, tenant les manifestations sous sa dépendance : effet primitif; 2° absorption, assimilation des éléments réparateurs et nécessaires à l'économie, fer, arsenic ; effet secondaire. »

Depuis l'envoi de cette note, l'opinion que j'y exprimais touchant la Dominique, n'a fait que se fortifier. J'ai publié dans mon traité (*loc. cit.*) des faits nouveaux, qui mettent hors de doute l'action franchement antipériodique de l'eau de la Dominique à l'état concentré. Cette action se fait sentir aussi bien sur des névralgies que sur des fièvres intermittentes. Mais ce que l'on doit bien retenir, et j'insiste parce que, à chaque saison, je constate l'erreur de quelques médecins qui envoient à Vals indistinctement toute espèce de fièvre intermittente à quelque période qu'elle soit ; ce que, dis-je, l'on doit bien retenir, c'est que l'eau naturelle de cette source, c'est-à-dire l'eau non concentrée, ne guérit pas en quelques heures une fièvre intermittente rebelle à la quinine et dont les accès sont rapprochés. Elle guérit quand la fièvre dure depuis longtemps, que les accès irréguliers comptent au moins un ou plusieurs septenaires d'intervalle. Ce n'est que la Dominique concentrée qui est capable de couper radicalement et promptement les accès qui se suivent régulièrement. Le fait suivant confirmera ce que j'avance, en venant s'ajouter aux faits que j'ai déjà publiés dans mon *Traité des eaux de Vals*.

Voici ce que m'écrivait un de mes confrères, en m'adressant une malade qui avait contracté la fièvre intermittente à Cusset près Vichy.

« ... Je vous adresse un cas de névropathie cérébro-gastrique, dont la forme intermittente à type tantôt tierce, tantôt quotidien, est assez bien caractérisée depuis deux mois. Nous avons cru, un moment, avoir complétement raison par la quinine de ces accès fort pénibles et douloureux dont la malade vous exposera parfaitement les divers symptômes ; mais à raison de la susceptibilité de l'estomac, nous n'avons pas osé dépasser la dose de 40 centigrammes de valérianate de quinine à l'intérieur et de 1 gramme en friction sous l'aisselle, chaque jour. Depuis une quinzaine de jours, notre malade ne consta-

tait que quelques indices de ressentiment paroxystique, lorsque tout à coup a surgi hier un accès aussi violent que les premiers, avec sensation de constriction dans le crâne, névralgie du cuir chevelu, bruissement sourd dans la tête, comparé à la perception d'un bruit de cascade qui se passe dans le lointain, paresse de l'esprit à assembler les idées; nausées et angoisses de l'estomac, se terminant par un vomissement de matières liquides porracées. Notre décision a été promptement prise pour les eaux de la Dominique, qui a si souvent triomphé de l'élément périodique là où avaient échoué les sels de quinine..... »

Convaincu que l'eau naturelle de la Dominique ne réussirait point à vaincre cette intermittence, obligé, d'un autre côté, à ne faire ingérer à cette malade que les doses de liquide les plus petites, tant était grand son état de faiblesse et la difficulté à lui faire prendre par la bouche soit des aliments, soit des liquides; je débutai par lui administrer un demi-flacon par jour; un premier accès revint au bout de deux jours, mais beaucoup moins fort; le second fut insensible; on prit en dix jours sept ou huit flacons, et depuis, plus d'un an s'est écoulé. J'ai revu la malade bien des fois, il n'est jamais revenu le moindre ressentiment. La santé est excellente.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du mode d'action de la solution normale du perchlorure de fer sur l'appareil sexuel de la femme.

M. le docteur Boissarie a rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* une observation tendant à prouver l'utilité des injections de perchlorure de fer dans les hémorrhagies utérines. L'observation qui suit — recueillie par M. le Docteur Judée — semble venir, elle aussi, donner un nouvel appui à sa manière de voir à ce sujet, mais elle fait plus encore, elle peut servir aussi à démontrer que les injections ont une action toute spéciale sur les organes sexuels de la femme.

« Toutes les fois, dit-il, que j'ai fait administrer des injections à la personne qui fait le sujet de cette note, il est survenu une tuméfaction tellement considérable des tissus dont se compose le vagin, qu'après leur administration, au dire de la malade, il lui serait impossible d'introduire dans l'intérieur de cet organe, même un corps du volume d'une épingle. Cette tuméfaction durerait environ trois jours, mais irait en diminuant d'intensité dès la fin du second, de sorte qu'à la fin du troisième il ne resterait absolument rien de ce qui se serait passé. Voici, du reste, le résumé de l'observation en question.

Mme V..., âgée de trente-six ans, a joui, jusque dans ces derniers temps, d'une excellente santé. A l'âge de vingt-cinq ans, elle a fait une fausse couche; depuis cette époque, elle n'est plus devenue enceinte. Il y a deux mois environ, sans causes appréciables autre que de la pesanteur de tête et qu'un peu de douleur dans la région de l'ovaire gauche, elle a été prise tout à coup d'hémorrhagies utérines très-graves, se traduisant, au moment de leur apparition, par un véritable jet de sang. La malade se sent alors faiblir et, si elle n'avait pas à sa disposition de quoi arrêter ces hémorrhagies, elle se trouverait mal. Le sang qui s'échappe ainsi de la cavité vaginale est vermeil, et ressemble sous tous les rapports à du sang normal. En procédant à l'examen de son appareil sexuel, je n'ai trouvé chez elle, que les traces sur le col de l'utérus d'une légère érosion.

Très-inquiet au sujet de ces hémorrhagies, je lui prescrivis : 1° de rester au lit; 2° au moment de leur apparition de se faire appliquer sur le ventre des serviettes trempées dans de l'eau froide; 3° de prendre à l'intérieur du seigle ergoté, mais rien n'y fit, et elles continuèrent à se produire comme par le passé. Les linges mouillés parvinrent bien à les arrêter sur le moment mais, en somme, elles ne diminuèrent en rien leur fréquence.

C'est dans ces conditions que je résolus d'essayer les injections de perchlorure de fer. Je ne fis pas d'abord usage pour ces injections de la solution normale, mais d'une solution composée de deux parties de la précédente pour une d'eau distillée; ces injections n'ayant pas produit de résultat bien appréciable, je pris le parti d'en prescrire faites avec la solution normale.

La malade les fit d'abord une fois par jour, mais m'ayant prévenu que, sous l'influence de ces injections qui ne déterminaient chez elle, du reste, aucune douleur, les parties sexuelles se tuméfiaient considérablement, je lui conseillai de ne plus y avoir recours que lorsqu'elle verrait survenir l'hémorrhagie, et, c'est seulement à partir de ce moment qu'elle put constater, d'une manière exacte, que chaque fois qu'elle était obligée de les prendre les phénomènes suivants se produisaient immédiatement après l'injection faite avec 40 à 50 grammes de solution, gonflement considérable de tout l'appareil sexuel, oblitération tellement complète du canal vaginal que l'introduction dans son intérieur, même d'un stylet, est chose tout à fait impossible. Cette occlusion complète de la cavité vaginale dure environ toute la journée où l'injection a été donnée, dès le lendemain, elle diminue un peu, et le troisième jour elle disparaît complétement, sans être accompagnée d'aucun accident. Seulement la matière qui s'échappe alors du vagin jouirait de la propriété d'irriter les parties par où elle passe, de les rendre douloureuses et même au besoin de les corroder si la malade ne prenait pas la précaution de s'administrer dans ces conditions, de nouvelles injections d'eau froide.

Aujourd'hui, 5 février 1867, les hémorrhagies ont complétement disparu, mais il reste encore un léger écoulement, quelquefois sanguinolent, d'autres fois jaunâtre, avec douleur dans l'ovaire du côté droit, semblant indiquer que les accidents qui ont été déjà observés, se compliqueront très-probablement plus tard d'autres. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 20 février 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le président annonce à la Société que M. Philipeau assiste à la séance. Il ajoute que M. le professeur Velpeau est actuellement rétabli de son indisposition.

COMMUNICATION.

M. A. GUÉRIN. Permettez-moi de vous communiquer une observation qui trouverait sa place naturelle entre les discussions relatives au diabète traumatique et au trépan.

Il s'agit d'un homme qui, dans une chute du second étage, se fractura le crâne avec enfoncement et destruction d'une masse considérable du cerveau.

L'observation, qui a été recueillie avec beaucoup de soin par M. Reverdin, un de mes internes, vous dira que cet homme, dont le crâne a subi une perte de substance considérable, a eu, pendant vingt-trois jours, le lobe antérieur droit du cerveau exposé à l'air; que, sous l'influence de la suppuration et de la contusion, tout ce lobe a perdu sa consistance et paraît frappé de gangrène, et que, malgré cette destruction, la mémoire et les autres facultés intellectuelles ont été conservées.

La polydipsie, dont le malade a souffert durant le cours de sa maladie, doit être rapprochée du diabète, bien que l'on n'ait pas constaté de sucre dans l'urine.

On est étrangement surpris en apprenant que la destruction de tout un lobe du cerveau n'a pas suffi pour causer la mort, et l'on ne peut trop déplorer que l'infection purulente soit venue mettre un terme à une observation qui eût encore présenté un intérêt plus grand, au moment de l'élimination des parties mortifiées, car, en examinant les pièces que je mets sous vos yeux, vous constaterez avec moi que là où la dure-mère est devenue adhérente au cerveau il y a déjà un commencement de travail de réparation. Cette adhérence établit une ligne de démarcation entre le mort et le vif, et l'on se demande ce qui serait arrivé si l'infection purulente ne s'était pas produite. Le cerveau se serait-il cicatrisé et par quel mécanisme cette cicatrisation se serait-elle opérée?

Telle qu'elle est, cette observation est intéressante au point de vue du pronostic; elle prouve que l'on peut vivre longtemps avec une lésion profonde de certaines parties de l'encéphale; elle n'offre pas moins d'intérêt pour la physiologie, puisque la destruction du lobe antérieur droit n'a causé ni la perte de la mémoire que Gall avait localisée dans la région surcilière, ni la coordination de la pensée, puisque le malade a toujours répondu à nos questions de la manière la plus précise.

Parfois, il a eu un vague délire, mais sa pensée n'a jamais été troublée que par instants fort courts. S'il a conté je ne sais quelle histoire à l'interne qui l'interrogeait, il a toujours, à l'heure de la visite, fait preuve de présence d'esprit, et souvent il s'est montré rusé pour se soustraire aux opérations et pour avoir les aliments et les boissons qu'il désirait.

Enfin il n'était pas aphasique, bien que la troisième circonvolution eût été grandement compromise; mais la lésion était à droite, et nous savons qu'un de nos collègues a soutenu que la circonvolution du côté gauche préside seule à la faculté du langage.

PRÉSENTATION DE PIECES.

Kyste dermoïde de l'ovaire (inclusion). — Ovariotomie.

M. GIRALDÈS. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie les pièces anatomiques provenant d'une ovariotomie que j'ai pratiquée samedi, à l'hôpital des enfants, chez une jeune fille âgée de seize ans, non réglée.

Voici, en résumé, l'histoire de cette opérée :

A l'âge de huit ans, cette jeune fille avait été admise dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants, alors dirigé par M. Guersant, pour une tumeur de la cavité abdominale, tumeur qui a été regardée comme une inclusion fœtale. Il y a cinq ans, elle entra de nouveau dans le même service, et comme mon prédécesseur, j'ai constaté dans la même région l'existence d'une tumeur dure, que j'ai regardée aussi comme une inclusion fœtale. Mais comme la présence de ce produit n'occasionnait chez la jeune malade aucun trouble, aucune gêne dans les fonctions, je la renvoyais, en lui recommandant de venir me retrouver au cas où cette tumeur prendrait de l'accroissement et que son volume apporterait de l'embarras dans les diverses fonctions. C'est ce qui est arrivé; la jeune fille entra pour la troisième fois à l'hôpital au commencement de février.

Après un examen attentif, j'ai pu me convaincre que le volume de cette tumeur avait presque doublé, et qu'elle déterminait des troubles fonctionnels de nature à réclamer une intervention chirurgicale. L'exploration de l'abdomen permit de constater que ce produit semblait composé de deux parties : l'une dure, arrondie, comme osseuse, occupant la partie inférieure; l'autre molle, constituant la partie supérieure, le tout formant une tumeur se développant en forme de croissant autour de l'ombilic. Une ponction exploratrice, faite à la partie supérieure, donna issue à une matière crémeuse composée de globules graisseux, de matière granuleuse, d'épithélium et de quelques paillettes de cholestérine; la nature de ce liquide confirma notre diagnostic. L'opération fut décidée.

Dans le but d'assurer autant que possible le succès de l'opération, j'ai résolu de la faire dans la salle et dans le même lit que l'opérée occupait. L'opération a été faite le samedi, en présence de mes deux collègues, les docteurs Roger et Labric. La malade fut anesthésiée au moyen de l'éther. Une incision de 0,10, faite couche par couche sur la ligne médiane, découvrit la tumeur; celle-ci, trop volumineuse pour pouvoir être extraite par la plaie, m'obligea à prolonger l'incision en haut, dans l'étendue de 0^m^,02; cela fait, la main introduite dans l'abdomen après quelque manœuvre, amenait au dehors la masse morbide; le pédicule fut lié au moyen d'un fil; un clamp fut appliqué à ce pédicule sectionné au moyen de l'écraseur. Le péritoine nettoyé, la plaie fut réunie au moyen de fils métalliques, et l'abdomen, couvert avec une flanelle imbibée d'un mélange d'eau et de laudanum, maintenue par une ceinture de flanelle. Du bouillon et une boisson aromatisée avec du rhum, furent pris avec plaisir dans la journée. Le soir, la jeune opérée était aussi bien que possible, à part une grande fréquence du pouls, 120. Point de vomissements, point de tension du ventre, point de douleurs abdominales. Le même état se continue dans la journée du lendemain. Même fréquence du pouls, Pilules de 0^s^,02 d'extrait gommeux d'opium toutes les deux heures; bouillon; pour boisson, une infusion sucrée et aromatisée avec du rhum. Vers le soir, menace de hoquet; nuit mauvaise, vomissements. Dans la journée du troisième jour, ballonnement du ventre, pouls très-rapide, 140, aggravation de cet état dans la journée; mort le soir, à huit heures, trois jours après l'opération.

Autopsie. — Décomposition du cadavre; ballonnement considérable du ventre; péritonite étendue; liquide séro-sanguinolent, fétide dans la cavité du petit bassin; ovaire du côté opposé, contenant un grand nombre de vésicules de Graef.

Examen de la tumeur. — Ce produit morbide a son siége dans l'ovaire du côté droit; il est formé d'une coque fibreuse, parcourue par un grand nombre de veines volumineuses et un contenu en grande partie solide, constitué par une masse graisseuse mêlée d'une grande quantité de cheveux noirs et blancs, etc., très-longs, enveloppés, perdus dans cette production suifeuse.

L'enveloppe de ce produit pathologique est constituée par une membrane dont l'épaisseur est variable; entourée de toute part par le péritoine, elle est parcourue par des veines d'un gros volume, se divisant en réseaux serrés et très-fins. Cette membrane d'enveloppe est de nature fibreuse; elle se continue avec du tissu conjonctif qui la sépare d'une surface dermoïde constituant sa partie interne. L'intérieur de cette poche ou de ce kyste est hérissé de cheveux très-longs, présentant un bulbe très-bien organisé et des glandes sébacées en très-grand nombre. Au milieu du kyste, comme se détachant de sa surface interne, on trouve un grand nombre de petits kystes remplis d'une matière visqueuse; quelques-uns ont le volume d'un œuf de poule. A la partie inférieure de la poche-mère et dans l'épaisseur de ses parois, se rencontre une plaque osseuse de près de 0^m^,10, enveloppée d'un périoste et présentant tous les caractères du tissu osseux.

La constitution anatomique de cette tumeur, sa congénitalité confirme en tout point le diagnostic posé, à savoir : qu'elle appartient à la classe des kystes dermoïdes de l'ovaire, à une variété d'inclusion fœtale.

M. TRÉLAT. Dans une autopsie pratiquée il y a quelques semaines, on a trouvé par hasard chez la même malade, deux kystes semblables à celui que vient de présenter M. Giraldès. Je rappelle ce fait pour faire remarquer que l'existence d'un kyste dermoïde dans chacun des deux ovaires doit peut-être faire éloigner l'idée d'une inclusion fœtale.

LECTURE.

M. PHILIPEAU donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Contracture des muscles de la hanche simulant la coxalgie et sans lésion de la jointure.*

— **M. LARREY** demande si l'auteur du mémoire s'est préoccupé de résoudre la question du diagnostic entre la contracture des muscles de la hanche et la coxalgie simulée, telle qu'on l'observe quelquefois chez les conscrits. Dans les deux cas, les symptômes sont les mêmes et l'emploi du chloroforme peut servir à éclairer la question.

M. BOUVIER désirerait que la question du diagnostic fût complétée en tenant compte de la sacro-coxalgie.

M. MARJOLIN. Je voudrais savoir quel était l'âge des malades qui ont été observés par M. Philipeaux. Jusqu'ici j'ai vainement cherché chez les enfants des contractures idiopathiques de la hanche; je n'ai pu trouver que la coxalgie au début, compliquée de changement dans la position du membre.

M. DEMARQUAY. Dans un cas de contracture la douleur articulaire était tellement vive qu'on aurait pu commettre une erreur de diagnostic, mais le chloroforme a permis de constater l'intégrité de l'articulation.

M. BOUVIER. Je confirmerai pour ma part la proposition émise par M. Marjolin. Chez les enfants je n'ai observé que l'arthrite à son début; quant à la contracture on l'observe surtout chez les jeunes filles vers l'âge de la puberté.

Le diagnostic est parfois très-difficile; nous avons, avec M. Guersant, soigné une jeune fille, pendant un an, pour une coxalgie qui a guéri du jour au lendemain à la suite d'une tentative d'anesthésie par le chloroforme.

M. PHILIPEAU. Mes malades étaient de jeunes enfants; l'un d'eux, âgé de quatre ans, avait en même temps un mal de Pott.

M. BOUVIER fait remarquer que les contractures de la hanche sont communes dans les maladies du rachis et qu'il ne faudrait pas confondre ce symptôme avec les contractures idiopathiques.

M. GIRALDÈS. La communication de M. Philipeau me surprend, car moi aussi, je n'ai observé chez les enfants que des coxalgies, ou bien des attitudes vicieuses de la hanche consécutives à l'atrophie de certains muscles.

M. PHILIPEAU. Ce qui caractérise les contractures de la hanche ce sont, d'une part, les douleurs vives, d'autre part, la rémission temporaire dans les symptômes et enfin la disparition de l'attitude vicieuse sous l'influence du chloroforme.

A cinq heures moins un quart la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

216. Des lésions traumatiques des vertèbres cervicales, par M. François Thibault-Beauregard.

217. Des opérations préliminaires destinées à faciliter l'extirpation des tumeurs de la langue et du plancher la langue, par M. Yon Capmas.

218. De l'iridectomie, par M. Alfred Yardin.

219. De la vaccine, par M. Ernest Sève.

220. Considérations sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie, par M. Hippolyte Texier.

221. Des causes de la mort après l'opération de la hernie étranglée, par M. J. B. Ramond.

222. Considérations sur le rôle de l'alimentation et de l'aération dans le traitement des diathèses par M. Lapoulle.

223. Quelques considérations sur les fièvres bilieuses, par M. Henry Brouad.

224. Étude clinique sur les taches éruptives de la fièvre typhoïde, par M. Alexandre Mazeron.

225. Des abcès de l'encéphale consécutifs à la carie du rocher, par M. Jean Édouard Ribière.

226. Sur le pityriasis versicolor, par M. Édouard Audiguier.

227. Considérations pathologiques sur la migraine, par M. Jules Michelet.

228. De la méthode hypodermique en général et des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine en particulier, par M. Eugène Gallot.

229. Étude clinique sur le sarcocèle tuberculeux, par M. Édouard Henri Castier.

230. Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué, par M. Charles-Cyrille Thevenin.

231. De la paralysie glosso-laryngée, par M. Ferdinand de Bonnefoy.

232. Indications et contre-indications de l'uréthrotomie interne, par M. José F. de Betancourt y Sequeira.

233. Des applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte, par M. Antoine Desmarres.

234. De l'arsenic en thérapeutique, par M. Louis Grobon.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 4 mars 1867.

Monsieur le rédacteur,

Conformément à une décision de la Commission générale, nous venons vous prier de publier prochainement la lettre suivante, qui a été adressée à l'un de nous, le 8 février, par M. le docteur Gachet :

« Très-honoré confrère,

« Une certaine dame, qui se dit veuve de médecin, a, ces jours derniers, surpris ma bonne foi d'une façon indigne. Elle vint chez moi, s'appuyant de votre nom et de celui de M. Genouville, ajoutant que vous lui aviez donné dix francs, et que vous lui aviez fait espérer un secours efficace de l'Association des médecins de la Seine. Je lui donnai cinq francs, et je pris son adresse, désirant faire plus si c'était nécessaire. Quel ne fut pas mon désappointement ! l'adresse était fausse. On ne connaît pas cette dame au n° 87 du faubourg Saint-Martin.

« Recevez, etc.

« Dr GACHET. »

A cette occasion, nous croyons devoir reproduire le passage suivant d'une circulaire rédigée par le Bureau en 1865.

« L'Association tient à honneur de délivrer complétement le corps médical de la Seine de ces sollicitations importunes et humiliantes qui ont fait tant de dupes. Organisée pour procéder à des enquêtes minutieuses, elle peut démasquer les ruses de l'escroquerie, et réserver les secours de la charité pour les infortunes réelles et méritantes. Que chacun de nos confrères renvoie sans examen, à la Commission générale, toutes les demandes qui lui seront présentées, et bientôt disparaîtra un abus qu'il importe de détruire au plus vite. Avec le concours de tous, le succès est assuré. Mais pour que tous les intéressés aient le droit de refuser sans scrupule, pour que l'Association suffise à soulager les infortunes dignes de son intervention, il faut, vous le comprenez, que, s'inscrivant au nombre de nos associés, chacun de nos confrères contribue pour sa part aux répartitions de la Société. »

Est-il besoin d'ajouter que nous n'avons jamais autorisé personne à se prévaloir de nos noms auprès de nos confrères pour obtenir un secours? D'ailleurs depuis longtemps nous ne donnons *jamais, jamais* à aucun de ces mendiants qui exercent leur industrie à domicile ; le fait est sans doute connu dans ce monde-là, car nous ne sommes plus sollicités. Quiconque invoquera le nom de l'un de nous en s'introduisant chez nos confrères, ou prétendra, pour obtenir un secours, avoir reçu de nous un encouragement, devra être considéré comme un imposteur. Les personnes qui ont véritablement des titres à l'assistance de l'Association ou des médecins n'ont pas besoin de recourir à de pareilles ruses ; elles cesseraient d'être dignes de sympathie si elles ne reculaient pas devant des mensonges aussi impudents.

Recevez, etc.

ORFILA, — GENOUVILLE.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le lundi 1er avril 1867, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de médecins au Bureau central d'admission.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le lundi 4 mars jusqu'au samedi 16 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 1er mars 1867, pour l'achèvement de leurs études médicales ou pharmaceutiques (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme), est accordée aux étudiants ci-dessous dénommés qui se sont distingués, en 1866, par leur dévouement au soulagement des malades atteints par l'épidémie cholérique :

Services rendus dans les hôpitaux de Paris. — Étudiants de la Faculté de médecine de Paris : MM. Rocques, Proust, Lemaire, Léonardy, Boyer, Pressans, Barré, Sénac-Lagrange, Laisné, Pilate, Jourjon, Petit, Mossel, Bayonne, Massaloux, Calmettes, Braive, Sarreux La Chapelle, Hybord (Paul), Ragot, Rigoine, Bouchard, Ruck, Saison.

Étudiants de l'École supérieure de pharmacie de Paris : MM. Lambert, Blaquart, Coutelas.

Services rendus à Montpellier. — M. Gavaudant, étudiant de la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Nantes. — Étudiants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes : MM. Chauvières, Homery.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.* M. Tarnier (Émile), docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Chanut, nommé professeur honoraire.

École de médecine de Marseille. — M. le docteur Fabre, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et de chimie médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

— La Société de médecine des bureaux de bienfaisance a constitué ainsi son bureau pour l'année 1867 :

Président, M. Magnin ; vice-présidents, MM. Coursserant, Passant ; secrétaire général, M. Thibault ; secrétaire annuel, M. Domadieu ; vice-secrétaire, M. Domerc ; trésorier, M. Chaillery ; archiviste, M. Machelard.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 6 mars, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 20.

Voici son ordre du jour : 1° Rapport de candidature, par M. le docteur Galezowski ; 2° Sur les bains maures à Bône, par M. le docteur Quantin ; 3° De l'anatomie pathologique du canal nasal, par M. le docteur Coursserant ; 4° Sur la pneumonie traumatique, par M. le docteur Domerc ; 5° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

— M. le docteur Lailler commencera, à l'hôpital Saint-Louis, des conférences cliniques sur les affections cutanées, le jeudi 14 mars, à huit heures et demie précises, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le docteur CHASSAIGNAC. 2 vol. grand in-8 compactes. Prix : 18 francs.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le docteur CHASSAIGNAC. 2 vol. in-8, avec 480 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 40 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le docteur CHASSAIGNAC. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 28. — JEUDI 7 MARS 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 7 MARS 1867. — N° 28

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 MARS 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

Le fait physiologique de la pénétration de l'eau pulvérisée jusque dans les plus petites divisions bronchiques est aujourd'hui incontesté. Les expériences de M. Demarquay que nous avons rapportées dans le temps l'ont irrévocablement établi. L'application de ce fait à un système de médication ayant pour but d'agir d'une manière directe et immédiate sur les organes respiratoires, est sinon universellement, du moins généralement admise. Voilà deux conquêtes que l'on doit à la sagacité et à la persévérance de M. Sales-Girons. Lui devra-t-on aussi l'institution de la thérapeutique respiratoire, c'est-à-dire d'une méthode de traitement consistant à faire pénétrer les médicaments les plus actifs par la voie bronchique? N'allons pas trop vite, afin d'aller plus sûrement. Il y a sans contredit, dans cette proposition une idée ingénieuse et que ne désavoue pas la physiologie. Mais toutes les fois qu'il s'agit d'introduire une méthode nouvelle en médecine, il ne suffit pas qu'elle soit démontrée possible; ce qu'il faut établir surtout, c'est son utilité d'abord, et en second lieu sa supériorité sur les méthodes auxquelles on veut la substituer. — Ce n'est pas seulement notre opinion que nous exprimons ainsi; c'est aussi celle de M. J. Béclard. Chargé de faire un rapport sur le mémoire communiqué par M. Sales-Girons à l'Académie dans la séance du 23 janvier de l'année dernière, M. Béclard a admis, sans restriction, et le fait physiologique de la pénétration des liquides pulvérisés dans les bronches et l'application pratique de ce fait à la thérapeutique des organes respiratoires; mais il s'est arrêté avec réserve devant cette proposition nouvelle, de faire désormais des bronches la voie usuelle des médications internes les plus actives, non qu'il y ait précisément opposé des objections physiologiques sérieuses, mais parce que l'utilité de substituer cette voie d'absorption à la voie gastro-intestinale ou à la voie tégumentaire ne lui paraît pas démontrée. Reste cependant à examiner la question de l'utilité relative et à titre simplement exceptionnel. C'est à ce titre, que nous avons déjà engagé nos confrères à instituer des expériences à l'occasion; et c'est dans les mêmes limites que nous croyons devoir réitérer aujourd'hui cette invitation.

Après le rapport de M. Béclard, l'Académie a entendu un rapport de M. Poggiale sur les appareils à bains de vapeur de M. le docteur Lefebvre. On trouvera quelques extraits de ce rapport dans le compte rendu de la séance. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. A. GUÉRIN.

Fracture comminutive de la voûte du crâne. — Hernie du lobe antérieur du cerveau. — Pas de paralysie. — Conservation des facultés. — Fracture du rocher par continuité. — Pas d'écoulement sanguin ni séreux par l'oreille.

(Observation recueillie par M. REVERDIN, interne du service.)

L... (Pierre), âgé de vingt-cinq ans, serrurier, entré le 25 janvier 1867. Mort, le 17 février. Autopsie, le 19 février.

Le 25 janvier, étant à son ouvrage, cet homme tombe d'un second étage; il dit n'avoir pas perdu connaissance, mais il ne se souvient pas de ce qui s'est passé alors. Il entre le soir à l'hôpital.

On trouve, dans la région frontale droite, deux plaies dont les bords sont assez nettement coupés; l'une, longue de 4 centimètres environ, dirigée horizontalement à 6 centimètres au-dessus du sourcil; la seconde, oblique en bas et en dedans, a une étendue de 3 centimètres, et se termine à 3 centimètres de la queue du sourcil droit.

Toute la partie droite de la face est considérablement tuméfiée; la paupière supérieure abaissée et violacée; la vue est nette; on soupçonne une paralysie faciale, mais le gonflement empêche de s'en assurer d'une façon certaine; le malade dit que les bruits de la salle résonnent dans sa tête d'une façon pénible.

La palpation fait reconnaître, au niveau des plaies, une crépitation assez fine, et il s'écoule du sang, de sorte que, la tuméfaction masquant l'état des os, on pourrait penser que l'on a affaire ici à de la crépitation sanguine; cependant, au niveau de l'apophyse orbitaire externe, cette crépitation paraît nettement osseuse.

Pendant la nuit, le malade repose bien, mais à six heures il se lève et vomit des matières mélangées de sang, du moins à ce que disent les gens de service; la religieuse nous dit, en outre, que la plaie a donné issue à des matières blanches, ressemblant à de la cervelle. Hier soir, il paraît que le malade a eu une épistaxis. Aucun écoulement sanguin ou séreux ne se fait par les oreilles.

Le matin (26 janvier), le pouls est à 88, plein, la peau chaude; le malade est couché sur le dos, parfaitement calme, les yeux fermés, mais dès qu'on l'interroge, il regarde et répond bien, un peu lentement, il est vrai, et en se faisant souvent répéter la question.

Céphalalgie violente, sensibilité et motilité des membres parfaitement intactes.

On panse les plaies avec des compresses imbibées d'eau pure et recouvertes d'une vessie en caoutchouc renfermant de la glace. Deux bouillons.

Pendant la nuit suivante, le malade est agité et a du délire; ce qui force à lui mettre la camisole.

Le 27, les douleurs de tête continuent, sans fièvre; M. Guérin lui fait faire une saignée de trois palettes pour prévenir les accidents cérébraux.

Le 28, la somnolence continue, l'intelligence est toujours nette, les réponses un peu lentes, pas de fièvre; le malade n'a pas été à la selle. Calomel, 1 gramme.

Le soir, nous constatons l'issue de substance cérébrale par la plaie. La paupière droite reste toujours abaissée, et si on la relève, elle retombe aussitôt; la pupille est très-dilatée; l'œil, projeté en avant, immobile et la conjonctive sans ecchymose, mais très-hyperhémiée. Les douleurs de tête persistent très-vives. Le lendemain, on est obligé de renouveler la dose de 1 gramme de calomel.

Le 30, le pouls est toujours plein, peu accéléré, les réponses sont un peu plus lentes, la langue chargée, et le malade commence à se plaindre d'une soif vive, qui ne fait que croître les jours suivants et dure jusqu'à quelques jours avant la fin. Cette polydipsie fait soupçonner, chez lui, l'existence possible d'un diabète dû à la lésion cérébrale. Il boit, dans les vingt-quatre heures, une quantité de liquide qui monte à six ou huit litres; la quantité d'urine rendue dans le même temps, et mesurée le 7 février, montait à trois litres et demi environ. Cette urine est assez colorée, et examinée par l'interne en pharmacie, elle n'a pas présenté trace de sucre. La quantité d'urine rendue ne paraît pas en rapport avec celle des liquides absorbés; et pourtant le malade ne sue pas, et demande l'urinoir; mais comme il laisse aller souvent ses matières fécales sous lui, il est probable qu'une certaine quantité d'urine est rendue en même temps. Sa soif n'est pour ainsi dire jamais assouvie; dès qu'on s'approche de son lit, il demande à boire, et son verre vidé il en demande un second.

Le 30, on lui fait prendre 0gr,05 tartre stibié dans un pot de tisane.

Le soir, il a, au rapport de la religieuse, des convulsions des membres et de la face, qui ne durent qu'une minute à peine, et pendant la nuit il est un peu agité. (Les parents, interrogés, ont affirmé qu'il n'a jamais eu d'attaques d'épilepsie.)

Pendant la journée, il est toujours somnolent; l'intelligence paraît un peu plus troublée; il répond toujours bien, mais il joint à ses réponses très-lucides des récits extravagants, il nous parle du roi Henri qui est son frère, dit-il, et à qui il a fait une statue; un autre jour, c'est son propriétaire qui lui a envoyé 30,000 francs, ou bien il a faim et veut se lever pour faire des crêpes. Ce demi-délire n'a, du reste, rien de violent et persiste, plus ou moins marqué, jusqu'aux derniers jours du malade.

Quant aux phénomènes de paralysie, voici ce qui a été observé: à mainte reprise nous avons pincé la peau des membres supérieurs et inférieurs, nous lui avons fait faire des mouvements ou serrer nos mains, et jamais nous n'avons pu constater rien d'anomal. Mais il n'en est pas de même de la face. Le gonflement ayant disparu peu à peu, il est devenu parfaitement évident que la moitié gauche de la face restait tout à fait immobile; les paupières de l'œil gauche restaient toujours entr'ouvertes quelques efforts que fît le malade pour en compléter l'occlusion; d'un autre côté, aucun écoulement sanguin ou séreux par l'une ou l'autre oreille; un jour seulement on trouva un peu de sang desséché sur le pavillon de l'oreille gauche, mais il ne venait pas du conduit auditif, mais probablement des plaies. M. Guérin est amené, par la constatation de ces faits, à diagnostiquer une fracture du rocher gauche, ce que l'autopsie a du reste vérifié.

Du côté droit pas de paralysie faciale. Mais l'œil est fortement projeté en avant; la conjonctive est boursouflée, injectée; la paupière abaissée, la pupille plus dilatée qu'à droite, et cela très-largement; de plus, l'œil est immobile; en présentant une lumière devant celui-ci, en tenant la paupière relevée et en portant cette lumière en divers sens, le malade fait des efforts inutiles pour suivre ces mouvements; cependant la vue est intacte, il compte les doigts qu'on lui présente et reconnaît les objets. Cet état a persisté jusqu'à la fin, si ce n'est qu'une ou deux fois nous avons vu l'œil pouvoir exécuter des mou-

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT,

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

VIII. — L'Allemagne: KIERLING, VÖSLAU, BADEN.

A la page 121 de l'excellent ouvrage de M. Carrière, j'avais lu et mis sur mon itinéraire de voyage le passage suivant: « Vienne est encore une station de petit-lait, mais une station d'où il est transporté du dehors, et qui a l'avantage de fournir, pendant l'hiver, ce remède aux malades d'une ville où la tuberculose exerce de grands ravages. Aux alentours de cette capitale, les stations se multiplient: Klosterneubourg, Vöslau, Baden près Vienne, surtout sont des contrées où les cures de petit-lait fixent une nombreuse clientèle. »

Dès mon arrivée dans la capitale de l'Autriche, je me mis en mesure de visiter les stations signalées par M. Carrière, en commençant par Klosterneubourg, et réservant pour la fin mon étude sur Vienne.

Je partis donc pour Klosterneubourg; mais là, contrairement aux indications fournies par M. Carrière, je ne trouvais que des casernes et des couvents, des soldats et des moines. Le petit-lait y était parfaitement inconnu, et je n'étais compris de personne quand je demandais le *molkenkur* (la cure de petit-lait).

Cependant, après force recherches et informations (car je ne voulais pas perdre le fruit de mon excursion), j'appris qu'à une heure de Klosterneubourg, des malades allaient, pendant l'été, boire du petit-lait dans un chétif village appelé Kierling.

Je me fis conduire au lieu désigné, et je découvris enfin une maison basse et de très-modeste apparence, qui répondait aux indications que l'on m'avait données.

C'était la demeure du médecin du bourg, qui prépare lui-même le petit-lait, le vend à la chopine, et qui en expédie à certains établissements de Vienne dont je parlerai plus loin.

Le docteur Reiss — c'est le nom de notre confrère de Kierling, qui voulut bien me donner tous les détails qui vont suivre — n'emploie que le petit-lait de brebis, et l'obtient au moyen du vinaigre. Nul autre que lui n'aborde cette préparation, car il faut une certaine habitude pour obtenir la précipitation complète du caséum, et en même temps ne pas communiquer de l'acidité au produit. — Cette nouvelle édition du fameux *tour de main* si vanté en Suisse, à Ischl et à Méran, est ici plus acceptable à cause du vinaigre; mais j'estime que, dans moins de huit jours, le moindre apprenti sera passé maître.

Cette opération terminée, en conservant toujours une température voisine de l'ébullition, on passe le petit-lait obtenu d'abord à travers un linge, et plus tard, *quand il est refroidi*, à travers du papier joseph.

Du petit-lait refroidi! mais c'est le renversement de tout ce que nous avons vu jusqu'ici. Cependant, je le répète, à Kierling, le docteur Reiss l'ordonne et le fait boire froid, et ne le réchauffe au bain-marie que lorsqu'une indication spéciale exige une température élevée.

Quelquefois aussi il prescrit, concurremment avec le petit-lait, l'usage des eaux minérales; mais, contrairement à ce qui se pratique à Ischl, il ne mélange jamais les deux liquides.

Tandis qu'à Gleichenberg, comme nous l'avons vu, on alterne de demi-heure en demi-heure les verres de petit-lait et ceux d'eau minérale, à Kierling, cette alternance a lieu de cinq en cinq minutes et par gorgées. A cette manière de faire, le docteur Reiss trouve l'avantage d'agir d'une façon plus continue sur l'appareil respiratoire, car, hâtons-nous de le dire, les affections de cet appareil sont les seules qui fréquentent la station dont il s'agit ici.

Mais comment se fait-il que Kierling soit en si flagrante contradiction avec les établissements de Suisse? Ces derniers soutiennent que, dans les maladies de poitrine (tuberculose, laryngite, bronchite, etc.), le petit-lait de chèvre, à la température de 28 à 30° Réaumur, est le seul convenable. A Kierling, au contraire, on n'emploie, dans les mêmes affections, que le petit-lait de brebis, et à la température ambiante.

Qui a raison, ou d'Appenzell ou de la station autrichienne? Je ne sais encore; mais ce que je sais d'ors et déjà, c'est que la médication séro-lactée est surchargée de préjugés et de formules nébuleuses qui expliquent peut-être l'éloignement dans lequel l'a jusqu'à présent tenue l'esprit essentiellement pratique de la France. Cette médication ne mérite ni l'enthousiasme mystique de la Suisse et de l'Allemagne, ni le dédain systématique de notre pays. Son étude, dégagée de toute prévention, et basée sur l'observation médicale, doit conduire à des résultats satisfaisants, j'en suis convaincu. Mon voyage et ce travail n'ont d'autre but que de contribuer à cette étude, et en même temps d'aider à l'introduction dans notre pays d'une médication que nous ne connaissons encore que par quelques rares écrits.

Mais revenons à Kierling.

Les pâturages où les brebis du docteur Reiss trouvent leur nourriture ne sont point situés sur les montagnes, et n'offrent pas les plantes aromatiques dont se prévaut le canton d'Appenzell; ce sont tout simplement des prairies arrosées par de petits cours d'eau, et dont l'altitude est insignifiante.

Enfin, et pour en finir avec cette station, le régime diététique ne

vements très-bornés en haut et aussi en dehors. Il est probable que le nerf moteur oculaire commun est altéré de quelque façon ; peut-être aussi les autres nerfs moteurs de l'œil.

Cela dit, nous reprenons les faits observés jour par jour.

Le 1er février, le pouls est à 88 ; les réponses sont lucides, mais le malade nous fait les récits dont nous avons parlé. Le gonflement a disparu et la paralysie faciale est bien nette.

M. Guérin agrandit la plaie externe et retire un fragment semblant provenir de la partie externe du rebord orbitaire. On voit alors, au fond de la plaie, le cerveau agité de mouvements isochrones au pouls. M. Guérin lie quelques artérioles et fait faire un pansement au cérat, recouvert toujours par la vessie pleine de glace.

Le lendemain, le pouls n'a pas changé, et le malade dit avoir faim. Les plaies suppurent. Même état mental.

Le 3, M. Guérin agrandit la seconde plaie et tente en vain d'extraire un fragment qui paraît mobile, mais qui est engagé entre les fragments voisins, de manière à faire craindre de blesser le cerveau si l'on employait la force nécessaire pour l'extraire. En portant le doigt au fond de la plaie, on sent très-bien plusieurs portions d'os enfoncées au-dessus et en dehors de l'orbite.

Le 4, les plaies suppurent assez abondamment ; le pus est en contact avec les circonvolutions mises à nu et commençant à faire hernie par la plaie, la paupière supérieure droite est toujours abaissée quoique le gonflement de la face ait disparu. La somnolence persiste, mais on en tire toujours facilement le malade ; il se plaint de la soif et de la faim. Une côtelette.

Le 6, pouls, 104. Peau modérément chaude ; langue blanche.

Le 8, la paupière supérieure droite est rouge, douloureuse, tuméfiée et fait une saillie considérable. M. Guérin extrait, par la plaie interne, un fragment de 2 centimètres de long, sur 1 centimètre et demi de large. Suppuration abondante.

Le soir, le pouls bat à 108 ; il se maintient au même chiffre le lendemain. La paupière est encore plus tuméfiée, le sillon orbito-palpébral supérieur est tout à fait effacé et remplacé par une surface convexe. On sent, en introduisant le doigt par la plaie externe, une ouverture de la boîte crânienne de la grandeur d'une pièce de dix sous, à bords irréguliers, et on arrive sur le cerveau baigné par le pus, sans interposition de la dure-mère.

Le 10, M. Guérin extrait du fond de la plaie deux petits fragments de bois. Tisane de chicorée : le malade la boit avec avidité.

Le 11, pouls à 104. En explorant les deux plaies avec le doigt, on trouve, en allant de dehors en dedans, l'ouverture mentionnée, puis un fragment enfoncé après lequel en vient un autre qui l'est moins ; il occupe la partie interne de la plaie externe et s'étend jusqu'à la plaie interne. M. Guérin réunit les deux plaies et extrait ce fragment mobile, mais adhérent au périoste par sa partie supérieure, on l'en détache assez facilement, sauf en haut, où il faut le couper ; ce fragment angulaire a 5 centimètres de longueur, sur 2 centimètres et demi de largeur ; un second fragment de 1 centimètre et demi de longueur, sur 1 centimètre un quart de largeur, placé en dehors du précédent, est extrait sans difficulté. En portant le doigt en dedans, on sent un fragment enfoncé d'environ un quart à un demi-centimètre.

Du reste, la suppuration paraît de bonne nature ; la somnolence a disparu, mais le teint présente une coloration un peu jaunâtre.

Le soir, le pouls est à 104 ; le malade souffre de la tête, et la somnolence est de nouveau plus marquée.

Le 12, pouls à 104. Douleurs de tête ; la somnolence a diminué, le teint est plus jaune. Le cerveau se présente dans la plaie, et il fait une saillie qui arrive presque au niveau de la peau ; il est baigné de pus un peu grisâtre, et agité de pulsations isochrones au pouls, sur lesquelles la respiration n'exerce aucune influence.

M. Guérin extrait encore un petit fragment de bois. Le doigt porté en dehors du cerveau, entre la paroi osseuse et lui, pénètre dans une sorte de scissure profonde de la substance cérébrale ; plus en dehors, il arrive sur une arête osseuse dirigée d'avant en arrière : c'est qu'un fragment détaché de la région temporale a basculé en dehors et en bas par son bord inférieur. L'arête est formée par la portion de l'os dont elle s'est détachée. Pansement simple.

Le 13, pouls à 124, teint très-jaune, céphalalgie, langue sèche, fuligineuse. Le malade n'a pas été à la selle depuis plusieurs jours. Calomel 0gr,80.

M. Guérin incise la paupière et donne issue à du pus crémeux assez abondant ; mais l'exophthalmie ne diminue en rien. La plaie suppure abondamment, et la hernie est plus saillante encore qu'hier. Deux petites ulcérations se sont formées au niveau de la partie médiane du front et d'un fragment enfoncé. Cérat recouvert d'un cataplasme sur la hernie du cerveau.

Le 14, pouls à 124, peau chaude ; la hernie n'a pas diminué ; la substance cérébrale a une coloration grisâtre. M. Guérin explore de nouveau la plaie ; il trouve en dedans de la hernie un pont osseux paraissant peu enfoncé, puis un fragment enfoncé par son bord externe, et limité en dedans par une simple fêlure.

Le malade n'a pas été à la selle, malgré le purgatif. Une bouteille de limonade purgative. Pansement simple.

Le soir, le pouls est à 140 ; le malade a été agité toute la journée ; la plaie exhale une odeur très-forte ; la soif paraît un peu moins vive.

Le 15, pouls à 144. La nuit a été plus tranquille. Le pus est moins abondant et se dessèche sur les pièces de pansement ; la surface de la hernie est elle-même grisâtre et un peu sèche. Toute la joue et la tempe sont fortement tuméfiées.

M. Guérin extrait un fragment de 4,3 de largeur sur 4,2 de longueur ; il est nécrosé à sa partie inférieure, qui correspondait au fond de la plaie et formait ce pont osseux non enfoncé à la partie interne de la hernie ; sa partie supérieure est vivante, vascularisée et adhérente au périoste, dont on la détache avec la spatule.

Le soir, le pouls est 144 à 148.

Le 16, pouls à 124 ; 30 inspirations par minute ; langue sèche, fuligineuse, ainsi que les dents. Le malade est assoupi, ne parle que peu, mais répond encore bien, et dit ne pas souffrir. La peau et les sclérotiques sont jaunes ; la plaie est desséchée et exhale une forte odeur.

Le soir, pouls à 152, 40 inspirations ; carphologie. Le malade est très-assoupi, et ne répond qu'en bredouillant.

Le 17, le pouls, petit et irrégulier, oscille entre 140 et 155. La respiration est embarrassée, ronflante ; on compte 56 inspirations. Peau chaude, un peu humide, d'une couleur jaune clair ; langue et dents sèches, narines pulvérulentes, parole embarrassée, adynamie complète. Le malade ne se plaint pas, ne demande presque plus à boire et va sous lui.

M. Guérin extrait deux fragments à la partie externe de la plaie ; l'un d'eux n'est nécrosé qu'en partie. Hémorrhagie en nappe assez abondante.

Les plaies sont sèches.

Le malade meurt à trois heures après midi, sans autre phénomène.

On n'a constaté aucun frisson durant les derniers jours.

Autopsie. — Les poumons, emphysémateux à leur bord antérieur, sont congestionnés aux bords postérieurs, qui présentent à la base des noyaux arrondis, superficiels, durs ; ce sont des abcès métastatiques à diverses périodes, les uns encore formés de masses rouges ayant l'aspect et la consistance de l'hépatisation, les autres formés à leur centre de matière jaune, friable, mais pas encore liquide. Pas de liquide dans la cavité pleurale.

La rate, volumineuse et diffluente, présente à la face externe un noyau jaunâtre de la même nature que ceux des poumons.

Le rein gauche paraît graisseux ; le droit est volumineux et hyperhémié.

Les autres viscères ne présentent rien de particulier.

Crâne et cerveau. — La portion humide du cerveau s'est desséchée et affaissée ; ses bords se sont, par suite, écartés de la brèche osseuse qui lui donnait passage. Cette ouverture, à bords irréguliers et entourée de plusieurs fragments plus ou moins enfoncés, présente une étendue équivalente à une pièce de cinq francs en argent environ. Les tissus qui entourent cette brèche sont infiltrés d'un liquide grisâtre, à odeur gangréneuse ; le muscle temporal droit présente une coloration gris verdâtre, et est parsemé de petits foyers de pus crémeux. Il en est de même des muscles ptérygoïdiens du côté droit, et de la dure-mère, qui tapisse la fosse moyenne du crâne à droite ; les nerfs maxillaires, de ce côté, présentent la même coloration, ainsi que le muscle releveur de la paupière ; la peau de la paupière elle-même est décollée et séparée du muscle orbiculaire par du pus sanieux.

Quant aux os, une fois mis à nu, on trouve le frontal, la partie antérieure du temporal et toute la voûte orbitaire brisés en une multitude de fragments ; quelques-uns de ces fragments sont encore enfoncés, soit du côté du cerveau, soit du côté de l'orbite.

De ces os littéralement broyés, partent plusieurs fissures étendues et rayonnant dans diverses directions, soit du côté de la voûte, soit du côté de la base du crâne. L'une d'elles s'étend d'avant en arrière jusqu'au delà de la partie moyenne du pariétal droit. Une fêlure incomplète a permis à un large fragment placé à la partie interne de la brèche du frontal, de s'enfoncer par son bord externe, tandis que son bord interne reste adhérent par la lame profonde de l'os. Une seconde fissure s'étend de la voûte orbitaire jusqu'à la partie postérieure de la fosse sphénoïdo-temporale droite, mais sans arriver jusqu'au rocher. Enfin, une troisième fissure part également de la voûte orbitaire, traverse obliquement la partie antérieure de la selle turcique, et arrive au trou déchiré antérieur, où elle se perd pour reparaître plus loin sur le rocher gauche, qu'elle divise d'avant en arrière à 2 ou 3 millimètres en dehors du conduit auditif interne.

Enfin la fracture s'étend jusqu'à la face inférieure du sphénoïde, et tous les tissus qui avoisinent les apophyses ptérygoïdes sont infiltrés de sanie grisâtre.

Cerveau. — Pour enlever le cerveau, il faut diviser un tissu dur et criant sous le scapel, formé par l'adhérence de la dure-mère avec les parties extérieures au crâne. Sur les bords de l'ouverture osseuse, le cerveau lui-même présente les lésions suivantes : le lobe frontal droit et une partie du lobe sphénoïdal sont infiltrés de liquide grisâtre, mous, mais un peu desséchés à la superficie, et labourés par les fragments enfoncés. Voici, du reste, l'étendue des parties altérées : à la face inférieure, elles occupent tout le lobe frontal et une partie du lobe moyen en arrière de la scissure de Sylvius ; la circonvolution d'enceinte de cette scissure présente un foyer rempli de pus sanieux occupant la partie de cette circonvolution, qui borde en arrière la scissure à sa partie interne ; à la face externe, les lésions n'occupent que la moitié antérieure du lobe frontal, et la face interne n'est atteinte que dans une partie étendue en avant (la troisième circonvolution est complétement altérée).

Une fente irrégulière divise profondément le lobe frontal en deux moitiés, une interne, une externe, et entre les lèvres de cette large plaie, qui s'étend surtout à la face inférieure, on trouve un caillot brun épais.

Sur toutes les parties lésées qui présentent les apparences d'un tissu mortifié, on ne trouve aucun vestige des méninges.

Sur leur limite, la dure-mère est épaissie, d'un gris foncé, parsemée de petits points jaunes formés par du pus, et adhère solidement aux parties subjacentes ; au-dessous d'elle, la cavité arachnoïdienne renferme des fausses membranes épaisses, de couleur jaunâtre.

La pie-mère, enfin, sur les limites de la lésion, est vascularisée ; elle recouvre des circonvolutions qui présentent une coloration grisâtre bornée à la couche superficielle ; cependant leur consistance est un peu molle.

Le lobule de l'insula, placé plus en arrière, paraît sain.

Toutes les autres parties de l'encéphale sont exemptes de lésions. Il en est de même des parties molles de l'orbite, à l'exception du muscle releveur. Le nerf moteur oculaire commun n'a pu être suivi ; mais il était probablement altéré, son trajet correspondant à des parties gravement compromises.

RÉUNION DE DOIGTS PRESQUE COMPLÉTEMENT COUPÉS,

Par M. DAVID, élève en médecine.

I. — J'ai rencontré, dans la clientèle de mon père, médecin dans le midi de la France, un enfant de paysan âgé de cinq à six ans, qui, en voulant hacher du bois avec un couperet, a laissé retomber cet instrument sur les doigts de sa main gauche, perpendiculairement à leurs faces dorsales. L'index, le médius, l'annulaire et l'auriculaire ont été divisés presque entièrement, ils ne demeuraient adhérents que par un lambeau palmaire très-faible.

Les parents accourent aux cris de l'enfant ; on lui enveloppe la main avec un mouchoir du mieux qu'on peut, et on arrive chez mon père, qui se trouve à 4 kilomètres de là.

Les quatre doigts étaient flottants au-dessous de la main ; il s'était produit une hémorrhagie abondante, mais qui était arrêtée lorsque mon père put donner ses soins à l'enfant. Le mouchoir qui avait servi à envelopper la main avait été complétement imbibé de sang.

Mon père hésita d'abord un peu, cependant il se décida à tenter la réunion, n'y voyant pas du reste d'inconvénients.

Un pansement approprié fut pratiqué et tout s'arrangea pour le mieux.

s'éloigne pas sensiblement de celui que déjà nous avons plusieurs fois noté ailleurs, ainsi que les heures réglementaires de la cure et les lentes promenades pour la digestion.

Arrivons à Vöslau.

Vöslau, dans une position diamétralement opposée à celle de Kierling, est une station du chemin de fer de Vienne à Trieste, non loin de Baden, dont je parlerai tout à l'heure.

C'est particulièrement un lieu de plaisance pour les habitants de Vienne, dont les uns y séjournent pendant tout l'été, et que les autres visitent le dimanche, comme font les Parisiens pour Meudon, Ville-d'Avray, le Raincy et tous les riants environs de leur ville.

Cependant Vöslau possède une source simplement et faiblement thermale. Elle est limpide et claire comme de l'eau de roche ; elle alimente un bassin de natation et perd son peu de thermalité dans le trajet fort court, 4 mètres à peu près, de son point d'émergence au bassin de natation.

Au-dessus de cet établissement de bains où la médecine n'a rien à faire, se trouve un petit bois décoré du nom pompeux de forêt, et au milieu de cette forêt une sorte de café-restaurant où les promeneurs vont se désaltérer et se reconforter.

C'est là que se boit le petit-lait.

Je veux bien admettre que quelques cures s'y font, mais il faut reconnaître que le petit-lait fait surtout office de boisson rafraîchissante, et qu'il est donné, à ceux qui le préfèrent, à la place de la bière ou du sirop d'orgeat. Enfin et, pour tout dire, sauf quelques rares exceptions, le petit-lait, à Vöslau, n'est pas autre chose qu'une consommation de café.

Passons à Baden.

Je resterai fidèle au but de mon voyage, et n'enfreindrai pas, à l'occasion de Bade, la règle de conduite que je me suis imposée pendant tout le cours de cet ouvrage. Je ne dirai donc rien des sources sulfureuses, du site et des bains de cette ville ; seulement, j'avouerai que je n'ai pas ressenti l'admiration enthousiaste de quelques touristes pour l'aménagement et le luxe de ses bains, ainsi que pour la somptuosité de ses bâtiments. Enghien, qui se trouve dans des conditions topographiques et hydrologiques à peu près identiques avec celles de la station autrichienne, est en tout supérieur à Bade par ses constructions, par son aménagement hydrologique et par son site, auquel le voisinage d'un beau lac donne une valeur sans pareille. Quand donc nous rendrons-nous justice à nous-mêmes, et ne déprécierons-nous plus nos richesses vraies, en vantant outre mesure les médiocrités de nos voisins ?

Mais je reviens au petit-lait.

L'établissement où se font les cures séro-lactées est situé dans le parc du baron Doppelhof, à quelques pas du château, qui n'est point accessible aux visiteurs. Le parc a été divisé en deux parties inégales, dont la plus étendue est livrée aux promeneurs, et dont l'autre est réservée à la jouissance privée du propriétaire.

L'établissement rappelle de loin ceux de Gais, en Suisse. Il se compose d'un bâtiment en retour, décoré d'une galerie couverte, au bout de laquelle se trouve une salle meublée de bancs et de chaises, refuge des malades pendant les mauvais jours, et d'où s'exhale un parfum très-prononcé des vacheries qui l'avoisinent.

Une espèce de grande cour carrée s'étale devant l'établissement, auquel font face des écuries et des étables.

Quand le ciel est beau, le petit-lait se prend au milieu de cette cour, et les malades se promènent dans le parc ; quand le temps est mauvais, la buvette est établie dans la salle dont j'ai parlé plus haut, et la galerie couverte fait office de promenoir.

L'établissement est tenu par un fermier hongrois, auquel le baron Doppelhof fournit les bestiaux nécessaires au commerce de la laiterie, car, outre le petit-lait, le fermier fabrique du beurre et du fromage, et envoie du lait sur les marchés de Vienne.

Jusqu'à l'année dernière, m'a dit le docteur Mülleitner, dont les indications médicales m'ont été d'un grand profit, le propriétaire entretenait des brebis pour le service du petit-lait ; mais, s'étant aperçu que la production exagérée du lait portait préjudice à l'abondance et à la beauté de la laine, il préféra les revenus de ce dernier produit à ceux du premier, et retira les brebis de l'établissement, et n'y laissa plus que des vaches.

Celles-ci ne quittent l'étable ni hiver ni été ; elles n'en sortent que pour aller à l'abreuvoir. On les nourrit avec du maïs et du trèfle, et en hiver avec les betteraves. En été, pour donner plus de saveur au petit-lait, on mêle du foin à leur nourriture habituelle.

Comme on le voit, nous sommes bien loin des pâturages alpestres et aromatiques de la Suisse. Des prétentions exagérées du canton d'Appenzell, nous sommes graduellement arrivés, en passant par Ischl, Méran et Gleichenberg, au brutal réalisme de Bade. En Suisse, il fallait que les chèvres aillent sur les plus hautes montagnes choisir les plantes parfumées qui veulent une grande altitude, conditions indispensables, disait-on, à la bonté du petit-lait. A Bade, au contraire, s'il en faut croire le pâtre hongrois, le petit-lait est de meilleure qualité quand l'animal a une nourriture choisie et réglée, et en même temps le plus absolu repos. Il rapprochait de cette production, que, si l'on osait, on pourrait appeler artificielle, celle de la graisse chez les oies et autres volailles condamnées à l'empâtement et à l'inaction, et il me demandait si la graisse de ces oies n'était pas préférable à celle des oiseaux vivant en plein air (1).

(1) Dans un des chapitres suivants, le chapitre X, consacré à la synthèse de la pratique séro-lactée, je développe cette théorie hongroise que

L'enfant, aujourd'hui parfaitement guéri, a conservé à peu près dans sa parfaite intégrité l'usage de ses doigts.

II. — Quelques jours après, un autre fait non moins intéressant se présente dans la clientèle de mon père.

Toujours un enfant de paysan, âgé de quatre ans, reçoit sur l'index de sa main gauche une énorme pierre, qu'un autre enfant plus âgé avait laissé tomber en s'amusant. On apporte aussitôt cet enfant auprès de mon père, et nous l'examinons tous les deux ensemble.

Nous trouvons, vers sa partie moyenne, une section oblique comprenant presque toutes les parties molles et à bords contus; la deuxième phalange était écrasée et nous eûmes deux esquilles à extraire; le doigt ne tenait plus au reste de la main que par un lambeau très-étroit et situé à la partie externe de la face palmaire.

L'amputation du doigt paraissait inévitable, les articulations voisines avaient été probablement ouvertes.

Cependant mon père, encore sous l'influence des succès qu'il venait d'obtenir, ne se désespéra pas, et après avoir bien nettoyé la plaie, essaya la réunion à l'aide de bandelettes de diachylon.

Le pansement fut fait avec grand soin, la réunion ne se fit pas sans quelque peine, et nous restâmes quelques jours encore à nous demander s'il ne faudrait pas en venir à l'amputation.

Après dix jours seulement nous fûmes rassurés, et dès lors tout se termina mieux que nous n'osions l'espérer. L'enfant, aujourd'hui, a son doigt ankylosé, ne permettant que les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne, mais qui lui est encore très-utile.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mars 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Allier, l'Aube et la Côte-d'Or;

2° Les rapports de MM. les docteurs Madin (de Verdun), sur une épidémie de rougeole; Meynial (d'Aurillac), sur une épidémie de variole; Bernard (de Prangey), sur les épidémies qui ont régné dans le canton de Longeau en 1866;

3° Un rapport du préfet de la Seine-Inférieure, sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1866 dans ce département. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Hardy et Marrotte, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de thérapeutique;

2° Une lettre de M. le docteur Gaillard (de Poitiers), qui se présente comme candidat au titre d'associé national;

3° Une lettre de M. le docteur Armand Rey (de Grenoble), qui se présente comme candidat au titre de correspondant;

4° Un mémoire de M. le docteur Bonald, de Montréal (Bas-Canada), sur l'extinction de la syphilis.

— **M. Béclard** présente le tome VI[e] du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* publié sous la direction de M. le docteur Jaccoud; et au nom de M. Jules Girette, commissaire pour la Chine à l'Exposition universelle de 1867, un ouvrage intitulé : *La Civilisation et le Choléra.*

— **M. Larrey** présente les *Bulletins de la Société médicale d'émulation de Paris.*

— **M. Depaul** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Marrotte, une lettre sur la transmission de la syphilis par l'inoculation de la vaccine.

— **M. le Président** annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur Leviel de La Marsonière, l'un de ses correspondants.

M. le président informe l'Académie qu'il y aura comité secret dans la prochaine séance, pour le rapport de la section de pathologie sur les candidats à la place vacante dans cette section.

RAPPORTS.

Thérapeutique respiratoire. — M. Béclard lit un rapport sur un mémoire de M. Sales-Girons intitulé : *La thérapeutique respiratoire ou la voie bronchique comparée à la voie gastrique eu égard à la meilleure administration des médicaments.*

Ainsi que le pressent l'Académie, dit M. Béclard, le travail de M. Sales-Girons est la suite et le développement des idées bien connues de l'auteur sur cette méthode de traitement qui consiste à porter sur la muqueuse des bronches, non pas les gaz et les vapeurs, mais les solutions médicamenteuses chargées de leurs principes actifs et suspendues dans l'air inspiré par le moyen de la pulvérisation des liquides.

Cette méthode thérapeutique, l'auteur l'avait déjà proposée comme médication applicable aux lésions de l'appareil pulmonaire ou aux maladies de poitrine. Dans le travail qu'il soumet aujourd'hui à l'Académie, M. Sales-Girons a des visées plus hautes; il veut compléter le travail que vous a fait connaître M. le professeur Bouillaud, dès 1861, sous le titre de *Diète respiratoire,* et ce qu'il propose, c'est une méthode générale de traitement des maladies selon laquelle les médicaments appropriés seraient administrés par la voie des bronches au lieu de l'être par la voie gastrique comme d'habitude.

L'auteur s'adresse directement à la physiologie et lui demande si, en effet, la surface des bronches n'est pas préférable à la surface digestive pour la bonne administration des médicaments.

La question préjudicielle, dit M. le rapporteur, est celle de savoir si les liquides pulvérisés pénètrent réellement dans les bronches jusqu'à leurs divisions ultimes. Sur cette question un remarquable rapport de M. Poggiale et les expériences de M. Demarquay n'ont pas laissé le moindre doute touchant cette pénétration; elle est donc démontré réelle depuis longtemps, et l'instrument pulvérisateur perfectionné qui vous a été soumis tout récemment, n'a fait encore que rendre plus facile et mieux établie cette introduction des poussières liquides dans les bronches.

Il est certain aujourd'hui qu'en réduisant cette poussière à l'état de nuage ou de fumée, comme cela a lieu avec les instruments, les canaux bronchiques, quoique anguleux et diminuant de calibre, la recouvrent dans toute leur étendue. Enfin les preuves surabondent pour assurer que cette pulvérisation pénètre jusqu'aux extrémités de l'arbre respiratoire.

Maintenant, en ce qui concerne le pouvoir absorbant de la muqueuse pulmonaire, il est incontestable qu'il y a peu de surfaces mieux douées pour l'absorption entre la substance qui doit être absorbée et le sang qui y circule, il n'y a pour ainsi dire rien d'intermédiaire. Aussi les liquides qu'on introduit dans les poumons y disparaissent avec une surprenante rapidité : 25 litres d'eau peuvent être injectés dans les bronches d'un cheval en six heures, et sont absorbés aussitôt sans incommoder sensiblement l'animal.

Enfin, il est connu de tous les physiologistes que, lorsqu'on veut introduire une solution, il n'est pas de voie d'absorption plus sûre et plus prompte que l'organe bronchique. D'après les faits d'expérience, la physiologie peut donc répondre à la question de M. Sales-Girons, que la voie respiratoire présenterait, en comparaison des autres, une supériorité réelle pour l'absorption des médicaments. En moins d'une demi-minute, toute la masse sanguine passe pour ainsi dire globule à globule dans son épaisseur, d'une admirable ténuité, de telle sorte que la matière absorbable se trouve en contact avec chacun des éléments du sang.

Il résulte de ces conditions qu'en la comparant avec la voie digestive, la voie bronchique est, sous tous les rapports, indiquée pour la meilleure absorption des médicaments. L'estomac du cheval, dont on a lié le pylore, peut, d'après les expériences de M. Bouley, supporter vingt-quatre heures une solution de strychnine sans que l'animal soit empoisonné. L'intestin grêle est la partie où l'absorption est la plus active, mais elle y est encore moindre que dans les bronches.

Il n'y a donc point de doute à élever sur la préférence que mérite la voie respiratoire que propose M. Sales-Girons, pour l'introduction des médicaments liquides pulvérisés selon sa méthode; et cette méthode d'inhalation est compatible avec l'acte physiologique de la respiration.

L'auteur distingue parfaitement les substances actives comme celles qu'il faut réserver pour cette médication. Ainsi, les alcaloïdes et notamment le sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes. Il en cite même une observation de cure remarquable; mais ce n'est pas la question de thérapeutique qui paraît occuper M. Sales-Girons; il lui semble que si la physiologie témoigne en faveur de son idée nouvelle, la thérapeutique ne peut pas manquer de venir ensuite la pratiquer heureusement.

M. le rapporteur arrive au dosage difficile du médicament dans cette méthode; M. Sales-Girons dit qu'il obtient une goutte de solution dans les bronches par chaque inspiration volontaire de sa pulvérisation, ce qui suffirait pour produire une dose notable dans une séance de cinq minutes, séance qu'on répéterait deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures s'il le fallait.

En résumé, dit en terminant M. Béclard, la physiologie répond en effet à M. Sales-Girons que la voie bronchique est la porte la plus largement ouverte à l'administration et l'absorption des médicaments. Lorsque cette méthode sera réglée dans la suite, il y aura lieu de voir jusqu'où elle justifie les grandes espérances de l'auteur.

Ensuite, dans quelles maladies conviendra-t-il de l'appliquer ? Sera-ce dans celles qui pénètrent dans l'organisme par la respiration, suivant le principe établi en ces termes par M. Sales-Girons : *quantum valeat ad absorptionem morbi, tantum valeat ad absorptionem remedii;* le champ en serait assez vaste; mais il serait imprudent de répondre à ses questions avant que l'expérience clinique ait permis de se prononcer.

M. Béclard propose à l'Académie d'adresser des remercîments à l'auteur d'une si intéressante communication, et de l'engager à poursuivre ses recherches dans le domaine des applications de sa méthode nouvelle.

M. Durand-Fardel. Lorsque cette question s'est présentée pour la première fois à l'Académie, à l'occasion d'un rapport de M. Poggiale, j'ai dit que la pénétration de l'eau pulvérisée dans les bronches me paraissait incontestable physiologiquement, mais que je la considérais comme très-douteuse au point de vue thérapeutique. Aujourd'hui, elle me semble encore tout aussi douteuse à ce dernier point de vue. Je me demande d'ailleurs quelle serait l'utilité pratique de cette pénétration, quand nous avons une autre pénétration qui n'est pas douteuse, celle des vapeurs. Il me semble que la question a dévié un peu du but primitif qu'on se proposait par la pulvérisation; elle n'a pas été inventée pour la pénétration des médicaments dans l'économie, mais pour remplacer certaines applications de la méthode des inhalations en tant que médication locale sur les voies respiratoires. Je crois que c'est là le véritable but et la seule application utile de cette médication. Elle a, en effet, l'avantage de faire pénétrer certains agents qui, sous forme liquide ordinaire, se trouveraient arrêtés par les villosités des membranes muqueuses.

Je crois, en résumé, au risque de paraître amoindrir cette méthode, qu'elle a ses indications très-formelles, qu'elle peut être très-utile pour combattre certaines affections de la gorge et du larynx; mais pour ce qui est des bronches, je doute de son utilité. Quant à la question examinée dans le rapport, de l'emploi de la pulvérisation comme moyen d'introduire des substances médicamenteuses actives dans l'économie, elle manque complétement jusqu'ici de sanction pratique.

M. Béclard. Je ne puis être de l'avis de M. Durand-Fardel sur le fait de la pénétration. L'eau pulvérisée pénètre aussi bien que les vapeurs. Il est possible qu'avec les appareils primitifs, on n'ait pas obtenu ce résultat; mais avec les nouveaux appareils que M. Gavarret a présentés à l'Académie, la pénétration est incontestable. Elle a été péremptoirement démontrée, d'ailleurs, par les expériences de M. Demarquay.

Maintenant, M. Durand-Fardel pose une question que nous avons posée nous-même sans la résoudre. Aussi ne discuterai-je pas là-dessus. Seulement, pourquoi ne pas admettre qu'il y a là une voie d'absorption de plus pour les médicaments solubles et susceptibles d'être administrés à très-petites doses.

M. Chatin. M. Durand-Fardel a dit : « A quoi bon introduire une méthode nouvelle, puisqu'on remplit le même but par l'inhalation des vapeurs? » Dans quelques circonstances, l'eau pulvérisée peut bien n'agir, en effet, que comme les vapeurs. Mais dans les circonstances où une eau chargée de substances médicamenteuses, ne pourrait être réduite en vapeur sans que ces substances se déposent, il est évident qu'on lui substituera avec avantage l'eau pulvérisée qui conserve la composition.

M. Durand-Fardel. Il est très-vrai que l'eau réduite en vapeur perd les substances actives qu'elle tenait en dissolution. Mais quand on réduit cette eau en vapeur, il y a toujours une certaine quantité de cette eau qui est entraînée par le courant de vapeur sans perdre son état primitif. C'est ainsi, par exemple, qu'on s'explique très-bien les bons effets des salles d'inhalation du Mont-Dore. On sait que Thénard a constaté par l'analyse la présence de l'arsenic dans l'eau du Mont-Dore réduite en vapeur.

M. Chatin admet ce fait comme une sorte de circonstance atténuante; mais il n'en maintient pas moins son observation.

Appareil pour les bains de vapeur. — M. Poggiale, au nom d'une commission composée de MM. Poiseuille, Larrey, Poggiale, rap-

---

Je ne puis, dès à présent, me prononcer sur l'excellence de ce raisonnement et sur la pratique dont elle est la conséquence; mais il faut reconnaître que les médecins et les malades qui fréquentent les établissements séro-lactés de l'Allemagne, du Tyrol et de la Styrie, ne sont le jouet ni d'une erreur ni d'une illusion, et que, si les cures du petit-lait ont pris dans ces contrées une importance et un développement considérables, les résultats obtenus sont tout aussi avantageux qu'en Suisse, et que, par conséquent, les prétentions d'Appenzell sont de simples manifestations d'un patriotisme exagéré.

Je reviens à Bade.

Le petit-lait de vache y est presque seul employé. Cependant la ferme de Weikersdorf, à peu de distance de là, y envoie, pendant l'été, du petit-lait de chèvre qui néanmoins ne joue qu'un rôle secondaire dans les traitements de cette station.

Le petit-lait s'y prépare, comme à peu près partout, avec de la présure; mais ici la présure employée n'est pas à l'état sec; elle est conservée fraîche, coupée en petits morceaux, dans un mélange d'eau et de sel. J'avoue que l'aspect de cette membrane de l'estomac, ainsi marinée, n'est pas agréable à la vue, bien qu'elle n'exhale aucune espèce d'odeur. Malgré les avantages de durée que me vantait le fermier hongrois, je préfère de beaucoup la présure desséchée, qui n'a pas l'inconvénient d'augmenter le goût aigrelet que présente déjà le petit-lait.

Ce liquide se boit dans des verres ordinaires, dont le prix est de 6 kreutzers autrichiens, c'est-à-dire 30 centimes. La quantité en est réglée par le médecin, qui va rarement au delà de cinq verres par jour.

Contrairement à ce que nous avons vu dans les autres stations, le petit-lait est servi, à Bade, pendant toute la journée; ce qui s'explique par le nombre considérable de personnes qui visitent cette localité sans être malades, et qui prennent un verre de petit-lait en guise de liqueur rafraîchissante, et en remplacement de la bière ou du sirop de groseille.

Le petit-lait est servi chaud à toutes les heures du jour, et un simple brasier le tient à cette température, qui n'est jamais portée jusqu'à l'ébullition.

On sait toute l'importance d'une bonne préparation pharmaceutique; on me pardonnera donc de descendre, comme je le fais, dans tous les détails de la cuisine séro-lactée, qu'on me passe le mot, surtout si l'on remarque que je suis allé étudier une médication presque inconnue chez nous, et qu'il m'a fallu pénétrer dans toutes ses parties pour en apprécier la valeur et, au besoin, en faire l'application.

Mais je reviens en toute hâte aux notes médicales que m'a fournies le docteur Mülleitner.

Notre confrère, qui, avant l'interdiction du baron Doppelhof, avait expérimenté et employé avec succès le petit-lait de brebis, celui de chèvre et celui de vache, était arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les petits-laits de chèvre et de brebis se valent dans le traitement des affections des voies respiratoires (tubercules, bronchite, laryngite, etc.);

2° Le petit-lait de vache est de beaucoup préférable dans les affections du bas-ventre (entérite ou entéralgie, engorgement du foie et de l'utérus, catarrhe vésical, etc., etc.);

3° Enfin, les trois espèces de petit-lait conviennent également dans les maladies générales (chlorose, anémie, scrofule) et dans celles du système nerveux (névralgies et névroses).

Le mélange du petit-lait et des eaux minérales se fait, à Bade, d'une manière fréquente; cette alliance a lieu presque toujours avec les eaux alcalines, quelquefois avec les eaux laxatives, mais jamais avec les eaux sulfureuses. Et cette station, pourtant, possède huit sources de cette nature.

On a déjà pu faire cette curieuse remarque à l'occasion de Ischl et de Gleichenberg, et s'être demandé comment, dans la tuberculose et la bronchite, par exemple, les eaux sulfureuses, partout conseillées en France, n'étaient point associées à un médicament qui passe en Allemagne comme un spécifique de ces affections.

Ce point de thérapeutique, quelque étrange qu'il paraisse au premier abord, trouve son explication dans les propriétés physiologiques du petit-lait, et je me réserve d'en fournir la théorie, mieux que ne l'a fait M. Carrière, dans le XI[e] chapitre, consacré à la synthèse de la thérapeutique séro-lactée.

L'association du petit-lait et des pratiques hydrothérapiques ne se fait pas à Bade, malgré l'existence de plusieurs piscines et de plusieurs bassins de natation.

Cette association se pratique dans un petit établissement à une demi-heure de Bade, à Gainfahren, et le docteur Mülleitner m'assura que les résultats obtenus étaient satisfaisants.

Je ne pus, malgré mon désir, aller sur les lieux même me rendre compte des conditions de cette association. Je le regrette vivement, mais la nuit s'approchait, et mon prompt retour à Vienne était indispensable.

Félix Roubaud,
Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

l'on désigne sous le nom d'*entraînement lacté,* par analogie avec ce qui se fait en Angleterre et en France pour les muscles et les parties adipeuses de certains animaux.

porteur, lit un rapport sur l'appareil de M. le docteur Lefebvre pour es bains de vapeur :

M. le docteur Lefebvre, qui considère tous les appareils connus comme imparfaits ou insuffisants, résume ainsi les principaux avantages de celui qu'il propose, et qui, suivant lui, serait supérieur à tous les autres :

« 1° Il distribue, dit-il, la chaleur et la vapeur avec une égalité et une régularité constantes autour du malade ;

« 2° Il remplace l'étuve, puisque la température peut être portée jusqu'à 80 degrés, et que la vapeur ne se condense pas ;

« 3° Il permet de faire sur toutes les parties du corps diverses applications, telles que frictions, lotions, douches, etc., sans diminuer l'action du bain ;

« 4° Le malade peut lui-même régler à son gré la chaleur et la vapeur qu'il reçoit ;

« 5° Il assure l'absorption des médicaments par la peau ;

« 6° Le lit du malade n'est jamais mouillé, même en prolongeant le bain ;

« 7° A aucun moment de l'opération, le malade n'est exposé à se refroidir, et aucune mauvaise odeur ne peut offenser ses organes ;

« 8° Enfin, ajoute l'auteur, l'application du bain n'a rien qui puisse alarmer la pudeur la plus délicate. »

On a employé cet appareil, dit M. le rapporteur, pour combattre diverses affections, et particulièrement le rhumatisme, la goutte et les maladies chroniques de la peau. M. Rossignol, médecin en chef des Invalides, qui l'a appliqué 165 fois, le plus souvent dans les affections rhumatismales, et chez des hommes généralement avancés en âge, n'a pas eu avec cet appareil des résultats plus avantageux que ceux obtenus par les anciens appareils.

Lorsque les bains de vapeur sont donnés avec les précautions que je viens d'indiquer, on observe que, dans les cinq premières minutes, la température s'élève de 15 à 30 degrés, de 30 à 40 degrés dans les cinq minutes suivantes, et de 40 à 45 degrés au bout de quinze minutes. Les malades supportent difficilement une température supérieure à 36 ou 38 degrés, ainsi que je l'ai constaté moi-même au Val-de-Grâce.

Les effets physiologiques ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans les bains généraux d'étuves. La chaleur de la peau, d'abord douce et agréable, augmente peu à peu, une légère transpiration s'établit sur tout le corps au bout de quelques minutes, puis une sueur abondante coule de toutes parts. Le visage, rouge et animé, se couvre de gouttelettes de sueur. Le pouls est plus accéléré et la respiration plus fréquente. Lorsque la température dépasse 38 ou 40 degrés, le malade éprouve du malaise, et l'on est obligé de fermer le robinet d'échappement du générateur ou bien d'ouvrir le robinet graduateur pour perdre une partie de la vapeur contenue dans l'étuve.

J'ai reconnu, comme l'avait annoncé M. le docteur Lefebvre, que son appareil fonctionne régulièrement, qu'il produit une transpiration abondante dans l'espace de douze à quinze minutes, qu'on peut le transporter facilement dans les salles et administrer des bains de vapeur au lit, sans que le malade quitte la position horizontale, que les manches adaptées à la couverture sont très-utiles pour diverses applications et pour constater la température du bain, que la chaleur et la vapeur sont distribuées avec une grande régularité et d'une manière égale autour du malade, que celui-ci ne se refroidit pas, qu'il peut augmenter ou diminuer lui-même la température à l'aide du robinet graduateur, et que les draps du lit ne sont pas mouillés par la vapeur d'eau.

Mais cet appareil présente quelques inconvénients sérieux ; il exige des soins particuliers difficiles à obtenir dans les grands hôpitaux ; il ne permet pas de donner des bains médicamenteux avec certaines substances minérales, etc. M. Lefebvre, il est vrai, a fait disparaître, dans son nouveau modèle qu'il a présenté à la commission, quelques-uns de ces inconvénients.

En résumé, la commission propose à l'Académie d'adresser une lettre de remercîment à M. le docteur Lefebvre pour sa communication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à quatre heures et demi.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

235. Quelques remarques sur les principales maladies de la Cochinchine, par M. Auguste Thil.

236. De l'angine de poitrine, son histoire, son diagnostic, ses symptômes, ses causes, sa nature et son siége, par M. Julien-Édouard Besse.

237. De la laryngite striduleuse (faux croup) et de son traitement, par M. Auguste Émile Vénot.

238. Observations d'arthritides recueillies à l'hôpital Saint-Louis, pendant l'année 1865, dans le service de M. Bazin, par M. Mècle.

239. Étude sur la maladie causée par la poussière de grès (phthisie des carriers, des aiguiseurs), par M. Louis Varraillhon.

240. Traitement du croup chez les enfants, par M. Édouard Pissary.

241. Étude sur l'anthrax, par M. Jules Marsaa.

242. De quelques maladies du fœtus et de ses annexes dans les différentes périodes de la vie intra-utérine, par M. Jules Drouadaine.

243. De la pneumonie et de la pleurésie chez les enfants, par M. Henri Reilhe.

244. Du céphalamatome, par M. Jules Dubosq.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 25 février, M. le docteur Ladreit de la Charrière a été nommé médecin en chef de l'institution impériale des sourds-muets, en remplacement de M. le docteur Blanchet, décédé.

— Un congrès aliéniste international aura lieu à Paris, à l'occasion de l'exposition universelle. Les principales séances de ce congrès ont été fixées aux 10, 12 et 14 août.

— La Société médico-psychologique vient de décerner le prix André, de la valeur de 1,000 francs, à M. le docteur Campagne, médecin en chef de l'asile des aliénés de Montdevergues (Vaucluse), pour son travail sur la *folie raisonnante*.

— L'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux, vient de décerner à M. le docteur Brochard, une médaille d'or pour son livre : *De la mortalité des nourrissons en France*.

— La Société médico-psychologique vient de faire don d'une somme de 200 francs à l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

— M. le docteur Sémelaigne vient de faire don, au nom de M. le docteur Casimir Pinel, décédé, d'une somme de 1,000 francs à l'Association des médecins de la Seine, et d'une autre somme de 1,000 francs à l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

— M. le docteur Constantin (Paul), agrégé de la Faculté, vient d'être nommé médecin adjoint du Sénat, en remplacement de M. le docteur Fouquier, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Verdet, médecin principal de l'hôpital militaire de Valenciennes.

— Les élèves de l'École des beaux-arts ayant demandé et obtenu l'autorisation d'élever, dans l'École même, un monument à la mémoire d'Ingres, les amis et les administrateurs de l'illustre maître se sont ralliés à cette pensée.

Dans ce but, une souscription est ouverte au secrétariat de l'École des beaux-arts, et à la *Gazette des beaux-arts*, 55, rue Vivienne.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 8 mars, à huit heures, à la Faculté. — Lecture d'une observation par M. Hayem.

— Nous avons reçu de M. le docteur Ch. Fauvel, une communication sur l'extirpation des tumeurs intra-laryngiennes, dans laquelle se trouve une réclamation relative à la note de M. le Dr Ed. Fournié, sur le même sujet, insérée dans le numéro de samedi dernier. Nous publierons cette communication dans l'un des plus prochains numéros.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire universel d'Histoire naturelle, par Charles d'Orbigny, avec la collaboration de nombreux savants, la plupart membres de l'Institut. — Nouvelle édition revue et augmentée, pouvant former 26 volumes chacun de 400 pages à 2 colonnes, in-8° grand-raisin, accompagnés d'une magnifique collection de plus de 300 planches gravées sur acier et coloriées à la main par les meilleurs artistes. — L'ouvrage est publié par livraisons de 24 à 32 pages, presque toujours accompagnées d'une des planches de l'Atlas. — Tous les samedis il paraîtra une livraison. Prix : 1 franc. — Ces livraisons seront réunies, cinq par cinq, en *séries* qui se vendront séparément au prix de 5 francs. — La cinquième *série* vient de paraître. — Paris, 1867. Ch. Delagrave et Ce, libr., rue des Écoles, 78.

Les 53me et 54me fascicules du **Grand dictionnaire universel du XIXe siècle**, de M. Pierre Larousse, sont en vente. Ce qui distingue le *Grand dictionnaire* de tous les ouvrages de ce genre, c'est un cachet d'humour, de fantaisie, qui s'allie très-heureusement aux plus graves questions de la science, de l'histoire et de la philosophie. La sécheresse et l'aridité qui règnent dans le domaine encyclopédique et lexicologique sont devenues proverbiales ; le *Grand dictionnaire universel* paraît avoir la prétention de faire mentir le proverbe, et cette prétention nous semble tout à fait justifiée. — Cinquante-quatre fascicules, dont chacun renferme la matière de 2 vol. in-8°, sont en vente. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 29 — SAMEDI 9 MARS 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 9 MARS 1867. — N° 29

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. L'épidémie de grippe à l'hôpital Beaujon. — Emploi de la compression indirecte et préventive de l'artère humérale dans un cas de lésion traumatique de la main. — Considérations sur les moyens de diminuer la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux. — De l'ortie contre les hémorrhagies. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'épidémie de grippe dans le service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon. (2e leçon recueillie et rédigée par M. LOLLIOT, interne du service.) (V. la Revue du 2 mars.)

Depuis notre dernière réunion où je vous ai parlé de quelques cas de grippe, de nouveaux spécimens de cette maladie se sont présentés dans mon service, et je ne veux pas les laisser passer sans les examiner avec vous, et vous montrer quelques particularités qui les distinguent des précédents. Au n° 8, de la salle Saint-François, est couché un jeune maçon de dix-huit ans, habitant Paris depuis trois mois (vous verrez tout à l'heure pourquoi j'attache de l'importance à la durée de ce séjour). Il est souffrant depuis quinze jours; sa maladie a débuté par un frisson peu intense, c'était plutôt un frissonnement qui a duré environ vingt-quatre heures.

Dans la grippe, en effet, les malades n'ont pas un frisson bien franc, mais plutôt une suite de petits frissons, un sentiment de froid presque constant; ils sont frileux.

Notre jeune malade pendant la durée même de son frisson, a été pris de toux, d'enrouement, de courbature et de faiblesse des jambes. Cependant il a pu continuer à travailler jusqu'à samedi dernier, 9 février, puis enfin la toux a augmenté avec son affaiblissement, et il s'est décidé à entrer à l'hôpital le 11 février.

Au premier aspect, il a toute l'apparence d'un individu atteint de fièvre typhoïde, le faciès exprime la stupeur, l'œil est abattu, les réponses sont lentes, la voix enrouée. Interrogé, il nous donna tous les renseignements dont je viens de vous parler. La toux est très-fréquente, le pouls à 100 pulsations, mais la peau n'est pas chaude. Il n'y a pas de céphalalgie, mais seulement quelques étourdissements et de l'insomnie. Deux jours avant son entrée il avait eu un saignement de nez, mais de cause traumatique, ce signe n'a par conséquent aucune valeur. Le malade se plaint encore d'avoir des étouffements pendant la nuit, et l'haleine courte pendant le jour.

Du côté des fonctions digestives, nous trouvons les symptômes suivants : Langue blanche, saburrale, bouche pâteuse, amère, diarrhée depuis deux jours, gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite, mais absence de ballonnement, et de taches sur le ventre. A l'auscultation, nous entendons des deux côtés de la poitrine des râles sibilants et ronflants très-forts, perçus même à distance; il y a également des râles muqueux et des crachats de bronchite.

Vous voyez qu'avec des symptômes tels que stupeur, étourdissements, céphalalgie, insomnie, affaiblissement des jambes, diarrhée, gargouillement, empâtement de la bouche, soif, il y avait bien quelques raisons de penser à l'existence d'une fièvre typhoïde; mais notez qu'il n'y a pas de ballonnement du ventre : or, j'attache à l'absence de ce signe une très-grande importance, car il est extrêmement rare de voir une fièvre typhoïde non traitée, arriver au quinzième jour, sans qu'il se présente de ballonnements du ventre; notez encore l'absence de taches rosées lenticulaires. Mais en même temps que tout cela, remarquez la manière dont la maladie a débuté. Il y a tout d'abord un frisson dont la durée a été assez longue, et en même temps se sont montrés de la toux, de l'enrouement et une courbature générale. Vous ne reconnaissez assurément pas là la manière dont débute habituellement une fièvre typhoïde, tandis que nous trouvons au contraire tous les symptômes de la grippe, mais d'une grippe à forme typhoïde.

Le diagnostic entre ces deux maladies n'est pas toujours facile. Je vois en ce moment, en ville, une jeune fille de dix-huit ans qui présente des phénomènes analogues, et depuis cinq jours, je ne saurais me prononcer entre la grippe et la fièvre typhoïde.

Le cas de notre malade est moins embarrassant, et malgré son récent séjour à Paris, la stupeur, l'insomnie, etc., j'ai diagnostiqué *grippe*, à cause du début de la maladie et de l'exagération des phénomènes thoraciques.

Quant au traitement, il n'y avait pas d'hésitation possible : les râles nombreux de la poitrine et l'état saburral indiquaient suffisamment qu'il fallait donner un vomitif.

Dans presque tous les cas de grippe que nous voyons en ce moment, le vomitif est indiqué, car dans presque tous ces cas il existe des symptômes d'embarras gastrique très-prononcés.

Vous avez vu, au n° 14 de la salle Saint-François, un autre malade qui présente une des complications les plus fréquentes et les plus graves de la grippe. Il est entré à l'hôpital le 8 février, souffrant déjà depuis quinze jours. Il eut, au début, un frisson, ou plutôt un frissonnement comme chez l'autre, puis de la courbature, de l'inappétence et une toux fréquente. Au bout de quatre jours, il eut un second frisson, mais cette fois un frisson véritable, très-intense, avec claquements de dents. A la suite de ce frisson, il eut un point de côté à droite, sa toux devint plus pénible, sa courbature augmenta, et ses crachats changèrent de nature : au lieu d'être blancs, muqueux, ils devinrent jaunâtres, et vous avez entendu le malade les comparer lui-même à la couleur d'abricots. Ce malade a donc été atteint, vers le quatrième jour de sa grippe, d'une pneumonie suffisamment caractérisée par le frisson, le point de côté, la toux, les crachats sanguinolents et visqueux, car il nous a dit qu'il ne pouvait les expulser qu'à grand'peine. Mais cette pneumonie a été peu grave, car c'est seulement dix jours après son début que cet homme vint à l'hôpital. A son arrivée, il avait encore de la fièvre, de la chaleur à la peau, de l'inappétence, de la soif; il toussait encore, et ses crachats, quoique non sanguinolents, étaient encore visqueux, aérés, abondants, et présentaient, en un mot, les caractères des crachats d'une pneumonie en voie de résolution. Nous avons pu en outre constater, à la percussion, de la matité au sommet droit, et, à l'auscultation, du souffle mélangé de râles crépitants bien caractérisés dans la fosse sus-épineuse, et de l'expiration soufflante dans la fosse sous-épineuse. Dans la partie inférieure du poumon, il y avait des râles sibilants.

Ce malade, à son entrée à l'hôpital, était donc convalescent d'une pneumonie compliquant une grippe. Sa convalescence a fait des progrès rapides, et aujourd'hui il ne reste plus qu'un peu de respiration soufflante et du point de côté.

Cette complication n'est pas rare, et on voit fréquemment des malades atteints de grippe légère, quoique avec un peu de fièvre revenant principalement le soir, leur permettant d'aller à leurs affaires, être pris presque tout à coup de pneumonies survenues sous l'influence de la grippe. Ces pneumonies sont peu graves, en général, chez les gens d'un âge moyen et de bonne santé habituelle; mais elles prennent des caractères sérieux sur les vieillards, qui fréquemment succombent à ces pneumonies de forme catarrhale.

Tous nos malades dont je vous ai parlé la dernière fois sont aujourd'hui presque complétement guéris, à l'exception d'un seul, chez lequel je crains le développement de tubercules. Une affection catarrhale comme la grippe détermine, en effet, bien plus souvent l'explosion de tubercules qu'une maladie franchement inflammatoire, comme la pneumonie, par exemple. Sous l'influence d'un catarrhe aigu, on voit très-souvent les tubercules prendre tout à coup une marche rapidement mortelle ; parfois même il devient la cause déterminante du développement de la phthisie chez les sujets qui y étaient prédisposés.

C'est ainsi, à mon avis, que l'on doit interpréter l'influence de la rougeole, qui, par son élément catarrhal, donne un coup de fouet à la tuberculose.

Notre malade nous en offre un exemple, car vous avez pu constater, au sommet du poumon droit, de la matité, du souffle et du gargouillement qui n'existaient pas au moment de son entrée à l'hôpital.

Emploi de la compression indirecte et préventive de l'artère humérale dans un cas de lésion traumatique de la main.

Dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine il a été présenté un travail manuscrit de M. Milliot, médecin militaire dans l'armée russe, sur la compression préventive. Cette méthode a été appliquée sur un malade opéré à l'hôpital de la clinique par M. Nélaton. Voici les principaux détails et les résultats de cette application, que nous empruntons à une note lue par M. Milliot à la Société de biologie.

Un homme robuste, âgé de trente-huit ans, ouvrier à la Monnaie, eut le doigt médius de la main gauche écrasé par un balancier. A son entrée à la clinique (le 25 décembre dernier),

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

IX. — **L'Allemagne.** — VIENNE, STREITBERG, SCHLANGENBAD.

La capitale de l'Autriche n'est pas, à proprement dire, une station séro-lactée; je n'en parle ici que pour marquer l'importance dont jouit, en Allemagne, le petit-lait, et aussi pour signaler un des côtés des habitudes germaniques que j'avais parfois entrevues dans mes rêves hydrologiques et dont j'ai trouvé, à mon retour à Paris, des essais encore informes mais qui se peuvent compléter.

Depuis longtemps la population viennoise fait usage du petit-lait; on s'en servait peut-être moins comme médicament que comme boisson rafraîchissante; on le trouvait dans certains cafés, surtout dans ceux qui étaient à proximité ou sur le terrain même des promenades ou des jardins publics, comme le Prater, par exemple.

Mais le Prater, situé dans un des faubourgs les plus populeux de Vienne, le *Léopold Stadt* est depuis longtemps délaissé par la bourgeoisie et l'aristocratie; ses allées poudreuses et ses prairies foulées sont abandonnées aux baraques des saltimbanques, aux comptoirs des marchands de vins, aux cirques acrobatiques et à des restaurants de bas étage; le petit-lait a nécessairement cédé la place au petit-bleu, et est allé demander l'hospitalité à un jardin plus aristocratique, le jardin du peuple, *Wolksgarten*, attenant à la résidence impériale, à peu près comme le jardin des Tuileries tient au château.

Dans ce jardin, touchant presque au *Burgthor*, cette porte monumentale du palais impérial, en face du temple grec qui renferme le groupe célèbre de Canova, *Thésée, vainqueur du Minotaure*, s'élève un bâtiment demi-circulaire d'une élégance et d'une fraîcheur extrêmes, où, pendant l'été, se réunissent les élégants et les désœuvrés des deux sexes, attirés encore en ce lieu par la musique militaire, dont l'orchestre se trouve à quelques pas.

C'est là que se boit le petit-lait.

Le matin, alors que tout dort encore dans ce quartier aristocratique, les malades auxquels la fortune, les affaires ou les occupations ne permettent pas de quitter Vienne, s'acheminent vers le jardin du peuple, et y font la cure de petit-lait.

Celui-ci est apporté, tous les jours, de Kierling ou de Bade, dont j'ai parlé dans le chapitre précédent; il est rare qu'on lui associe les eaux minérales, et, dans l'immense majorité des cas, la cure se fait simplement avec le petit-lait.

A neuf heures tout est fini, et le serum qui reste est servi pendant la journée comme une consommation de café.

L'entreprise a dû être fructueuse, car, au moment où j'écris, il s'élève un concurrent redoutable contre l'établissement du jardin du peuple.

Ce concurrent a la prétention non-seulement de remplacer la station, qu'on me passe le mot, de Volksgarten, mais encore de faire revivre la trinkhalle que l'on avait établie jadis sur le Wasserglacis, près de Carolinenthor; en un mot, d'élever une trinkhalle, à l'imitation de celle d'Ischl, où se boiront le petit-lait et les eaux minérales, soit séparément, soit mélangés ensemble.

Ce nouvel édifice, dont j'ai pu admirer les splendeurs extérieures, est un magnifique et grandiose palais, tout en pierre de taille, et surchargé de statues et de vases. Un perron, occupant toute la façade du bâtiment, conduit à une immense galerie en forme de portique, soutenue par des colonnes et défendue par des soubassements taillés à jour.

C'est la trinkhalle.

De ce portique, la vue s'étend sur les beaux boulevards qui ont remplacé les glacis et sur le Stadtparck, qui a donné l'hospitalité à cette construction monumentale. Les malades auront la jouissance de ce jardin public dont le dessin, l'emménagement et le bon entretien sont déjà une des merveilleuses choses de la capitale de l'Autriche.

Le palais de Stadtparck n'était point terminé à l'intérieur quand je l'ai visité ; mais par les magnificences qu'il étale à l'extérieur, on peut prévoir le luxe et la richesse qui seront prodigués dans la partie du programme que je ne connais pas. Ce sera, à coup sûr, la plus splendide trinkhalle de toute l'Allemagne.

Sans m'élever à des splendeurs pareilles et sans songer aux cures de petit-lait dont je ne m'occupais pas encore, je m'étais souvent demandé s'il ne serait pas possible d'établir dans nos grandes villes, à Paris surtout, sur un point central et fréquenté, comme les boulevards, par exemple, un établissement où se boiraient, été comme hiver, toutes les eaux minérales transportées.

Il serait oiseux de s'arrêter sur l'intérêt immense qu'un semblable établissement offrirait aux personnes si nombreuses qui ne peuvent se déplacer et qui, pendant l'hiver, trouvent partout porte close.

Sans doute, l'avantage de faire un traitement hydro-minéral sur place serait singulièrement contrarié par l'absence de ce que j'ai appelé ailleurs les circonstances accessoires dont le rôle, j'en conviens, n'est pas sans importance dans la médication par les eaux minérales.

Mais tout en tenant compte de certaines conditions défavorables,

il présentait une fracture de la première phalange du médius, avec plaie contuse des téguments, dénudation des tendons et inflammation profonde des parties voisines gagnant le dos et la paume de la main. M. Nélaton fit immédiatement une incision sur le dos de la main, au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, afin de donner issue au pus et de s'opposer à la marche de l'inflammation. Mais le lendemain, 26 décembre, l'état local s'étant aggravé, M. Nélaton se décida à pratiquer la désarticulation du médius.

La plaie fut traitée à l'aide de bandelettes de diachylon et d'un pansement simple, et le jour même de l'opération M. Milliot appliqua sur l'artère humérale le compresseur de M. Luër, qu'il retira le soir à neuf heures et demie. Le malade se sentant bien le lendemain, l'instrument fut réappliqué et laissé en place nuit et jour jusqu'au 2 janvier.

L'application de l'instrument, faite ainsi pendant six jours, ne détermina aucune douleur; mais le septième jour on constata de l'érythème au point comprimé et sur le dos de la main; la compression fut supprimée et l'on employa les cataplasmes et le pansement simple.

Le septième jour, après l'application de la compression, la plaie était guérie par première intention.

La compression, dans ce cas, a été faite dans l'intention, non-seulement d'arrêter les progrès ultérieurs de l'inflammation produite par le traumatisme primitif, suivant la méthode de Vanzetti, mais aussi de prévenir celle qui devait suivre le traumatisme secondaire dû à l'intervention chirurgicale. On a vu par le résultat, comment ce double but a été atteint.

CONSIDÉRATIONS

Sur les moyens de diminuer la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux, à l'occasion du travail de M. Empis sur la statistique du service d'accouchement de la Pitié.

Par M. le docteur TARNIER.

J'avais lu et je viens de relire avec un vif intérêt les articles que M. Empis a récemment publiés, dans la *Gazette des hôpitaux* du 20 décembre 1866 au 17 janvier 1867, sur la statistique du service d'accouchement de la Pitié. J'ai quelques objections à lui soumettre sur ce sujet, mais, avant toute critique, je crois utile de résumer les points principaux de son travail.

Avant l'arrivée de M. Empis à la Pitié, la mortalité du service des femmes en couches y était en moyenne de 7,60 0/0 = 1 mort sur 13,15 accouchements. Pendant les quatre premiers mois qui suivirent son entrée à cet hôpital, c'est-à-dire du 1er janvier au 1er mai 1863, rien ne fut changé à l'ordre de choses depuis longtemps établi; aussi sur 154 accouchements, 18 femmes succombèrent : ce qui fait une mortalité moyenne de 11,60 0/0 = 1 mort sur 8,55 accouchements. C'est alors que, justement effrayé, M. Empis prend des mesures prophylactiques dont l'efficacité est attestée par les chiffres suivants : du 1er mai 1863 au 1er décembre 1866, sur 2,117 accouchements, il y eut 43 décès seulement; ce qui donne une mortalité moyenne de 2,03 0/0 = 1 mort sur 49,23 accouchements :

		Accouchements.
Mortalité avant les mesures prophylactiques :	7,60 0/0 = 1	sur 13,15.
Mortalité après les mesures prophylactiques :	2,03 0/0 = 1	sur 49,23.

En comparant des résultats aussi différents, M. Empis a incontestablement le droit de dire qu'en inaugurant ce système de prophylaxie il a sauvé la vie à 118 femmes qui auraient succombé avec l'organisation ancienne. C'est là un grand bienfait, mais la réalité, toute belle qu'elle soit, ne lui a pas suffi, et il a cru qu'il pouvait comparer, sans désavantage, son chiffre mortuaire de 2,03 0/0 à la mortalité des accouchements dans la clientèle civile qu'il estime à 0,55 0/0, d'après les statistiques connues :

Mortalité de la Pitié : 2,03 0/0 = 1 sur 49 accouchements.
Mortalité de la Ville : 0,55 0/0 = 1 sur 181 accouchements.

Au premier coup d'œil notre confrère a dû voir que sa mortalité était presque quatre fois plus considérable que celle de la ville. Comment rétablir l'égalité ? C'est ici qu'il a eu recours à des virements de chiffres qui l'ont induit en erreur; je vais essayer de le prouver.

La mortalité de son service étant, total brut, de 2,03 0/0, M. Empis en fait deux parts : l'une pour la mortalité causée par les maladies puerpérales, l'autre pour les maladies étrangères à l'état puerpéral :

Mortalité par maladies puerpérales.	1,10 0/0.
Mortalité par maladies étrangères à l'état puerpéral.	0,89 0/0.
Total. . . .	2,02 0/0.

Or, pour lui, la mortalité représentée par le chiffre 0,89 0/0 ne doit pas être attribuée à l'hôpital, parce qu'elle est causée par toutes les maladies possibles, qu'elle doit être par conséquent inévitable en quelque lieu que ce soit, et il trouve rationnel de ne pas en tenir compte dans la comparaison qu'il va entreprendre. Il procède donc à son exclusion pour ne conserver que le chiffre 1,10 0/0 dû à la fièvre puerpérale. « J'ai « montré, dit-il, par la statistique de la Pitié, que le chiffre de « la mortalité moyenne, par la fièvre puerpérale, ne s'élevait « pas à plus de 1,10 0/0 ; c'est donc actuellement *sur ce chiffre « qu'il convient de discuter ; c'est lui qu'il faut mettre en regard « de la mortalité des femmes en couches de la ville...* »

J'objecterai d'abord, ainsi que me l'a fait remarquer notre collègue M. Trélat, qu'il n'est pas admissible que la mortalité causée par la fièvre typhoïde, la variole, etc., soit la même en ville et à l'hôpital. Néanmoins M. Empis anéantit volontairement le chiffre 0,89 0/0 qui représente, pour l'hôpital, les décès de causes diverses, et il ne garde à sa charge que le chiffre 1,10 0/0, produit par la fièvre puerpérale, pour le comparer au chiffre 0,55 0/0 qui représente la mortalité générale des accouchements de la ville. Comment n'a-t-il pas vu que ce dernier chiffre 0,55 0/0 contient, à lui seul, la totalité des décès de femmes accouchées en ville, que cette mortalité soit causée par la fièvre puerpérale ou par toute autre maladie ? M. Empis compare donc deux choses dissemblables. S'il persistait à ne vouloir discuter que sur le chiffre 1,10 0/0, je lui demanderais de retrancher du chiffre 0,55 0/0 tous les cas de mort causés, en ville, par les maladies autres que la fièvre puerpérale, et certainement il l'amoindrirait à son désavantage. Malheureusement les éléments actuels de la statistique ne permettent pas de faire ce travail avec exactitude, mais je suis en droit de conclure que la comparaison qu'il a établie est complétement inexacte.

Mais ce n'est pas tout. Voici, en effet, ce que M. Empis écrit : « Il résulte de cette analyse, que la mortalité brute des « femmes en couches est, à la Pitié, de 2,03 0/0, que la mor- « talité par la fièvre puerpérale est de 1,10 0/0, et que celle « causée par des maladies étrangères est de 0,89 0/0. Or, cette « mortalité de 0,89 0/0 est inévitable dans quelque lieu que « ce soit. Elle n'a sa raison ni dans l'encombrement, ni dans « l'influence nosocomiale, ni dans la fièvre puerpérale; elle a « pour cause des fièvres éruptives, des varioles, des fièvres « typhoïdes, des phthisies pulmonaires, des maladies organi- « ques du cœur, etc., etc., toutes conditions pathologiques « que n'exclut pas la grossesse, et qui tuent en dehors de la « complication de la parturition.

« Le jour où l'on supprimerait complétement les accouche- « ments dans les hôpitaux, il faudrait nécessairement que la « totalité des décès étrangers à la fièvre puerpérale fût repor- « tée sur la statistique des accouchements de la ville, et il en « résulterait une augmentation notable du chiffre de la mor- « talité.

« En effet, nous avons vu, par la statistique de l'administra- « tion, que la mortalité actuelle pour les accouchements de la « ville et des bureaux de bienfaisance, était de 0,55 0/0. *Si « nous déplaçons de la statistique des hôpitaux la mortalité « étrangère à la fièvre puerpérale, qui est de 0,89 0/0, et que « nous la reportions sur la statistique des bureaux de bienfai- « sance, celle-ci, au lieu de 0,55 0/0, deviendra 1,44 0/0.*

« Voilà donc une première déception inévitable sur laquelle « l'administration doit compter dans le cas où il n'y aurait « plus, à Paris, que des accouchements à domicile. Je dis plus, « le chiffre de la mortalité sera nécessairement supérieur à « 1,44 0/0, car il se trouvera encore accru de l'excès de la « mortalité due à l'intervention chirurgicale dans les cas de « dystocie, la plupart de ceux-ci étant réservés pour l'hôpital « dans l'état actuel des choses. »

Ce chiffre 1,44 0/0, exact en apparence, contient cependant plusieurs erreurs. En effet, pour l'obtenir, M. Empis a oublié que les accouchements sont beaucoup plus nombreux en ville qu'à l'hôpital, puisque, en chiffres ronds, on compte 50,000 accouchements pour la ville et 7,000 à l'hôpital. Il en résulte que la mortalité de l'hôpital, quoique proportionnellement très-forte, ne fait que très-légèrement varier les gros chiffres de la ville quand on réunit les deux mortalités. Je vais en donner la preuve. La mortalité moyenne de 0,89 0/0, appliquée à tous les hôpitaux, représenterait 62 décès pour 7,000 accouchements, comme la mortalité moyenne de 0,55 0/0 de la ville, représente 275 décès pour 50,000 accouchements. Si nous additionnons en bloc tous ces accouchements et tous ces décès, en y comprenant la ville et l'hôpital, nous trouvons 57,000 accouchements et 337 décès, ce qui donne pour l'ensemble une moyenne de 0,59 0/0, et non pas de 1,44 0/0.

Bref, M. Empis a additionné les chiffres 0,89 et 0,55, qui représentent des rapports différents, et il n'en a tiré qu'une erreur.

Il me répondra peut-être qu'il n'a voulu comparer que les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance, et que dans ceux-ci comme dans ceux-là, il se fait environ 7,000 accouchements par an. Même en nous plaçant à ce point de vue, voyons s'il était autorisé à additionner les chiffres 0,55 des bureaux de bienfaisance, et 0,89 de l'hôpital, comme il l'a fait :

	0,55
	0,89
Total.	1,44

Le chiffre 1,44 est complétement faux, car on a oublié de le diviser par 2. Voici, en effet, comment l'addition aurait dû être faite pour être régulière :

	0,55 pour 100
	0,89 pour 100
Total.	1,44 pour 200

Le chiffre 1,44 pour 200 se réduit à 0,72 pour 100. M. Empis s'était donc trompé de moitié dans son calcul.

Si ce procédé mathématique était applicable, je conseillerais à tous les rentiers de l'employer, en plaçant moitié de leurs capitaux à 5 0/0, moitié à 4 0/0. Ils pourraient aussi additionner les intérêts et dire : 5 et 4 font 9 ; donc, notre argent rapporte 9 0/0. Mais ils s'apercevraient bientôt qu'il faut diviser 9 par 2, et que le placement n'est que de 4 1/2.

En d'autres termes, le jour où les hôpitaux seraient supprimés, selon l'hypothèse de M. Empis, et remplacés par les bureaux de bienfaisance, ceux-ci enregistreraient 14,000 accouchements par an, au lieu de 7,000, et la mortalité devrait être répartie sur ces 14,000, et non pas sur 7,000 seulement.

(*La suite au prochain numéro.*)

DE L'ORTIE CONTRE LES HÉMORRHAGIES.

Nous avons eu occasion de signaler les succès obtenus dans les hémorrhagies par l'emploi de l'ortie en décoction, à la dose

---

n'y aurait-il pas encore quelque bénéfice à prendre ainsi les eaux minérales que de se priver d'un médicament sans équivalent dans bien des circonstances ?

Ce n'est point ici le lieu d'aborder une semblable discussion, et je n'ai posé le problème que comme l'expression d'un rêve que depuis longtemps j'avais formé déjà.

Les trinkhalles que je vis à Ischl et surtout à Vienne, donnèrent à mon rêve une forme plus accentuée, et je fus presque honteux d'être resté, en mes diverses publications hydrologiques, dans les pures sphères de l'idéalité.

D'autres, moins timides que moi, se sont mis à l'œuvre.

D'un côté nos boulevards et nos grandes artères macadamisées présentent, de distance en distance, des comptoirs couverts, assez élégants, ma foi ! où se débite l'eau de Seltz, soit seule, soit aromatisée avec le sirop de groseille ou d'orange. Ces petites boutiques s'appellent des trinkhalles, et remplaceront avantageusement et au profit de tous les anciens et classiques marchands de coco. L'hygiène a tout au plus à voir quelque chose en cette affaire ; mais le mot, consacré en Allemagne aux buvettes de petit-lait ou des eaux minérales, est introduit dans notre langue, et y restera avec sa signification propre, puisque l'eau de Seltz est une eau minérale.

D'autre part, quelques Sociétés fermières d'eaux minérales ont également établi, dans leurs entrepôts respectifs, une véritable trinkhalle, où malheureusement elles n'admettent en consommation que l'eau de leurs sources.

N'importe ! c'est un premier pas, c'est un essai modeste encore, mais qui laisse poindre dans un avenir plus ou moins prochain, une industrie nouvelle et de nouvelles ressources pour les malades.

Si, à l'occasion de ce qui se fait à Vienne, j'ai touché, en courant, à cette face inconnue chez nous de la question des eaux minérales et du petit-lait, je ne dois pas m'y arrêter davantage, parce que cette digression, déjà trop longue, est en dehors du but de mon voyage.

Autre part, je l'espère, elle trouvera une place plus convenable et mieux préparée.

Vienne ne me rappelle plus à présent que pour prendre le chemin de fer de Nuremberg, qui doit me conduire dans la *Suisse franconienne* (1).

Sur mon carnet de voyage, à l'occasion de la Franconie, j'avais inscrit la note suivante, extraite de l'ouvrage de Baedeker : « La petite contrée montagneuse qui, formée par les prolongements ouest du Fichtelgebirge, porte, comme la *Suisse saxonne*, ce nom à tort ou à raison, est située presque au milieu du triangle formé par les villes de Nuremberg, de Bamberg et de Baireuth. C'est en réalité un plateau avec des gorges plus ou moins profondes qui, avec leurs étrange configurations de rochers, offrent beaucoup de sites gracieux, mais peu de grandes scènes. La *Wiesent*, rivière limpide et poissonneuse, traverse plusieurs de ces vallées ; les hauteurs boisées sont couronnées d'anciens manoirs seigneuriaux ; les sommités dolomitiques qui s'élèvent sur le calcaire jurassique affectent les formes les plus étranges. Les grottes (Höhlen) remarquables, ornées de stalactites les plus variées, ont enrichi presque toutes les collections européennes de restes d'animaux antédiluviens qui y ont été trouvés. Ce sont elles avant tout qui ont fait la renommée de la Suisse franconienne ; les sites ne répondent bien souvent guère à l'idée qu'éveille le nom de la contrée... Le *Curhaus* de Streitberg, situé sur une hauteur, où l'on peut faire une CURE DE PETIT-LAIT ou de bains, est en même temps hôtel, etc., etc. »

Baedeker ne m'avait pas trompé ; seulement, j'appris à Nuremberg qu'il me fallait aller à Forcheim, station du chemin de fer un peu plus éloignée, et où je trouverais des voitures qui me conduiraient à Streitberg.

Tout se passa ainsi qu'on me l'avait dit ; mais le Curhaus était fermé depuis le 30 octobre, et le docteur Weber, qui le dirige, était absent depuis cette époque.

Je trouvais bien là deux autres hôtels, mais personne ne put me fournir des renseignements assez précis sur l'objet de mon voyage, pour qu'il me fût permis de les accepter et de les consigner dans un travail qui, à défaut d'autres mérites, aura celui de la vérité prise sur place.

Nous passerons donc mon excursion à Streitberg au chapitre des profits et pertes.

Je partis pour Francfort, d'où je devais rayonner sur Wiesbade, Hombourg et Schlangenbad.

Je ne dirai rien des deux premières stations, où la médecine est complétement effacée par la roulette et où d'ailleurs ne se font pas les cures de petit-lait. J'y fus amené par le simple désir de voir l'emménagement *mondain* de ces deux stations célèbres, de rapprocher leur luxe de celui de Baden-Baden que je connaissais déjà, et voir les améliorations que, sous ce rapport, nous pourrions faire à Pougues.

Mais ce serait trop m'éloigner de mon sujet que de m'arrêter plus longtemps à la satisfaction de ce désir, et je passe en toute hâte à Schlangenbad, où nous trouverons les cures de petit-lait établies depuis 1844.

Schlangenbad, situé en plein Taunus, dans une vallée profonde et

(1) Dans mon itinéraire étaient compris les établissements séro-lactés situés dans les Carpathes. Mais nous étions déjà au 10 novembre, le temps devenait froid et mauvais, et je craignis de m'aventurer au milieu de ces montagnes sans pouvoir remplir le but de mon voyage. Je remis donc, quoique à regret, à une occasion meilleure, cette partie de mon itinéraire.

de plusieurs tasses par jour. M. le docteur Le Monnier nous adresse à ce sujet deux cas d'épitaxis rebelle observés par lui sur le même sujet, et guéris radicalement par le jus d'ortie.

Un homme de soixante ans, garde particulier, d'une frêle constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, atteint de rhumatisme chronique, sujet, pendant sa jeunesse, à des saignements de nez, fut pris, il y a cinq ans, vers minuit, d'une épistaxis qu'il ne put arrêter par les moyens qui lui étaient connus. Épuisé par la perte de sang qui coulait depuis dix heures, il avala un demi-verre de jus d'orties pilées (60 grammes environ), que sa femme lui prépara, et aussitôt l'épistaxis s'arrêta pour ne plus reparaître.

Trois ans après, cet accident se manifesta de nouveau au mois de mai avec une intensité telle, que le malade, effrayé de sa durée (seize heures), envoya chercher le docteur Le Monnier. Arrivé près de lui, renseigné sur les moyens employés autrefois en pareil cas, et le trouvant dans un état de faiblesse extrême, notre confrère engagea le malade à prendre le jus d'orties qui lui avait si bien réussi une première fois. Celui-ci en prit un quart de verre (30 grammes), et l'hémorrhagie s'arrêta presque aussitôt.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 décembre 1866. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gros donne lecture de l'observation suivante, adressée à la Société par M. Facieu de Gaillac :

Tumeur adénoïde. Extirpation. Guérison.

Les chirurgiens du commencement de ce siècle confondaient sous le nom de cancer à peu près toutes les tumeurs solides du sein. Cette qualification, beaucoup trop générale et bien propre, par l'idée d'incurabilité qu'elle entraîne, à jeter le découragement dans le cœur du malade et à nuire aux progrès de la science, avait été plus d'une fois attaquée dans sa généralité, lorsque A. Cooper écrivit un chapitre sur les tumeurs mammaires chroniques, qu'il distingua des véritables cancers. Frappé surtout de l'apparence fibreuse qu'avaient offerte à son observation, dans ses laborieuses recherches d'anatomie pathologique, un grand nombre de tumeurs du sein, M. Cruveilhier proposa d'admettre, sous le nom de corps fibreux, une classe jusque-là non décrite de tumeurs de la mamelle, dont la marche est toujours bénigne, et qui ne sont pas susceptibles de dégénérer en cancer. Cette proposition de l'habile anatomiste, si peu en rapport avec les idées qui avaient eu cours jusque-là dans la science, fut l'objet de nombreuses et vives protestations au sein de l'Académie. On nia l'existence des corps fibreux de la mamelle ; mais il n'était pas possible de nier la nécessité d'une division à établir parmi les tumeurs dites cancéreuses de cette région. Une confusion évidente avait régné jusque-là sur ce grave sujet de pathologie chirurgicale, et les vrais amis de la science appelaient de tous leurs vœux la solution d'une question si importante, lorsque parut en 1854 le *Traité des tumeurs du sein*, de M. Velpeau.

M. Velpeau décrivit, sous le nom d'adénoïdes, une classe de tumeurs du sein qu'il différencia nettement des tumeurs malignes, sans nier toutefois la possibilité d'une dégénérescence qui transformerait une tumeur primitivement bénigne en tissu encéphaloïde ou squirrheux (1).

(1) Chez une autre malade atteinte de deux énormes tumeurs adénoïdes, l'opération m'a permis de constater que l'une des tumeurs, la plus volumineuse et la plus ancienne, franchement adénoïde dans les deux tiers de sa masse, était transformée, dans son autre tiers, en lobules ramollis, qu'il eût été difficile de ne pas confondre ici avec un peloton de matière encéphaloïde, ailleurs avec une masse gélatiniforme, et là avec des grumeaux tuberculeux ou de pus concret. Chez une autre malade, la tumeur, soumise au microscope, a été trouvée cancéreuse dans une de ses moitiés, et simplement adénoïde dans l'autre. J'ai vu d'un autre côté, chez une femme bien constituée d'ailleurs, la tumeur se reproduire cinq fois dans l'espace de dix ans, tantôt à droite, tantôt à gauche, mais jamais dans le même point. Or, franchement adénoïde les quatre premières fois, la tumeur m'a laissé des doutes à la cinquième opération, tant elle ressemblait à un encéphaloïde un peu dur ou à un squirrhe en masse.

Rien de tout cela ne constitue, je le sais, une preuve sans réplique en faveur de la transformation d'une espèce en une autre. On peut supposer que chez la première femme l'élément encéphaloïde s'est joint après coup à l'élément butyreux ou caséeux. Il est possible que chez la seconde, les bousselures ramollies d'une des tumeurs tendissent à la décomposition purulente ou putride, plutôt qu'à la transformation en cancer, et rien ne prouve que chez la troisième, la dernière tumeur ait été primitivement adénoïde comme les quatre premières. Il faut même dire que chez ces deux femmes, les plaies de l'opération se sont régulièrement, nettement cicatrisées, et que la santé s'est maintenue bonne depuis sous tous les rapports. Il n'en est pas moins vrai que l'analogie entre de telles tumeurs et les tumeurs de mauvaise nature est assez frappante pour inspirer des craintes, pour autoriser quelques présomptions, pour justifier au moins des doutes sérieux. (Velpeau, *Traité des maladies du sein*, 1854, p. 380-381.)

Les principaux caractères qu'il assigna à l'adénoïde sont les suivants : une grande mobilité qu'aucune autre tumeur de la même région ne présente au même degré ; une origine qui se rattache le plus souvent à une violence extérieure et à une infiltration de sang ; une lenteur de développement souvent extrême ; l'intégrité de la peau même sur les points où cette membrane est le plus voisine de la tumeur, et l'absence constante d'engorgements ganglionnaires. S'il arrive que la peau vienne à s'ulcérer, on n'observe pas, comme dans l'encéphaloïde, des fongosités qui tendent sans cesse à tomber en putrilage (1).

L'ensemble des signes diagnostiques, tracé par M. Velpeau d'après un très-grand nombre d'observations recueillies au lit du malade, présente un tableau original et complet qui, dans l'immense majorité des cas, ne permet plus de confondre désormais la tumeur nouvellement décrite avec les diverses tumeurs chroniques dont la mamelle peut être atteinte. M. Velpeau, considérant la forme lobulée de la nouvelle tumeur, et son analogie de structure avec le tissu glandulaire, lui donna le nom d'adénoïde, qui rappelle cette ressemblance et ne préjuge rien sur sa nature intime. Toutefois, cette circonstance n'avait pas échappé à la sagacité de l'éminent chirurgien, que le plus souvent, si l'on remonte à l'origine de la maladie, on trouve notée comme cause occasionnelle une contusion du sein. De là la conclusion qu'une certaine quantité de sang extravasé a été probablement le germe, le *nisus formativus*, pour ainsi dire, d'une tumeur qui, subissant l'influence de la région où elle se développe, présente la forme et la structure des tissus au milieu desquels elle a pris naissance.

L'analogie de forme et de structure du tissu adénoïde et du tissu normal de la mamelle est admise à la fois par les cliniciens et par les micrographes. Mais où commence la dissidence, c'est sur la question de savoir si le tissu pathologique se forme de toutes pièces au sein d'un néoplasme, ou s'il n'est autre chose que le tissu mammaire lui-même dégénéré, perverti dans ses éléments les plus essentiels. L'une et l'autre manière de voir ont des partisans nombreux et autorisés par l'expérience et le savoir, et l'on invoque dans l'un et l'autre camp des faits, des considérations et des arguments d'une grande valeur.

L'isolement complet de la tumeur, son indépendance de la mamelle, l'absence de tout pédicule qui la rattache à cette glande, la reproduction de la tumeur alors même que la totalité de la glande mammaire aurait été enlevée dans une première opération, sont invoqués par les partisans de la première opinion, qui, prenant des armes dans le camp même de leurs antagonistes, invoquent ce passage d'un mémoire de M. Robin : « Mais il est une particularité plus importante encore que les précédentes, qui se rattache au travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie sur la production accidentelle, dans des régions dépourvues de glandes, de tissus analogues aux glandes. Cette particularité consiste en ce que, lorsque les altérations précédentes de la mamelle se sont développées, on voit souvent se produire, dans des ganglions lymphatiques de l'aisselle, un tissu semblable à l'altération de la mamelle correspondante. Non-seulement les caractères extérieurs sont les mêmes, mais le tissu est formé de filaments ramifiés et terminés en cæcum de même forme et de mêmes dimensions que dans la mamelle ; l'épithélium qui les compose est lui-même semblable à celui qui constitue les acini glandulaires de la mamelle malade.

« Il résulte de tout ce qui précède que dans la production de ces tumeurs, les troubles de la nutrition et du développement qui amènent l'altération des éléments glandulaires existant, s'accompagnant aussi de perturbation de la propriété de reproduction dont jouissent les éléments anatomiques, ce fait entraîne ainsi la naissance hétérotopique, ou avec aberration de lieu, d'éléments anatomiques pour lesquels, chez l'adulte comme chez l'embryon, la propriété de naître est connexe avec celle de présenter dès cette origine une texture spéciale, en rapport avec leur nature de cellules épithéliales ou autres, de fibres, etc. » (Mémoire lu par M. Robin à l'Académie des sciences, dans la séance du 22 août 1855.)

(1) Les végétations fournies par les tumeurs adénoïdes peuvent acquérir toutefois de grandes dimensions. On en voit un exemple dans l'observation communiquée en 1865, à la Société de médecine de Paris, par M. Labbé. Dans ce cas, la tumeur ayant fait hernie en quelque sorte à travers la peau ulcérée, avait développé un champignon gros comme le poing, que supportait un large pédicule, et que baignait un liquide sanieux et purulent. Nonobstant ces apparences trompeuses, l'habile praticien que je viens de nommer, considérant l'ensemble des caractères offerts par la tumeur, notamment l'absence d'engorgement ganglionnaire, n'hésita pas à diagnostiquer un adénome de la mamelle, diagnostic qui fut pleinement confirmé par l'examen microscopique et par les suites de l'opération. — Voir le remarquable rapport présenté à ce sujet à la Société de médecine par M. Forget, président de cette société.

Mais M. Robin lui-même et avec lui la plupart des micrographes et des cliniciens ne veulent rien voir autre chose dans le tissu adénoïde qu'une altération du tissu propre de la mamelle, et ils disent : l'isolement complet de la tumeur au moment de l'opération, ne prouve pas que cet isolement ait toujours existé. « Dans chaque organe glanduleux, l'appareil sécréteur et l'appareil excréteur sont à la vérité accolés, annexés ; mais ils conservent leurs propriétés respectives... Il en résulte qu'une atrophie des conduits excréteurs coïncide souvent avec une hypertrophie des lobes ou lobules correspondants. » (Verneuil, dans la séance du 2 mai 1855 de la Société de chirurgie.) Mais si l'on examine l'adénoïde à une période peu avancée de son évolution, on trouve toujours ces conduits excréteurs, et des rapports de continuité existent entre la glande et la tumeur qui donnent à cette dernière l'apparence d'un kyste pédiculé. On a vu même, dans un grand nombre de cas, un écoulement sanguin se produire par le mamelon, preuve manifeste des rapports intimes qu'affecte la glande mammaire avec le produit morbide.

Dans la séance du 2 décembre 1857 de la Société de chirurgie, M. Marjolin présenta, au nom de Goyrand (d'Aix), une observation qui avait paru à son auteur une démonstration sans réplique de l'identité de nature du tissu adénoïde et du tissu mammaire. Il s'agit, dans cette observation, d'un adénome gros comme la tête d'un adulte, où l'on pouvait voir les conduits « nés par des radicules déliés et des granulations bien distinctes, constituer, par leur réunion, des canaux assez larges et sans issue qui, dans certains points, étaient dilatés en ampoules, » et ces canaux galactophores étaient gorgés de lait. « Or, je ne sache pas, observe M. Goyrand, que jamais l'analogie de structure entre un parenchyme et le tissu de nouvelle formation qui se développe dans ses interstices ait pu aller jusqu'à cette identité de fonction. »

Mais le plus puissant argument qu'invoquent les partisans de l'identité de nature de l'adénoïde et du tissu mammaire réside dans la constitution même du tissu pathologique, où l'on retrouve les mêmes éléments et la même structure que dans le tissu mammaire normal. L'adénoïde, en effet, montre, sous le champ du microscope, du tissu glandulaire hypertrophié, soit que cette hypertrophie porte à la fois sur les grains glandulaires et sur le tissu conjonctif interlobulaire, soit que les grains glandulaires seuls soient affectés de cette nutrition exagérée. On y voit à la fois les culs-de-sac et les acini qui résultent de leur groupement, leur disposition lobulée au milieu d'une gangue fibreuse, et l'épithélium nucléaire qui tapisse leurs cavités et parfois les conduits excréteurs eux-mêmes, que le travail d'hypertrophie peut avoir atteints. N'est-il pas plus rationnel, plus conforme à l'observation physiologique, d'admettre une simple exagération du travail nutritif s'exerçant sur les éléments normaux de la glande, que de recourir à un processus morbide dont le résultat serait de créer, au milieu même ou dans le voisinage du tissu mammaire normal, un tissu pathologique de tout point semblable, aux dimensions près de ses éléments, au tissu primitif.

Pour ce qui est des cas de récidive, rien ne démontre que dans les opérations antérieures on avait enlevé jusqu'aux derniers vestiges de la glande mammaire. Il ne faut pas perdre de vue, au surplus, qu'en dehors de tout état pathologique on trouve, à des distances plus ou moins grandes de la mamelle, des lobules glandulaires isolés, sorte de *vasa aberrantia*, dit M. Giraldès, qui en se développant peuvent former des tumeurs en apparence primitivement isolées de la glande. L'on sait enfin que « la régénération locale des tissus ne procède guère que de vestiges, de reliquats du tissu primitif. » (Verneuil.)

Si, faisant abstraction de toute idée systématique, on cherche à

---

solitaire, environnée de collines boisées, fait partie d'un groupe nombreux d'eaux minérales dont les stations les plus importantes, Wiesbade, Ems, Schwalbach, sont à peu de distance les unes des autres.

On trouve, dans tous les ouvrages généraux d'hydrologie, la description de cette localité et de ses thermes, et je ne répéterai pas ce que d'autres ont si bien dit avant moi. Seulement je rappellerai, pour bien établir la connexion du traitement suivi à Schlangenbad avec la médication séro-lactée, que les eaux de cette station sont alcalines tièdes, à peine minéralisées, qu'elles sont généralement employées en bains et que leur usage interne n'a lieu que dans de rares exceptions. Les autres pratiques hydrothérapiques y sont également peu en honneur ; la douche y serait en effet déplacée et contrarierait les effets essentiellement calmants que produisent les bains de Schlangenbad.

On comprend donc sans peine combien est heureuse l'association de ces bains et de la médication séro-lactée dans les circonstances, si nombreuses en ces thermes, où il faut amener la sédation du système nerveux.

En cette matière et au point où en est mon voyage, je dois céder la parole au docteur Bertrand, qui a résumé dans la note suivante (1), sa pratique du petit-lait dans la station qu'il dirige.

« L'établissement d'une cure de petit-lait est venu remplir une lacune dont le besoin s'était fait sentir depuis longtemps à Schlangenbad, d'autant plus que l'emploi de ce moyen s'accommode parfaitement avec les maladies qui arrivent ici, et avec le traitement lui-même. C'est surtout à mon prédécesseur, le docteur Kniessling, que Schlangenbad est redevable, depuis 1844, de cette amélioration.

« Nous ne donnons que du petit-lait de chèvre. Un troupeau de chèvres des montagnes, très-vigoureuses, élevées dans ce but, et errant toute la journée sur les montagnes environnantes, où elles se nourrissent d'herbes aromatiques, nous fournit un lait excellent. La préparation du petit-lait se fait avec des caillettes de veau et une petite quantité de petit-lait aigre par voie de double séparation, d'après la méthode en usage dans les grands établissements de la Suisse.

« A six heures du matin, on apporte sur la terrasse le petit-lait fraîchement préparé, qui se prend jusqu'à huit heures.

Il est clair, à demi-transparent, d'un jaune verdâtre, d'une saveur sucrée et aromatique à la fois, à laquelle on se fait rapidement. Tout le monde sait que la couleur, la saveur, et l'arome changent avec la saison, la température et ses variations ; que c'est au printemps et dans les premiers mois de l'été que le petit-lait est le plus riche en principes ; enfin, que la grande chaleur et les orages le rendent plus liquide et plus aigrelet.

« Je n'ai pas l'intention de préciser le mode d'action du petit-lait sur l'économie. On sait qu'il agit d'abord en humectant, en adoucissant les muqueuses en général, et celles des organes respiratoires en particulier ; qu'il active les sécrétions de la peau, des reins et du canal intestinal ; qu'il rend les humeurs plus fluides, qu'il calme l'exaltation des systèmes vasculaire et nerveux ; c'est un calmant, un adoucissant général et un léger dissolvant.

« Je ferai seulement observer avec quelle facilité le petit-lait est supporté par les natures les plus irritables, les plus faibles, et les rapports intimes que cette propriété lui donne avec les eaux de Schlangenbad. Aussi, le petit-lait et ces eaux minérales se soutiennent et se complètent-ils dans la plupart des maladies indiquées plus haut. Je ne mentionnerai que l'éréthisme nerveux et les affections nerveuses pathologiques qui en résultent, les dyscrasies, les éruptions chroniques de la peau, les irritations congestives et inflammatoires des organes génito-urinaires, enfin et principalement les maladies des voies respiratoires, etc. Dans des irritations chroniques et inflammatoires du larynx et de la trachée, dans la bronchite chronique, au premier degré de la tuberculisation pulmonaire et même à la période de ramollissement des tubercules, le petit-lait sera toujours un moyen d'une valeur incomparable, estimé par les anciens médecins, négligé pendant de longues années et remis en honneur, comme il le méritait dans ces derniers temps.

« A Schlangenbad le petit-lait n'est employé qu'en boisson. »

J'ajouterai à la narration du docteur Bertrand, que depuis la publication de son travail, Schlangenbad emploie concurremment avec le petit-lait de chèvres le petit-lait de brebis, et que, suivant l'exemple de Ischl et d'autres stations autrichiennes, il recourt à l'usage interne des eaux minérales, soit seules, soit plus communément mélangées avec le petit-lait. Comme partout, les eaux minérales employées sont alcalines, ferrugineuses ou laxatives.

Je touchais aux frontières de l'Allemagne, je sentais comme un souffle qui me venait de la France, mon voyage était fini.

FÉLIX ROUBAUD.

Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

(1) *Traité des Eaux minérales du duché de Nassau*, etc., par une réunion de médecins de ces eaux, trad. de l'allemand, par le docteur H. Kaula. — L'article sur Schlangenbad, qui se termine par la note que je reproduis sur la cure de petit-lait, est signé Dr Bertrand.

Physiologie des mouvements, démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique, et applicable à l'étude des paralysies et des déformations, par le docteur G. B. DUCHENNE (de Boulogne). Un vol. grand in-8 de 900 pages, avec 101 figures dessinées d'après nature. Prix : 14 fr. — Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils.

résoudre le problème avec les seules lumières fournies par l'observation clinique et par les données du microscope, on voit clairement que la question de nature des tumeurs adénoïdes est loin d'être encore résolue. Pour un certain nombre de cas, il semble démontré que la tumeur pathologique est une hypertrophie pure et simple d'un ou de plusieurs lobes de la glande. Ces cas sont ceux où la tumeur, se rattachant par un pédicule au tissu mammaire non altéré, présente des conduits galactophores se continuant jusqu'au mamelon et donnant issue, par leurs orifices cutanés, à un liquide sanguin ou à du lait. Mais ces cas, hâtons-nous de le dire, ne sont pas fréquents. Bien plus souvent il arrive que la tumeur, complétement enveloppée d'un tissu fibro-celluleux, semble n'avoir avec la glande mammaire aucun rapport de continuité. Cette glande, refoulée, comprimée par le développement de la tumeur, en est complétement distincte. Il n'y a nul vestige de pédicule, rien qui puisse faire soupçonner l'existence antérieure de rapports intimes qui auraient uni l'un à l'autre l'adénome et la glande normale.

Concluons que dans l'état actuel de nos connaissances, il semble rationnel d'admettre deux modes de formation du tissu adénoïde. Dans l'un, on voit le travail d'hypertrophie s'attacher aux éléments normaux de la glande, accroître leurs dimensions et ne rien changer à leur structure. Dans l'autre, il y aurait création d'un tissu homéomorphe au tissu normal de la région, en vertu de cette loi qu'invoque M. Velpeau et que M. Robin semble confirmer de ses observations microscopiques, à savoir, que dans une région donnée du corps, s'il y a création de tissu, les nouveaux produits ont de la tendance à représenter la forme et la texture des tissus physiologiques propres à cette région.

L'observation qu'on va lire montre une tumeur adénoïde, complétement enkystée et parfaitement distincte de la glande mammaire. C'est une unité à ajouter à la liste déjà nombreuse de tumeurs de même genre, qui semblent naître et se développer en dehors de la glande mammaire et sans sa participation.

Virginie V..., âgée de vingt-trois ans, non mariée, d'une santé généralement bonne, sans prédominance d'aucun tempérament, a eu la fièvre typhoïde à l'âge de seize ans. Son père et deux de ses frères sont morts de cette maladie, qui atteignit simultanément cinq membres de sa famille. Sa sœur aînée est morte à l'âge de vingt-quatre ans, d'une fluxion de poitrine. Un frère et une sœur, plus jeunes qu'elle, vivent encore et se portent bien. Sa mère jouit, elle aussi, d'une bonne santé. La grand'mère de Virginie, du côté paternel, a été opérée d'une tumeur réputée cancéreuse de la mamelle et est morte des suites de l'opération. Le grand'père de cette dernière avait un cancer à la lèvre. Devenu vieux et très-faible, il avait sucé le lait de sa petite-fille, qui attribuait sa maladie à cette circonstance et à un coup qu'elle avait reçu sur le sein.

Il y a environ cinq ans, Virginie remarqua, pour la première fois, à la partie supérieure du sein gauche, une tumeur qui avait le volume d'une aveline, fuyait sous la pression des doigts et n'était le siége d'aucune douleur. Les progrès de cette tumeur furent très-lents les premières années, puis un peu plus rapides, mais jamais il ne se fit aucun travail phlegmasique appréciable, et la tumeur est toujours restée très-mobile et indolente. Toutefois, à de rares intervalles, il se produit un élancement peu intense et très-rapide; parfois aussi, la malade éprouve une sensation de chaleur locale; mais elle déclare que tout cela est bien peu marqué, et que, si ce n'était la préoccupation constante que lui cause sa tumeur, elle le remarquerait à peine.

Au mois de juin 1864, la tumeur, de forme sphéroïdale, a le volume d'un gros œuf. Elle est dure et très-inégale à sa surface, qui présente de nombreux mamelons. Elle est très-mobile sous la peau et sur le plan profond de la région. Par la palpation, on sent au-dessous d'elle la glande mammaire, qui semble avoir été refoulée à la partie la plus déclive. La peau a, sur tous les points, sa souplesse et sa coloration naturelles; on n'y voit aucune trace de veines variqueuses; le mamelon n'est pas rétracté, et il n'a jamais été le siége d'aucun écoulement sanguin ni séreux. Sur un point seulement, un des lobules de la masse morbide soulève légèrement la peau et constitue, en rompant l'harmonie des contours, le seul signe qui révèle, à l'œil de l'observateur, l'existence du mal. Il n'y a pas trace de ganglions engorgés dans l'aisselle. La mamelle droite est parfaitement saine.

Le 15 juin 1864, je procède à l'ablation de la tumeur. La malade est préalablement anesthésiée par le chloroforme (1). Une incision, dirigée de dedans en dehors et de bas en haut, parallèlement aux fibres du grand pectoral, divise les téguments au niveau de la partie moyenne de la tumeur. Quelques coups de bistouri suffisent à séparer celle-ci des parties environnantes, avec lesquelles elle n'a que des adhérences celluleuses. Je procède à cette dissection, en dirigeant le tranchant de l'instrument de telle sorte que la couche de tissu cellulaire qui environne la tumeur reste adhérente à celle-ci et est enlevée avec elle. Aucune communication apparente n'existe entre cette tumeur et la glande mammaire; il n'y a nul vestige de pédicule.

Pendant cette courte opération, deux très-petites artérioles ont donné du sang. Je pose un fil sur l'une d'elles; l'autre ne peut pas être retrouvée. Je réunis les bords de la plaie par la suture entortillée, et je termine le pansement avec des plumasseaux de charpie enduits de cérat et un bandage de corps qui comprime modérément.

La tumeur enlevée a la forme et le volume d'un œuf (6 centimètres de long sur 4 1/2 de large). Elle est complétement enveloppée d'une coque cellulo-fibreuse qui lui adhère faiblement, de telle sorte que de légères tractions avec les doigts suffisent à l'énucléer. On voit alors une masse pâle, lisse, mamelonnée. Divisée suivant son axe longitudinal, elle offre une surface de section d'aspect graisseux, pareille à celle que présenterait un lipome.

Examen microscopique. — La structure intime de cette masse morbide, révélée par le microscope, est constituée par divers éléments. Celui qui prédomine consiste en de très-nombreux noyaux, disposés par groupes et pressés de telle sorte que la plupart présentent des contours anguleux. Dans chacun de ces noyaux, on voit un ou deux nucléoles. Les cellules sont beaucoup plus rares; toutefois on en observe çà et là quelques-unes qui sont parfaitement configurées, contours arrondis, noyau et nucléole, et entre les contours de la cellule et les noyaux, une assez notable quantité de matière granuleuse. Plusieurs fragments de la tumeur ne contiennent aucun vestige de tissu fibreux; mais d'autres parties, que l'on détache avec des pinces ou avec la pointe d'un bistouri, présentent de très-nombreuses fibres fasciculées ou entremêlées de manière à offrir l'apparence d'une sorte de feutrage. Des groupes de noyaux remplissent les interstices de ces fibres. Sur divers points, on voit une sorte de blastème amorphe où l'on constate un commencement de fragmentation, et tout à côté des cellules complétement développées. Un autre élément enfin, qu'il importe de signaler, consiste en des culs-de-sac membraneux, gorgés en quelque sorte de tissu épithélial. Les contours de ces culs-de-sac sont parfaitement dessinés, et représentent manifestement les grains glandulaires hypertrophiés de la mamelle. Je dois ajouter qu'un fragment de l'enveloppe de la tumeur, pris à la face externe de cette membrane, a été mis sous le champ du microscope, et qu'il a présenté, dans les mailles d'un tissu fibreux très-abondant, quelques rares noyaux.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Une partie de la plaie s'est réunie immédiatement; l'autre a suppuré pendant douze jours, et le 27 juillet la cicatrisation était complète. Deux ans plus tard, en juillet 1866, je revois cette jeune femme qui, mariée peu de temps après sa guérison, est actuellement enceinte de six mois et ne conserve aucune autre trace de l'opération qu'une ligne cicatricielle peu apparente.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Collineau.

(1) Pour l'administration du chloroforme, et pendant toute la durée de l'opération, la malade est couchée sur une table qui offre un plan incliné des pieds à la tête, suivant le procédé de M. Chassaignac. On sait que cet habile chirurgien pousse souvent l'anesthésie jusqu'à la résolution complète des muscles, et qu'il maintient ses malades dans cet état pendant plusieurs heures, et toujours impunément.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Velpeau recommencera ses leçons cliniques, à la Charité, le lundi 11 mars, à neuf heures.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris tiendra sa prochaine séance le mercredi 13 mars.

Ordre du jour : Communications de M. Passant sur la coloration noire de la peau ; de M. Courserant sur l'hypermétropie.

Toutes demandes de renseignements ou communications doivent être adressées à M. le docteur Thibault, secrétaire général, rue du Caire, 11.

— Les lundi 25 et mardi 26 mars 1867 aura lieu la vente d'ouvrages d'histoire naturelle, de littérature, de médecine et de chirurgie, provenant des bibliothèques de feus MM. les docteurs M..., F... et S..., anciens internes des hôpitaux de Paris.

S'adresser pour le catalogue à M. Coccoz, libraire-éditeur, chargé de la vente, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 30. — MARDI 12 MARS 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 12 MARS 1867. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 MARS 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

Comme tout le monde, nous avons trouvé un peu longue la discussion qui vient de se clore à la Société médicale des hôpitaux ; mais nous ne regrettons pas qu'elle ait eu lieu.

Le rhumatisme blennorrhagique a servi de prétexte pour le développement des idées de chacun sur les questions de pathologie générale les plus ardues : la virulence, la spécificité dans les diverses maladies, les états constitutionnels et les diathèses, leur origine, leur nature et leurs combinaisons possibles, etc. Il est bon que, de temps à autre, les médecins des hôpitaux soient interrogés, pour ainsi dire, sur ces délicates questions; car les méthodes thérapeutiques sont liées, en général, d'une manière intime aux théories pathologiques.

Mais il ne faudrait pas oublier que la Société médicale des hôpitaux doit avoir pour but principal de concourir aux progrès de la science, en signalant les faits dignes de remarque aussitôt qu'ils sont observés dans les divers services, et surtout en les éclairant par la comparaison des faits semblables ou contradictoires en apparence, que chaque membre peut trouver dans ses souvenirs ou dans ses notes. Ce doit être, en un mot, une vaste conférence entre cliniciens, et non point une arène ouverte aux théories spéculatives, car c'est son caractère essentiellement pratique qui lui donne sa haute valeur.

En médecine, il est toujours facile d'inventer un système et de le soutenir, quand on s'enferme dans son cabinet avec son imagination et ses souvenirs, au lieu de consulter sans cesse son observation propre et celle de chacun. Mais de tous les systèmes qui se sont écroulés, des grandes vues philosophiques sur lesquelles ils se basaient, que reste-t-il? Bien peu de chose. Parfois les remarques cliniques qui, dans l'esprit de leurs auteurs, avaient amené leur éclosion.

Est-ce donc à dire qu'il soit possible de se passer entièrement de système? Non, certes; car les faits isolés ne diraient plus rien à l'esprit et seraient oubliés bientôt. Il faut donc, alors même que l'on n'a pas encore pénétré le secret de leurs liens naturels, les rattacher entre eux d'une façon quelconque, la moins artificielle que l'on puisse trouver; mais il ne faudrait pas être dupe de son propre ouvrage, et présenter comme un tout solide un ensemble de pièces disparates que l'on a rapprochées à peine à force d'art.

Là est le danger des systèmes. Ce sont ordinairement des esprits élevés qui les imaginent, les caressent, travaillent à les faire prévaloir, et dans le très-excusable orgueil d'une création ingénieuse, négligeant la nature, ne tiennent plus compte de ce qui répugnerait à leurs arrangements auxquels, bien entendu, ils attribuent toujours une importance prépondérante.

J'entendais un théoricien de grand mérite, M. Pidoux, dire, à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, que « l'École de Paris était en dehors des voies médicales, parce « qu'elle n'acceptait pas comme vérités certaines pouvant ser« vir de base à toute déduction, les idées de M. Pidoux sur la « formation, l'évolution et la disparition progressive de la « spécificité et de la virulence. » Je suis pour l'École de Paris. Ces mots cachent des inconnues qui cesseront peut-être un jour de l'être ; mais dont toutes les explications proposées jusqu'ici ne sauraient rendre compte.

Nous l'avons déjà dit plus d'une fois ; ce qui nous semble être la base de toute science, c'est l'étude de la nature en elle-même. Elle seule peut fournir constamment de nouvelles lumières ; elle seule légitime ou rend vaines les déductions que l'on voudrait tirer de notions antérieures et qui, sans cette consécration, restent à l'état d'hypothèses.

Telles sont les causes de notre grande estime pour la Société médicale des hôpitaux. Elle fournit des faits bien observés, et nous aimons à les rappocher d'autres, tirés directement de la pratique hospitalière, que des voyages presque incessants nous ont fait un peu négliger depuis quelques semaines, mais que nous nous remettrons prochainement à suivre avec exactitude.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. Guéneau de Mussy.

Cancer du péritoine. — Signes de la péritonite chronique.

Messieurs,

Il y a quelques semaines, je vous entretenais d'une malade offrant les signes d'une ascite et chez laquelle j'avais diagnostiqué un carcinome du péritoine.

Un nouvel incident, survenu depuis notre dernière entrevue étant venu apporter des éléments nouveaux et confirmatifs de l'opinion que j'avais énoncée, je veux, avant de vous en rendre compte, revenir aujourd'hui sur l'histoire de cette malade ; d'autant plus que la plupart d'entre vous ne l'ont pas entendue.

La malade dont je veux vous entretenir est âgée de 59 ans ; sa figure est amaigrie, mais sa physionomie est pleine de vie et d'énergie ; sa poitrine, ses bras sont également profondément émaciés, les côtes dessinent leur relief sous la peau du thorax ; et puis, par un contraste saisissant, la moitié inférieure du corps présente un développement considérable ; le ventre est surtout énorme, projeté en avant, presque conique : les jambes et les cuisses sont œdématiées sans avoir des dimensions proportionnées à celles du ventre. Cette femme nous raconte qu'elle a toujours joui, jusqu'à la maladie actuelle, d'une excellente santé. Son père paraît avoir succombé à une maladie accidentelle, sa mère est morte hémiplégique. Sans commettre d'excès d'aucun genre, elle avait l'habitude de se préparer le matin aux travaux de la journée, en avalant un petit verre de liqueur. Elle a perdu ses règles à quarante-quatre ans. Il y a quatre ans, environ, onze ans par conséquent après la ménopause, elle fut prise, sans cause appréciable, d'un flux sanguin par la vulve : ce flux, qui n'était accompagné d'aucune douleur, qui ne l'empêchait pas de se livrer à son travail, cessa spontanément au bout de six mois, et fut remplacé par une leucorrhée séreuse qui n'a disparu que depuis deux à trois mois. Il y a cinq à six mois ses jambes et ses cuisses commencèrent à se tuméfier, la tuméfaction était plus prononcée le soir à la suite des fatigues de la journée, elle devint considérable, puis diminua il y a deux mois et demi, et en même temps le ventre commença à augmenter de volume. Le développement morbide fit de rapides progrès sans causer d'autre sensation pénible que celle qui résulte de la tension excessive des parois abdominales.

Forcée de s'arrêter il y a quelques semaines, cette femme nous a demandé un lit, mais la diminution de l'œdème des jambes s'était manifestée plus d'un mois avant qu'elle fût obligée de garder le repos ; depuis un mois elle a des selles molles et quelquefois liquides. Le teint de la malade est un peu vergeté ; ses joues, d'un rouge jaunâtre, sont arborisées de vaisseaux capillaires hypertrophiés, les artères radiales dures, cannelées, athéromateuses, battent régulièrement et avec une fréquence modérée. Les membres inférieurs sont œdématiés sans offrir des dimensions très-anomales. La peau du ventre est tendue, soulevée par des veines dilatées qui témoignent de la gêne qu'éprouve la circulation veineuse profonde : un trouble même léger de cette circulation comme celui qui résulte du météorisme de la fièvre typhoïde suffit pour amener cette dilatation supplémentaire des vaisseaux superficiels. En appuyant le doigt sur la peau on voit converger vers le point comprimé de très-longs plis radiés qui témoignent ordinairement de l'œdème des téguments; mais l'œdème devient plus évident quand on appuie le stéthoscope sur l'abdomen, il laisse une rigole profonde, circulaire, qui circonscrit un espace saillant ; c'est le meilleur procédé que je connaisse pour constater l'infiltration des parties molles superficielles, dans les régions où elles ne reposent pas sur un plan osseux résistant.

La percussion fait constater un son clair, tympanique dans toutes les parties moyennes de l'abdomen.

Dans l'épigastre et les hypocondres cette sonorité se prolonge à droite dans la région iliaque et vers le flanc où elle devient plus obscure, et dans la partie la plus déclive est remplacée par un son mat.

L'hypocondre, le flanc, la région iliaque gauche sont le siége d'une matité qui est sensiblement limitée en dedans par le bord externe du muscle droit. Ainsi, les limites de la matité et de la sonorité sont marquées par une ligne très-irrégulièrement brisée qui, suivant la partie externe du flanc droit longe la fosse iliaque, remonte au niveau de l'hypogastre, et suit le bord externe du muscle droit du côté gauche pour se porter en dehors au niveau du flanc gauche.

En faisant coucher alternativement la malade sur l'un puis sur l'autre côté, ces limites ne subissent pas un changement subit et complet, la matité du côté gauche devient incomplétement sonore tandis que la sonorité droite diminue partiellement sans disparaître tout à fait. D'autre part, si on produit un petit choc sur un des côtés de l'abdomen, la main appuyée sur le côté opposé, reçoit ce choc très-net, très-circonscrit et qui n'est pas modifié par une pression exercée sur la ligne médiane.

Le foie, refoulé en haut, remonte jusqu'au mamelon ; en bas, la matité hépatique s'arrête à la septième côte, et fait place au son intestinal qu'on trouve dans toute la zône supérieure. Les dernières côtes sont écartées et comme étalées sur les hypocondres élargis. On trouve au niveau de l'anneau ombilical un petit disque dur, aplati, du volume d'une grosse amande, tenant par un pédicule à l'orifice de l'anneau. La malade nous raconte qu'elle avait une petite hernie facilement réductible qui depuis un mois a pris cette consistance et est restée au dehors.

Les ganglions inguinaux, des deux côtés, sont volumineux, durs, indolents. Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'une tumeur dure, mamelonnée, remplissant le cul-de-sac postérieur, et repoussant contre le pubis l'utérus qui paraît sain, quoique peu mobile, et dont elle embrasse la face postérieure.

L'orifice du museau de tanche est lisse et légèrement entr'ouvert.

Cette tumeur est indolente ; on la retrouve par le rectum, avec les mêmes caractères, s'étendant peut-être un peu plus à droite qu'à gauche. Une sonde introduite dans la vessie, pour apprécier la part qui pourrait être faite à cet organe dans la matité hypogastrique, en a fait sortir une petite quantité d'urine pâle, louche, muqueuse, qui n'a pas laissé, en se refroidissant, de sédiment briqueté, et qui, essayée par la chaleur et par l'acide nitrique, ne contient pas d'albumine.

L'examen de la poitrine n'y fait reconnaître aucune lésion appréciable des organes respiratoires ; à la pointe du cœur, on constate un léger bruit de souffle systolique, indiquant une insuffisance de la valvule mitrale.

Ainsi donc, en résumant l'ensemble des phénomènes morbides observés chez cette malade, nous trouvons une ascite à forme inégale, compliquée de tympanite, une tumeur pelvienne avec induration des ganglions inguinaux, une infiltration des membres inférieurs, qui a précédé l'ascite et a notablement diminué pendant le développement de l'hydropisie péritonéale, et enfin au second plan et comme pouvant être la note d'un état diathésique antérieur à la maladie actuelle des lésions cardio-vasculaires qui n'avaient produit ni essoufflement, ni palpitations, ni aucun trouble fonctionnel appréciable de la fonction circulatoire.

J'ai dit que notre malade avait une ascite ; la forme du ventre, l'exercice régulier des grandes fonctions auraient pu faire penser à un kyste ovarique, mais la présence du paquet intestinal surnageant la masse liquide, la mobilité même partielle de celle-ci, constatée par la percussion et la palpation, ne permettaient pas de s'arrêter un moment à cette pensée repoussée déjà par la rapidité avec laquelle s'était développée l'intumescence abdominale.

Mais l'ascite est le plus souvent symptomatique ; on admet bien une ascite primitive ou essentielle, résultat d'une hypersécrétion péritonéale ; je crois en avoir observé un cas chez un malade qui avait passé une nuit couché sur un pré humide ; mais ces ascites essentielles ne sont pas seulement très-rares, elles sont aiguës et passagères ; nous avons affaire ici à une péritonite chronique.

Une des causes les plus communes de l'ascite, c'est la cirrhose ; mais dans la cirrhose, le foie, comme ratatiné, a presque constamment diminué de volume. Je sais qu'on a cité quelques cas de cirrhose avec augmentation de volume du foie ; mais c'est là une exception, et chez notre malade le foie présente ses dimensions normales. Chez elle, les urines ne sont pas briquetées, phénomène commun dans la cirrhose. Du reste, cette affection, si elle existait, ne suffirait pas pour expliquer cet œdème des membres inférieurs qui a précédé l'ascite, tandis que dans la cirrhose, il ne se montre que consécutivement à l'hydropisie péritonéale, et n'offre pas, en général, le développement qu'il a présenté ici.

Nous trouverons bientôt, dans les caractères de l'épanchement abdominal, des différences plus décisives.

Si la cirrhose produit l'ascite par la gêne qu'elle apporte à

la circulation de la veine-porte, on comprend que d'autres conditions morbides puissent gêner la circulation veineuse abdominale, et amener le même résultat. Les tumeurs du foie, de l'estomac, de la rate, peuvent être compliquées d'ascite. Mais alors même que le médecin n'aurait pas assisté à l'évolution de la maladie, et n'aurait pas antérieurement constaté ces tumeurs; alors même qu'on ne pourrait pas les sentir en refoulant, par une pression brusque de la paroi abdominale, la couche liquide qui les recouvre, il existe dans ces cas des troubles fonctionnels graves que nous n'observons pas chez notre malade.

L'ascite n'est, d'autres fois, qu'un épisode d'une hydropisie plus générale. Ainsi, quand il survient dans le cours d'une maladie de Bright, il est précédé et accompagné d'anasarque. Chez notre malade, les parties supérieures n'ont jamais été œdématiées, et d'ailleurs, ce qui est péremptoire, l'urine n'est pas albumineuse.

Nous ne songerons pas davantage à ces ascites qui surviennent à une période avancée des affections cardiaques. Loin de remplacer l'œdème des membres inférieurs, elles en marquent en général le degré extrême, quoique les altérations hépatiques puissent concourir à en avancer le développement. D'ailleurs, chez notre malade, jusqu'à ces derniers temps, il n'y avait ni essoufflement, ni palpitations, ni aucun trouble des fonctions du cœur et du poumon. La légère altération que nous avons constatée dans la valvule mitrale est une de ces lésions qui restent silencieuses tant que le muscle cardiaque conserve, comme ici, toute son activité, et qui sont extrêmement communes après l'âge moyen de la vie.

Après toutes ces éliminations, nous arrivons à une cause d'ascite moins commune sans être rare, et sur laquelle, je le dis d'avance, s'arrête mon diagnostic : c'est la péritonite chronique.

Le mot péritonite rappelle ordinairement à l'esprit l'idée d'une maladie violente accompagnée de douleurs véhémentes, parfois intolérables, de vomissements, de réaction fébrile intense. Ce tableau représente la péritonite aiguë; on en retrouve passagèrement quelques traits affaiblis dans certaines formes de péritonite chronique. Mais, il faut le savoir, la péritonite chronique peut être complétement indolente; elle peut se développer sans réaction fébrile notable ou au moins perçue par le malade. Or il ne faut pas toujours, sur ce point, accepter son témoignage sans contrôle, et vous voyez des phthisiques qui, avec une fièvre ardente, croient n'en point avoir.

M. Grisolle a cité l'observation d'un malade qui est resté longtemps dans son service avec une ascite attribuée, par ce professeur, à une péritonite tuberculeuse; il souffrait si peu, qu'il faisait parade de se donner de grands coups de poing dans l'estomac, pour montrer combien son ventre était indolent. Il succomba, et l'exactitude du diagnostic fut confirmée par l'autopsie.

Ce qui nous fait croire, dans le cas qui nous occupe, à une péritonite chronique, c'est la délimitation irrégulière de la sonorité et de la matité : quand les intestins flottent, libres de toute adhérence, dans le liquide ascitique, en vertu de leur légèreté spécifique, ils en occupent la couche supérieure, quelle que soit la position du malade; et, dans le décubitus dorsal, ils forment une région sonore, limitée par des lignes courbes presque circulaires; ici, au contraire, nous voyons la matité, partant de l'hypogastre, s'étendre dans le flanc gauche beaucoup plus que dans le flanc droit en suivant une ligne brisée. Le déplacement de la sonorité et de la matité n'est pas instantané, complet, quand on fait coucher la malade alternativement sur l'un et sur l'autre côté; si on la fait coucher sur le côté gauche, le flanc droit devient sonore, mais la réciproque n'a pas lieu; quand elle est couchée sur le côté droit, le flanc gauche conserve une sonorité obscure dans une grande étendue; d'une autre part, si la matité occupe à droite un plus large espace, elle n'est point partout complète; et au niveau du muscle droit, sous le son obscur qui remplace le son tympanique intestinal, une percussion énergique découvre une sonorité profonde attestant que l'intestin ne s'est pas déplacé, et qu'il se trouve au-dessous de la couche liquide qui s'est glissée entre lui et les parois du ventre.

Cette délimitation irrégulière de la matité, cette difficulté dans le transport du liquide d'un côté à l'autre, cette sonorité profonde sous une obscurité superficielle, quand elles existent, sont des signes que je crois importants pour distinguer la péritonite chronique de l'ascite qui accompagne la cirrhose.

Il y a des cas où le diagnostic est plus difficile, c'est quand les intestins sont maintenus fixés au rachis par des adhérences, et sont recouverts en avant par le liquide épanché; mais il est rare alors que le son intestinal ne se révèle pas en quelques points surtout en faisant varier les positions du malade, ou ne se laissent pas deviner sous une percussion profonde. D'ailleurs dès que la forme de la tumeur, celle du ventre, les résultats du toucher vaginal ne sont pas en rapport avec les caractères d'un kyste ovarique, on doit penser à une ascite, et explorer le ventre dans différentes situations pour arriver à des signes plus positifs.

Nous pouvons invoquer, en faveur de la péritonite, une autre présomption tirée de cette tympanite qui coexiste avec l'ascite; elle témoigne de l'inertie paralytique des fibres intestinales sous-jacentes au péritoine enflammé, et on la retrouve à des degrés divers dans toutes les formes de péritonite. Ici les anses intestinales ne sont pas seulement distendues, elles sont immobiles, donnent à la main une sensation d'empâtement que Chomel regardait après Bayle comme un des signes les plus importants de la phlegmasie chronique du péritoine.

Mais la péritonite chronique est presque constamment symptomatique; on l'a vue quelquefois succéder à des péritonites partielles aiguës, mais ici nous ne pouvons admettre cette origine, puisque jamais chez notre malade on n'a observé aucun travail morbide à marche aiguë, et nous ne regardons pas, pour cette raison, la tumeur pelvienne comme pouvant être la conséquence d'une ancienne pelvi-péritonite. *(Sera continué.)*

A PROPOS DE L'APHASIE,

Par M. le Dr ARONSSOHN, médecin-major au 7e bataillon de chasseurs à pied.

Selon M. Gairdner, « dans l'aphasie, l'intelligence est intacte « et le mécanisme de la phonation est conservé; ce qui manque, « c'est le trait d'union qui unit entre eux ces éléments extrêmes « des phénomènes du langage; ce qui est interrompu, ce n'est « pas le passage du mot à son expression extérieure par la pa« role, c'est le passage de l'idée au mot qui lui correspond. »

Cette théorie ne me semble pas admissible.

Les idées, chez l'homme normal, s'expriment au moyen de mots, soit mentalement, soit par la phonation. Mais l'on conçoit très-bien que les mots ne sont que le mode le plus parfait d'expression, et qu'ils pourraient être remplacés par d'autres signes. Plusieurs sens servent de communication entre l'intelligence et le monde extérieur, et chacun d'eux peut exprimer des idées semblables, quoique au moyen de signes différents. Ainsi, la même idée sera représentée par une sensation tactile chez celui qui n'aurait que le sens du tact, par une image chez celui qui n'aurait que le sens de la vue, etc. Et l'on conçoit ainsi que ces idées semblables, conçues au moyen de perceptions spéciales, puissent être exprimées plus ou moins bien par des signes du même ordre. Or, si c'est simplement le mot qui fait défaut à l'aphasique, si l'idée existe, si l'intelligence est intacte, il doit pouvoir remplacer, jusqu'à un certain point, la parole qui lui manque par un ou plusieurs des signes que ses sens mettent à sa disposition. Mais jamais un aphasique n'a cherché à faire comprendre d'une manière quelconque l'idée qu'il ne pouvait exprimer par la parole.

M. Gairdner dit que l'intelligence est intacte, que ce qui manque, c'est le passage de l'idée au mot et non le passage du mot à la parole. Mais si le mécanisme de la phonation est intact et sert à l'expression d'un certain nombre d'idées, il est impossible de concevoir d'autres idées existant et ne pouvant s'exprimer. Ce lien qui joint l'idée à son expression, ce passage, ce trait d'union est une phase absolument insaisissable de son évolution. De la conception de l'idée, de son expression mentale à son expression physique, que peut-il y avoir autre chose que la mise en jeu d'organes physiques? Et si ces organes sont intacts, qu'est-ce qui peut empêcher cette mise en jeu?

Mais l'intelligence est-elle intacte? voilà la vraie question. Je ne veux pas m'arrêter au paragraphe où M. Gairdner reconnaîtrait que, dans la majorité des cas, l'intelligence est légèrement atteinte, quoique en grande partie conservée, ce qui prouverait que l'auteur de cette théorie y admet bien des exceptions. Je voudrais montrer psychologiquement qu'il est impossible d'affirmer que l'intelligence n'est pas atteinte ou absente lorsqu'elle ne trouve aucun signe pour exprimer ou au moins indiquer les idées qu'elle est censée avoir.

Quel que soit le degré de spiritualisme philosophique auquel on s'élève, c'est un fait d'observation que l'homme naît de la sensation. Son intelligence ne se développe pas lorsqu'il ne peut percevoir de sensation, lorsqu'il manque des sens qui doivent lui donner ces sensations; et elle ne se développe qu'au fur et à mesure de ses rapports avec le monde extérieur. Elle s'exerce d'abord uniquement sur les faits physiques; c'est graduellement, par la coordination des jugements qu'elle porte sur eux, qu'elle s'élève à des idées d'un ordre supérieur, c'est-à-dire de l'ordre moral. Il résulte de cette éducation par la matière que, si haut que s'élève l'intelligence, si loin qu'elle aille dans les régions de l'infini, elle sera toujours soumise à la nécessité de formuler ses idées au moyen de formes sensibles, de symboles limités dans l'étendue et ayant une analogie plus ou moins éloignée avec ces images que lui offrait dans son enfance le monde physique. L'idée peut revêtir des formes de plus en plus éthérées, de plus en plus immatérielles; on dit alors qu'elle devient abstraite. Mais l'idée dépouillée de toute forme, l'idée pure, l'abstraction pure ne se comprend pas; et se comprît-elle, elle ne saurait jamais s'exprimer, n'ayant pour cela que des moyens empruntés à la matière, à tout ce qui a forme et limite. Disons donc que l'idée, la parole de l'intelligence, lorsqu'elle existe, a toujours à son service soit la parole du corps, qui en est l'expression la plus parfaite, soit la pantomime variée d'un ou plusieurs sens, qui indiqué au moins son existence quand elle n'est pas assez savante pour se faire comprendre. Concevrait-on un cerveau intelligent, qui n'aurait à son service ni la parole ni aucun nerf des sens? Quelle lésion, quelle monstruosité a jamais permis d'observer coïncidence pareille; et d'ailleurs comment constaterait-on l'existence de cette intelligence, puisqu'il n'y aurait ni parole ni sens pour donner les seuls signes qui la prouvent? Encore une fois, lorsque l'intelligence existe, elle s'affirme par des signes physiques, et lorsque ces signes manquent, il est impossible de dire qu'elle existe.

Dans l'aphasie, dit encore M. Gairdner, l'intelligence aurait des idées vagues. Non; une idée ne saurait être vague, car elle est toujours l'expression d'un jugement, lequel est lui-même l'expression d'un rapport entre deux faits de l'ordre physique ou moral. Il y a certains états de l'âme, le rêve, la rêverie, le sommeil, où les idées semblent vagues; c'est que la volonté n'exerce plus son empire sur leur direction; elles se succèdent sans autre guide que les agents extérieurs et les impressions conservées par la mémoire; la conscience même repose et ne les constate que faiblement. Mais il n'y a rien de vague dans l'idée elle-même.

Je conclurai en disant que :

1° Entre la conception de l'idée et son expression, toutes deux restant intactes, il ne se passe aucun phénomène psychologique appréciable;

2° Lorsque l'intelligence existe, elle s'affirme soit par la parole, soit par des signes physiques perceptibles aux autres hommes au moyen de leurs sens; et lorsque ces signes manquent, il est impossible de dire que l'intelligence existe.

Par conséquent, dans l'espèce, c'est-à-dire dans l'aphasie, puisque la phonation reste intacte, puisque les idées, qui ne peuvent s'exprimer par elle, ne s'expriment pas davantage et à aucun degré par l'intermédiaire d'aucun des autres sens, il est impossible, il est prématuré, au moins dans l'état actuel de la science, d'affirmer que ces idées existent, ou, en d'autres termes, que l'intelligence est intacte.

D'où il résulterait que cette théorie nouvelle n'ébranle en rien l'opinion de la majorité des cliniciens, lesquels rapportent tous les cas d'aphasie à un trouble intellectuel plus ou moins considérable.

CONSIDÉRATIONS

Sur les moyens de diminuer la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux, à l'occasion du travail de M. Empis sur la statistique du service d'accouchement de la Pitié (Fin),

Par M. le docteur TARNIER.

Nous pouvons, si M. le Dr Empis le veut bien, serrer la question de plus près, et nous demander quelle mortalité donneraient les 7,000 accouchements des hôpitaux, si on les transportait dans les bureaux de bienfaisance. Admettons tout d'abord qu'il soit démontré que la population hospitalière, en ce qui concerne les femmes en couches, présente une prédisposition particulière aux maladies, et recherchons quel chiffre atteindrait la mortalité consécutive à l'accouchement de ces femmes. Cette mortalité comprendrait, d'une part, les décès causés par les maladies les plus diverses ainsi que par les cas de dystocie, et, d'autre part, les décès dus à la fièvre puerpérale. Pour la première catégorie, je laisse M. Empis placer son chiffre 0,89 0/0, bien qu'il ne soit pas admissible, comme je l'ai déjà dit, que la mortalité soit aussi forte dans la ville qu'à l'hôpital. C'est donc une première concession que je fais, uniquement pour le besoin de la discussion. Mais quel chiffre prendra-t-on pour représenter les décès dus à la fièvre puerpérale? Ce sera assurément un chiffre inférieur à 0,55, puisque celui-ci contient non-seulement la mortalité causée dans les bureaux de bienfaisance par la fièvre puerpérale, mais encore par les cas de dystocie et par toutes les autres maladies. Ce serait faire un double emploi du chiffre de décès. Personne n'osera donc additionner les chiffres 0,89 et 0,55, et on n'arrivera jamais au total de 1,44.

Je me suis placé à tous les points de vue, j'ai fait toutes les concessions possibles, et cependant je reste autorisé à dire que le chiffre 1,44 est erroné.

L'argumentation qui précède prouvera, je l'espère, que les seuls chiffres qui puissent être comparés légitimement sont ceux qui représentent, d'une part, la totalité des décès de la ville, et d'autre part, la totalité des décès de l'hôpital.

Mortalité de la ville, 0,55 0/0 = 1 sur 181 accouchements.
Mortalité de la Pitié, 2,03 0/0 = 1 sur 49 accouchements.

Toute autre comparaison est entachée d'erreur.

Une statistique ainsi dressée est sans doute imparfaite, et j'avoue qu'il serait à désirer qu'on pût y établir des catégories suivant les causes de mort, y trouver, par exemple, dans une classe à part, les décès de ces malheureuses femmes dont l'accouchement ne peut pas être terminé en ville, et qui viennent mourir à l'hôpital. A ce point de vue, le travail de M. Empis contient des matériaux qui seront utilisés plus tard, mais il serait dangereux d'en tirer dès aujourd'hui les termes d'une comparaison encore impossible. M. Empis a dit avec raison que dans une statistique générale, sans distinction de catégories, les cas de dystocie qui viennent de la ville augmentent indûment la mortalité de l'hôpital; mais nous savons aussi qu'un assez grand nombre de malades, après être accouchées à l'hôpital, vont mourir en ville. J'ai vérifié ce fait dans mon premier travail sur les maladies des nouvelles accouchées (Thèse, Paris, 1857). Il y a donc là une compensation approximative.

Ce qui donne au mémoire de notre collègue une importance incontestable, ce qui lui a valu l'attention de tout le public médical, c'est qu'il a fait descendre la mortalité de son service de 7,60 0/0 à 2,03 0/0. Son exemple sera suivi assurément; on l'imitera, et quand tous les hôpitaux de Paris seront aussi heureux que la Pitié, on y comptera 142 décès seulement sur 7,000 accouchements. Ce serait là une grande amélioration sur l'état actuel, et néanmoins j'aurais encore le droit de dire qu'en ville ces 7,000 accouchements, avec une mortalité

moyenne de 0,55 0/0, n'auraient donné que 38 décès au lieu de 142. Ce serait un surplus de 104 décès par an dont les hôpitaux seraient responsables. Il est impossible d'envisager avec satisfaction une pareille éventualité, et je suis forcé de dire que M. Empis a eu tort de repousser l'organisation par l'Assistance publique, d'un service d'accouchements à domicile ou chez les sages-femmes, et qu'il n'est pas mieux fondé à condamner d'avance tout nouveau projet de maternité où serait réalisé l'isolement des nouvelles accouchées, de manière à les placer dans des conditions analogues à celles qu'elles trouvent en ville. Je lui reproche en un mot de se déclarer satisfait de l'état actuel et d'avoir écrit : ..... « N'est-il pas préférable de généraliser dès à présent les mesures hygiéniques qui m'ont donné « un tel résultat à la Pitié, que de courir après l'image d'une « perfection que l'état actuel des ressources de l'Assistance publique ne permettra peut-être pas d'atteindre de sitôt. »

Ce langage est dangereux, à mon avis, parce qu'en l'écoutant on enregistrerait chaque année la mort de 104 femmes qu'on doit avoir l'espoir de sauver avec de nouveaux progrès. Tous les médecins des hôpitaux s'efforceront de suivre M. Empis, dans la voie qu'il a si heureusement et si utilement tracée, mais qu'il nous laisse demander mieux encore.

Notre confrère sera vite consolé de toute cette critique, car le succès qu'il a obtenu avec les ressources dont il disposait est immense et presque inespéré. Quels moyens a-t-il donc employés ?

1° Une propreté extrême pour les nouvelles accouchées, avec lavages répétés et changement fréquent de linge.

2° Une ventilation permanente des salles dont plusieurs fenêtres restent ouvertes nuit et jour, et cela dans toutes les saisons.

3° Le transport immédiat dans une autre salle de toute femme atteinte de fièvre puerpérale.

Ces mesures sont assurément excellentes, mais elles auraient donné des résultats plus parfaits si on avait pu y ajouter *l'alternance et l'isolement des nouvelles accouchées bien portantes.*

L'alternance, qu'on semble dédaigner, a donné les meilleurs résultats à Dublin et à Rouen, puisque dans ces deux hôpitaux la mortalité est inférieure à celle de la Pitié :

Mortalité de la Pitié.	2,03 0/0.
Mortalité de Dublin.	1,21 0/0.
Mortalité de Rouen	1,66 0/0.

Encore faut-il ajouter que dans ces sept dernières années l'hôpital de Rouen n'a donné qu'une mortalité de 0,70 0/0, grâce à une sévérité très-grande dans l'emploi de mesures hygiéniques instituées par notre éminent confrère, le docteur Hélot. Ces résultats plaident éloquemment en faveur de l'alternance, et feront réfléchir mon collègue, j'en suis sûr ; pour moi, je n'hésite pas à dire qu'avec un système d'alternance bien ordonné on ferait descendre la mortalité de la Pitié au-dessous de 2,03 0/0, et qu'on n'aurait plus rien à envier à Rouen et à Dublin.

Reste *l'isolement* des nouvelles accouchées bien portantes qui n'a jamais été *efficacement réalisé* dans aucun hôpital. Cet isolement est forcément établi en ville et dans les bureaux de bienfaisance ; la raison le conseille pour l'hôpital, mais l'habitude de salles communes en a jusqu'ici empêché l'application. Cet isolement a été adopté en principe et recommandé par mes collègues, MM. Trélat, Le Fort, Guyon et par tous ceux qui ont pris part à la discussion soulevée à la Société de chirurgie sur l'hygiène des maternités ; j'ajoute qu'il fait chaque jour ses preuves dans la clientèle de la ville. Pour le réaliser à l'hôpital, j'ai proposé de convertir les salles communes en chambres à deux lits, *s'ouvrant toutes au dehors*, sans communication les unes avec les autres. L'un des lits recevrait une nouvelle accouchée et l'autre serait réservé à une femme enceinte qui deviendrait la garde-malade de sa voisine. Je remercie M. Empis d'avoir parlé de ce projet et d'avoir poussé la bienveillance jusqu'à dire qu'il l'avait séduit au premier abord, mais il l'a rejeté après plus mûr examen en se fondant sur ce que les femmes enceintes seraient des gardes-malades inexpérimentées, et sur ce qu'il y aurait impossibilité absolue de faire porter la nouvelle accouchée par une femme enceinte, sans de grands dangers pour toutes deux. A ces reproches je réponds que les femmes enceintes seraient tout aussi habiles que les voisines qui soignent par hasard les femmes des bureaux de bienfaisance, et que je n'ai jamais eu l'idée de faire porter les nouvelles accouchées par les femmes enceintes. Ce serait la besogne des infirmières que je ne supprime pas, mais dont je trouvais moyen de diminuer le nombre ou d'alléger les occupations. Il est facile de vérifier que telle a été ma pensée, si l'on consulte le texte de ma dernière communication à la Société de chirurgie (*Bulletin de la Société de chirurgie* et *Gazette des hôpitaux*, mars et avril 1866).

La seule objection d'apparence sérieuse, qui ait été faite à ce projet d'isolement, c'est que les portes des chambres, en s'ouvrant à l'extérieur, donneraient passage à l'air froid. Un semblable hôpital serait, a-t-on dit, une maternité d'*été*, inhabitable l'hiver. M. Empis s'est chargé de la réponse à cette objection, puisqu'il ouvre les fenêtres de ses salles en toutes saisons. S'il ouvre les fenêtres sans inconvénients, je puis bien entre-bâiller la porte sans danger.

Je ne veux pas me laisser entraîner plus longtemps par ce sujet, j'en ai déjà dit peut-être trop long, mais j'ai voulu joindre mes efforts à ceux de M. Empis. Nous poursuivons le même but ; qu'il me laisse donc espérer qu'il complétera son œuvre en adoptant l'alternance et l'isolement des nouvelles accouchées bien portantes.

Toute cette discussion prouvera à notre confrère que je tiens ses travaux en très-haute estime, je suis heureux de pouvoir le dire publiquement.

NOTE

Pour servir à l'histoire de la rage chez la chienne,

Par M. Émile Thierry, vétérinaire.

Il y a quelques mois, j'ai observé un fait qui, en raison des circonstances dans lesquelles il s'est produit, me donne lieu de croire à une cause hypothétique qui, à mon avis, peut être très-probable, de la rage.

Dans le courant d'octobre dernier, Tambelle, magnifique chienne courante, aimable, gracieuse, caressante, met bas plusieurs petits, — cinq, je crois. — Immédiatement, Mme M..., demeurant à A..., fait détruire, sur l'indication de son mari absent, tous les petits. Aussitôt le part accompli, le flux laiteux s'opère, les mamelles deviennent turgescentes, chaudes et douloureuses. La malheureuse bête erre, va de côté et d'autre, cherche sa progéniture, en poussant des cris plaintifs, véritables gémissements arrachés par la perte de ses petits et aussi par la douleur des mamelles. Son air est inquiet, sa physionomie empreinte de la plus profonde tristesse, l'œil étincelant et hagard. Elle ne répond presque plus ni à la voix, ni aux caresses de sa maîtresse. En parcourant la maison, la pauvre bête trouve une porte ouverte, entre, se précipite sur un lit et déchire à belles dents, avec frénésie et comme spasmodiquement, un couvre-pied et un oreiller. Ce n'est qu'avec beaucoup de difficultés qu'on a pu la faire cesser. Je noterai toutefois, en passant, qu'elle n'a pas cherché à mordre.

Appelé, je me rends à l'invitation de mon client, et je constate tous les symptômes d'une maladie qui, si elle n'était pas la rage, la simulait à s'y méprendre. Cet état d'inquiétude et de surexcitation a duré plus de deux jours, c'est-à-dire jusqu'à ce que les mamelles soient devenues moins douloureuses, et enfin que la pauvre patiente ait oublié sa maternité. Tout le monde sait que ce sentiment est très-développé chez la chienne.

Me rappelant les paroles que nous répétait quelquefois à sa clinique notre vénéré maître, M. Henri Bouley : « La crainte du chien est le commencement de la sagesse, » je n'ai point approché cette chienne de trop près. Mais je dois vous dire qu'en diagnostiquant la rage au mois d'octobre, je m'étais trompé, car la pauvre Tambelle est encore pleine de vie aujourd'hui.

Serait-il irrationnel d'admettre que cet acte, — l'enlèvement immédiat de toute la portée, — puisse être une cause de rage ? N'est-on pas en droit, en raison des phénomènes observés, de supposer que l'extrême douleur des mamelles, gonflées par un lait qui n'a pas d'écoulement, puisse provoquer l'apparition de cette épouvantable maladie contagieuse ?

Pour se prononcer d'une manière formelle et irrécusable, il serait besoin de faire de nombreuses expériences.

Néanmoins, il résulte de ce fait un enseignement qui, selon moi, doit être pris en très-sérieuse considération et que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation judicieuse des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, à savoir : ne jamais enlever immédiatement après le part tous les petits d'une portée de chienne ou d'une portée de chatte, en conserver au moins un ou deux jusqu'au moment du sevrage.

Je parle de la chatte, parce que j'ai la conviction, non pas absolument *à priori*, mais en raison du caractère et du naturel des animaux du genre *felis*, de leur irritabilité extrême, que les mêmes phénomènes se produiraient avec plus de férocité encore que ceux observés sur Tambelle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 mars 1867. — Présidence de M. Bourdon.

La séance est ouverte à quatre heures moins un quart.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

M. Blachez mentionne une lettre de M. Lancereaux, qui rappelle l'opinion émise par cet auteur au sujet des hémorrhagies méningées et de leur mécanisme. Pour M. Lancereaux, les hémorrhagies peuvent tenir à trois espèces de causes et être fournies : 1° par une simple exhalation ; 2° par la rupture de quelques vaisseaux ; 3° par des fausses membranes. M. Lancereaux ne serait donc pas au nombre de ceux qui attribuent à des fausses membranes toutes les hémorrhagies méningées.

M. Guyot. Le malade dont j'ai entretenu la Société à la dernière séance, et dont je devais faire l'autopsie, n'est point mort, comme je le supposais, par suite d'un *délirium tremens*, mais par suite d'une méningite aiguë avec production de pus assez abondante. J'avais à peine entrevu ce malade lorsque je l'ai reçu au bureau central le matin de sa mort, et, chose extraordinaire, il a encore pu se rendre de là à l'hôpital, étant seulement soutenu et marchant tant bien que mal.

Rapport sur les maladies régnantes.

M. Besnier lit son rapport sur les maladies qui ont prédominé pendant la durée du mois de février.

Il commence par rappeler que dans le courant de janvier, les pneumonies avaient été très-nombreuses dans les hôpitaux, 82 pour 43 en décembre. En février, on a surtout noté une constitution catarrhale qui s'est traduite par des bronchites plus ou moins compliquées, des diarrhées catarrhales, etc. Du reste, la mortalité a été très-peu élevée et la situation exceptionnellement bonne, bien qu'on ait constaté quelques cas isolés de choléra. M. Barthez a rencontré plusieurs fois, à l'hôpital Sainte-Eugénie, une bronchite à physionomie particulière. La toux y revêtait une forme laryngée striduleuse 4 fois sur 10, compliquée d'accès de suffocation. M. Homolle et plusieurs autres ont également signalé un certain nombre de faux croups, récidivant facilement, et qui souvent n'étaient pas autre chose que le commencement d'une grippe.

Les broncho-pneumonies, les pleuro-pneumonies, les pneumonies ont encore été assez fréquentes, surtout chez les enfants et les vieillards. M. Chauffard a traité avec succès deux cas de pneumonie par l'ipécacuanha à hautes doses. La tolérance s'établissait vite et la guérison fut rapide. Deux autres pneumonies se sont rencontrées dans le même service, chez des tuberculeux. L'une a été guérie sans que la phthisie en parût aggravée ; l'autre s'est compliquée de délire alcoolique et s'est terminée par la mort. Aux Incurables, M. Desnos a vu moins de pneumonies que dans le mois de janvier, mais elles étaient tenaces. A la Pitié, M. Empis a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme mort en huit jours de granulie de forme typhoïde, sans complication caséeuse. M. Moutard-Martin a rencontré un cas de pyo-pneumo-thorax, sans tubercule ni perforation pulmonaire.

La diphthérie a été assez répandue et assez grave. A l'hôpital des Enfants malades, sur 15 cas de croup, pour lesquels on a dû pratiquer la trachéotomie, 13 ont été mortels. A Sainte-Eugénie, MM. Barthez et Bergeron ont été plus heureux, car ils ont obtenu chacun 2 guérisons, le premier sur 4 et le second sur 3 trachéotomies.

Les affections rhumatismales ont eu à peu près la même fréquence et la même gravité que le mois précédent. Elles ont revêtu tantôt la forme franchement aiguë, tantôt, au contraire, une forme subaiguë, tenace. M. Empis a signalé 2 rhumatismes blennorrhagiques multi-articulaires, dont l'un avec endocardite. M. Bernutz en a rapporté 1 autre. M. Lorrain a eu, dans son service d'accouchements, 5 cas de rhumatismes puerpéraux. Deux de ces malades sont mortes ; on a trouvé, à l'autopsie, les mêmes lésions que dans le rhumatisme aigu ordinaire, y compris même l'endocardite.

Parmi les fièvres éruptives, la rougeole a été fréquente. A l'hôpital des Enfants, M. Roger en a eu 12 cas, M. Labric 13, dont 9 intérieurs ; la variole est devenue plus rare ; pourtant, M. Bourdon en a traité 5 cas, dont 1 à forme confluente, hémorrhagique, chez une femme qui avait été vaccinée dans son enfance. Cette femme est morte, les autres ont guéri. C'est à peine si l'on a signalé çà et là 1 ou 2 cas de scarlatine dans les services d'enfants, et 1 au hasard dans ceux d'adultes.

Les fièvres typhoïdes ont été assez nombreuses, comme le remarquent M. Moutard-Martin et plusieurs autres ; le plus souvent elles revêtaient la forme muqueuse et étaient bénignes. Les embarras gastriques, fièvres gastriques, diarrhées catarrhales se sont présentés en grand nombre dans les divers services ; quelques-uns avec des formes insolites qui leur donnait une apparence de gravité.

Un cas d'alcoolisme aigu, sans convulsions, s'est terminé par la mort, dans le service de M. Chauffard.

M. Gubler, à propos de malades guéris par les alcooliques, de délires asthéniques, anémiques, s'est attaché à établir le diagnostic différentiel entre les délires de cette espèce et ceux qui sont au contraire hypersthéniques, et contre lesquels il ne faudrait pas employer l'alcool. Selon lui, dans le délire asthénique la fièvre est moins ardente ; les sclérotiques ne sont pas injectées, les globes oculaires ne sont pas douloureux à la pression, les pupilles ne sont pas dilatées ; tandis que le contraire se rencontre dans le délire hypersthénique.

Un cas de choléra s'est présenté dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon ; trois autres à l'Hôtel-Dieu, quelques-uns dans la pratique civile et peut-être d'autres dans la pratique hospitalière ; mais ces cas ne sont pas assez nombreux pour qu'il soit possible d'en rien conclure en ce qui touche les probabilités d'une nouvelle apparition du choléra l'année prochaine.

Les affections puerpérales ont été plus nombreuses. A la Pitié, M. Empis se loue de l'état sanitaire des nouvelles accouchées qui est resté bon. Le seul décès qui ait eu lieu ayant été la suite d'une perforation utérine produite par un accoucheur. M. Lorrain, comme on l'a vu plus haut, a eu cinq cas d'affection puerpérale. M. Gallard sur 72 accouchées, en a perdu 6, dont une par éclampsie, et les 5 autres par affections puerpérales ; c'est surtout vers la fin du mois que ces affections se sont multipliées. M. Gallard s'efforce de disséminer, en pareil cas, le plus possible les nouvelles accouchées, en faisant passer de suite, dans les salles de malades ordinaires, celles qui éprouvent quelque symptôme inquiétant. A la Charité, M. Bourdon a perdu trois malades de fièvre puerpérale et une d'éclampsie. C'est entre le 7 et le 20 février que ces décès se sont produits dans les circonstances suivantes : tous les lits de la salle se trouvant occupés, on en avait fait dresser quatre supplémentaires. Aussitôt des érysipèles, des arthrites, des accidents puerpéraux se manifestèrent et se multiplièrent dans cette salle. Durant cette espèce d'épidémie, M. Bourdon fit supprimer les lits supplémentaires, et les choses revinrent à l'état normal.

Suite de la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique.

M. Pidoux croit qu'il est bon, pour éclairer cette question, d'en revenir aux principes et de se rendre compte de ce qu'est la blennorrhagie.

La blennorrhagie est une maladie locale, communicable, contagieuse ; elle se transmet par un virus simple qui produit des effets locaux. Avec le temps, elle cesse d'être communicable, et produit un écoulement simple qui prend le nom de blennorrhée. Il y a sans doute des blennorrhées herpétiques, goutteuses ; on en rencontre chez des sujets catarrheux, mais le plus souvent ces malades ont eu des blennorrhagies dans leur jeunesse. La blennorrhagie peut produire des rhumatismes, mais ces rhumatismes diffèrent des rhumatismes aigus généralisés, surtout en ce que dans ces derniers le cœur est toujours atteint plus ou moins ; elle produit aussi des sciatiques qui sont toujours des névrites à un degré quelconque. Quand elle cesse d'être communicable, elle cesse en général de produire ces effets. Du reste, elle les amène rarement. La virulence de la blennorrhagie est relative et constitutionnelle, ce qui n'a rien d'étonnant, car les semences pathologiques ne nous sont point étrangères ; nous en sommes les auteurs. Même les affections les plus spécifiques, la variole, la syphilis rentrent dans cette loi. Or, dans l'organisme la partie où ces semences pathologiques s'élaborent le mieux, ce sont les organes génitaux, ces organes sont très-malins, pour ainsi dire ; dans le moyen âge on les nommait *deux fois maudits* ; maintenant on peut dire qu'ils jouissent d'une gamme de spécificité et de virulence très-étendue et très-nuancée. La blennorrhagie siége dans ces organes, et c'est pourquoi elle féconde et réalise des maladies générales qui, sans elle, ne seraient pas produites. Elle nous permet d'assister tour à tour à la formation graduelle des maladies spécifiques, et à leur réduction graduelle en maladies communes. La spécificité n'a rien d'occulte, elle se fait sous nos yeux. Une maladie devient spécifique lorsqu'elle s'éloigne le plus possible des affections vulgaires accidentelles, lorsqu'elle s'indivi-

dualise le plus possible ; elle cesse de l'être en se rapprochant des types communs. La contagion est une conséquence de la spécificité. L'école de Paris n'est pas dans les voies médicales parce qu'elle ne l'a pas compris.

Les maladies aiguës sont les moins susceptibles de devenir spécifiques et contagieuses, parce qu'elles ne sont pas encore organisées, individualisées, comme ont pu le devenir les maladies chroniques. La chaudepisse, maladie composée, aiguë et chronique à la fois, devait avoir une contagiosité relative, tandis que la syphilis, maladie qui a une durée plus longue, qui a plus d'air, et est bien plus individualisée, est d'une contagiosité plus absolue. La contagiosité de la chaudepisse peut dépendre de plusieurs causes. D'abord, les organes génitaux peuvent être plus ou moins malins, plus ou moins aptes à créer ou à recevoir un virus. En outre, les circonstances dans les quelles se trouvent momentanément ces organes ne sont point indifférentes. Ainsi le coït est une condition spécifique, pour ainsi dire, à tel point qu'un couple sain peut contracter une blennorrhagie dans une copulation bouillante ou trop prolongée, surtout si c'est pendant le moment des règles, qui est l'époque du rut chez la femme. Ainsi se trouve constituée de toutes pièces une semence pathologique.

Une fois isolée du siége primitif, des organes génitaux, la blennorrhagie tend à se fondre dans les maladies communes, à dépouiller sa spécificité et sa virulence. La syphilis, au contraire, offre des accidents secondaires encore communicables. Plus une maladie est fortement spécifique, moins elle a de tendance à perdre son individualité et à se combiner avec d'autres. La blennorrhagie donc étant plus ou moins spécifique, s'unit plus ou moins facilement dans ses manifestations avec les autres causes morbides. Cela dépend à la fois de la disposition antérieure des individus et des qualités infectantes du virus.

De là trois espèces de rhumatismes blennorrhagiques :

1° Ou bien il n'existait pas auparavant de diathèses rhumatismales, goutteuses, etc., et il n'en existe pas ensuite, la blennorrhagie jouant seule alors le rôle de cause ;

2° Ou bien la blennorrhagie suscite et éveille des dispositions herpétiques, scrofuleuses, etc., qui persistent désormais ;

3° Ou bien, enfin, elle provoque seulement des accidents qui se rattachent à une diathèse antérieure.

Tous les cas que l'on a cités rentrent dans une de ces catégories et peuvent s'expliquer ainsi.

La blennorrhagie est bien une affection à part capable de produire un grand trouble dans l'organisme. Elle doit sa virulence spéciale à ce qu'elle est vénérienne. De là des accidents que ne produisent pas les simples catarrhes : engorgements ganglionnaires, dermatoses, etc. Les affections arthritiques qu'elle produit à elle seule sont plutôt rhumatoïdes que rhumatismales. Elle peut se combiner, se motiver avec la diathèse rhumatismale ; mais, par elle-même, elle possède un cachet d'infection, de virulence qui lui est propre. Les maladies puerpérales, qui s'en rapprochent en ce qu'elles ont leur siége principal dans les organes génitaux, se généralisent bien plus souvent et se distinguent par moins de virulence et de contagiosité. Ce qu'il y a de particulier dans la blennorrhagie, c'est que l'accident primitif et les accidents secondaires y semblent sans lien entre eux. Je n'ai jamais observé de dyscrasie rhumatismale servant d'intermédiaire. Cependant, la blennorrhagie altère profondément l'économie, ce que ne font pas les autres catarrhes, sauf la coqueluche et la rougeole, qui sont aussi des catarrhes spécifiques. J'ai signalé cette altération de la constitution, cet aspect lymphatique de certains sujets atteints de blennorrhagie, et l'on n'a pas voulu croire à une action directe, comme on avait nié d'abord la déglobulisation directe du sang par rhumatisme. Je l'ai signalée il y a plus de vingt ans.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le jeudi 11 août 1867, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à deux places de chirurgiens au Bureau central d'admission.

Les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le lundi 11 mars jusqu'au lundi 25 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 6 mars 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Frasseto, médecin principal de 2e classe; Cornac et Messager, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Jourdan, Dumont de Sournac, médecins-majors de 2e classe ; Ferru, médecin aide-major de 1re classe : Le Roy, pharmacien-major de 2e classe; Faure-Lacaussade, vétérinaire en 1er.

— Par décret en date du 9 mars, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Gallerand, médecin professeur de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Madon, Cerf-Mayer, Huiliet, médecins de 1re classe ; Jobet, Guyot, médecins de 2e classe de la marine.

— Par arrêté de M. le Préfet de la Seine en date du 28 février dernier, M. le docteur Auguste Voisin, médecin de Bicêtre, a été nommé médecin de la Salpêtrière, en remplacement de M. le docteur Falret père, démissionnaire.

— Par un second arrêté en date du même jour, M. le docteur Legrand du Saulle a été nommé médecin de Bicêtre, en remplacement de M. Auguste Voisin.

— Par un troisième arrêté, M. Dagonet, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Stephansfeld, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé médecin en chef de l'Asile clinique des aliénés de Sainte-Anne.

— M. le docteur Hildenbrand, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Alban, est nommé médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld, en remplacement de M. Dagonet.

— Par décision ministérielle du 6 février 1867, M. Léon Colin, professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaire, a été nommé professeur à ladite École (chaire des maladies et épidémies des armées), en remplacement de M. Laveran, promu médecin inspecteur.

— Le choléra n'a pas cédé pendant cet hiver. Du 18 au 22 février, on a constaté à Cologne trente décès cholériques, dont dix le 21 février. A Eberfeld, le 14 février, onze cas, dont trois mortels.

Le choléra vient de faire son apparition à Lublin.

— La ville de Toulouse, qui avait vu s'éteindre son organe médical, donne naissance à deux nouveaux journaux : la *Gazette médico-chirurgicale* et la *Revue médicale de Toulouse*.

Nous souhaitons à nos confrères la bienvenue, et nous serons heureux de puiser à cette source nouvelle de science.

— La Société protectrice de l'enfance nous informe que plusieurs personnes désirant adopter des orphelins, se sont adressées à elle pour qu'elle leur servît d'intermédiaire.

Elle a, en conséquence, cru devoir ouvrir un registre où seront consignées toutes les demandes du même genre, et inscrits les enfants auxquels on voudrait faire retrouver une nouvelle famille.

Le bureau de la Société, situé rue des Saints-Pères, 13, est ouvert tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures.

Les services de la Société sont entièrement gratuits.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Boudin, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire Saint-Martin, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre de Saint-François d'Autriche, officier de l'ordre des Saints Maurice et Lazare, décédé le 9 mars 1867, à l'âge de soixante ans. Les obsèques auront lieu aujourd'hui mardi 12 courant, à onze heures très-précises, en l'église Saint-Roch, sa paroisse. On se réunira à la maison mortuaire, rue de Rivoli, 210.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons sur la scrofule et les scrofulides, sur la syphilis et les syphilides. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Hardy. Un vol. in-8. Prix : 4 fr. — Paris, 1864, Adrien Delahaye.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux externes de la femme. Leçons professées à l'hôpital de Lourcine, par le docteur Alphonse Guérin. Un vol. in-8. Prix : 7 fr. — Paris, 1864, Adrien Delahaye.

Des affections nerveuses syphilitiques, par les docteurs Gros et Lancereaux. Un vol. in-8. Prix : 7 fr. — Paris, 1861, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'incubation de la syphilis, par le docteur Alfred Fournier. In-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1865, Adrien Delahaye.

Des syphilides malignes précoces, par le docteur Dubuc. Un vol. in-8. Prix : 3 fr. — Paris, 1864, Adrien Delahaye.

Des affections blennorhagiques. Leçons cliniques professées à l'hôpital du Midi, suivies d'un mémoire thérapeutique, par le docteur Cullerier. Un vol. in-8. Prix : 4 fr. — Paris, 1861, Adrien Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides, par le docteur Bazin. Un vol. in-8 orné de quatre planches gravées sur acier. Deuxième édition considérablement augmentée. Prix : 10 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 31. — JEUDI 14 MARS 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 14 MARS 1867. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 MARS 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

M. H. Bouley, de retour de la mission dont il a été chargé par l'administration pour étudier la marche du typhus contagieux de l'espèce bovine en Belgique et en Hollande, a entretenu, hier, l'Académie, du résultat de sa mission. Pour ne point nous exposer à reproduire inexactement cette communication qui a vivement intéressé l'Académie, nous en renvoyons la reproduction à un autre jour. Nous ne voulons pas, toutefois, laisser échapper cette occasion de signaler de nouveau l'importance des services qu'a rendus, partout où l'on en a fait l'application rigoureuse et prompte, le système de l'abattage immédiat de tous les animaux malades ou simplement suspects, fondé sur la doctrine aujourd'hui péremptoirement démontrée de l'importation par contagion. Nous tenons surtout à mettre en relief cette conclusion qui ressort clairement de la communication de M. Bouley, et qui est extrêmement rassurante pour notre pays, c'est que, dans toutes les provinces contiguës à nos frontières, les mesures préventives sont rigoureusement appliquées, et qu'autant qu'il en sera ainsi, nous n'aurons rien à redouter d'une nouvelle invasion de la maladie ; que si, par impossible, elle venait à franchir ces barrières, nous devrions trouver encore des motifs suffisants de sécurité dans l'efficacité du système préventif, si bien démontrée par ce qui s'est passé dans quelques localités de nos départements du nord, à Paris même, au jardin d'acclimatation, et tout récemment encore en Belgique.

Après cette communication l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie médicale, sur les candidats à la place vacante dans cette section. Voici quel a été le résultat du comité secret.

Sont présentés : en 1re ligne *ex æquo* MM. Nonat et Vigla.
— en 2e ligne — MM. Chauffard et Hérard.
— en 3e ligne — MM. Bernutz et Woillez.

L'élection aura lieu mardi prochain. — Dr Brochin.

Sur le danger du transport des enfants nouveau-nés aux mairies, pendant les rigueurs de l'hiver.

Nous appelions récemment l'attention sur l'utilité qu'il y aurait à étendre à toutes les communes le mode de vérification des décès en usage à Paris et dans quelques grandes villes, et à compléter ce service par l'enregistrement régulier des causes de décès. Nous espérions en renouvelant cet appel, non-seulement hâter le moment de la généralisation de cette utile mesure d'hygiène publique, mais encore amener à sa suite, comme une conséquence naturelle, l'adoption d'une autre mesure analogue, d'un intérêt non moins général, nous voulons parler de la constatation des naissances à domicile. Un nouvel exemple des conséquences funestes d'une observation trop rigoureusement littérale de la loi sur les déclarations des naissances, nous fait un devoir de rappeler encore une fois les trop justes réclamations que la science a vainement fait entendre jusqu'à présent à ce sujet.

Un journal judiciaire rapportait, il y a quelques semaines, le fait suivant :

Un enfant nouveau-né fut présenté à l'une des mairies de Paris dans les premiers jours de janvier, pendant que le froid se faisait sentir avec une extrême rigueur et qu'une neige abondante couvrait le pavé de Paris. La déclaration n'ayant pas pu être reçue ce jour là par suite d'un prétendu vice de forme, on enjoignit aux déclarants d'avoir à présenter de nouveau l'enfant le jour suivant, dans les mêmes conditions d'intempérie. Dès le soir même de la première comparution à la mairie, l'enfant, venu au monde avec une constitution et une santé parfaites, fut pris d'une affection catarrhale de la poitrine à laquelle il succomba deux jours après. MM. les docteurs Tassy et Maingault, qui ont vu l'enfant, sont d'avis que c'est dans ce trajet fait dans d'aussi fâcheuses conditions qu'il a contracté la maladie qui l'a si rapidement fait succomber.

Nous n'avons pas qualité pour examiner ici le point de droit administratif que peut soulever ce fait. Et nous ne nous en occuperions même pas ici s'il ne s'agissait d'un intérêt d'humanité qui domine ici toute la question. Le fait malheureux que nous venons d'exposer n'est pas unique; il a eu plus d'un précédent aussi déplorable et il peut se produire encore. Ce n'est pas d'aujourd'hui, en effet, qu'on s'est préoccupé des dangers de la présentation des enfants nouveau-nés à l'état civil ou aux églises pendant les saisons rigoureuses. Cette question a très-souvent occupé les médecins et l'administration elle-même. Sans remonter jusqu'à la fin du siècle dernier où, sur des observations de ce genre faites par des médecins, les autorités ecclésiastiques de plusieurs pays ordonnèrent aux curés de se transporter au domicile des nouveau-nés pour leur administrer le baptême et les inscrire sur les registres des paroisses pendant la saison rigoureuse, nous voyons, presque d'année en année, se renouveler les mêmes plaintes et les mêmes propositions, seulement avec moins de succès. On n'a oublié ni les remarquables recherches statistiques de MM. Villermé et Milne Edwards, relatives à l'influence de la température sur la mortalité des enfants nouveau-nés, recherches dont les résultats viennent de recevoir récemment encore une nouvelle confirmation dans un travail de même nature de M. le docteur Lombard (de Genève), ni les persévérants efforts du docteur Loir, qui a vainement consumé la plus grande partie de sa vie et de son activité à provoquer la réforme de notre législation et de nos usages sur ce point, ni les travaux de Trébuchet, ni ceux de M. Guérard sur le même sujet, ni les prescriptions formelles à cet égard contenues dans tous les traités de pathologie ou d'hygiène de l'enfance, ni les propositions réitérées du conseil d'hygiène publique et de salubrité, ni les avis de l'Académie de médecine, tendant tous à la poursuite du même but, c'est-à-dire la substitution, au mode actuel de déclaration des naissances, de la constatation à domicile. Comment se fait-il donc qu'un concert d'opinions et de recommandations aussi unanimes et aussi fondées, n'ait abouti jusqu'à présent à aucun résultat? Il ne nous appartient point d'en rechercher la cause. Mais ce qui est de notre compétence et de notre rôle, c'est de signaler les conséquences fâcheuses de cet état de choses, quand elles se produisent, et d'appeler l'attention, toutes les fois que l'occasion s'en présente, sur le danger permanent que cet état de choses constitue. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Cancer du péritoine. — Signes de la péritonite chronique.

(Fin.)

La péritonite chronique est due le plus souvent à la diathèse tuberculeuse, et on trouve alors dans le péritoine, sur les organes abdominaux, dans les néoplasmes inflammatoires organisés, des myriades de petites granulations regardées déjà par Bayle et par Chomel, comme distinctes du tubercule, opinion que M. le docteur Empis a reprise dans un récent travail, en donnant aux granulations de Bayle et de Chomel le nom de granulie. Mais la péritonite tuberculeuse est presque toujours accompagnée de manifestation tuberculeuse dans les poumons, d'antécédents de scrofule, d'entérite chronique. Ici il y a eu, depuis quelques semaines, de la tendance à la diarrhée; mais c'était un fait accidentel, et depuis quelques jours cette diarrhée a cessé. Le malade ne présente pas à la face ce dépôt pigmentaire dont j'ai signalé la fréquence dans la tuberculose abdominale. Le poumon n'offre à l'auscultation aucun point douteux; la respiration est partout ample et moelleuse. Je ne crois pas, chez cette femme, à une péritonite tuberculeuse; mais quand je rapproche dans ma pensée cette tumeur pelvienne dure, mamelonnée, de ces ganglions inguinaux volumineux, indurés, je suis porté à supposer, derrière l'ascite et derrière la péritonite, un cancer du péritoine.

Outre les raisons que nous avons fait valoir contre la tuberculose, l'âge de la malade est plutôt l'âge du cancer que l'âge du tubercule.

Je vous disais que, dans ce cas, le liquide contenu dans le ventre serait probablement sanguinolent. Le cancer des membranes séreuses produit, en général, des épanchements sanguinolents. Du reste, le liquide qui accompagne les inflammations tuberculeuses de ces membranes, peut offrir le même caractère.

J'ai observé et ponctionné plusieurs fois un malade qui avait un épanchement sanguinolent dans le péritoine, lié à une péritonite tuberculeuse, pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu, et je me rappelle l'émotion que j'éprouvai en voyant la couleur du liquide extrait par la ponction, et la crainte que j'eus un moment d'avoir blessé l'artère épigastrique. J'ai vu des pleurésies et des péricardites hémorrhagiques liées à la tuberculose.

L'importance que j'attache à l'engorgement ganglionnaire comme signe d'une affection cancéreuse, m'a été enseignée par Chomel. Sans doute, il ne peut pas y avoir de rapport entre la tumeur pelvienne et ces ganglions, les lymphatiques du bassin se rendant aux ganglions profonds de l'abdomen. Mais dans le cancer du péritoine, il y a souvent des plaques cancéreuses sous la séreuse de la paroi abdominale, quelquefois dans cette paroi elle-même, et les ganglions inguinaux peuvent sentir le retentissement de ces localisations morbides. On a observé, et j'ai vu moi-même, dans le cancer abdominal, le péritoine couvert de granulations analogues à celles qu'on observe chez les tuberculeux. Faut-il en conclure, comme le veut M. Empis, que ces granulations soient purement inflammatoires et primitivement indépendantes de toute diathèse? Cette conclusion ne me paraît pas rigoureuse. En admettant, ce qui est contesté, que dans le cancer et dans le tubercule, ces granulations présentent sous le microscope la même structure, qu'est-ce qui prouve qu'au centre de ces granulations, et comme point de départ de leur développement, il n'y ait pas des noyaux cancéreux ou tuberculeux provoquant la formation de ces petits néoplasmes, et y développant ensuite leur structure propre par une sorte de prolifération. Il y a bien longtemps que j'ai demandé qu'on injectât, dans les séreuses de certains animaux, de la matière tuberculeuse et cancéreuse. Quelques faits m'ont porté à soupçonner que ces granulations peuvent se développer consécutivement à l'ulcération d'agglomérats tuberculeux, comme par une sorte de dissémination de leur contenu. D'ailleurs, les éléments primitifs du cancer et du tubercule, cellules, noyaux ou nucléoles, peuvent être charriés avec le sang et déposés dans les tissus. Ce sont sans doute des hypothèses, et je les donne pour telles; mais je les énonce pour solliciter des expérimentations qui éclairent ces questions si essentielles et encore si obscures. Les expérimentations sont, comme le disait Kant, des interrogations adressées à la nature qui la forcent quelquefois à nous livrer ses secrets.

Telle avait été la série de considérations que je vous avais exposées, et qui m'avaient conduit à admettre chez notre malade un cancer du péritoine. Je vous disais alors que la ponction pourrait fournir des données importantes à la solution du problème, en rendant palpables ces lésions que le raisonnement me portait à admettre; mais que je ne pratiquerais cette ponction qu'autant qu'elle me paraîtrait commandée par l'intérêt du malade. Cette indication n'a pas tardé à se présenter, et quelques jours après, la malade condamnée à l'immobilité et à de vives souffrances, privée de sommeil et d'appétit, réclamait notre intervention active; nous nous décidâmes à pratiquer la ponction du côté gauche où la matité était plus profonde et plus étendue, et au lieu d'élection, c'est-à-dire à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes d'une ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic pour éviter à la fois l'artère épigastrique et le gros intestin. Il vaut mieux aller un peu en dehors qu'en dedans de ce point; voici en effet ce qui m'est arrivé une fois, quand j'étais interne à l'Hôtel-Dieu : on m'amena un homme affecté d'ascite, ponctionné plusieurs fois auparavant, presque sans pouls, et dans un état d'asphyxie imminente. Mon chef de service ordonna la paracentèse qui fut immédiatement pratiquée, elle donna issue à une énorme quantité de liquide citrin, mais la vie avait été trop profondément déprimée pour pouvoir se relever, l'engouement pulmonaire parvenu à ses dernières limites ne fut pas modifié, et quelques heures après le malade succomba. A l'autopsie je trouvai un caillot de l'épaisseur d'une mince feuille de carton et de la largeur de la paume de la main, étendu sur la masse intestinale dilatée. L'artère épigastrique avait été touchée, le malade n'avait pas perdu une cuillerée de sang et la faiblesse extrême du mouvement circulatoire avait empêché l'hémorrhagie de prendre des proportions plus considérables. Mais il est évident que dans d'autres conditions, cet accident, qui a été ici sans importance, eût pu être cause de

dangers sérieux. Le muscle droit, consécutivement à la distension prolongée de la paroi abdominale, avait subi un élargissement considérable, et comme un éparpillement de ses fibres, qui avaient entraîné l'artère épigastrique bien en dehors de son trajet ordinaire. En examinant la cicatrice d'une ancienne ponction pratiquée à l'autre côté, je vis que le trocart avait pénétré entre l'artère et la veine; qu'ainsi la lésion des vaisseaux n'avait été causée que par un effet du hasard. Pour revenir à notre malade, chez elle la ponction donna issue à dix litres et demi d'un liquide sanglant, d'un rouge de plus en plus foncé à mesure qu'il s'écoulait, la matière colorante s'étant accumulée dans les couches inférieures.

Ainsi nos prévisions s'étaient réalisées quant à la nature du liquide épanché; elles n'étaient pas moins fondées quant à la maladie qui avait causé l'ascite; la palpation nous fit sentir dans l'hypocondre droit le bord antérieur du foie, abaissé et devenu inférieur par l'affaissement du ventre, hérissé de tumeurs dures, arrondies; une tumeur analogue, plus volumineuse, était perçue à gauche de l'épigastre et paraissait adhérente à la paroi abdominale. Les probabilités d'un cancer du péritoine sont donc devenues presque une certitude. Le développement de cancers abdominaux sans douleur, avec épanchement sanguinolent dans le péritoine n'est pas un fait exceptionnel et vous en lirez plusieurs observations dans les cliniques de M. Andral.

Il y a dans l'histoire de cette malade un fait assez curieux, c'est cette métrorrhagie indolente qui dura six mois, et fut suivie pendant trois ans d'une perte séreuse. Cette circonstance m'a frappé d'autant plus, qu'elle m'a rappelé un autre fait, offrant avec celui-ci quelque analogie, observé par moi à la Salpêtrière, en 1836, chez une femme de soixante-douze ans, affectée d'ascite et de complications pleuro-pulmonaires. Cette femme avait alternativement des crises de douleurs vives accompagnées d'une injection comme érythémateuse des téguments et un flux métrorrhagique qui durait plusieurs jours.

A l'autopsie je trouvai des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, une péritonite granuleuse et une sérosité rougeâtre surnageant des dépôts de fibrine et de pseudo-membranes infiltrées de sang.

Quelle a été l'origine de cette métrorrhagie dans ces deux cas? Dans le dernier, l'utérus était sain, et paraît également sain chez celle qui est le sujet de cette conférence. L'utérus a-t-il participé à la congestion péritonéale? Cette explication me paraît le plus vraisemblable; et chez la malade atteinte de péritonite tuberculeuse, la violence des douleurs qui alternaient avec les pertes semblaient bien accuser dans ces régions un travail congestif; mais chez l'autre, cette congestion utérine a été silencieuse comme celle qui a précédé l'hémorrhagie péritonéale.

Post-scriptum. — Au commencement de février, nous trouvâmes un jour cette malade avec une expression d'étonnement et d'abattement; son pouls était plus fréquent que de coutume, sans chaleur de la peau; une légère suffusion rouge colorait les joues; la langue était un peu collante; nous soupçonnâmes immédiatement une pneumonie ultime dont la percussion et l'auscultation nous confirmèrent l'existence; deux jours après, la malade avait succombé.

Autopsie. — Un liquide sanginolent, au milieu duquel nagent de nombreux flocons fibrineux, remplit la cavité péritonéale; les viscères abdominaux offrent une coloration noire; les intestins sont réunis, comme soudés entre eux et fixés aux parties latérales de l'abdomen par de nombreuses adhérences, ils sont plus intimement et plus étroitement unis au côté droit, ce qui explique la persistance partielle de la sonorité dans le décubitus sur ce côté, et l'étendue plus grande qu'elle y présentait dans le décubitus horizontal.

Dans l'hypocondre gauche, on trouve une tumeur oblongue, de la grosseur d'une pomme, fixée à la paroi abdominale et à la grande courbure de l'estomac.

Une tumeur semblable occupe la face antérieure du même organe; l'une et l'autre sont constituées par du tissu encéphaloïde. Ces masses cancéreuses paraissent développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui a subi un développement considérable, est infiltré, et présente, dans certains points, une épaisseur d'un centimètre. On peut facilement détacher ce tissu et la séreuse qu'il double des organes sous-jacents; ceux-ci montrent alors leur coloration normale qui était masquée par la couleur noire de l'enveloppe péritonéale. Au niveau de l'intestin grêle, cette séparation de la tunique externe de la tunique musculeuse s'exécute avec une extrême facilité.

Dans l'excavation pelvienne existe une tumeur volumineuse, molle, friable, vasculaire, qui remplit le cul-de-sac rétro-utérin, rejette le rectum à droite et la matrice à gauche. Cette masse encéphaloïde a environ le volume de la tête d'un fœtus à terme.

Sur le péritoine pariétal, et principalement au niveau du flanc droit, on trouve un grand nombre de granulations cancéreuses. Le chapelet des ganglions lombaires est complétement envahi par la dégénérescence carcinomateuse. Dépouillés de leur tunique péritonéale, tous les organes splanchniques paraissent sains, excepté le foie, qui présente à sa face inférieure de petits noyaux cancéreux.

Les poumons ne contiennent pas de tubercules, le lobe inférieur du poumon gauche est splénisé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 mars 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Maine-et-Loire et dans l'arrondissement de Villefranche. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur de Puisaye sur le service médical des eaux minérales d'Enghien pour 1865. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

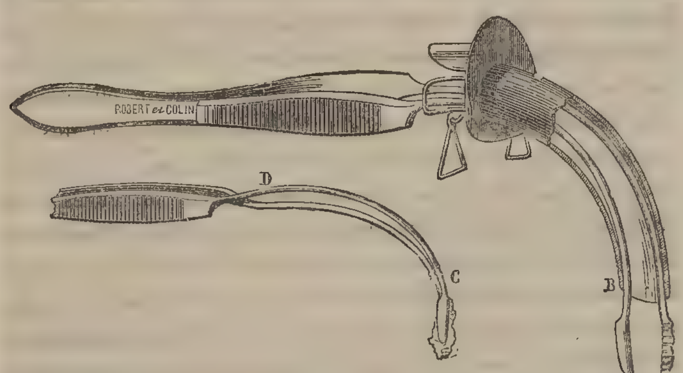
1° Des lettres de MM. les docteurs Moutard-Martin et Delioux de Savignac, qui se présentent comme candidats pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Lhéritier, qui sollicite le titre de membre correspondant;

3° Un mémoire sur le traitement externe des maladies cutanées, par le docteur Cazenave, membre correspondant à Bordeaux. (Commissaire : M. Devergie);

4° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Abeille. (Le dépôt est accepté);

5° MM. Robert et Collin présentent à l'Académie une pince à fausses-membranes, destinée à extraire les fausses-membranes de la trachée sans retirer la canule. Cet instrument a été fait sur les indications de M. Valérie Meunier.



Une double courbure des branches de la pince permet à son bec de s'écarter au diamètre de l'extrémité de la canule, et de saisir facilement les fausses membranes et de les extraire. Cet instrument très-simple est employé depuis cinq ans dans la plupart des hôpitaux de Paris.

La figure B, représente la pince vue ouverte.

La figure C, la montre fermée.

— **M. ROBINET** dépose sur le bureau un mémoire relatif à l'alimentation des enfants du premier âge et à l'organisation du service des enfants assistés, par M. Bodart, pharmacien à Tours.

COMMUNICATIONS.

Typhus contagieux de l'espèce bovine. — M. H. BOULEY rend compte à l'Académie du résultat de la mission dont il vient d'être chargé par l'administration en Belgique et en Hollande pour y étudier la marche du typhus contagieux de l'espèce bovine.

Nous reproduirons plus tard les points principaux de cette communication qui a été accueillie par les marques unanimes de satisfaction de l'Académie.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie médicale sur les candidats à la place vacante dans cette section.

Voici l'indication des mémoires manuscrits et des ouvrages imprimés qui ont été envoyés à l'Académie, avant le délai voulu, pour le concours des prix de l'année 1867 :

Prix de l'Académie. — N° 1. Épigraphe : Le microscope, qui nous a rendu de si grands services dans cette étude, a presque cessé de nous être nécessaire, etc., etc.

Portal. — N° 1. Now what I want, is facts (Boz).

Civrieux. — N° 1. Épigraphe : A Diis quidem immortalibus quæ potest homini major esse pœna furore atque (Cicero).

N° 2. Chez le dément, l'intelligence s'use d'abord, puis l'instinct; l'homme, ainsi réduit, finit par ne plus être qu'un estomac (Guislain).

Itard. — N° 1. Traité des fièvres intermittentes des pays non marécageux, par M. le docteur Bérenguier.

N° 2. De l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, par A. Boinet.

N° 3. Des maladies mentales; traité des dégénérescences de l'espèce humaine; du goître et du crétinisme, par M. Morel.

N° 4. Recherches sur la dyspepsie iléo-cœcale, par M. Bachelet.

N° 5. L'alcoolature d'aconit napel dans le traitement du choléra, par M. Cramoisy.

N° 6. Sulla materia viva, come elemento specifico delle malattie infeziose, par A. Tigri.

N° 7. Du travail dans l'air comprimé, par M. A. E. Folley.

N° 8. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, par M. A. F. Dutrouleau.

N° 9. Saggio farmacologico sui solfiti e gli iposolfiti medicinali. — Sulle malattie da fermento morbifico et sul loro trattamento, par le docteur Giovanni Polli.

N° 10. Die Vergiftung durch Kohlendunst, par le docteur Hermann Friedberg.

N° 11. Die Inhalationen der zerstäubten Flüssigkeiten, von Dr L. Waldenburg.

N° 12. Iodognosie, par M. Dorvault. — *L'Officine*, année 1867.

N° 13. Die hypodermatische Injection der Arzneimittel, von Dr Albert Eulenburg.

Capuron. — N° 1. Épigraphe : Je sais que la vérité est dans les choses, et non pas dans mon esprit qui les juge, etc., etc. (J. J. Rousseau).

Barbier. — N° 1. De l'émulsion pancréatique de la graisse comme remède contre la phthisie.

N° 2. Étude du cancer sphérulhémique. — Considérations sur le tissu squirrheux de la mamelle, par M. Boulouse.

Amussat. — N° 1. Destruction traumatique des régions bulbaire et membraneuse de l'urèthre, et création d'un nouveau canal, par les docteurs L. Bouyer (de Saint-Pierre-de-Furzac) et J. A. Mandon.

Godard. — N° 1. Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral, par MM. J. L. Prévost et J. Cotard, internes des hôpitaux.

N° 2. Des polypes fibreux intra-utérins à apparitions intermittentes, par O. Larcher, interne-lauréat des hôpitaux.

N° 3. Ars tota in observationibus, sed perpendendæ sunt observationes.

N° 4. Modifications à apporter dans le traitement des fractures simples et des fractures compliquées de plaies.

N° 5. Mémoire sur des fractures, par M. Jules Meugy.

N° 6. Essai pratique sur les affections du médiastin, par M. Jules Daudé.

N° 7. Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire.

N° 8. Étude médico-légale sur la simulation de la folie, par M. le docteur A. Laurent.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 27 février 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ablation du calcanéum par la méthode sous-périostée. — **M. GIRALDÈS** présente un jeune enfant auquel il a pratiqué l'ablation du calcanéum par la méthode dite sous-périostée. Le malade a été opéré en décembre dernier; il marche bien, et il est incontestable que des productions nouvelles ont remplacé l'os qui a été enlevé en totalité, ainsi qu'on peut en juger par la pièce pathologique mise sous les yeux de la Société.

La Société se souvient, dit M. Giraldès, sans doute du malade que je lui ai présenté, et chez lequel 10 centimètres de l'humérus réséqués ont été reproduits par le périoste. Je viens aujourd'hui vous montrer un autre enfant pour lequel j'ai fait une résection du tibia avec conservation du périoste. Il s'agissait d'une fracture compliquée de la jambe avec consolidation angulaire. La Société peut voir, en examinant l'enfant, que le membre est complétement redressé, mais qu'il n'y a point eu de consolidation osseuse, et cependant l'opération remonte à quatre ans et l'immobilité du membre a été longtemps maintenue. Dans une circonstance analogue, la même opération a été suivie d'une consolidation parfaite.

M. VERNEUIL. Les observations de M. Giraldès ont une importance considérable au point de vue de l'influence du périoste sur la reproduction des os enlevés. Le premier fait est aussi démonstratif que possible; le calcanéum est reproduit; il serait même impossible de soupçonner qu'une opération aussi radicale a été pratiquée sur le pied de cet enfant. Quant au deuxième fait, il est moins satisfaisant ce qui n'empêche pas les résections sous-périostées d'avoir une grande valeur.

M. LE FORT. Ainsi que l'a très-bien dit M. Giraldès, il eût été difficile d'enlever le calcanéum de son jeune malade autrement qu'en conservant le périoste. Quant aux résections proprement dites articulaires, c'est bien autre chose que lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un os isolé et malade. Je crois inutile la conservation du périoste; on a vu des articulations se reproduire quoique le périoste eût été enlevé; tout dépend des mouvements que l'on imprime à la jointure réséquée.

M. PERRIN. Je ne saurais partager l'opinion émise par M. Verneuil; les faits qui nous sont présentés sont loin de démontrer l'importance des résections sous-périostées. Quand une maladie a pour conséquence d'isoler les os de leur périoste, la reproduction est en quelque sorte fatale après l'ablation de l'os nécrosé; c'est ce qui est arrivé pour le malade de M. Giraldès. La vaste excavation qui a succédé à l'extraction du calcanéum s'est comblée par des tissus plus ou moins durs, mais on n'est point en droit de dire que c'est une régénération modèle. Le deuxième malade qui nous a été présenté offre beaucoup plus d'intérêt en ce sens que toutes les conditions de la reproduction des os par le périoste se trouvaient réunies. Malgré la conservation de la gaîne périostale, malgré l'immobilité prolongée, la consolidation n'a point été obtenue, le résultat est donc négatif; à l'heure qu'il est on peut dire que la reproduction des os par le périoste n'a point encore été sanctionnée par des faits cliniques, car, je le répète, il faut laisser de côté ces maladies spéciales qui, en isolant le périoste, assurent la reproduction d'une manière presque fatale.

M. VERNEUIL. Si le résultat a été négatif pour la résection du tibia, il ne faut point perdre de vue que dans un cas analogue M. Giraldès a obtenu un succès complet.

M. GIRALDÈS. On peut expliquer l'insuccès de mon opération en admettant, ce qui est probable, que j'ai décollé le périoste sans enlever la couche génératrice qui le double, et sans laquelle toute reproduction d'os est impossible, ainsi que cela résulte des travaux de Goodsir qui remontent à 1845.

M. LARREY. Je me rallie complétement à l'opinion développée par M. Perrin. La question historique est confirmative des travaux de M. Sédillot, et je persiste à croire que les expériences si ingénieuses de M. Ollier manquent encore d'une confirmation clinique suffisante.

ÉLECTIONS.

Élection d'un membre honoraire. — La Société, sur le rapport favorable de la commission, procède à l'élection d'un membre honoraire.

M. le professeur Henri Bouley est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

Élection d'un membre titulaire. — 25 votants. M. de Saint-Germain obtient 13 voix, M. Liégeois 7, M. Leroy d'Étiolles 3, M. Sée 1, M. Guéniot 1.

En conséquence, M. de Saint-Germain est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Discussion sur le trépan.

M. BROCA croit utile en commençant de résumer les points importants de l'observation qu'il a communiquée à la Société et qui a provoqué la discussion actuelle. Je ne veux pas, dit-il, m'occuper des faits qui n'ont point d'analogie avec l'observation que je viens de résumer, je ne veux m'occuper que des indications du trépan pour les

enfoncements du crâne; dans les autres cas on ne connaît point exactement la nature des lésions, et cela suffit pour rejeter presque absolument le trépan. Quand il existe un enfoncement du crâne, le diagnostic est des plus faciles; la question du trépan semblerait donc plus simple à résoudre; cependant il est bon de rappeler qu'à l'époque où l'on trépanait indistinctement pour toutes les blessures du crâne, il n'y avait de discussion que pour les cas d'enfoncements. Hippocrate avait déjà dit qu'il faut éloigner le trépan lorsqu'on a à traiter un enfoncement considérable; Desault ayant réuni un certain nombre de cas de guérison pour des individus qui n'avaient point été opérés, nia l'efficacité du trépan, et là a pris naissance cette sorte de réprobation pour une opération qui est parfois très-utile.

Nous n'avons point de statistiques pour juger la question; on a beaucoup insisté sur les cas de guérison et l'on a trop laissé de côté les nombreux cas où l'expectation a été suivie de mort. Il est juste de dire qu'on a également insisté sur les guérisons obtenues après l'application du trépan.

Il y a une catégorie de faits dont on n'a pas assez tenu compte; beaucoup d'individus guérissent avec des enfoncements du crâne sans avoir été trépanés; mais parmi les individus qui survivent, un certain nombre reste dans un état d'imbécillité qu'on ne doit pas méconnaître. Il n'en est point ainsi après les opérations du trépan, les individus guérissent radicalement ou ils succombent.

Les blessés qui guérissent d'un enfoncement du crâne sans avoir été trépanés, sont encore exposés à des accès épileptiformes que la trépanation a fait cesser dans certains cas. Voilà certainement autant de motifs pour ne pas rejeter absolument le trépan et, pour ma part, je m'en déclare partisan dans des conditions déterminées.

Lorsqu'il y a un enfoncement pur et simple, sans plaie, il faut attendre si les accidents cérébraux n'existent point; si l'enfoncement est énorme, il y a ordinairement des accidents immédiats qui réclament l'intervention. Quand les accidents surviennent, il faut agir vite, et je suis prêt à reconnaître que j'ai trop tardé dans le cas de mon jeune blessé. Je m'explique le succès que j'ai obtenu, d'une part, en considérant l'extrême jeunesse de mon opéré; d'autre part, la période tardive à laquelle je suis intervenu. La plaie cérébrale était voisine de la cicatrisation et, par suite, dans des conditions capables de s'opposer à la propagation de l'inflammation traumatique, qui enlève un certain nombre d'opérés. J'estimerais que le moment favorable pour intervenir serait vers le quinzième jour après l'accident. Je me résume en disant : 1° les fractures du crâne avec enfoncement ne comportent pas l'emploi du trépan quand il n'y a pas de complications cérébrales; 2° quand l'enfoncement se complique d'accidents cérébraux, il faut agir, si les phénomènes sont inquiétants; 3° quand il n'y a point urgence, eu égard à la nature des accidents, il faut de préférence attendre le quinzième jour.

M. DEGUISE. Je m'associe à tout ce qui vient d'être dit par M. Broca; je suis encore plus radical que lui. En restreignant la question aux cas d'enfoncements, je ne comprends pas qu'il puisse y avoir de dissentiments entre les chirurgiens, l'indication me paraît formelle. Toutes les fois que l'on constate l'enfoncement, il est sage de relever les fragments. L'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan ne peut compliquer la situation des blessés. Il n'y a point longtemps qu'on parlait ici d'un individu qui avait gardé dans le crâne, et pendant quatre-vingt et quelques jours, une culasse de fusil; c'est par hasard qu'on a fait l'extraction de ce corps étranger; mais en présence d'un diagnostic certain, eussiez-vous, je vous le demande, différé l'extraction de ce corps étranger jusqu'au début des accidents qu'il pourrait provoquer, ainsi que semble le conseiller notre collègue M. Broca? Évidemment non; et dans le cas même où l'extraction eût nécessité l'emploi du trépan, on eût bien fait d'intervenir de suite. L'opération du trépan est si simple que je ne comprends pas que l'on hésite dans les cas d'enfoncement.

Je suis plus radical que M. Broca, en ce sens que j'agirais de suite, convaincu que plus on attend, plus on expose les blessés aux accidents consécutifs.

M. VERNEUIL. Je regrette aussi l'absence des statistiques pour juger la question du trépan; j'attends, pour trépaner, qu'il y ait des indications positives. La recherche des foyers de compression est une chimère qu'il faut abandonner.

J'ai pratiqué deux fois l'opération du trépan; il s'agissait de cas absolument désespérés; l'opération n'a point amélioré les malades, mais elle n'a été pour rien dans la terminaison funeste. Je trouve très-suffisantes les indications si bien rappelées par M. Deguise; il faut agir le plus tôt possible. Je déposerai, du reste, une courte note relative aux deux faits que je viens de mentionner.

M. PERRIN. Si j'ai bien compris la pensée de M. Deguise, les indications de la trépanation sont pour lui tellement nettes, tellement simples qu'elles ont à peine besoin d'être discutées. Elles s'imposent en quelque sorte d'elles-mêmes. Je ne saurais partager cette opinion; je considère au contraire la question qui nous occupe comme l'une des plus obscures, des moins précises de la pratique chirurgicale.

Après avoir entendu les communications de nos honorables collègues, MM. Broca et Verneuil, j'ai quelque raison de croire qu'ils partagent mon avis sur ce point.

Mais cette divergence d'opinions est plus apparente que réelle. Elle s'explique par la différence des points de vue auxquels nous nous sommes placés.

Il résulte clairement des paroles de M. Deguise, qu'il n'entendait parler que de l'extraction des corps étrangers, pièces osseuses ou autres, qui compliquent fréquemment les fractures du crâne avec perte de substance de l'os. Oh! dans ce cas particulier, le doute n'existe pour personne; pour tous les chirurgiens, je crois que l'indication est nette, précise. Il faut débarrasser la plaie de tout ce qui la rend plus grave, faire, comme on dit d'une façon générale, d'une plaie compliquée une plaie plus simple, fallût-il recourir à l'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan. Cette sorte de débridement à l'aide duquel on agrandit ou bien on régularise la brèche osseuse, peut à peine porter le nom de trépanation.

L'embarras n'est pas là. Mais s'il s'agit de tracer les règles à suivre dans les cas de traumatisme du crâne non suivis de perte de substance osseuse, accompagnés du cortége de symptômes et d'accidents que nous connaissons tous, c'est autre chose. S'agit-il, par exemple, de la forme la plus commune des fractures du crâne par choc direct, celle dans laquelle de larges pièces osseuses, circonscrites par des traits de fracture, sont inclinées l'une vers l'autre de façon à produire un enfoncement de la voûte, que faudra-t-il faire? Faudra-t-il trépaner dans tous les cas pour redresser les os? Faudra-t-il régler son intervention sur la profondeur, l'étendue de l'enfoncement, sur son siége, sur l'âge du sujet, sur la nature ou la violence des accidents concomitants, etc.? S'agit-il encore de la conduite à tenir quand on croit à l'existence d'un épanchement de sang ou de pus dans la cavité arachnoïdienne, dans les mailles de la pie-mère? Autant de questions qui surgissent à l'esprit, et que je pose devant vous sans m'engager à les résoudre complétement. Ainsi que le disait très-judicieusement M. Broca, il n'existe pas de statistique qui autorise à prendre parti pour l'intervention ou pour l'abstention dans ces conjonctures difficiles. Les faits ne manquent pas, à proprement parler; mais leur signification varie complétement avec les conditions dans lesquelles ils se sont produits. Les idées théoriques ont tellement prévalu jusqu'alors en ce qui concerne la trépanation, qu'il suffit d'énoncer cette proposition pour la faire accepter. Quel enseignement tirer, par exemple, de cette statistique désolante citée par M. Broca et relevée par M. Trélat : quatorze opérations de trépan pratiquées dans les hôpitaux de Paris pendant une période donnée.... 13 morts? Absolument rien, puisque de nos jours on n'a guère conservé chez nous, dans la pratique, que la trépanation *in extremis*. En aucun temps la chirurgie n'a ressuscité les morts!

Bien que la question du trépan ne puisse être aujourd'hui résolue d'une façon magistrale, je suivrai l'exemple de M. Broca, et je risquerai quelques remarques qui m'ont été suggérées par l'induction ou par mon observation personnelle.

M. Broca a présenté d'une façon très-simple les indications du trépan dans les cas dont je viens de parler. Si je ne me trompe, elles peuvent se résumer ainsi : Après l'accident, attendez. Quand surviennent les complications, trépanez. C'est vers le quinzième jour que l'indication surgit le plus ordinairement.

Je ne saurais partager la manière de voir de notre collègue. La raison invoquée par lui pour ajourner la trépanation immédiate, sauf, bien entendu, les cas exceptionnels dont a parlé M. Deguise, et au sujet desquels nous sommes tous d'accord, c'est que la rupture des membranes d'enveloppe du cerveau peut amener, si l'on trépane peu de temps après qu'elle s'est produite, une pénétration de l'air dans la cavité arachnoïdienne, tandis qu'après un certain temps, des adhérences s'établissent et forment une barrière protectrice. J'aurais compris que la nature si confuse des effets qui suivent immédiatement les chocs du crâne, conduisît notre collègue à cette réserve. Dans tous les cas, en effet, ou peu s'en faut, la situation semble tout de suite très-grave : on est assommé sur le coup. Et puis, après quelques heures ou quelques jours tout au plus, la santé succède presque sans transition à cet état, qui est presque la mort apparente. Mais la raison que M. Broca a fait valoir pour justifier la temporisation, me semble plus théorique que pratique.

A la rigueur, il est possible que la trépanation faite, la dure-mère étant rompue par la cause vulnérante, de l'air s'introduise pendant les mouvements rhythmés d'expansion et de retrait de la masse encéphalique. Aucune expérience ne démontre ce fait physique, aucun observateur ne l'a signalé. Mais acceptons-le comme vrai; nous sommes sûrs, au moins, qu'il n'est pas bien redoutable. Je n'en voudrais d'autre preuve que le fait si intéressant de M. Broca. Le blessé avait une brèche au crâne, une rupture de la dure-mère : l'air a-t-il pénétré en petite ou en grande quantité dans la cavité arachnoïdienne? Je n'en sais rien. Mais ce que je sais, c'est qu'aucun accident qui lui soit imputable n'a révélé sa présence. Ce fait n'est pas exceptionnel. Il représente la règle; il représente ce que les chirurgiens d'armée constatent habituellement à la suite des coups de feu ou d'armes blanches qui produisent une perte de substance au crâne.

J'en conclus que la trépanation ne me paraît pas plus grave immédiatement après l'accident que plus tard. Je trépanerais et je conseillerais de trépaner au moment même où se présente l'indication, sans trop m'occuper de savoir si la blessure est récente ou ancienne.

Cette indication, pour M. Broca, est subordonnée aux complications. Lorsque celles-ci surviennent, il faut trépaner le plus tôt possible. Il me paraît indispensable d'ajouter à ce précepte un commentaire qui certainement existait dans la pensée de notre collègue. Toutes les complications des fractures du crâne ne réclament certainement pas le trépan. A cet égard, il importe beaucoup d'établir une distinction. Les uns sont généraux; ils se traduisent par la perturbation ou la suspension de l'une ou de plusieurs des fonctions des centres nerveux. Ici, ce sera une perte complète du sentiment ou du mouvement; ailleurs, ce seront des convulsions, des contractures des membres, etc.; ailleurs encore, l'abolition de l'intelligence ou des sens, du délire, etc. Dans ces circonstances, le trépan me paraît formellement contre-indiqué, quelle que soit d'ailleurs l'époque relative de leur production. A quoi bon, en effet, recourir alors à une opération? Ou bien les accidents de ce genre sont légers et disparaissent spontanément après quelques heures ou tout au plus quelques jours (c'est ce que l'on observe bien souvent à la suite des coups des chutes sur la tête; ici, la trépanation serait évidemment très-blâmable); ou bien ils sont très-graves, et se rattachent au développement d'une méningo-encéphalite, d'une encéphalite consécutive, etc. Dès lors, quel service peut-on espérer d'une couronne de trépan? Comment peut-on espérer qu'elle modifiera avantageusement l'inflammation du cerveau ou de ses membranes; qu'elle remédiera à un épanchement de sang diffusé au loin, et ramené en quelque sorte entre la boîte osseuse et le cerveau?

Pour moi, la trépanation n'est indiquée qu'autant que la complication est bien définie, localisée, circonscrite, les autres fonctions cérébrales restant intactes. Je citerai, comme exemple, les accès épileptiformes, une hémiplégie, peut-être une céphalalgie préexistante sur ce même point, etc. Dans ces cas, il me semble utile de trépaner, et de trépaner le plus tôt possible, puisque tout ajournement, sans avantage défini, a le grave inconvénient de laisser s'accroître le danger.

Cela veut-il dire que dans tous ces cas on aura fait une opération utile, salutaire au malade? Non, évidemment. Il en est qui guérissent fort bien, malgré l'abstention. En voici un exemple :

Pendant le siége de Sébastopol, un capitaine du régiment de grenadiers reçut, à mes côtés, au-dessus de l'oreille droite, un éclat de bombe qui enfonça la portion écailleuse du temporal. Le blessé, renversé sur le coup, resta quelque temps sans connaissance; puis il revint à lui avec la plénitude de ses facultés, comme s'il n'eût reçu qu'une légère contusion. Le moment était critique : nous étions à la veille du premier assaut de Malakoff. Il voulut rester à son poste. Quelques heures plus tard, il tomba brusquement frappé d'hémiplégie, sans autres symptômes concomitants.

A quelque cause que l'on ait songé à rattacher ce dernier accident, l'opération du trépan semblait bien indiquée. Mais nous étions sur le terrain; je n'avais ni installation ni instruments appropriés; j'évacuai le blessé à l'ambulance la plus rapprochée. J'appris, quelques jours après, qu'une paralysie complète du mouvement avait rapidement succédé à l'hémiplégie. La mort était devenue imminente. Cet état se prolongea pendant quelques jours, après lesquels la motilité et l'intelligence reparurent progressivement. A partir de ce moment, l'état du blessé s'améliora de jour en jour. Chose digne de remarque, il survint alors des accès épileptiformes et un certain nombre de conceptions délirantes. Néanmoins, la guérison fut complète au bout de deux mois, et le malade fut évacué en France par mesure de précaution. Il reprit son service, et le continua, sans ressentir la moindre gêne de son grave accident, jusqu'en 1860, époque à laquelle il vint succomber, au Val-de-Grâce, d'une pneumonie alcoolique.

Évidemment si j'avais pratiqué la trépanation dans ce cas, j'aurais été bien tenté de lui attribuer quelque influence salutaire. Et pourtant je me serais trompé puisque le malade a guéri sans opération. J'ajouterai même que l'autopsie m'a fait voir que le trépan n'aurait point remédié à la cause des accidents.

On voit en effet, sur la pièce que je mettrai sous vos yeux, que la trace de fracture a divisé un vaisseau et probablement la dure-mère! Ce vaisseau aura donné naissance à une hémorrhagie en nappe, à laquelle il est rationnel d'attribuer et l'hémiplégie et la perte complète du mouvement. Or, on sait ce que vaut le trépan contre cette complication.

Jusqu'alors je n'ai eu en vue que les grands traumatismes du crâne ayant amené une rupture des os, une déchirure de la dure-mère. Les quelques réflexions qui précèdent montrent combien sont rares les indications du trépan en pareil cas.

Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles la trépanation pourrait, je crois, rendre des services moins problématiques; je veux parler des simples contusions du crâne avec ou sans fêlure de l'os. Ici la dure-mère est intacte, l'accident paraît sans gravité, c'est une simple plaie dont on surveille peu les conséquences, et pourtant l'expérience a montré depuis longtemps aux chirurgiens que cette bénignité insidieuse masquait parfois de graves dangers contre lesquels on est peu en garde parce que le blessé semble guéri depuis longtemps. Dans un cas ce sera une exostose siégeant au niveau de la contusion; dans un autre ce sera un décollement du péricrâne et de la dure-mère qui déterminera une maladie de l'os et la formation d'abcès consécutifs. Ailleurs il s'agira d'un foyer sanguin circonscrit et logé en dehors de la dure-mère. C'est pour remédier à ces complications des contusions du crâne, que le trépan appliqué à temps me paraît devoir rendre les meilleurs services. J'ai été témoin de deux faits de ce genre dans lesquels le trépan aurait pu, selon toute vraisemblance, sauver la vie des malades.

Dans un premier cas, il s'agit d'un grenadier de mon régiment qui reçut, pendant le siége de Sébastopol, un coup de bâton sur le sommet de la tête; vous n'êtes pas sans savoir, apparemment, que les Russes, pour éviter de donner l'éveil, attaquaient nos travailleurs à la tranchée avec cette arme primitive. Ce coup de bâton fit une contusion sans conséquence, et que quelques jours de repos suffirent à guérir.

A quelques semaines de là, ce malheureux soldat eut la jambe broyée par un éclat de bombe. Je l'amputai; il guérit, puis je le perdis de vue. Trois ans plus tard, je le retrouvai dans une salle de malades à l'infirmerie de l'Hôtel des Invalides. Il était entré, parce qu'il lui était survenu, disait-il, des attaques de nerfs depuis un certain temps. Les accès, d'abord assez rares, lui avaient permis de continuer sa vie habituelle : mais ils devinrent plus fréquents, et c'est ce qui le décida à venir demander des secours. Je ne tardai pas à être témoin d'un accès épileptiforme très-caractérisé : un second survint quelques jours après, puis bientôt ils se montrèrent tous les jours, puis plusieurs fois dans la même journée. Bref, le malade succomba rapidement dans un état comateux.

A l'autopsie je constatai une exostose au niveau de l'ancienne contusion. Cette exostose avait la forme d'un ovoïde aplati, développé du côté de la face externe mais surtout de la face interne de l'os. Le cerveau, dans le point correspondant, présentait une dépression dans laquelle était logée la saillie de l'exostose. Enfin, à un centimètre de profondeur dans la substance cérébrale, il existait un abcès très-bien circonscrit.

Si ce malade eût été trépané dès le début de ses accès épileptiformes, aurait-il guéri? Je le crois. Si on avait pratiqué cette opération au moment où il vint à l'hôpital eût-on conjuré les accidents? J'en doute, mais cependant en pareille circonstance je n'hésiterais pas un instant.

Le second fait que je désire soumettre à votre appréciation ressemble beaucoup au premier. Il s'agit d'un grenadier de mon régiment qui reçut devant Sébastopol un coup de feu à la région du sourcil gauche. L'arcade fut brisée : mais l'examen le plus minutieux ne me permit de reconnaître aucune fêlure à la table interne. Cette blessure guérit très-vite et sans complications. Puis au bout de quelques mois, ce pauvre blessé tombe un jour sans connaissance, les membres agités de quelques mouvements convulsifs. Je l'envoyai de suite à l'ambulance. Il fut traité par l'abstention chirurgicale. Bientôt il succomba. On constata à l'autopsie un abcès considérable siégeant entre la dure-mère et l'os dans la partie correspondant au siége de la blessure. Le trépan, appliqué dès le début des accidents, aurait-il arrêté le mal? Cela est au moins fort acceptable.

Le difficile en pareil cas c'est d'être prévenu à temps. Les malades, par incurie ou ignorance, laissent passer les premiers symptômes sans y attacher d'importance. Raison de plus pour accorder à la contusion du crâne toute l'attention qu'elle réclame, et pour ne jamais négliger de mettre les blessés en défiance contre les suites possibles de leur accident.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fracture du tibia — M. BROCA fait voir une fracture du tibia dont les fragments présentent un double V, si bien que la solution de continuité représente approximativement la lettre K.

On remarque en outre une fissure spiroïde de l'os.

M. TRÉLAT rappelle qu'il a présenté une fracture analogue qui portait sur le corps du fémur. Il existait également une fissure spiroïde.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

La Société médico-psychologique a adopté, dans sa séance du 25 février 1867, les résolutions suivantes :

La Société médico-psychologique invite tous les savants, français ou étrangers, médecins ou non médecins, voués à l'étude des sciences médico-psychologiques, qui viendront à Paris, pour l'Exposition universelle et pour le Congrès médical, à assister à ses séances, à prendre part à ses discussions, à lui communiquer leurs idées et leurs travaux sur tous les sujets qui entrent dans le cadre de ses études.

Afin de pouvoir recevoir toutes les personnes désireuses de répondre à cette invitation, la Société se réunira :

1° En séances ordinaires de quinzaine aux dates suivantes : 29 avril, 13 et 27 mai, 10 et 24 juin, 15 et 29 juillet ;

2° En session extraordinaire pendant la deuxième semaine d'août, c'est-à-dire pendant celle qui précédera immédiatement l'ouverture du Congrès médical ; les séances de cette session extraordinaire seront au nombre de trois, et auront lieu les 10, 12 et 14 août.

Sera admis à ces séances, sur la déclaration de ses noms et qualités, tout Français, médecin d'un établissement public ou privé d'aliénés, ou professeur titulaire ou agrégé d'une Faculté de médecine, de lettres, de droit ou de sciences ;

Tout étranger attaché officiellement à un établissement d'aliénés, ou professeur dans une Université légalement constituée ;

Tout membre d'une des Sociétés suivantes :

Société allemande de psychiatrie,
Association médico-psychologique anglaise,
Association des médecins d'asiles des États-Unis.

Les personnes ne rentrant dans aucune des catégories précédentes, et désirant prendre part aux travaux de la Société, devront être présentées par deux membres. Cette présentation devra être faite, autant que possible, par écrit et quelques jours avant une séance. Le président, après avoir pris, au besoin, l'avis du bureau et d'une commission de quatre membres nommés *ad hoc*, statuera sur leur admission.

Tous les savants, admis comme il vient d'être dit, siégeront avec les membres de la Société, pourront prendre part aux discussions, lire des mémoires, faire des communications orales. Afin de leur assurer toute la facilité désirable pour la production de leurs travaux, le président pourra toujours leur donner un tour de faveur ; toutes les fois qu'ils auront annoncé, cinq jours avant une séance, le désir de faire une communication à la Société, par lettre adressée au président, ou à l'un des membres du bureau, mention en sera faite à l'ordre du jour sur les lettres de convocation.

La Société laisse toute liberté sur le choix des travaux qui lui seront communiqués, pourvu qu'ils rentrent dans le cadre de ses études et qu'ils n'enfreignent pas son règlement ; mais elle indique, comme dignes d'un intérêt tout spécial, les questions suivantes :

Législation et mode d'assistance applicable aux aliénés dans les différents pays ;

Rapports de la folie avec l'éducation privée et publique ;

Base d'une bonne statistique appliquée à l'aliénation mentale ;

Des altérations anatomiques des centres nerveux dans les diverses formes d'aliénation mentale, et particulièrement des progrès réalisés sous ce rapport par les études micrographiques.

Les séances auront toutes lieu à la Faculté de médecine, à quatre heures du soir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Lundi a eu lieu la séance annuelle de l'Académie des sciences. En attendant que nous donnions les détails officiels de cette séance, nous ne saurions résister au plaisir d'enregistrer le nom des médecins-lauréats.

Prix de statistique. — MM. les docteurs Brochard, Parchappe, Lefort et Girard de Cailleux.

Prix de médecine et de chirurgie. — MM. les docteurs Béraud, Anger, Marey, Laborde, Sappey, H. Liouville et A. Voisin.

Prix de chirurgie. — MM. Sédillot et Ollier.

Prix Godard. — MM. Aimé Martin et H. Léger.

— Le prix de la Société de biologie (prix Godard) vient d'être décerné à M. le docteur Onimus, pour son travail : *De la théorie dynamique de la chaleur dans les sciences biologiques.*

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 15 mars, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour :

Rapport de M. Peter sur la candidature de M. de Ranse ;

Rapport de M. Giraud-Teulon sur la candidature de M. Giraldès ;

Lecture, par M. Dolbeau, d'une note sur les kystes hydatiques du petit bassin ;

Lecture, par M. Blachez, d'une note sur la péritonite spontanée.

— M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, le cours de clinique des maladies des enfants (semestre d'été), le mercredi 20 mars et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures et demie.

Leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Bailly, Barrailler, Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, Devilliers, Alfr. Fournier, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Lunier, Marcé, A. Nélaton, Panas, Péan, V. A. Racle, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau, Valette, Aug. Voisin. Directeur de la rédaction : le docteur JACCOUD. Se composera d'environ 15 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr. — Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils. — Les tomes I à VI sont en vente. Les principaux articles du tome VI sont : Cachexie, par Maurice Raynaud ; Calculs, par Ollivier et G. Bergeron ; Cancer et Cancroïde, par A. Heurtaux ; Capillaire (système), par Ranvier ; Carbone et Carbonates, par Buignet et Barrallier ; Carbonique (acide), par Demarquay ; Cardiographie, par P. Lorain ; Carotides, par Richet ; Cartilage, par Bœckel ; Cataracte, par Liebreich ; Catarrhe, par Luton ; Cauchemar, par Motet ; Caves (veines), par Le Dentu, Maurice Raynaud et Denucé ; Césarienne (opération), par Stolz ; Chaleur, par P. Bert, Buignet, Hirtz et Demarquay. Paris, J.-B. Baillière.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le docteur CHASSAIGNAC. 2 vol. grand in-8 compactes. Prix : 18 francs.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le docteur CHASSAIGNAC. 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le docteur CHASSAIGNAC. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Syphilides. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8, Prix : 4 fr.

Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis, etc., par le docteur LANGLEBERT. In-8, 2° édition. 1862. Prix : 2 fr. 50.

Unicisme et dualisme chancreux, par le docteur LANGLEBERT. In-8, 1864. Prix : 75 cent.

Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancre, par le docteur NODET. In-8, 1864. Prix : 2 fr.

Nouveaux moyens de prophylaxie infaillibles, très-simples et inoffensifs, applicables chez la femme au moyen d'un nouvel instrument contre les maladies vénériennes, par le docteur PLAITE. 1 vol. in-8 avec une planche, 1866. Prix : 2 fr.

Leçons sur le chancre, professées à l'hôpital du Midi, suivies de notes et pièces justificatives, et d'un formulaire spécial, par le docteur RICORD. 2° édition, 1860. Prix : 7 fr.

La syphilis constitutionnelle, par le docteur VIRCHOW, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Berlin ; traduit en français par le docteur Picard, et revu par le professeur. 1 vol. in-8, 1866. Prix 4 fr.

Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 32. — SAMEDI 16 MARS 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 16 MARS 1867. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Acide acétique contre les cancroïdes.

Depuis quelque temps, la *Gazette des Hôpitaux* a enregistré les différents résultats obtenus par les chirurgiens dans le traitement des cancers ou des cancroïdes par l'acide acétique. Après voir annoncé les succès du docteur Broadbent (*Gaz. des Hôp.*, 1866, n° 134), en Angleterre, du docteur Guéniot (*Gaz. des Hôp.*, 1866, n° 126), en France, on a vu que, dans ces derniers temps, la *Gazette* annonce les résultats complétement négatifs qui ont suivi les expériences faites par les chirurgiens des hôpitaux de Paris. Il en est donc de l'acide acétique comme de tant d'autres médicaments; malheureusement, plus on avance, plus on voit que toutes les méthodes de traitement sont à peu près inefficaces dans la cure radicale du vrai cancer.

Voici des observations nouvelles que nous communique M. le docteur Dieu, aide-major à l'Hôtel des Invalides, et qui ont pour but de prouver, non pas l'efficacité de l'acide acétique contre la tumeur cancéreuse, mais l'efficacité de ce moyen contre les tumeurs de la peau, que l'on désigne ordinairement sous le nom de *cancroïde, noli me tangere, epithélioma cutané*.

Pour nous, dit M. Dieu, la nature maligne de ces tumeurs est loin d'être démontrée, et nous croyons, d'après MM. Verneuil, de Graeffe et autres, que ce sont, la plupart du temps, des adénoïdes de la peau, c'est-à-dire des tumeurs essentiellement bénignes; cependant, comme les caractères cliniques des adénomes de la peau ne sont pas encore tracés, et qu'il est bien difficile d'apprécier le degré de malignité de ces différentes tumeurs, nous croyons que l'on doit les enlever radicalement, et dans le plus bref délai. Dans ces cas, l'acide acétique nous paraît appelé à rendre de véritables services. En effet, l'application de cet agent est très-simple, peu douloureuse, d'une complète innocuité, et, de plus, on obtient, à l'aide de ce moyen, des guérisons rapides, sans aucune cicatrice, ce qui est très-important, surtout à la face, au niveau des orifices naturels des yeux, du nez, de la bouche, siéges habituels des cancroïdes.

OBS. I. — H., quatre-vingt-deux ans, soldat invalide. La première tumeur que nous avons traitée par l'acide acétique est ce que l'on a décrit sous le nom d'épithélioma de la paupière inférieure. Cette tumeur siége à l'angle interne de l'œil droit et date déjà de onze ans. Elle se présente sous la forme d'une excroissance peu élevée au-dessus du niveau de la peau, indurée à la base, mais cependant mobile sur les parties profondes. Cette tumeur, de la largeur d'une pièce de un franc, est ulcérée déjà depuis longtemps, et présente des bords irréguliers taillés à pic. La surface, ulcérée, sécrète une petite quantité de sanie grisâtre qui se dessèche et forme une croûte foncée.

Le 15 décembre 1864, nous badigeonnons, à l'aide d'un pinceau, la surface de la tumeur avec de l'acide acétique concentré. Nous avions pris le soin de faire tomber la croûte qui recouvrait la tumeur, au moyen d'un cataplasme. Le malade accuse une sensation de douleur assez vive qui dure environ cinq minutes. Le lendemain, la tumeur, légèrement douloureuse, est entourée d'un cercle inflammatoire d'une rougeur érysipélateuse. Deux jours après, toute rougeur a disparu, et nous faisons une nouvelle application d'acide.

Après quatre cautérisations faites de deux jours en deux jours, on constate déjà un affaissement notable dans la tumeur; les bords de l'ulcération sont moins élevés; il n'y a plus de réaction locale. Enfin, après dix applications, l'ulcération s'est affaissée peu à peu, s'est rétrécie, et la tumeur s'est pour ainsi dire résorbée.

Le 15 janvier 1867, c'est-à-dire un mois après la première application, la guérison est parfaite, la peau est souple, mobile, et ne présente aucune cicatrice.

OBS. II. — T..., soixante-dix-sept ans, soldat invalide. Le second cas est aussi relatif à un cancroïde de la face, siégeant à la région nasale. Cette tumeur date de dix ans. De la grosseur d'une noisette, elle se présente sous la forme d'une excroissance indurée à la base; composée d'une série de petits boutons distincts les uns des autres au toucher, elle a la forme mamelonnée; elle est mobile sur les parties profondes, et ne s'est jamais ulcérée.

Le 24 janvier, nous commençons à injecter, à la base de la tumeur, trois gouttes d'une solution d'acide acétique (acide une partie, eau distillée deux parties.)

Le lendemain, la tumeur est un peu douloureuse, rouge sur les bords; il s'est écoulé, par la plaie du trocart, un peu de sanie mêlée de sang qui s'est concrétée sur la tumeur.

Le 25 janvier, nouvelle injection; deux jours après, la tumeur est recouverte d'une croûte foncée qui cache une ulcération à fond grisâtre, et à bords taillés à pic. Nous badigeonnons alors l'ulcération avec l'acide concentré, et, après quatre cautérisations, la tumeur a complétement disparu. A sa place, la peau est saine, mobile, et n'offre aucune trace de cicatrice.

OBS. III. — Le sujet de la troisième observation est également un soldat invalide. Cet homme, âgé de soixante-treize ans, est porteur d'un nez éléphantiasique qui forme trois tumeurs : une médiane correspondant au lobule, et deux latérales correspondant aux ailes. Cette hypertrophie paraît porter principalement sur les éléments glandulaires de la peau, car lorsque l'on comprime le nez entre les deux doigts, il sort de la matière sébacée par une multitude d'orifices. Depuis dix-huit mois, il s'est formé sur l'aile droite de ce nez, une ulcération douloureuse qui inquiète beaucoup le malade. Cette plaie ulcéreuse revêt les caractères d'une ulcération épithéliale, et a été jugée telle par M. Maurice Perrin qui l'a traitée sans succès par des applications de chlorate de potasse en solution.

Le 10 janvier 1867, nous commençons à toucher, tous les deux jours, l'ulcère avec l'acide acétique, et, après six applications, la cicatrisation a été complète et s'est maintenue jusqu'à ce jour.

OBS. IV. — Nous avons recueilli notre quatrième observation à la clinique de M. le docteur Wecker. Il s'agit d'un épithélioma ulcéré de la paupière inférieure chez une femme de Saint-Cloud, âgée de cinquante-six ans. Cette tumeur s'est développée il y a six ans; elle a suivi une marche lente et progressive, et, après avoir atteint la grosseur d'une fève, elle s'est ulcérée il y a environ trois ans. A cette époque, l'ulcération fut traitée sans succès par des cautérisations au nitrate d'argent; comme l'ulcère s'agrandissait de jour en jour et inquiétait beaucoup la malade, elle vint consulter M. le docteur Wecker, qui considéra cette tumeur comme un épithélioma à marche lente, et qui la traita par des applications d'acide acétique concentré faites trois fois par semaine.

Après dix applications, la tumeur disparut complétement sans laisser aucune trace. Cette malade a été présentée plusieurs fois aux médecins qui suivent la clinique de M. Wecker.

OBS. V. — D..., soixante-douze ans, soldat invalide. Cet homme est porteur d'un épithélioma datant de douze ans; cette tumeur siége à la partie interne et supérieure du grand angle de l'œil droit; elle est ulcérée, et a la grandeur d'une pièce de deux francs. L'ulcération, profonde, à fond grisâtre, à bords déchiquetés et taillés à pic, sécrète une quantité assez notable de sanie purulente qui se concrète en forme de croûte. Nous badigeonnons la tumeur avec l'acide concentré, comme dans les cas précédents, et, après quinze cautérisations, l'ulcération n'est pas encore complétement guérie, mais elle a revêtu les caractères d'une plaie simple, s'est beaucoup rétrécie, et nous avons tout lieu d'espérer que la guérison sera complète dans quelques jours.

Nous avons encore traité, dans le courant de janvier, deux autres épithéliomas de la face, mais malheureusement les malades sont morts de pneumonie dès le début du traitement; nous ne voulons pas donner ces observations dont on ne pourrait tirer aucune conclusion; cependant, nous pouvons dire que quatre applications d'acide avaient eu pour effet de diminuer les douleurs qui étaient très-fortes chez l'un de nos malades.

Pince à polypes laryngiens de M. le docteur Fauvel. — De quelques cas d'ablation de polypes laryngiens, à l'aide de cet instrument.

Le numéro du 2 mars de la *Gazette des Hôpitaux* contient un article de M. le docteur Édouard Fournié, sur l'extirpation des tumeurs intra-laryngiennes, dans lequel l'auteur décrit les pinces qu'il a fait confectionner pour faciliter l'exécution de cette opération. M. le docteur Ch. Fauvel nous a transmis, à cette occasion, la réclamation suivante que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs, qui trouveront en même temps, dans la note de notre confrère, un exposé sommaire des opérations d'ablation de polypes laryngiens qu'il a eu l'occasion de pratiquer depuis qu'il s'est livré à l'étude et à l'application spéciale de ce genre d'opérations. Voici la note de M. Fauvel :

« La pince que M. le docteur Ed. Fournié présente à vos lecteurs comme un instrument de son invention, et dont il s'est servi, pour la première fois, en mars 1866, je l'ai fait

---

FEUILLETON.

DE LA

CLASSIFICATION GÉOGRAPHIQUE DES MALADIES,

Par le Dr LANOAILLE DE LACHÈSE, médecin aide-major.

« L'homme ne naît, ne vit, ne souffre, ne meurt pas d'une manière identique sur tous les points de la terre. »
(BOUDIN, *Traité de géographie et de statistique médicales. Introduction*).

Les études de géographie médicale... ne peuvent manquer de devenir un complément indispensable de notre instruction.
(DUTROULAU, *Maladies des Européens dans les pays chauds. Préface*).

§ I. — AVANT-PROPOS

Les plantes et les animaux ne vivent pas indifféremment sous toutes les latitudes. Il y a là une loi de la nature à laquelle n'échappent pas eux-mêmes les divers types humains.

Le grand acclimatement, en effet, semble avoir été jusqu'ici fatal à l'homme. L'homme qui passe brusquement d'un climat dans un autre dépérit et ne forme pas souche, ou sa descendance disparaît dans un temps plus ou moins limité. Il voit s'abaisser la durée moyenne de sa vie, et le principe de l'affection qui l'emporte, il le gagne dans le pays d'adoption, car, en quittant les rivages du sol natal, il a laissé derrière lui le cortége presque entier des maladies de sa mère patrie.

C'est que les maladies ont, elles aussi, besoin d'un milieu favorable pour se développer. Elles ne germent pas en tous lieux avec une égale facilité et les symptômes par lesquels elles se traduisent varient beaucoup d'intensité, suivant une foule de circonstances qu'il n'est pas toujours aisé d'apprécier exactement; mais la recherche instructive et pleine d'intérêt des conditions indispensables à leur existence montre que, pour une même race, l'influence climatérique domine fortement toutes les autres influences.

Quelque important que soit un tel sujet, il n'a cependant pas encore donné naissance à des travaux didactiques suffisamment complets et satisfaisants. Les traités de pathologie essayent bien, il est vrai, pour la plupart, de reconnaître quelle est l'action du climat sur la production de chaque maladie en particulier; il a bien été publié des ouvrages spéciaux ayant trait aux manifestations morbides les plus ordinaires de telle ou telle région, de telle ou telle zone; mais peu d'auteurs ont cherché à classer méthodiquement, d'après leur inégale répartition à la surface du globe, l'ensemble des nombreuses affections qui frappent l'espèce humaine.

Si les divers modes d'altération de la santé, dans un climat donné, n'avaient entre eux aucun rapport, si chaque affection déterminée, sans autre cause appréciable que les caprices du hasard, frappait des régions placées sous les latitudes les plus diverses, tout en épargnant les contrées voisines, la géographie médicale ne serait pas plus susceptible d'une étude méthodique et d'une classification que la géographie administrative des peuples, et n'aurait, comme vue d'ensemble, qu'un but d'utilité fort restreint.

Mais pour peu qu'on y réfléchisse, il est facile de se convaincre que les choses se passent tout autrement. On reconnaît qu'une foule de maladies s'échelonnent avec une certaine régularité de l'équateur aux pôles, et l'on s'aperçoit en outre de ce fait bien remarquable, que celles qui sont plus particulières à chaque climat se trouvent rapprochées les unes des autres dans les cadres nosologiques habituels des ouvrages de pathologie, c'est-à-dire qu'elles ont entre elles des rapports organiques, étiologiques et symptomatiques plus ou moins caractérisés.

Cependant, nos connaissances médicales ayant trait à ce point intéressant de la pathologie générale des nations sont encore trop vagues, trop incomplètes, trop vides de statistiques satisfaisantes, pour qu'il ne soit très-difficile à quiconque de le traiter avec toute la précision et toute la sûreté de jugement désirables. C'est assez dire que je ne compte nullement approfondir ici un sujet entouré d'un aussi vaste horizon. Ce travail, qui s'enferme au contraire dans les proportions les plus réservées, prend pour unique tâche, en s'appuyant sur quelques-uns des faits existants les plus connus et les mieux établis, d'indiquer le but plutôt que de l'atteindre et demeure simplement, en

faire en octobre 1862, par M. Mathieu, et voici dans quelles circonstances :

« J'avais, à cette époque, déjà présenté trois malades atteints de polypes laryngiens, à des sociétés savantes, deux à l'Académie de médecine, et un à la Société de chirurgie.

« La première malade était une femme que j'avais examinée dans le service de M. le professeur Béhier, à l'hôpital de la Pitié, le 17 mai 1862. — Au compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 20 mai 1862 (*Gazette des Hôpitaux*, jeudi 22 mai 1862), on trouvera les détails de cette observation, et l'on verra que déjà je faisais fabriquer une pince à polypes laryngiens, par M. Charrière fils, de regrettable mémoire.

« La seconde malade fut présentée aussi à l'Académie de médecine dans la séance du 26 août 1862. Elle m'avait été adressée par M. le docteur Millard. Au compte rendu de cette séance (*Gazette des Hôpitaux*, 28 août 1862), après la description du polype laryngien de cette malade on lit, « M. le doc« teur Fauvel présente une pince qu'il a fait fabriquer pour « enlever cette petite tumeur laryngienne, et un nouveau « porte-caustique pour cautériser un point déterminé du « larynx. »

« Le troisième malade, M. F..., fabricant de parapluies, atteint d'un polype laryngien volumineux, et que m'adressa M. le docteur Desormeaux dans les premiers jours du mois d'août 1862, fut l'objet d'une présentation très-détaillée à la Société de chirurgie, séance du 10 septembre 1862. Au compte rendu de cette séance (*Gazette des Hôpitaux*, 20 septembre 1862), il est parlé de la pince recourbée fabriquée exprès par M. Mathieu, d'après mes indications, et d'une autre faite par M. Charrière.

« A l'occasion de cette présentation, M. Verneuil émit des doutes sur la possibilité d'atteindre et de détruire un polype situé dans le larynx, avec des instruments dont la longueur lui paraissait insuffisante, et il m'engagea à en faire d'abord l'essai sur le cadavre.

« Je fis ces essais, et je reconnus bientôt toute la justesse des remarques de M. Verneuil : mes pinces étaient énormément trop courtes; j'étais trompé par l'image réfléchie dans le miroir laryngien. Je fis donc faire, par M. Mathieu, des pinces recourbées très-longues, dont la courbure et la longueur furent exactement mesurées sur une coupe pratiquée de la façon suivante : Je sciai une tête depuis la base du crâne, en faisant passer le trait de scie par le milieu du trou occipital en arrière, et entre les incisives supérieures et inférieures en avant; je divisai la langue en deux parties égales le long de la longueur de l'épiglotte; je passai la scie entre les cordes vocales inférieures et les cartilages aryténoïdes; je m'arrêtai à la bifurcation de la trachée. Il me fut facile, sur une coupe ainsi faite, de prendre toutes les mensurations nécessaires pour mesurer la distance en ligne courbe des incisives inférieures aux cordes vocales inférieures.

« Je donnai toutes ces mesures à M. Mathieu, qui me fit une pince à anneaux à mors recourbés, armés de dents de souris, afin de ne pas laisser glisser le polype entre les mors.

« M. Mathieu m'en fit de plusieurs longueurs. Il en fallut une très-longue pour extraire le polype de M. F... Je procédai à cette opération dans le mois de décembre 1862. Ce malade a recouvré complétement la voix, et peut aujourd'hui pousser le cri inhérent à sa profession.

« La pince à polypes laryngiens était donc désormais un instrument que j'oserai presque appeler classique; je n'en fis aucun mystère. Je m'en servis bien souvent publiquement dans les hôpitaux et à mon dispensaire, pour arracher des polypes laryngiens de toute dimension, de toute nature.

« M. Charrière en fabriqua, en 1863, une assez grande quantité.

« M. Galante me demanda la permission de la publier dans une notice relative à divers instruments usités en laryngoscopie, ce que je lui accordai volontiers. On lit dans cette notice, publiée dans les premiers jours de l'année 1865 : *Pince à polypes, du docteur Fauvel.* « Cette pince sert à l'arrachement « des polypes et des corps étrangers du larynx; on peut s'en « servir aussi pour porter des éponges. Elle est formée de deux « branches recourbées à l'une de leurs extrémités; les mors « sont taillés en lime et garnis de petites pointes appelées dents « de souris, afin d'empêcher le polype ou le corps étranger de « glisser. » En voici la figure :



« Enfin pour abréger, je terminerai en disant que, le 12 janvier 1865, à l'hôpital des cliniques, à l'amphithéâtre de M. le professeur Nélaton, il me fut accordé l'insigne faveur d'opérer avec cette pince devant les élèves, un énorme polype du larynx, sur un malade nommé V..., contre-maître maçon, qui était complétement aphone. Ce malade respirait avec la plus grande difficulté... J'eus la satisfaction d'enlever, du premier coup, entre les mors de la pince, une partie de ce polype, grosse comme une noisette.

« Le malade fut soulagé immédiatement quant à la respiration. Je pratiquai les jours suivants, à différentes reprises, l'arrachement des restes de son polype.

« J'ai présenté ce malade, au mois de janvier dernier, à la clinique de M. Nélaton, et notre illustre maître a pu se convaincre que la voix était complétement revenue et que la respiration était libre. Aujourd'hui, V... peut appeler ses ouvriers de la hauteur d'un cinquième étage et crier à pleins poumons.

« M. Nélaton m'a encore accordé le très-grand honneur de pratiquer, à son amphithéâtre, avec mes pinces à polypes laryngiens, l'extirpation de deux autres polypes intra-glottiques; au mois de janvier 1866, sur un nommé Alf. G..., boucher à Batignolles, atteint d'un polype implanté sur la corde vocale inférieure droite.

« Je réussis également, du premier coup, à débarrasser le malade des trois quarts de sa tumeur, qui était grosse comme une petite noisette.

« Je fus obligé de remettre la fin de l'opération aux jours suivants, afin d'extraire complétement la tumeur jusqu'à son point d'implantation. Aujourd'hui la voix est très-solide, vigoureuse, et M. G... a pu reprendre son état, qui nécessite de grands efforts.

« En avril 1866, je présentai à l'hôpital des Cliniques le nommé Prudent C..., garçon marchand de vin, atteint d'un polype gros comme un grain d'orge implanté sur le milieu du bord libre de la corde vocale inférieure droite. Je fus moins heureux que pour les deux malades précédents, pour plusieurs raisons, d'abord le polype était beaucoup plus petit, donc plus difficile à saisir, et le malade était moins docile. M. le professeur Nélaton, que je ne saurais trop remercier, voulut bien rester près de moi pendant toute la durée de mes tentatives infructueuses. Je fus forcé de renoncer à cette extraction, le 10 avril 1866; mais le lendemain, je recommençai mes tentatives, et j'eus la satisfaction de réussir; j'enlevai entièrement le polype, et quelques jours après, je présentai G... à la clinique, complétement débarrassé de son polype; chez ce malade, il existait non pas une aphonie complète, mais une dysphonie très-prononcée, et qui l'empêchait de remplir ses fonctions. »

Quelques-unes de ces observations seront publiées plus tard, avec tous les détails qu'elles comportent.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE,

Par M. E. KOEBERLÉ.

OBS. XXIII. — *Ovariotomie double, pratiquée le 9 janvier 1866. — Guérison.*

Madame P..., de Châlons (Marne), âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution très-délicate, mère d'une petite fille, âgée de cinq ans, avait vu depuis trois ans environ son ventre prendre un développement prononcé. Il était survenu de l'aménorrhée, et l'on crut pendant quelque temps à une grossesse. Depuis, la malade a ressenti à plusieurs reprises des douleurs abdominales très-vives et elle a été ponctionnée deux fois par M. Stoltz, à six semaines d'intervalle; en dernier lieu, le 21 décembre 1865. Elle était affectée d'un kyste multiloculaire du côté droit, et avait joui, jusqu'au moment de la deuxième ponction, d'une bonne santé. Dès la première ponction, il était survenu de l'anémie, et durant la deuxième, le liquide a été mélangé de sang provenant probablement d'une déchirure spontanée de la cloison intermédiaire d'un kyste secondaire. Il y eut à plusieurs reprises des syncopes; les extrémités inférieures et la paroi abdominale étaient œdémateuses; la circonférence du ventre qui était de 1 mètre 20 centimètres, n'est revenue, après la deuxième ponction, qu'à 1 mètre 16 centimètres; le liquide évacué était brunâtre. Comme la tumeur ovarique avait pris un développement considérable dans les derniers mois, et que l'anémie et l'affaiblissement faisaient des progrès très-rapides, l'ovariotomie était devenue urgente.

L'opération fut pratiquée le 9 janvier 1866, en présence de MM. Batlehner (de Carlsruhe), d'Eggs, Kien et Pellegrin.

Une incision de 22 centimètres, agrandie successivement, livra passage à la tumeur, qui dépendait de l'ovaire droit, et qui était formée d'une innombrable quantité de kystes de toutes grosseurs, dont une vingtaine furent d'abord vidés après avoir été ponctionnés ou déchirés. La tumeur avait contracté des adhérences très-étendues à la paroi abdominale, surtout au voisinage de l'hypocondre gauche; les adhérences purent être séparées sans trop de difficulté. Il s'écoula environ 300 grammes de sang; on ne fut pas obligé de lier des vaisseaux, car l'hémorrhagie s'arrêta spontanément. La tumeur ovarique pesait 18 kilogrammes; le pédicule était très-court et la ligature en fil de fer dut être appliquée à 2 centimètres de l'angle de la matrice; l'ovaire gauche était également malade; il avait environ 8 centimètres de diamètre, et un grand nombre de follicules étaient transformés en kystes. Comme la tendance à la dégénérescence était prononcée, il n'y avait pas à hésiter; les vaisseaux de cet ovaire furent liés à l'aide d'un fil de soie et l'organe fut excisé. L'abdomen ayant été convenablement nettoyé, la plaie fut réunie par trois points de suture profonde et six points de suture superficielle. A l'angle inférieur, l'incision demeura largement ouverte, écartée par le serre-nœud et la ligature de soie, qui restèrent plongés dans la cavité péritonéale; de la charpie et des tubes en caoutchouc fermaient la plaie et empêchaient la sortie de l'intestin, tout en laissant un libre écoulement aux liquides. L'opération a duré une heure.

La malade, très-affaiblie par l'hémorrhagie, se remit très-difficilement. Les trois premiers jours, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité résultant d'une légère péritonite pelvienne; le cinquième jour, il survint de l'embarras gastrique, des vomissements, de l'ictère, de la diarrhée, du ballonnement du ventre et une grande tendance à la transpiration, qui persistèrent longtemps en raison de l'état profondément anémique de la malade. Il se forma aussi un abcès considérable consécutif à une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire de l'excavation ischio-rectale, par suite du décubitus; cet abcès fut ouvert avec le bistouri. L'état général s'améliora peu à peu sous l'influence d'un régime tonique et fortifiant. L'œdème des parois abdominales et des extrémités inférieures se dissipa lentement. Au bout d'un mois, la guérison était complète. Madame P... a repris de l'embonpoint et sa santé ne laisse rien à désirer.

Comme un fait intéressant à noter, malgré l'extirpation des deux ovaires, il est à remarquer que six mois après l'opération, il s'est produit d'une manière périodique à époque à peu près fixe, chaque mois, une hémorrhagie utérine assez abondante, accompagnée des mêmes symptômes généraux qui se montraient auparavant à l'époque menstruelle, tels que des douleurs de reins, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, de la fatigue physique et morale, etc.

Remarques. — La malade a été opérée dans de très-mauvaises conditions, dans des circonstances où l'anémie et l'affaiblissement rendaient l'opération très-périlleuse. Lorsque la tumeur ovarique est multiloculaire, les ponctions sont absolument inefficaces. Si elles permettent quelquefois de gagner un peu de temps, de prolonger la vie pendant quelques mois et très-exceptionnellement pendant quelques années, elles ont l'inconvénient grave d'affaiblir les malades et de déterminer des accidents divers, souvent mortels dès la première ponction, et qui peuvent rendre l'extirpation de la tumeur très-hasardeuse ou impraticable, par suite des adhérences, de l'anémie, de la faiblesse, de l'œdème, etc. Chez les malades anémiques et affai-

---

définitive, une contribution à une étude particulière, plutôt qu'il ne fournit un exposé complet du sujet.

Que si l'éclaircissement de cette question pouvait ne pas présenter, aux yeux de tout le monde, des avantages pratiques incontestables, je me bornerais à faire remarquer, entre cent bonnes raisons pour prouver le contraire, de quel secours sa connaissance doit être aux médecins des colonies, qui font leurs études en Europe, et aux praticiens des armées que leur position appelle à exercer la médecine sous les ciels les plus divers. Celui qui étudie en France pour pratiquer ensuite aux Antilles et ailleurs, doit savoir, sous peine des plus cruelles déceptions, que les choses ne se passent pas partout comme sur les bords de la Seine ou du Rhin. Si, au début de notre conquête de l'Algérie, par exemple, la nature et les causes des maladies qui y sévissent eussent été mieux connues d'avance, les premiers médecins auraient, en arrivant, trouvé moins de mécomptes. Leur hygiène et surtout leur thérapeutique se seraient donné tout d'abord les saines allures qu'elles ont prises depuis, à la suite de tristes enseignements qu'il était alors bien difficile d'éviter.

Ainsi donc, la thérapeutique et l'hygiène, qui sont, au bout du compte, l'une la base et l'autre le couronnement de l'édifice médical, ont beaucoup à gagner, dans leur application, au progrès des connaissances géographiques des maladies. Cela suffit amplement pour autoriser les recherches qui s'engagent dans une pareille direction.

Bien qu'il soit plus difficile encore de fixer les limites géographiques entre lesquelles sont susceptibles de se produire les diverses manifestations morbides, que de dire exactement là où commence un climat et là où il finit, il est néanmoins possible, au point de vue de l'inégale distribution des maladies sur la terre, de les ranger avec assez d'exactitude en trois grandes classes, que j'examinerai successivement sous les titres de : maladies des pays froids, maladies des pays chauds, et maladies de tous les climats.

L'action des climats intermédiaires et des climats partiels pourrait donner naissance à des subdivisions d'une grande valeur, basées sur les modifications les plus saillantes qui en résultent. Ces modifications varient d'ailleurs à l'infini, en se rapprochant ou en s'éloignant plus ou moins de celles que déterminent les climats extrêmes, en raison surtout de l'altitude, de la direction des vents et du voisinage des mers. Leur étude m'entraînerait bien au-delà de la tâche que je me suis proposé de remplir. Je ne m'y engagerai pas.

§ II. — MALADIES DES PAYS FROIDS.

Par maladies des pays froids, j'entends désigner les affections morbides qui sévissent avec leur plus forte intensité dans une zone comprise entre le pôle et le quarantième degré de latitude environ, zone qui, dans notre hémisphère, renferme l'Europe presque tout entière.

L'homme se fait remarquer, dans ces régions, par la régularité, l'activité et la bonne harmonie de ses fonctions physiques et intellectuelles. L'appétit est bon, les digestions se font bien et le tempérament sanguin appartient à la majorité des individus.

Si ce tempérament est bien une conséquence du climat, on se demandera de toute nécessité comment il se fait qu'à côté de lui se montre si souvent aussi le tempérament lymphatique, qui est en quelque sorte sa négation.

Cette apparente contradiction peut facilement recevoir une explication bien satisfaisante, suivant moi, explication qui prend sa source dans le témoignage des meilleurs auteurs, et dont je puis emprunter la formule à l'autorité de M. Michel Lévy : « La manière dont le tempérament lymphatique a été envisagé par les hygiénistes les plus récents, dit-il, nous le donne plutôt comme un état morbide que comme une variété d'organisation régulière; ils ont décrit l'atonie de tout le système (Rostan), l'anémie, la cachexie scrofuleuse, non un état physiologique qui, malgré le relief d'un système général et la spécialité du sang, comporte l'intégrité durable des fonctions (1). » Et plus loin, il ajoute : « C'est un type enté sans doute sur l'organisme humain par le vice persévérant des influences extérieures, » telles que l'humidité du lieu, l'insalubrité de l'habitation, l'insuffisance et la mauvaise qualité de l'alimentation, « ou par la solidarité ascendante de la corruption. » Le lymphatisme, si je puis me permettre l'emploi de ce terme, est donc l'apanage malheureux des individus qu'un certain nombre de causes internes et externes empêchent de participer aux avantages généraux de leur climat, mais, en réalité, il n'y a pas là de tempérament à proprement parler.

Ce qui résulte immédiatement du relief du système sanguin, c'est une grande tendance aux hémorrhagies actives et aux inflammations; aussi voit-on, dans les pays froids, les affections de cette nature avoir

(1) Michel Lévy, *Traité d'hygiène.*

blies, la guérison est plus lente ; elles supportent difficilement une perte de sang un peu considérable au moment de l'opération, et résistent moins bien aux accidents consécutifs. Bien des malades qui auraient pu être opérés avec succès, meurent ainsi misérablement, alors qu'on aurait pu les sauver si l'opération avait été pratiquée en temps opportun. Quant à moi, je considère l'ovariotomie, faite dans de bonnes conditions, comme moins dangereuse qu'une ponction simple ou qu'une ponction suivie d'injection iodée ; car ces opérations sont très-hasardeuses et elles ne guérissent jamais dans les cas de kystes multiloculaires.

L'épistaxis utérine périodique qui s'est manifestée après l'opération a lieu de surprendre après l'ablation complète des ovaires. A côté de ce fait singulier, qui n'a pas été observé chez d'autres opérées dans les mêmes circonstances, on peut rapprocher cet autre fait de continuation d'hémorrhagie utérine menstruelle chez une de mes opérées dont les ovaires ont été conservés, il est vrai, mais dont la matrice a été extirpée, à l'exception d'une très-petite portion de sa partie cervicale, qui est chaque mois le siége du flux cataménial.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ASTHME,

par M. le Dr Achille BOUYER. (1)

L'auteur de ce travail, ancien interne des hôpitaux de Paris, est médecin inspecteur suppléant des thermes civils d'Amélie-les-Bains. Il lui a été donné d'étudier sur une grande échelle, l'asthme, avec ses différentes formes, et de se rendre compte de l'action des eaux sulfureuses d'Amélie-les-Bains, appliquée au traitement de cette affection.

M. le Dr Bouyer, résume ainsi lui-même son travail :

L'asthme est une affection *nerveuse* autonome, bien qu'elle ne repousse pas de son étiologie l'influence causale de diathèses ou de maladie préexistantes.

Plus souvent l'asthme devient la cause d'autres maladies (bronchite, emphysème, affections cardiaques).

Dans ces deux cas, la curation des affections concomitantes à l'asthme est l'indication principale à remplir, et celle dont la cure d'Amélie-les-Bains vient le plus facilement à bout (catarrhe, emphysème, herpétisme).

Ce résultat, Amélie-les-bains l'obtient par ses eaux et par son climat, durant les saisons d'automne et d'hiver.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 6 mars 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— **M. PERRIN**, à propos du procès-verbal. Je désire présenter la pièce anatomique qui se rattache à l'observation que j'ai relatée dans la dernière séance. Vous voyez sur cette pièce un enfoncement ; de plus, une fissure qui intéressait un des sillons de la méningée moyenne. Il a du exister une hémorrhagie à marche progressive par suite de la blessure de l'artère.

M. TARNIER, à propos de la correspondance. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie, un mémoire manuscrit de M. le docteur Eugène Marchal (de Metz). Ce mémoire est relatif à la mortalité des femmes qui accouchent dans les villages, loin des grands centres de population.

Quelques membres de cette Société n'auront pas oublié que dans la discussion sur l'hygiène des maternités (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866), de nombreux travaux statistiques nous avaient permis d'estimer exactement la mortalité des nouvelles accouchées pour Paris, les capitales des différents États, ainsi que pour la plupart des grandes villes ; mais les documents nous manquaient pour évaluer cette mortalité dans les villages. J'avais pu dire, il est vrai, qu'en m'en rapportant à quelques indications inscrites dans une note de l'ouvrage de Tenon, qu'en y joignant quelques remarques personnelles, la mortalité des nouvelles accouchées devait être à peu près aussi grande dans les villages que dans les villes ; mais cette opinion, je le reconnais, manquait d'une démonstration qui pût entraîner votre conviction ; aussi, j'exprimais le regret de ne trouver dans la science aucun document suffisant sur ce sujet, et je faisais appel à de nouveaux travaux.

Cet appel a été entendu par M. Marchal qui a relevé la mortalité des femmes en couches dans les 222 communes rurales de l'arrondissement de Metz, durant les années 1856, 1857, 1858, 1859, 1860 et 1861. Notre confrère y a ajouté le tableau de cette mortalité pour la ville de Metz, durant la même période des six années indiquées plus haut. Cette statistique comprend, dans son ensemble, 24,736 accouchements.

Il résulte de ce travail que, dans les communes rurales, il meurt une femme sur 162,33 accouchements ; qu'à Metz, il en meurt une sur 183,63 accouchements. La mortalité la plus forte s'observe donc dans les villages et la plus faible dans la ville. C'est, comme vous le voyez, la ruine de bien des idées préconçues. J'ajouterai qu'à Metz, la mortalité est sensiblement la même qu'à Paris, puisque dans la première de ces villes, on compte une mort sur 183 accouchements, et dans la seconde, une sur 181.

Mortalité des communes rurales. .	1 sur 162 accouchements.	
Mortalité de Metz.	1 sur 183	—
Mortalité de Paris.	1 sur 181	—

Pour expliquer un résultat aussi inattendu, il est bon de diviser, comme l'a fait M. Marchal, les nouvelles accouchées en deux catégories : celles qui accouchent d'enfants vivants, et celles qui accouchent d'enfants morts. Notre confrère a pu prouver ainsi, que la mortalité des femmes accouchées d'enfants vivants est un peu moins considérable à la campagne qu'à la ville, tandis que la mortalité des femmes accouchées d'enfants morts est deux fois plus considérable à la campagne. Quelle peut être la cause d'une aussi grande différence ? M. Marchal l'attribue, et je suis de son avis, à ce que les femmes qui accouchent à la campagne ne sont point secourues en temps opportun dans tous les cas de dystocie. Je conclus donc avec lui, que les causes qui déterminent la mort de l'enfant et celles qui compromettent la vie de la mère, se trouvent plus souvent réunies à la campagne qu'en ville.

Vient ensuite un tableau, qui indique le temps écoulé entre l'accouchement et le décès. D'après ce que j'ai dit plus haut, on croirait volontiers que les accidents qui accompagnent les cas de dystocie, ou que les maladies puerpérales doivent entraîner la mort plus rapidement à la campagne qu'en ville, et cependant, on trouve un parallélisme presque parfait entre Metz et les communes rurales, si on les compare au point de vue du temps écoulé entre l'accouchement et le décès. A ce propos, je dois faire remarquer que la statistique dont je rends compte ne porte pas sur les femmes mortes en travail, sans avoir été accouchées ; mais les éléments de cette recherche manquaient à notre confrère. Ce n'est donc pas un reproche que je lui adresse, c'est une lacune que je constate.

Les recherches statistiques de M. Marchal contiennent encore un tableau dressé d'après l'âge des femmes décédées et l'indication de la mortalité moyenne pour chacun des mois de l'année. On y trouve en outre, comme appendice, le relevé des femmes accouchées dans la commune d'Anoux, arrondissement de Briey, pour l'année 1865. Sur 12 femmes accouchées dans cette commune, 9 furent atteintes de scarlatine et 7 y succombèrent, sans offrir aucun symptôme de fièvre puerpérale. C'est là la seule épidémie bien accusée dont il soit fait mention dans les villages cités dans cette statistique.

L'analyse rapide que je viens de faire suffit, je pense, pour montrer que le mémoire de M. Marchal a un très-grand mérite. C'est, encore aujourd'hui, le seul document important que nous possédions sur la mortalité des femmes accouchées dans les villages ; il porte avec lui la preuve d'une sévérité scientifique irréprochable ; sous une forme concise, il contient un grand nombre de faits précieux ; il a demandé à son auteur plusieurs mois d'un travail assidu, qui sera apprécié à sa juste valeur par tous ceux qui ont dressé des tableaux statistiques. Pour rendre justice au zèle et à l'intelligence de M. Marchal, j'ai donc l'honneur de vous proposer de voter les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Marchal ;

2° Faire imprimer son travail dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*.

Les conclusions sont adoptées.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PANAS. Je présente à la Société un malade âgé de 71 ans, que j'ai opéré, avec succès, d'une tumeur du maxillaire supérieur gauche. Ce fait me paraît intéressant, à cause des divergences qui existent entre la marche de la maladie et les résultats fournis par l'examen microscopique.

Je dépose sur le bureau l'observation complète qui a été recueillie par mon interne. J'ajoute que l'énorme perte de substance palatine a été heureusement comblée par un appareil prothétique qui a été exécuté par un médecin-dentiste, M. Dejardin fils. Les résultats de la prothèse sont des plus satisfaisants. La dépression qui se faisait remarquer sur la joue gauche n'existe plus ; la voix a repris son timbre normal. La mastication s'exécute bien ; enfin le sujet porte son appareil sans aucune gêne notable. Voici des dessins destinés à représenter l'appareil que porte mon malade :

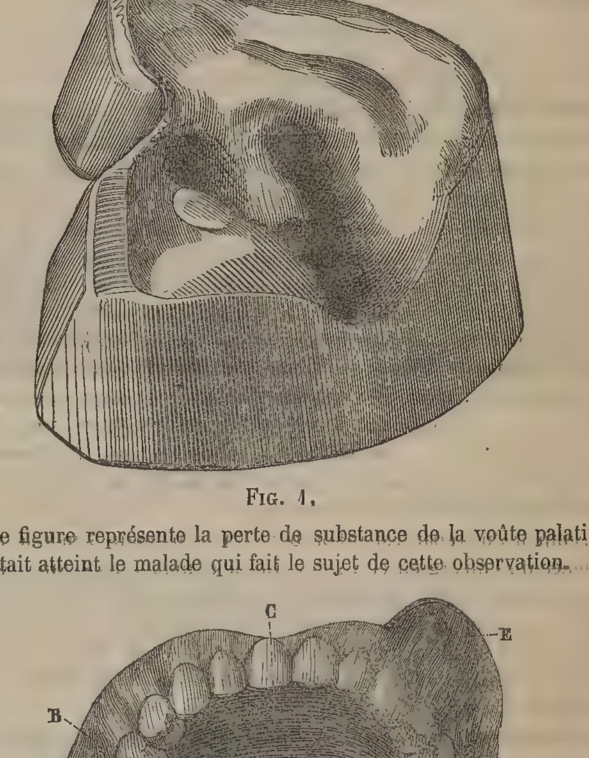


FIG. 1.

Cette figure représente la perte de substance de la voûte palatine, dont était atteint le malade qui fait le sujet de cette observation.

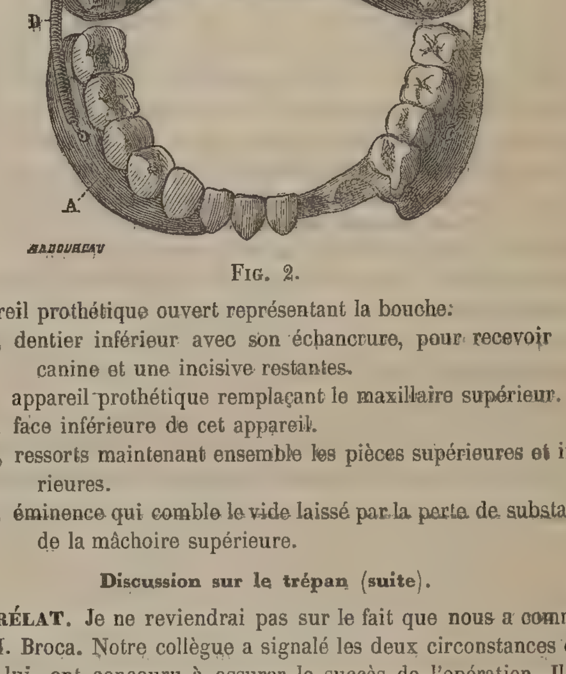


FIG. 2.

Appareil prothétique ouvert représentant la bouche :

A, dentier inférieur avec son échancrure, pour recevoir une canine et une incisive restantes.

B, appareil prothétique remplaçant le maxillaire supérieur.

C, face inférieure de cet appareil.

D, ressorts maintenant ensemble les pièces supérieures et inférieures.

E, éminence qui comble le vide laissé par la perte de substance de la mâchoire supérieure.

Discussion sur le trépan (suite).

M. TRÉLAT. Je ne reviendrai pas sur le fait que nous a communiqué M. Broca. Notre collègue a signalé les deux circonstances qui, suivant lui, ont concouru à assurer le succès de l'opération. Il y a une troisième raison à invoquer : M. Broca a guéri son malade, parce qu'il y avait une indication bien nette qu'il a pu remplir complétement. L'opération du trépan réussirait plus souvent si l'on pouvait préciser davantage la nature de la lésion.

On peut dire que l'insuffisance du diagnostic et du pronostic explique pourquoi on a si rarement recours à la trépanation du crâne.

Je partage complétement l'opinion de M. Perrin quand il dit que la question du trépan est loin d'être claire. Les trois observations qu'il nous a rapportées sont relatives à un ordre particulier d'indications : il s'agit de blessés qui, à la suite d'un coup sur le crâne, le choc étant peu intense et bien limité, sont atteints consécutivement de foyers purulents localisés. Rien n'est plus vrai de dire que, dans ces cas, le trépan pourrait être utile ; mais le diagnostic est obscur, et c'est en présence de faits semblables que bien des chirurgiens ont pu dire : « Si j'avais su, j'eusse trépané. »

(1) In 8°. Paris, 1866, P. Asselin.

---

une prédominance marquée sur toutes les autres. Elles s'y montrent avec leurs symptômes les plus accentués et leurs désordres anatomiques locaux les mieux caractérisés : les réactions sont internes, les plaies suppurent abondamment et se compliquent facilement d'érysipèles, tandis que dans les pays chauds, au contraire, les inflammations pures sont beaucoup plus rares et semblent avoir une gravité infiniment moindre. Les traumatismes n'y sont suivis que d'une réaction médiocre ; aussi, M. Cavaroz ne m'étonne-t-il nullement lorsqu'il constate, sur les hauts plateaux du Mexique, la rareté de l'érysipèle, du phlegmon, « des accidents inflammatoires des plaies en général, » et quand il dit que sur six amputations pratiquées après le combat de Majoma, l'une de cuisse, sur le champ de bataille même, deux de jambe et trois des membres supérieurs, toutes furent suivies d'un plein succès (1).

M. Cavaroz, il est vrai, n'explique pas le résultat de ses observations par le climat seul, car il fait aussi la part très-large à une condition particulière, qui réside dans la diminution de la pression atmosphérique par l'altitude, dont l'action déprimante agit d'ailleurs sur l'organisme, dans le même sens que la haute température. Mais les médecins qui pratiquent en Algérie, observent presque toujours dans des plaines ou sur des plateaux dont l'élévation ne dépasse sensiblement que dans un certain nombre de localités le niveau moyen des régions habitées en France, et ils savent avec quelle bénignité de symptômes les plaies des Arabes marchent en général vers la guérison, ainsi que celles des colons (à un moindre degré toutefois), qui sont établis en Afrique depuis assez longtemps, pour que leur organisme ait été sensiblement éprouvé par le climat.

Lors donc que deux plaies traitées par les mêmes moyens, l'une dans un hôpital de France, l'autre dans un hôpital d'Algérie, marchent inégalement vers la guérison, que le même fait est souvent constaté dans le même sens, la différence des climats devient prépondérante pour rendre compte de la différence observée dans la marche vers le résultat final.

Cette différence est toute en faveur du climat le plus chaud.

Ici, la statistique pourrait fournir des données intéressantes pour préciser les faits, et je regrette de n'avoir à ma disposition aucun document qui me permette d'approcher de ce but. Il faudrait, par exemple, établir pour l'Algérie, les proportions des guérisons aux insuccès dans les diverses amputations, et les comparer ensuite aux résultats analogues obtenus en France pour les amputations correspondantes.

Un travail de même nature, sur les désordres qui peuvent accompagner l'accouchement, la question de l'infection étant mise à part, serait aussi fort désirable, et, comme dans l'acte de la parturition il se produit un traumatisme, qui n'a dans son essence rien de particulier, l'analogie permet de penser que les accouchées doivent être moins sujettes aux péritonites et à tous les accidents inflammatoires de l'état puerpéral dans les pays chauds que dans les pays froids. C'est surtout aux médecins des climats chauds à nous éclairer sur ces divers points, en nous fournissant de bonnes statistiques, que l'on puisse comparer à ce que nous savons déjà pour les malades de nos pays.

Mais revenons aux inflammations de causes non traumatiques.

Les inflammations aiguës surviennent le plus souvent à l'occasion de changements brusques de température, surtout lorsqu'en même temps augmente l'humidité de l'atmosphère.

Dans la région tempérée des climats froids, en France, par exemple, c'est surtout à la suite d'un abaissement thermométrique déterminé par une pluie, qu'apparaissent les affections aiguës des voies respiratoires, du cœur, des articulations.

Le même phénomène se produit vers les pôles en sens inverse, pour ainsi dire, lorsque, après un froid sec, la température s'élève au-dessus de 0 degré. L'air devenant alors plus humide, « les coryzas, les bronchites surviennent d'une manière épidémique, ainsi que J. Bellot en fait la remarque (1), » et beaucoup de voyageurs, qui ont joui d'une santé parfaite dans les glaces polaires, tombent malades au retour et sont alors pris surtout de rhumatismes.

(1) Cavaroz, *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, décembre 1865.

(1) Jules Rochard, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article Acclimatement.

De la perceptivité normale et surtout anormale de l'œil pour les couleurs, spécialement de l'achromatopsie ou cécité des couleurs, par le docteur E. GOUBERT, professeur de sciences physiques au Collége Rollin, etc. In-8° de 164 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

A moins d'appliquer le trépan pour toutes les contusions du crâne, il n'y a pas, le plus souvent, d'indication à opérer; il faut donc attendre les symptômes menaçants. Il y a plus, lorsque ces indications se présentent, on éprouve cependant encore de l'embarras. Cela tient à ce que les divers symptômes consécutifs, et en particulier les accès épileptiformes, ne sont point pathognomoniques d'une lésion bien déterminée.

En résumé, je dirai que le trépan serait une opération des plus fructueuses, si les indications pouvaient être bien précisées; mais comme, dans la majorité des cas, il n'y a pas d'indication appréciable, le trépan est une ressource chanceuse, incertaine, à laquelle, pour ma part, je n'aurai recours que dans la mesure indiquée par nos collègues qui ont pris successivement la parole.

M. GIRALDÈS. L'opinion de M. Trélat est celle qui a été défendue par Brodie et par A. Cooper. Lorsqu'il s'agit de plaies graves produites par des coups violents ou consécutives à des chutes d'un lieu élevé, il y a accord entre tous les chirurgiens.

Une question importante à résoudre, c'est de déterminer pourquoi les blessés meurent à la suite des opérations de trépan. Biling, qui, dans 72 cas de trépan pour des accès épileptiformes, a obtenu près de 40 succès, a bien vu la chose. Ce sont les désordres cérébraux accompagnant les blessures du crâne, qui sont la cause des insuccès.

L'indication du trépan est d'une grande difficulté dans certains cas déterminés : c'est, par exemple, lorsqu'à la suite d'un coup, la table interne de l'os éclate; il en résulte une irritation cérébrale qui se traduit par des accès convulsifs. Dans ces cas, l'indication se trouve dans la persistance des accidents. Le trépan appliqué sur le lieu blessé a fourni de très-beaux succès.

L'emploi du trépan est subordonné d'une manière générale à l'expérience du chirurgien et à son aptitude clinique, mais dans les blessures du crâne il faut, autant que possible, remédier aux lésions matérielles. On doit relever les fragments enfoncés, extraire les corps étrangers, et si plus profondément on trouve des lésions cérébrales graves, le trépan demeure inutile et néanmoins le chirurgien a fait son devoir.

M. PERRIN. Je pense que M. Trélat a bien fait en rappelant les principes généraux qui doivent nous guider dans l'application du trépan, car la question qui nous occupe est loin d'être vieille et banale.

Il faut toujours distinguer quant aux indications suivant la nature du traumatisme. Quand il s'agit de grands fracas avec enfoncement, déchirure des membranes, le tout accompagné de phénomènes comateux graves, etc., dans ces cas l'indication est nette, il faut toujours s'abstenir. Lorsque, au contraire, il s'agit d'une fracture simple avec enfoncement, et qu'il existe en même temps des symptômes graves, de cause indéterminée, il faut attendre, non pas comme moyen d'éviter les phlegmasies consécutives, mais pour juger des accidents qui, suivant leur cause, disparaîtront ou persisteront. La marche des accidents fournira soit l'indication, soit la contre-indication du trépan.

Entre ces deux catégories de faits, il s'en trouve un grand nombre qui sont de nature à embarrasser le chirurgien, cela tient à la difficulté qu'on éprouve en clinique à faire le diagnostic, de la part qui revient au traumatisme lui-même et aux phlegmasies qui peuvent succéder aux violences sur le crâne.

Pour les cas analogues à ceux que j'ai mentionnés ici, l'indication est rare à cause de l'indécision du chirurgien; il s'agit de blessures simples suivies à longue date d'accidents sérieux. Si l'on avait trépané les malades dont j'ai rapporté l'histoire, peut-être eussent-ils succombé, mais dans tous les cas on eût bien fait d'agir.

Il est utile de renseigner les blessés sur les conséquences possibles des contusions peu intenses du crâne afin qu'ils viennent consulter dès le début des accidents.

M. TRÉLAT. Il y a accord parfait entre M. Giraldès et moi, mais je ne puis admettre que l'aptitude ou l'expérience des chirurgiens puisse faire reconnaître une indication qui n'a point de signes.

M. DEGUISE. La discussion actuelle restera sans solution si l'on veut aborder la question du trépan envisagée pour toutes les blessures du crâne.

M. Broca a présenté un fait déterminé, j'ai fourni une observation analogue, il faut, sous peine de s'égarer, limiter la discussion à ces cas particuliers.

Le trépan est en discrédit dans le traitement des enfoncements du crâne, et j'ai voulu, pour ma part, contribuer à réhabiliter cette opération. L'enfoncement du crâne est certainement une indication et cependant on ne trépane pas. M. Perrin nous a cité un premier fait, il n'a point trépané faute d'instruments; le malade a guéri, mais cela ne prouve pas que l'opération ne fût point indiquée. Quant aux deux autres malades, M. Perrin nous déclare qu'il les eût trépanés s'il eût eu sa liberté d'action, je dois dire que pour moi il n'y avait point d'indication à intervenir; il y avait bien lieu de supposer que le coup était pour quelque chose dans la production des accès épileptiformes, mais l'indication n'était pas précise.

Tous ces faits n'ont rien de corrélatif ni avec l'observation de M. Broca, ni avec la mienne et discuter à ce sujet c'est se perdre dans la si vaste question du trépan appliqué à tous les cas de blessure du crâne.

Je me rappelle d'une circonstance qui se rattache aux premières années d'existence de la Société de chirurgie : j'apportais alors un fait de trépanation; je fus très-malmené par Malgaigne, et personne ne prit la parole en faveur du trépan. Pendant toutes mes études à Paris, je n'ai pas vu trépaner une seule fois; pour toutes ces raisons, je suis en droit de dire que le trépan n'est point en honneur à Paris, mais je maintiens que c'est une bonne opération appliquée pour les cas de blessure du crâne avec enfoncement.

M. PERRIN. Ces nouvelles explications de M. Deguise me font voir que j'avais mal compris notre collègue; je croyais qu'il recommandait le trépan pour les cas de brèches osseuses. Qu'il me permette de lui dire que la question n'est plus aussi simple lorsqu'il s'agit des enfoncements, et que c'est là que commence l'obscurité.

De cette discussion il résultera que la question n'est point épuisée; quant à moi, je pense que le trépan doit être appliqué, non pour prévenir les accidents, mais pour les guérir lorsqu'ils se développent.

Abcès sous-périostique primitif du calcanéum. — Amputation de la jambe.

M. VERNEUIL présente des pièces anatomiques.

M. LEFORT. L'examen des pièces anatomiques qui nous sont présentées laisse des doutes sur l'utilité de l'opération qui a été pratiquée. Je n'ai point vu le malade, cela est vrai, mais dans un cas semblable j'aurais fait une large incision et j'eusse tenté la résection du calcanéum, ce qui est moins grave que l'amputation de la jambe.

M. LABBÉ. Je partage l'opinion émise par M. Lefort; l'amputation n'est point justifiée et il suffit de voir la pièce pour rester convaincu que le calcanéum eût été énucléé bien facilement. Dans les phlegmasies de ce genre il faut, dès le début, faire de larges et profondes incisions.

M. VERNEUIL. L'examen des pièces justifie la critique de mes deux collègues. Au lit du malade j'avais tout prévu, mais l'embarras du diagnostic était extrême. J'ai incisé aussitôt que cela a été possible, car je suis convaincu de l'utilité des incisions prématurées. J'avais supposé que l'articulation tibio-tarsienne était malade, et telle a été la raison principale de l'amputation.

M. LEFORT. Dans les cas difficiles où le diagnostic n'est point précis, il faut utiliser le chloroforme et aller du simple au composé. Dans ce cas particulier j'aurais tout disposé pour une résection du calcanéum, et, si chemin faisant j'eusse trouvé l'articulation malade, j'aurais désarticulé le pied.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

M. le professeur Béhier commencera les leçons de clinique du semestre d'été le lundi 18 mars, à neuf heures et demie, à l'hôpital de la Pitié (amphithéâtre n° 1), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Visites et interrogations au lit des malades tous les matins, à huit heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le docteur WECKER, médecin-oculiste de la maison Eugène Napoléon, etc. Tome second, deuxième et dernière partie. Amblyopie et amaurose, maladies des muscles de l'œil, accommodation et réfraction, strabisme. 1 vol. in-8° de 640 pages, avec 1 planche et 146 figures intercalées dans le texte. Prix : 14 francs. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Pathologie des tumeurs, cours professé à l'Université de Berlin par R. VIRCHOW, traduit de l'allemand par Paul ARONSSOHN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, traduction revue par l'auteur; tome premier avec 107 figures intercalées dans le texte. Un vol. grand in-8° de 550 pages. Prix : 12 francs. — Paris, 1867, Germer Baillière.

De la péritonite tuberculeuse, par Lucien HEMEY, docteur en médecine, ancien interne des hopitaux de Paris. In-8° de 90 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Germer Baillière.

De la cataracte, son extraction directe. Nouveau procédé, par le docteur TAVIGNOT. Brochure in-8° avec figures. Prix : 1 franc. — Paris, 1867, P. Asselin.

Recueil de questions posées aux examens de médecine et aux accouchements. 1 vol. Prix : 1 fr. 50. — Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine.

De la périostite et de la nécrose phosphorique, par le docteur Georges HALTENOFF. In-8° de 61 pages et 1 tableau. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 33 — MARDI 19 MARS 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 19 MARS 1867. — N° 33

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Séance annuelle de l'Académie des sciences. Prix proposés. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (M. Charcot). Du rhumatisme articulaire aigu, considéré spécialement dans ses rapports avec le rhumatisme articulaire chronique et la goutte. — De l'action du sulfate de quinine sur le système nerveux. — Correspondance. — Nouvelles.

PARIS, LE 18 MARS 1867.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le lundi 11 mars, sous la présidence de M. Laugier, président pour l'année 1866.

Nous avons déjà placé sous les yeux de nos lecteurs le nom des médecins proclamés lauréats dans cette séance. Aujourd'hui que nous avons en mains la relation officielle des concours de l'année 1866, nous allons pouvoir donner quelques détails, nous réservant de reproduire, comme nous l'avons fait l'année dernière, les divers rapports qui nous intéressent. Il y a là une histoire toute écrite du mouvement scientifique, et chacun peut y trouver un enseignement sérieux.

En 1861, l'Académie avait proposé, pour le concours de 1863, — grand prix des sciences physiques, — la question « de la production des animaux hybrides par le moyen de la fécondation artificielle. » Cette question, remise au concours de 1866, n'a donné lieu à aucun travail. Elle est retirée par l'Académie.

Le prix de physiologie expérimentale, fondé par M. Montyon, n'a pas été décerné. Deux mentions honorables ont été accordées : l'une à M. Colin, professeur à l'École d'Alfort, pour ses « expériences sur la chaleur animale ; » l'autre à M. Philipeaux, aide-naturaliste au Muséum de Paris, pour ses « études expérimentales sur la greffe animale, et sur la régénération de la rate chez les mammifères, et des membres chez les salamandres aquatiques. »

M. Knoch, de Saint-Pétersbourg, avait adressé pour ce concours « de nouvelles recherches sur le botryocéphale large. » Ce travail, qui renferme quelques recherches embryologiques nouvelles, a paru digne d'une citation très-honorable. Il en a été de même pour M. J. Chéron, auteur d'un mémoire intitulé : *Recherches pour servir à l'histoire du système nerveux des céphalopodes dibranchiaux.*

La commission des prix de médecine et de chirurgie a demandé à l'Académie de décerner trois prix ; 1° à M. le docteur Béraud, un prix de deux mille cinq cents francs ; à M. Benjamin Anger, un prix de deux mille cinq cents francs ; à M. Marey, un prix de la même valeur ; 2° à MM. Laborde, Sappey, Henri Liouville et Auguste Voisin, des mentions honorables avec quinze cents francs pour chaque mention.

Des citations très-honorables ont été accordées à MM. Demarquay, de Labordette, Bouchut, Empis, Edouard Fournié, Cahen, Jules Lemaire, Guimbert et Polaillon.

Une médaille de la valeur de quinze cents francs a été accordée à M. Namias pour les efforts incessants que ce savant a faits pour l'étude des applications de l'électricité à la thérapeutique.

Le grand prix de chirurgie devait être accordé au meilleur travail sur la « conservation des membres par la conservation du périoste. » On comprend que deux noms se trouvaient en présence ; et chose singulière, deux adversaires, étudiant chacun la question à l'inverse l'un de l'autre, ont été couronnés. Tout le monde nomme M. Ollier et M. Sédillot. Nous mettrons prochainement le rapport sous les yeux de nos lecteurs.

M. Galibert est l'inventeur d'un appareil respiratoire, au moyen duquel on peut pénétrer et séjourner pendant quinze minutes environ dans un lieu rempli de gaz méphitiques. Déjà récompensé en 1865, M. Galibert a reçu cette année un nouvel encouragement de mille francs, — prix des arts insalubres, — pour les perfectionnement apportés à son appareil.

Le prix Bréant a été divisé de la manière suivante : à MM. Legros (d'Aubusson) et Goujon, une récompense de deux mille francs, à M. Thiersch, une récompense de douze cents francs. Une citation très-honorable avec une somme de huit cents francs à MM. Baudrimont et Jules Worms ; une citation honorable à M. Lindsay.

Le prix Barbier n'a pas été décerné, mais deux encouragements ont été accordés à MM. Lailler, pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares, et à M. Debeaux, pharmacien militaire.

« Les recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme, » de MM. les docteurs Aimé Martin et Henri Léger, ont valu à leurs auteurs le prix Godard.

Dans la classe des sciences mathématiques, nous allons relever le prix de statistique qui, cette année comme l'année dernière, a été disputé surtout par des médecins.

Si l'Académie avait eu plusieurs prix, elle les eût décernés. Mais elle a du obéir à son règlement, et elle a décerné le prix à M. le docteur Brochard, pour son travail « sur la mortalité des nourrissons en France... » Deux mentions très-honorables, l'une à M. le docteur Parchappe, pour ses « Rapports au ministre de l'intérieur, sur les maisons centrales de force et de correction, de 1851 à 1860; » l'autre à M. le docteur Le Fort, pour la partie statistique de son ouvrage sur « les maternités et les institutions charitables d'accouchements à domicile dans les principaux États de l'Europe. » — Enfin deux mentions honorables : l'une à l'auteur d'un mémoire « sur les rapports entre la population rurale et le travail agricole dans le département de Seine-et-Marne, de 1806 à 1856; » l'autre à M. le docteur Girard (de Cailleux), pour les « documents statistiques sur l'Asile des aliénés d'Auxerre. »

Par ce rapide coup d'œil jeté sur la séance de lundi dernier, on voit qu'en dehors même de ses champs de bataille légitimes, le corps médical s'est montré très-brillant : et nous devons remercier nos confrères de l'éclat que leurs travaux jettent sur la médecine française.

On comprend que dans cette énumération nous avons avec soin évité les formules laudatives ; nous les aurions vite épuisées, car parmi ces lauréats, ils sont bien nombreux nos amis, et nos lecteurs y trouveront plusieurs de nos collaborateurs. Nous ferons mieux que les louer nous-mêmes ; nous donnerons la parole aux divers rapporteurs, et maintenant que chacun de nous connaît le nom du lauréat, nous pourrons nous rendre compte du service rendu par lui à la science.

Le concours de 1866 terminé, jetons maintenant nos regards sur le concours de 1867 et que nos confrères se mettent immédiatement à l'œuvre. Nos vœux les plus sincères les accompagnent. — Dr E. Le Sourd.

PRIX PROPOSÉS.

SCIENCES PHYSIQUES.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, fondé par M. de Montyon. — Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818.

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de sept cent soixante-quatre francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin de chaque année, terme de rigueur.

PRIX DE MÉDECINE ET CHIRURGIE ET PRIX DIT DES ARTS INSALUBRES, fondé par M. de Montyon, à décerner en 1867. — Conformément au testament de M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1825 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugées les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée.

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé; mais la libéralité du fondateur a donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales.

Conformément à l'ordonnance du 23 août, outre les prix annoncés ci-dessus, il sera aussi décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conséquemment aux vues du fondateur.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin de chaque année, terme de rigueur.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1869. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1869, la question suivante : « De l'application de l'électricité à la thérapeutique. »

Les concurrents devront : 1° Indiquer les appareils électriques employés, décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques ;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique ; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Le prix sera de la somme de cinq mille francs.

Les ouvrages seront écrits en français et devront être parvenus au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1869,

Prix Cuvier, à décerner en 1869. — La commission des souscripteurs pour la statue de Georges Cuvier, ayant offert à l'Académie une somme résultant des fonds de la souscription restés libres, avec l'intention que le produit en fût affecté à un prix qui porterait le nom de *Prix Cuvier*, et qui serait décerné tous les trois ans à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie, et le gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 9 août 1839.

L'Académie annonce qu'elle décernera, dans la séance publique de 1869, un prix (sous le nom de *Prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1866 jusqu'au 31 décembre 1868, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de quinze cents francs.

Prix Bordin, à décerner en 1867. — « Étudier la structure anatomique du pistil et du fruit dans ses principales modifications. »

L'organisation de la fleur est maintenant ramenée par tous les botanistes à un type général, dans lequel on considère tous les organes qui la constituent comme dérivant de modifications diverses des feuilles.

Le pistil, placé au centre de la fleur, présente cependant quelquefois des difficultés pour une assimilation complète de ses diverses parties aux organes appendiculaires ou foliacés. L'axe même de la fleur, prolongé et diversement modifié, paraît dans certains cas entrer dans la constitution du pistil et des placentas, et par suite, dans celle du fruit qui en résulte.

On a cherché à résoudre cette question par l'étude des monstruosités et de l'organogénie, mais il reste sur plusieurs points des doutes que l'examen anatomique de ces organes, à diverses époques de leur développement, pourrait probablement résoudre.

On demanderait aux concurrents d'étudier dans les principaux types d'organisation du pistil (pistils simples, pistils composés offrant divers modes de placentation, pistils libres et adhérents) la distribution des faisceaux vasculaires qui se portent soit dans les placentas et les ovules, soit dans les parois de l'ovaire ou dans le péricarde, ainsi que dans la zone externe des ovaires adhérents, et de déterminer l'origine de ces faisceaux vasculaires et leurs diverses connexions...

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois mille francs.

Les mémoires (manuscrits) devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1867, terme de rigueur.

Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix Bordin, à décerner en 1869. Question substituée à celle qui avait été précédemment proposée concernant la structure des tiges des végétaux. (Commissaires : MM. Milne-Edwards, Boussingault, Bernard, Decaisne, Brongniart, rapporteur.)

« Étudier le rôle des stomates dans les fonctions des feuilles. »

L'Académie, en proposant cette question, désire que, par des recherches expérimentales et par des observations anatomiques sur les plantes soumises aux expériences, les concurrents cherchent à déterminer le rôle que les stomates jouent dans les phénomènes de respiration diurne ou nocturne, d'exhalation ou d'absorption aqueuse dont les feuilles sont le siége principal dans les plantes.

Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er juin 1869. Ils pourront être manuscrits ou imprimés, et devront porter le

nom de leur auteur, afin que les expériences puissent, au besoin, être répétées par lui sous les yeux de la commission.

Prix Bordin, à décerner en 1869 (Commissaires : MM. Milne-Edwards, Brongniart, Decaisne, Blanchard, de Quatrefages, rapporteur). — Le prix sera décerné à la meilleure monographie d'un animal invertébré marin.

En formulant son programme dans les termes qui précèdent, l'Académie entend laisser aux concurrents le plus de latitude possible dans le choix du sujet à traiter. Toutefois, elle doit faire remarquer qu'au point où en est aujourd'hui la science, l'étude de tous les invertébrés marins est loin de présenter le même intérêt. Parmi les groupes sur lesquels elle croit devoir appeler plus particulièrement l'attention des naturalistes, on doit compter, entre autres, les acalèphes parmi les rayonnés, les crustacés inférieurs et surtout les lernées parmi les articulés.

Quelle que soit l'espèce sur laquelle s'arrêtera le choix des concurrents, elle devra autant que possible être étudiée au point de vue anatomique, histologique, physiologique et embryogénique.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois mille francs.

Les mémoires (manuscrits) devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1869, terme de rigueur.

Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix Morogues, à décerner en 1873 (Reproduction du programme des années précédentes). — Feu M. de Morogues a légué, par son testament en date du 25 octobre 1834, une somme de dix mille francs, placée en rentes sur l'État, pour faire l'objet d'un prix à décerner tous les cinq ans, alternativement : par l'Académie des sciences, à l'ouvrage qui aura fait faire le plus grand progrès à l'agriculture en France, et par l'Académie des sciences morales et politiques, au meilleur ouvrage sur l'état du paupérisme en France, et le moyen d'y remédier.

Une ordonnance en date du 26 mars 1842, a autorisé l'Académie des sciences à accepter ce legs.

L'Académie annonce qu'elle décernera ce prix, en 1873, à l'ouvrage remplissant les conditions prescrites par le donateur.

Les ouvrages, imprimés et écrits en français, devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1873, terme de rigueur.

Prix Bréant, à décerner en 1867. — Par son testament en date du 28 août 1849, feu M. Bréant a légué, à l'Académie des sciences, une somme de cent mille francs pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. »

Prévoyant que ce prix de cent mille francs ne sera pas décerné tout de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de cent mille francs, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans « l'immense majorité des cas ; »

Ou

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes, on « fasse cesser l'épidémie ; »

Ou enfin,

« Découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, « par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

Les mémoires (imprimés ou manuscrits) devront être parvenus, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1867. Ce terme est de rigueur.

Prix Jecker, à décerner en 1867. — Par un testament, en date du 13 mars 1851, feu M. le docteur Jecker a fait à l'Académie un legs destiné à accélérer les progrès de la chimie organique.

En conséquence, l'Académie annonce qu'elle décernera, dans sa séance publique de 1867, un ou plusieurs prix aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter le progrès de cette branche de chimie.

Prix Barbier, à décerner en 1867. — Feu M. Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, a légué à l'Académie des sciences une rente de deux mille francs, destinée à la fondation d'un prix annuel « pour celui qui fera une découverte précieuse « dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans « la botanique ayant rapport à l'art de guérir. »

Les mémoires devront être remis, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1867 : ce terme est de rigueur.

Prix Godard, à décerner en 1867. — Par un testament, en date du 4 septembre 1862, feu M. le docteur Godard a légué à l'Académie des sciences « le capital d'une rente de mille francs, 3 pour 100, « pour fonder un prix qui, chaque année, sera donné au meilleur « mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes « génito-urinaires. Aucun sujet de prix ne sera proposé.

« Dans le cas où une année le prix ne serait pas donné, il serait « ajouté au prix de l'année suivante. »

En conséquence, l'Académie annonce que ce prix sera décerné, dans sa séance publique de 1867, au travail qui remplira les conditions prescrites par le donateur.

Les mémoires devront être parvenus, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1867, terme de rigueur.

Prix Savigny, fondé par mademoiselle Letellier, à décerner en 1867. — Un décret impérial, en date du 20 avril 1864, a autorisé l'Académie des sciences à accepter la donation qui lui a été faite par mademoiselle Letellier, au nom de Savigny, d'une somme de vingt mille francs pour la fondation d'un prix en faveur des jeunes zoologistes voyageurs.

« Voulant, dit la testatrice, perpétuer, autant qu'il est en mon pou- « voir de le faire, le souvenir d'un martyr de la science et de l'hon- « neur, je lègue à l'Institut de France, Académie des sciences, section « de zoologie, vingt mille francs au nom de Marie-Jules-César Le « Lorgne de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Égypte et de « l'Institut de France, pour l'intérêt de cette somme de vingt mille « francs être employé à aider les jeunes zoologistes voyageurs qui ne « recevront pas de subvention du gouvernement et qui s'occuperont « plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Égypte et de la « Syrie. »

Prix Desmazières, à décerner en 1867. — Par son testament olographe, en date du 14 avril 1855, M. Baptiste-Henri-Joseph Desmazières, demeurant à Lambersart, près Lille, a légué à l'Académie des sciences un capital de trente-cinq mille francs, devant être converti en rentes 3 pour 100, et servir à fonder un prix annuel pour être décerné « à l'auteur, français ou étranger, du meilleur ou du plus utile écrit, publié dans le courant de l'année précédente, sur tout ou partie de la Cryptogamie. »

Conformément aux stipulations ci-dessus, un prix de seize cents francs sera décerné, dans la séance publique de l'année 1867, à l'ouvrage ou au mémoire jugé le meilleur parmi ceux publiés dans le courant de 1866 et adressés à l'Académie avant le 1er juin 1867.

Prix Thore, à décerner en 1867. — Par son testament olographe, en date du 3 juin 1863, M. François-Franklin Thore, demeurant à Dax, a légué à l'Académie des sciences une inscription de rente 3 pour 100 de deux cents francs, pour fonder un prix annuel à décerner « à l'auteur du meilleur mémoire sur les Cryptogames cellulaires d'Europe (algues fluviatiles ou marines, mousses, lichens ou champignons), ou sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe. »

Ce prix, attribué alternativement aux travaux sur les Cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'un insecte, sera décerné, en 1867, au meilleur travail sur la Cryptogamie, manuscrit ou imprimé, parmi ceux qui auront été adressés à l'Académie avant le 1er juin 1867.

CONDITIONS COMMUNES A TOUS LES CONCOURS. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés aux concours ; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

Par une mesure générale, l'Académie a décidé que dorénavant la clôture des concours pour les prix qu'elle propose serait fixée au 1er juin de chaque année. Cette mesure, qui ne doit pas avoir d'effet rétroactif, est applicable seulement aux prix proposés pour la première fois, prorogés ou remis au concours dans la séance actuelle qui correspond à l'année 1866.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Du rhumatisme articulaire aigu, considéré spécialement dans ses rapports avec le rhumatisme articulaire chronique et la goutte.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Nous n'avons pas l'intention de vous donner une description complète du rhumatisme articulaire aigu. Une pareille étude ne peut se faire avec fruit que dans les hôpitaux ordinaires. Rien de plus rare en effet, chez les vieillards, que la forme aiguë du rhumatisme articulaire ; rien de plus fréquent chez eux, au contraire, que la forme chronique de cette maladie : nous vous l'avons déjà prouvé.

Nous ne saurions toutefois négliger complétement l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Nous voulons, en effet, soutenir dans le domaine de la clinique le parallèle que nous avons institué sous le rapport anatomique, entre ces deux affections ; et en nous plaçant à ce point de vue nouveau nous établirons encore une fois qu'il existe entre elles non-seulement des analogies, mais une véritable identité sur quelques points. Nous voulons en un mot achever la démonstration de la thèse que nous soutenons : à savoir, qu'il ne s'agit pas ici de deux maladies foncièrement distinctes, comme le veulent certains auteurs, mais seulement de deux manifestations différentes d'un seul et même état diathésique ; et vous reconnaîtrez aisément les traits frappants de ressemblance qui les unissent, malgré les diversités qui résultent, dans l'expression symptomatique d'une maladie, de la réaction lente ou de la réaction aiguë de l'organisme.

Nous arriverons, au contraire, à une conclusion tout opposée en ce qui concerne les rapports du rhumatisme avec la goutte ; nous vous ferons reconnaître que si certaines apparences rapprochent quelquefois ces deux maladies, il n'en est ainsi que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles ; et que, grâce aux règles de diagnostic que nous établirons plus loin, ces deux affections peuvent presque toujours être nettement distinguées en pratique.

Nous allons donc vous présenter une description sommaire du rhumatisme articulaire aigu, dans laquelle nous aurons soin de n'insister que sur des caractères fondamentaux.

I. — DESCRIPTION DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Nous nous retrouvons ici en présence des deux formes dont nous avons déjà signalé l'existence : d'une part, le rhumatisme articulaire aigu, *fièvre rhumatismale* (*rheumatic fever*) des auteurs anglais; d'autre part, le rhumatisme articulaire subaigu (Garrod, Copland) ou capsulaire (Mac Leod). Il s'agit ici d'une forme de transition, comme nous l'avons déjà dit, dont nous étudierons tout à l'heure les caractères. Pour le moment nous allons nous occuper de la fièvre rhumatismale.

Les arthropathies le plus souvent multiples que nous connaissons déjà au point de vue anatomique, et que nous allons bientôt étudier au point de vue clinique, sont loin de constituer exclusivement le rhumatisme articulaire aigu. Il s'y joint une réaction d'ensemble, qui se traduit par un état général particulier; par une altération très-prononcée de la crase du sang (augmentation du chiffre de la fibrine et diminution des globules rouges); et par la coexistence fréquente, nous pourrions dire habituelle, de certaines affections viscérales. L'endocardite et la péricardite, par exemple, constituent l'une des données fondamentales du rhumatisme articulaire aigu; et ce caractère contribue en grande partie à nous faire envisager cette affection comme une maladie générale ou du moins à siége indéterminé, et non comme une simple collection d'arthrites plus ou moins indépendantes les unes des autres.

Nous arrivons à la même conclusion par l'étude de l'évolution de la maladie, et des conditions étiologiques qui peuvent lui donner naissance, parmi lesquelles, comme vous le savez, l'hérédité joue un rôle manifeste.

Tels sont, messieurs, les caractères les plus généraux de la fièvre rhumatismale. Mais il nous faut maintenant entrer dans quelques développements, à propos de chacun des points que nous venons de signaler.

A. — *Des arthropathies dans le rhumatisme articulaire aigu.* — Les caractères de ces lésions locales vous sont déjà connus; je me bornerai donc à faire ressortir les analogies et les différences qui les rapprochent ou les séparent des arthropathies de la goutte. Nous les étudierons d'abord isolément, pour les envisager ensuite dans leur ensemble.

1° *Douleur.* — Elle est surtout nocturne; son intensité est moins grande que celle de la goutte; mais elle s'accompagne de crampes musculaires, comme dans cette dernière affection.

2° *Tuméfaction.* — Elle a lieu surtout pour les jointures voisines de la surface : elle peut siéger dans le tissu cellulaire voisin, ou résulter de la distension de la synoviale par un épanchement séreux, ou séro-fibrineux. Contrairement à ce qui se passe dans la goutte, elle ne s'accompagne pas d'un œdème local, pouvant conserver l'impression du doigt; cependant Garrod a vu ce symptôme se produire quelquefois chez les sujets cachectiques. Il n'y a pas de desquamation, quand le gonflement se résout.

3° *Rougeur.* — Elle présente une apparence érysipélateuse. Elle est moins prononcée que dans la goutte, et n'offre point d'ecchymoses : d'ailleurs les veines sont moins saillantes.

4° *Température.* — Il existe quelquefois, d'après MM. Bouillaud et Neumann, une différence d'un degré centigrade entre le point malade et les régions ambiantes, qui ne participent point à la chaleur qui résulte du travail pathologique.

5° *Durée.* — D'après Budd, chacune de ces arthrites dure de trois à quinze jours environ.

Considérons maintenant ces affections articulaires dans leurs rapports mutuels.

En général, plusieurs jointures sont prises à la fois. Le rhumatisme mono-articulaire d'emblée n'existe probablement pas; s'il est secondaire, c'est le rhumatisme fixé sur une seule jointure. Cependant nous admettrons que le rhumatisme peut être partiel, c'est-à-dire localisé sur un petit nombre de jointures, par opposition à celui qui est généralisé ou poly-articulaire. On sait que dans la goutte aiguë il est rare de voir l'affection se généraliser dès le début.

Pour ce qui concerne le mode d'envahissement, il existe des caractères qui distinguent très-nettement le rhumatisme de la goutte. D'après les recherches de M. le professeur Monneret, si le rhumatisme est mono-articulaire, il n'affecte presque jamais le gros orteil; d'ailleurs la maladie envahit simultanément les membres inférieurs et supérieurs. Dans la majorité des cas, le genou, le poignet, le cou-de-pied, en sont les lieux d'élection. Rarement elle se porte sur les petites jointures, si ce n'est dans le rhumatisme subaigu.

L'articulation tibio-tarsienne est celle qui, le plus souvent, est frappée la première, d'après Budd et M. le professeur Monneret.

On voit souvent les arthrites rhumatismales se développer symétriquement des deux côtés; mais il ne faut pas attacher trop d'importance à ce phénomène, qui est à peu près commun à toutes les arthropathies diathésiques.

Quelquefois la disparition brusque des symptômes articulaires coïncide avec le développement soudain d'une affection viscérale. Mais c'est là plutôt l'exception que la règle ; en tout cas, il n'existe aucune preuve expérimentale d'une *rétrocession* de la maladie provoquée par les agents extérieurs, comme nous l'avons vu pour la goutte.

Enfin, l'un des traits cliniques les plus essentiels de cette affection est la mobilité excessive qui lui permet de sauter d'une articulation sur une autre, et de changer plusieurs fois de siége dans le cours de la maladie.

B. Étudions maintenant les principaux caractères de l'état général.

Le phénomène fondamental est ici la *fièvre;* en effet, la réaction fébrile, marquée par une élévation plus ou moins prononcée de la température générale, ne manque jamais complétement dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

La chaleur des parties centrales peut dépasser 40 degrés centigrades ; mais elle reste en général entre 39 et 40 degrés, d'après Wunderlich, Hardy et Sidney Ringer.

Le mouvement fébrile affecte le type continu, avec des exacerbations et des rémissions en général très-prononcées. Les

courbes thermométriques sont ici très-irrégulières et ne peuvent, selon Wunderlich, fournir aucune donnée précise relativement à la marche de la maladie ; cependant on observe le plus souvent le maximum de température pendant le jour, et le minimum pendant la nuit.

En somme, cette affection ne procède pas suivant un type régulier, et n'offre pas un cours *cyclique ;* il n'y a pas de phases, se succédant à des époques déterminées, comme dans la pneumonie ou les fièvres éruptives ; nous ne voyons point un frisson violent en marquer les débuts, et la maladie se constitue, en général, par une augmentation progressive dans l'intensité des phénomènes ; une transition insensible nous conduit de sa période initiale à son apogée et à son déclin. La terminaison, en effet, n'a pas lieu brusquement, ni par une défervescence rapide ; elle se fait lentement et progressivement, sauf dans quelques cas exceptionnels où la température tombe au-dessous du taux normal (1). Enfin les rechutes sont ici plutôt la règle que l'exception.

Il nous reste à discuter une question qui a été diversement résolue suivant les auteurs. La fièvre est-elle subordonnée aux arthropathies ? est-elle au contraire indépendante de toute lésion locale ?

Il est certain que la fièvre peut souvent persister lorsque les arthropathies ont entièrement disparu ; mais elle est presque toujours entretenue, en pareil cas, par quelque affection viscérale latente : une endocardite, une péricardite par exemple.

La fièvre peut aussi précéder les accidents qui se développent du côté des jointures ; mais ici encore elle est souvent (nous ne disons pas toujours), motivée par une de ces lésions viscérales qui précèdent quelquefois les manifestations articulaires du rhumatisme.

Toujours est-il que souvent le mouvement fébrile est d'une haute intensité lorsque le nombre des jointures malades est peu considérable. Il y a donc là un élément inconnu qui nous échappe, et qui semble presque justifier l'opinion de Graves, Todd et Fuller, pour lesquels la fièvre est *primitive* dans le rhumatisme, et non *consécutive*.

Nous venons d'envisager la fièvre rhumatismale à un point de vue général. Passons maintenant à l'étude des détails, et occupons-nous des phénomènes accessoires de l'état fébrile.

Le *pouls*, dont la fréquence, d'après M. Louis, ne dépasse pas 90 à 100 pulsations par minute, offre des caractères spéciaux qui ne se rencontrent pas au même degré dans d'autres maladies fébriles. L'artère est volumineuse comme dans certains cas d'anémie (Monneret, Todd, Fullers). Les tracés sphygmographiques expliquent à merveille cette sensation particulière ; ils dénotent une amplitude énorme (Marey), un dicrotisme assez prononcé, enfin une ressemblance marquée avec le pouls de l'insuffisance aortique. Il est bien entendu que s'il survient une affection cardiaque, ces caractères sont profondément modifiés.

Les *sécrétions*, dans le rhumatisme aigu, méritent une attention spéciale. Nous plaçerons en première ligne les *sueurs* qui sont en général d'une abondance remarquable et d'une acidité extrême, surtout au voisinage des jointures affectées (Williams). Les sudamina renferment un liquide dont la réaction est manifestement acide ; et cette propriété des sueurs rhumatismales résiste pendant longtemps au traitement alcalin, même à haute dose. Il faut rattacher, sans doute, à ces exhalations acides, l'odeur aigrelette qu'exhalent les rhumatisants. Mais nous ne saurions dire au juste quel est, au point de vue clinique, le principe qui détermine cette réaction ; on l'a attribué à l'acide lactique, mais sans preuves suffisantes. Simon a constaté que dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, il existe de l'acide acétique dans l'excrétion sudorale, ce qui, d'après lui, n'aurait pas lieu à l'état normal ; mais Schöttin a fait voir que, même à l'état de santé, la sueur renfermait non seulement de l'acide acétique, mais encore de l'acide butyrique et formique (2).

La *salive*, d'après Fuller, serait acide dans le rhumatisme aigu ; d'ailleurs tous les liquides de l'économie, d'après cet auteur, se feraient remarquer par une acidité prononcée ; la sérosité épanchée dans le péricarde et dans les jointures offrirait la même réaction. J'ai quelquefois noté ce dernier phénomène, mais seulement dans quelques cas exceptionnels ; il existe d'ailleurs aussi dans la goutte. Ajoutons enfin que les liquides intra-articulaires quelquefois acides sont aussi quelquefois alcalins.

L'état des *urines* doit tout particulièrement nous occuper, car nous trouverons là une différence tranchée entre le rhumatisme et la goutte. A l'inspection directe, elles sont fortement colorées et peu abondantes ; par le refroidissement elles fournissent des dépôts uratiques abondants, d'une couleur rouge-brique.

A l'analyse, on y constate une diminution notable du véhicule aqueux, ce qui s'explique par l'abondance des sueurs et un accroissement des principes solides. On y trouve surtout de l'urée et de la matière colorante en très-forte proportion, ce qui correspond probablement à une destruction des globules sanguins plus considérable que dans toute autre phlegmasie.

Le taux de l'acide urique est accru ; il s'y trouve dans la proportion de 0,85 par litre, selon Parkes, et de 0,75 d'après Garrod. C'est là encore un contraste avec la goutte.

La proportion des chlorures est diminuée, moins cependant que dans la pneumonie. Enfin, il y a une acidité très-prononcée ; rien pourtant ne démontre qu'elle se rattache à la présence d'un excès d'acide lactique.

Un dernier caractère de l'état général dans le rhumatisme articulaire aigu, c'est l'anémie profonde qui se développe peu de jours après le début, même dans les cas où l'on n'a pas eu recours à la méthode antiphlogistique. Il y a bien un résultat analogue dans les phlegmasies, par suite de la destruction des globules, mais à un degré bien inférieur. Todd, O'Ferral, Fuller, en Angleterre ; Canstatt, en Allemagne ; MM. Monneret et Piorry, en France, ont vivement insisté sur ce point. Les choses se passent tout autrement dans la goutte aiguë, et l'on ne peut se dispenser de voir ici une différence de plus.

II. — Après cette description sommaire du rhumatisme articulaire aigu, nous sommes en mesure de faire ressortir les différences et les analogies qu'il présente soit avec la goutte, soit avec le rhumatisme subaigu.

1° Pour ce qui concerne la *goutte aiguë*, nous ne voyons ici qu'une seule analogie à signaler : c'est la marche irrégulière et paroxystique de la maladie. Partout ailleurs on ne trouve que des différences.

Ainsi, dans la goutte, la température est moins élevée (autant que nous pouvons l'affirmer dans l'état actuel de la science), la fièvre est moins intense ; elle paraît plus exactement subordonnée au nombre des jointures affectées, et n'acquiert un degré vraiment élevé que dans la goutte généralisée.

Le pouls n'offre plus le caractère spécial que nous lui avions trouvé dans le rhumatisme.

Les sueurs sont beaucoup moins abondantes, et n'ont point cette acidité que nous avons signalée.

L'état des urines diffère de ce que nous avons constaté dans le rhumatisme, bien que l'apparence extérieure soit la même ; mais lorsque nous procédons à l'analyse des urines, chez les goutteux, loin d'avoir un excès d'acide urique, nous trouvons plutôt une diminution de ce produit.

Enfin, l'anémie ne se prononce jamais dès l'origine, dans la goutte aiguë.

2° Le rhumatisme articulaire *subaigu* se présente encore avec les caractères de l'état aigu ; seulement le mouvement fébrile est moins intense, ainsi que tous les phénomènes qui l'accompagnent ; cependant, l'anémie est tout aussi prononcée ; d'une autre part, les affections articulaires ont plus de fixité, ce qui contraste avec la mobilité extrême des manifestations locales du rhumatisme articulaire aigu. Enfin, l'on peut établir une distinction entre ces deux formes de la maladie, sous le rapport de la durée ; elle est de six semaines à deux mois dans le rhumatisme subaigu, d'après Macleod ; dans le rhumatisme aigu, elle a été diversement appréciée, mais elle est toujours fort inférieure au chiffre que nous venons d'indiquer ; elle serait, en effet, de huit à quinze jours d'après M. le professeur Bouillaud, de vingt et un jours, d'après Legroux, de vingt-huit jours d'après Chomel et Requin ; d'après Lebert, elle varie suivant le traitement employé et peut s'étendre de vingt-huit à trente-cinq jours.

III. — Hématologie pathologique du rhumatisme artculaire aigu et subaigu.

La composition du sang dans le rhumatisme articulaire diffère considérablement de ce qui existe dans la goutte aiguë, et c'est là, sans contredit, l'une des distinctions les plus importantes qui séparent ces deux maladies.

On sait que le caillot d'une saignée, dans le rhumatisme articulaire aigu, est résistant et rétracté, et qu'il ressemble à la couenne des pleurétiques *comme un œuf à un œuf*, selon l'expression un peu triviale de Sydenham.

Les recherches de Nasse, Simon, Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, nous ont donné la raison de ce phénomène ; ils ont constaté une augmentation considérable de la proportion de fibrine, qui peut s'élever à 7 ou 8 pour 1,000, au lieu de 3 pour 1,000, ce qui est le chiffre normal. Il existe en même temps une diminution considérable du taux des globules rouges. Sous ce rapport, la composition du sang dans le rhumatisme articulaire aigu peut être considérée comme le type du sang inflammatoire, et diffère essentiellement de la composition de ce liquide chez les goutteux.

Ajoutons enfin que, chez les rhumatisants, le sérum du sang est alcalin, que la proportion d'urée est normale, et qu'on n'y rencontre aucun excès d'acide urique. Ce fait, qui est aujourd'hui hors de toute contestation, présente une importance qu'il serait impossible d'exagérer.

Mais, dans le rhumatisme articulaire aigu, le sang ne possède-t-il pas quelques caractères spéciaux qui lui appartiennent en propre ? Ne renferme-t-il pas quelque produit pathologique, quelque matière étrangère à sa constitution normale, et qui puisse expliquer pourquoi le rhumatisme articulaire aigu diffère à tant d'égards des phlegmasies ordinaires, qui impriment cependant à la composition du sang des modifications du même ordre ?

De nombreuses analogies plaident en faveur de cette hypothèse ; mais elles ne s'appuient encore sur aucun fait positif.

Au siècle passé, Van Swieten, Baynard et plusieurs autres médecins ont fait dépendre le rhumatisme d'une acrimonie particulière du sang, d'une rétention des acides et des sels que les reins doivent éliminer. On a formulé récemment, en Angleterre, une hypothèse plus en rapport avec les données de la chimie moderne. On suppose que l'acide lactique, produit normal de la désassimilation des tissus fibreux, se forme en excès et donne naissance à tous les phénomènes que nous venons de décrire. Cette opinion a été soutenue par Prout, Williams, Todd et Fuller ; mais elle ne repose sur aucun fondement solide. Cependant Richardson, après avoir injecté de l'acide lactique dans les veines du chien, a trouvé des lésions articulaires et des affections du cœur chez ces animaux. Mais ses expériences ont été répétées en Allemagne, et l'on a constaté que, dans l'espèce canine, les affections du cœur sont d'une fréquence excessive, en dehors de toute intervention artificielle. Il paraît donc bien démontré que les lésions de l'endocarde existaient d'avance, et, pour ce qui est des lésions articulaires, il faut se rappeler que les jointures sont affectées dans un grand nombre d'empoisonnements divers.

Une circonstance mérite d'être signalée en terminant ce rapide exposé. L'*inopexie*, la coagulabilité excessive de la fibrine, indépendamment de l'excès de ce principe, existe au plus haut degré dans le rhumatisme articulaire aigu : de là cette fréquence excessive des thromboses vasculaires et des végétations fibrineuses du cœur.

Par contre, on observe dans plusieurs cas graves un état tout opposé. On trouve alors, à l'autopsie, le sang liquide et noir (Vogel) ; il ne rougit plus au contact de l'air, et c'est surtout alors que les exsudats liquides des cavités séreuses offrent une réaction éminemment acide, ainsi que nous l'avons plusieurs fois constaté.

Rappelons enfin que, chez plusieurs sujets, le rhumatisme paraît lié à la diathèse hémorrhagique.

DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE

Sur le système nerveux,

Note présentée à l'Académie des sciences, par M. A. Eulenburg.

Des expériences faites sur des grenouilles, pour étudier les effets physiologiques du sulfate de quinine, m'ont fourni les résultats suivants :

1. Le sulfate de quinine, appliqué au moyen de l'injection hypodermique (de 3 à 12 centigrammes) produit, après une à cinq minutes, une lésion forte de la respiration et des mouvements du cœur.

2. La respiration devient irrégulière, faible ; les mouvements des flancs s'arrêtent d'abord, puis ceux de la région jugulaire et nasale. L'arrêt absolu des mouvements respiratoires s'opère, avec les grandes doses au bout de dix à quinze, avec les petites au bout de quinze à soixante-dix minutes. Aussi, avec les premières, la fréquence des mouvements respiratoires tombe continûment et, d'une manière très-rapide, tandis qu'avec les petites doses cette diminution de fréquence est irrégulière et souvent interrompue par une augmentation passagère.

3. Les dérangements de l'action du cœur se manifestent surtout dans un décroissement de force et de fréquence des contractions cardiaques, décroissement lent, mais continu, et ne dépendant nullement des troubles de la respiration ; les pulsations du cœur cessent même beaucoup plus tard que les mouvements respiratoires, quelquefois au bout de quatre à cinq heures.

4. L'effet observé sur le cœur n'est pas non plus le résultat d'une influence exercée sur les nerfs vagues et sur la moelle allongée ; il se produit encore, les nerfs vagues étant auparavant coupés ; il résulte plutôt de l'action du poison sur la substance musculaire du cœur et sur les ganglions excitomoteurs situés dans le cœur même.

5. Le cœur arraché et plongé dans une solution (1 à 6) de sulfate de quinine neutre perd bien vite son incitabilité, mais pourtant plus tard qu'un muscle volontaire traité de même.

6. Les pulsations des cœurs lymphatiques (postérieurs) sont retardées et suspendues par l'effet du poison ; l'arrêt absolu de ces organes devance encore, dans la plupart des cas, la cessation des mouvements respiratoires.

7. Quelques minutes après l'empoisonnement, simultanément avec la faiblesse respiratoire, on observe dans les animaux un manque absolu de réaction pour les irritations externes. La plus forte irritation chimique ou mécanique de la peau ne donne plus lieu à aucun mouvement, excepté dans la cornée, qui conserve, un peu plus que tout le reste, son irritabilité.

8. Cette perte générale d'irritabilité ne résulte ni d'une lésion dans les terminaisons périphériques des nerfs sensibles, ni d'une lésion dans leurs fibres conductrices, ce qui se prouve facilement au moyen d'empoisonnements unilatéraux exclusifs ; elle dépend d'un trouble de fonction dans les appareils intermédiaires spinaux auxquels on doit attribuer les mouvements réfléchis. Le trouble de fonction se manifeste déjà à un moment où le passage centripète jusqu'au cerveau est encore libre et où peuvent surgir encore des mouvements spontanés. Donc, *le sulfate de quinine agit d'abord sur les foyers centraux des mouvements réfléchis dans la moelle, et ensuite sur les foyers cérébraux de la sensibilité et de la motilité volontaires.*

9. L'action réfléchie est suspendue de la même manière, qu'elle soit en état de santé ou de maladie, si l'on a pratiqué d'abord l'injection d'une petite quantité de nitrate de strychnine (0gr,001). *La strychnine et la quinine sont des antagonistes à l'égard de leur action réciproque sur les mouvements réfléchis.*

10. Le sulfate de quinine n'agit pas sur la contractilité musculaire, ni sur l'irritabilité des nerfs moteurs, ni de leurs extrémités périphériques intramusculaires. Appliqué directe-

(1) Hardy. — *Thèse de Paris*, 1859.
(2) Donders, *Physiol.*, t. I, p. 450.

ment sur la section transversale d'un muscle volontaire, il détermine des contractions, il prive très-rapidement d'irritabilité le muscle plongé dans ladite solution, il n'agit pas sur la section transversale d'un nerf moteur.

CORRESPONDANCE.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans le numéro du 12 mars, j'ai donné la description et l'image de nouvelles pinces laryngiennes. M. Ch. Fauvel a voulu voir dans ces pinces une copie des siennes, et, dans un article du 16 mars, où l'honnêteté et la dignité professionnelles me paraissent singulièrement compromises, notre confrère m'accuse de plagiat.

Cette accusation odieuse est fausse.

M. Fauvel ne peut pas revendiquer la priorité des pinces courbes, puisque longtemps avant lui on avait imaginé et fabriqué des pinces courbes œsophagiennes. Depuis cette époque chacun a fait faire des pinces sur ses propres indications. Les prétentions de M. Fauvel ne peuvent donc porter que sur la forme et les dimensions de l'instrument qu'il a fait fabriquer pour son usage.

Or, il suffit de jeter les yeux sur l'image qu'il donne de sa pince et sur celle qui représente la mienne pour voir aussitôt que ces instruments diffèrent essentiellement quant à l'idée qui a présidé à leur construction.

Cela est d'ailleurs tout simple, car si j'ai fait faire de nouvelles pinces, c'est probablement parce que celles de mes confrères, y compris celles de M. Fauvel, ne me paraissaient pas réunir les conditions favorables au succès de mes opérations.

Mais je ne me suis pas borné à dire que j'avais fait un instrument nouveau ; j'ai exposé les motifs de cette détermination et indiqué les principes sur lesquels on doit désormais construire les instruments de ce genre. Ce sont ces principes, réalisés dans un instrument dont la forme ne ressemble à aucune autre, dans ce qu'elle a d'essentiel, qui constituent réellement mon invention et je défie qui que ce soit de la revendiquer. On a fait des pinces laryngiennes avant moi, rien n'est plus vrai; mais personne n'a fait construire ces instruments d'après les indications et les idées que j'ai émises.

Dans sa réclamation, M. Fauvel s'est bien gardé de toucher à ces considérations ; il s'est borné à formuler une accusation, et, comme si cette accusation n'était qu'un prétexte, il s'est mis à raconter longuement et complaisamment ses cures, ses bonnes fortunes, les « insignes faveurs » dont il est l'objet; en un mot, il a embouché les pipeaux de la réclame à mon occasion. C'est le fait d'un habile homme peut-être ; mais le médecin comment le qualifier ?

Je laisse à mes confrères le soin d'apprécier cette question de déontologie professionnelle.

Veuillez agréer, etc. Dr Edouard Fournié.

L'administration de la ville de Paris ouvrira définitivement, le 1er avril prochain, le nouvel asile Sainte-Anne, situé au faubourg Saint-Jacques, ainsi que le bureau d'admission, d'examen et de répartition qui lui est annexé. L'asile pourra contenir 600 aliénés, dont 300 hommes et 300 femmes, et le bureau d'admission, 45. A leur entrée, tous les malades seront d'abord reçus et hospitalisés pendant trois, quatre ou cinq jours, au bureau d'admission, et ils seront ensuite dirigés sur les services de Sainte-Anne, de Bicêtre ou de la Salpêtrière, et un peu plus tard sur les deux grands asiles extérieurs en voie de construction, à Vaucluse et à Ville-Évrard.

M. le préfet de la Seine a choisi le personnel médical de Sainte-Anne et du bureau d'admission, et nous avons à enregistrer les nominations suivantes :

Directeur provisoire, M. le docteur Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine;

Médecin en chef de Sainte-Anne (division des hommes), M. le docteur Dagonet, médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld;

Médecin en chef de Sainte-Anne (division des femmes), M. le docteur Prosper Lucas, médecin de l'hospice de Bicêtre;

Médecins du bureau d'admission : MM. les docteurs Magnan et Bouchereau, anciens internes des hôpitaux de Paris;

Pharmacien en chef : M. Paty, pharmacien de la maison impériale de Charenton;

Internes en médecine : MM. Lescure et Systeray;

Internes en pharmacie : MM. Bouissy et Sudour.

Les médecins de Sainte-Anne et du bureau d'admission résideront à l'asile, et il leur est expressément défendu de faire de la clientèle au dehors ou de participer à la direction administrative ou médicale d'un établissement privé d'aliénés. Les premiers recevront un traitement annuel de 8,000 francs, les seconds de 2,500 francs, et ils auront droit à des indemnités d'éclairage, de chauffage et de blanchissage. Les appointements du pharmacien en chef ont été fixés à 3,000 francs et ceux des internes à 800 francs, sans préjudice des allocations ordinaires.

Des internes provisoires demeurant hors de l'asile et recevant un traitement de 400 francs, feront le service d'externes.

L'établissement monumental de Sainte-Anne est d'un aspect sévère et grandiose. Il a été approprié à l'intérieur avec une entente parfaite de la question des aliénés, et, sous tous les rapports, il fait le plus grand honneur à l'administration si intelligente et si zélée de la ville de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 13 mars 1867, ont été nommés, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — Choix, M. Chenu, médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Laveran, promu. — Choix, M. de Santi, médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Varlet, décédé.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — Choix, M. Martenot de Cordoux, médecin major de 1re classe, en remplacement de M. Theullier, retraité. — Choix, M. Garnier, médecin major de 1re classe, en remplacement de M. Chenu, promu. — Choix, M. Mercier, médecin major de 1re classe, en remplacement de M. Santi, promu.

Au grade de médecin major de 1re classe. — Ancienneté, M. Windrif, médecin major de 2e classe au 7e régiment de hussards, en remplacement de M. Trudeau, promu. — Choix, M. Villemin, médecin major de 2e classe, en remplacement de M. Martenot de Cordoux, promu.

Au grade de médecin major de 2e classe. — Ancienneté, M. Gauvin, médecin aide-major de 1re classe, en remplacement de M. Bessière, promu.

— Par décret en date du 16 mars, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Lautard, maire d'Entrevaux; David, maire d'Écueillé; Palanchon, maire de Cuisery; Iribault, maire d'Airvault.

— Par divers arrêtés ministériels, la gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 15 mars 1867, pour l'achèvement de leurs études médicales (inscriptions, examens, thèse, certificat d'aptitude et diplôme), est accordée aux étudiants ci-dessous dénommés qui se sont distingués, en 1866, par leur dévouement au soulagement des malades atteints par l'épidémie cholérique.

Services rendus à Montpellier. — MM. Le Scellière-Lafosse, Boë et Boissieux, étudiants de la Faculté de médecine de cette ville.

Services rendus à Beauvais (Oise). — M. Fournier, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Amiens. — Étudiants de la Faculté de médecine de Paris : MM. Penières, Liouville, Bourneville, Habran, Lecourtois, Culot, Challier, Raymond, Scribe.

Étudiants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens : MM. Boulnois, Léméré, Devauchelle, Macrez, Leroy, Poyet, Trépan.

Services rendus à Nantes et à Paimbœuf. — M. Barbin, élève de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

— Nous avons la douleur d'apprendre la mort de notre confrère M. le docteur Joseph Noel, membre fondateur de la Société anatomique.

— Aujourd'hui 18 mars, MM. les professeurs Baillon et Broca ont commencé leur cours à la Faculté, le premier à onze heures, et le second à trois heures.

— M. le professeur Pajot commencera son cours le mardi 19 mars, à midi.

— M. le professeur Tardieu commencera son cours le mercredi 20 mars, à quatre heures.

— M. le professeur Sée commencera le cours de thérapeutique vendredi 22 mars, à deux heures.

Étude sur la physiologie de la première enfance, par le docteur Émile Allix. 1 vol. grand in-8° de 260 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 34. — JEUDI 21 MARS 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 21 MARS 1867. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 MARS 1867

Séance de l'Académie de médecine.

La séance a été occupée en grande partie par des scrutins, d'abord pour la nomination des membres des commissions de prix, puis pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne. Ce dernier n'a pas été sans quelque émotion. La liste de présentation portait en première ligne et *ex æquo* MM. Nonat et Vigla. C'était entre ces deux candidats que devait avoir lieu la lutte. Elle a été vive. Le premier tour de scrutin n'a point donné de majorité absolue. M. Nonat a obtenu 36 suffrages, et M. Vigla 26, la majorité étant 41. M. Chauffard, porté *ex æquo* en deuxième ligne avec M. Hérard, a obtenu 14 suffrages, et M. Bernutz 4. Au deuxième tour de scrutin, M. Nonat a perdu l'avantage qu'il avait eu sur son compétiteur ; les voix données à MM. Chauffard et Bernutz se sont portées sur M. Vigla et lui ont donné la majorité. En conséquence, M. Vigla a été proclamé membre de l'Académie. Qu'il y soit le bienvenu.

Ces opérations faites, la parole a été donnée à M. Broca sur la question du mouvement de la population en France, question incidemment soulevée à l'occasion du récent débat sur la mortalité des nourrissons. M. Broca a tenu, une heure durant, l'Académie et toute l'assistance dans la plus grande attention, tant est puissant l'intérêt des faits qu'il a exposés et des questions qu'il a examinées. Nous attendrons qu'il ait terminé son exposé et qu'il ait tiré les déductions que l'on prévoit déjà devoir en ressortir, pour résumer ici les points principaux de cet important travail. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOUCHER.

Orchite consécutive au cathétérisme ; suppuration et élimination de la substance séminifère. — Mort par péritonite. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. VASLIN, interne du service.)

Le nommé X..., âgé de soixante-douze ans, ferblantier, de bonne constitution, entre le 1er décembre dans le service, pour une rétention d'urine, symptomatique d'hypertrophie de la prostate. Dans chaque région inguinale, il existait une hernie interstitielle réductible. Le cathétérisme répété avait rendu la miction assez libre, quand le 15, une légère douleur envahit le testicule droit. Bientôt les signes de l'orchite se déclarèrent ; un gonflement modéré s'empare du corps de la glande et de l'épididyme ; la douleur et la rougeur sont peu marquées. Des cataplasmes émollients sont appliqués sur la partie enflammée ; le malade garde le lit. L'état local jusqu'au 1er janvier 1867 n'avait pas changé, mais la constitution du malade paraissait affaiblie.

Le 2 janvier, sans avoir déterminé de nouveaux troubles locaux ou généraux, un abcès du volume d'une grosse noisette apparaît sur la face externe de la tuméfaction glandulaire. Ouvert à l'aide du bistouri, il donne issue à du pus bien lié, de bonne nature, provenant, selon toute apparence, de la profondeur du testicule.

Les jours suivants, le malade n'éprouve aucun soulagement ; la suppuration continue par l'ouverture de l'abcès ; le cordon se tuméfie et provoque des irradiations douloureuses vers l'abdomen ; le ventre se ballonne légèrement ; surviennent quelques vomissements, accompagnés de constipation. Un lavement purgatif calme tous ces troubles digestifs.

Le 9 janvier, par l'ouverture de l'abcès, longue de 1 centimètre 1/2 environ, et demeurée fistuleuse, on voit s'échapper une masse de tissu grisâtre filamenteux, ayant l'aspect de la substance séminifère dont il revêt aussi les caractères microscopiques. Les lèvres de la solution de continuité s'appliquent faiblement sur la base de cette substance herniée qui les entr'ouvre. Elles sont minces, baignées de pus, formées de la tunique albuginée, doublée des autres tuniques des bourses. Dans l'espace de cinq à six jours, les pelotons de tubes séminipares herniés s'effilent et s'éliminent, entraînés par la suppuration qui les imbibe. Il reste, à la place du testicule droit, un noyau glandulaire qui ne représente que la moitié au plus du congénère resté sain.

Pendant que ces phénomènes se passent du côté de la glande, et sont traités par l'application permanente de cataplasmes de fécule, le cordon se gonfle et s'endolorit dans ses portions scrotales et inguinales, sans changement de coloration des téguments.

Le ventre se ballonne considérablement et devient douloureux ; la constipation est opiniâtre et les vomissements sont fréquents ; le pouls devient rapide. Le 23 au soir, le malade succombe.

Autopsie, 25 janvier.

Les différentes tuniques du scrotum sont, au niveau du testicule droit, épaissies, indurées et soudées intimement entre elles. Elles présentent, sur la face externe de la glande, une solution de continuité, à bords noirâtres, de 1 centimètre 1/2 de longueur. Dégagé, par une dissection minutieuse des couches sus-jacentes à son enveloppe propre, le testicule malade apparaît, réduit à la moitié du volume de son congénère resté sain. La tunique albuginée est flasque, grisâtre, amincie et ramollie dans sa totalité ; elle offre une ouverture en relation d'étendue et de contiguïté avec les autres tuniques sus-jacentes.

Un amas de tissu blanchâtre, infiltré de pus et adhérent à la surface interne de la cavité de l'albuginée, constitue les vestiges des cloisons testiculaires unies à des débris de conduits séminifères.

Dans le tissu cellulaire qui lie entre elles les circonvolutions du canal de l'épididyme, sont disséminées de petites concrétions jaunâtres, les unes encore solides, d'autres ramollies et transformées en pus.

Le cordon, suivi du bord supérieur du testicule vers l'abdomen, présente, de distance en distance, de petites collections purulentes, répandues dans le tissu cellulaire qui en unit les éléments.

L'abcès le plus volumineux et le plus élevé qu'on y rencontre occupe la partie moyenne du trajet inguinal et entoure, à ce niveau, le fond d'un sac herniaire dont le collet est à l'orifice abdominal de ce trajet. La cavité du sac est vide d'intestin, remplie de pus, et en communication avec celle du péritoine.

L'ouverture de l'abdomen découvre toutes les lésions de la péritonite aiguë la mieux caractérisée.

Cette observation offre un double intérêt : elle fournit un nouvel exemple d'orchite suppurée, avec élimination de la substance séminifère, terminaison la plus fâcheuse de l'inflammation du testicule, préparée, dans ce cas, par l'affaiblissement rapide du sujet.

On sait que ces exemples de hernie de la substance testiculaire ont été souvent confondus avec le fongus du testicule, surtout en Angleterre et avant que M. le professeur Jarjavay eût, par ses laborieuses recherches, jeté un jour tout nouveau sur cette question. L'aspect granuleux que revêt souvent la substance testiculaire herniée peut sans aucun doute donner l'idée d'un fongus ; cependant il suffit d'y prendre garde pour reconnaître que la substance est filamenteuse et se déroule facilement, caractères qui, joints à la coloration du tissu, ne laissent aucun doute sur sa nature.

Nous voyons en second lieu la péritonite, qui a entraîné la perte du malade, naître dans des conditions tout à fait insolites. L'inflammation, développée primitivement dans le corps du testicule et l'épididyme gagner le cordon, puis envahir le sac herniaire, qui la transmet à toute la séreuse péritonéale.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES. — M. Paul DAUVÉ.

Hydrocèle enkystée de l'épididyme. Hydrocèle spermatique.

Dans une de ces dernières leçons de clinique chirurgicale, samedi 2 février, M. le professeur Gosselin a entretenu ses élèves d'un malade présentant deux affections curieuses des testicules : une hydrocèle enkystée du cordon gauche, et une hématocèle enkystée du cordon droit. Ces deux tumeurs assez rapprochées du testicule, en étaient cependant assez distinctes, pour que M. Gosselin pût les distinguer de ces grands kystes péri-testiculaires, dont il a donné la description dans les *Archives générales de médecine* de l'année 1848 (4me série, t. XVI). Les tumeurs kystiques diffèrent surtout de celles de l'épididyme par l'absence de zoospermes dans leur contenu, et par leur non-communication avec le canal déférent.

Cette leçon, et surtout le nom de M. Gosselin, m'ont engagé à publier l'observation d'un malade de mon service, dont l'affection présente tous les signes si bien décrits par le professeur de clinique chirurgicale, dans son travail sur les grands kystes de l'épididyme.

Le 24 février 1866, le nommé C..., gendarme dans une des communes du département de Seine-et-Oise, entre à l'hôpital de Versailles, dans le service des blessés.

Grand, robuste et d'un tempérament sanguin, cet homme est âgé de 44 ans. Il y a six ans, à la suite d'une course à cheval, pendant laquelle l'animal avait fait un violent effort, notre cavalier ressentit une douleur aiguë du côté du testicule gauche. Quelques mois après il remarqua une petite tumeur indolente grosse comme une noisette, située à la partie supérieure et un peu antérieure du testicule. Cette tumeur faisait corps avec la glande. Pendant deux ans elle resta stationnaire ; mais, bientôt, sans cause connue, son volume s'accrut. Quoique indolore, elle devint gênante par sa position ; les fonctions génésiques ne furent en rien entravées. Le coït amenait toujours un changement notable dans la tumeur, soit une augmentation soit une diminution de volume, souvent un peu de tiraillement le long du cordon. L'année dernière la tumeur s'affaissa et disparut presque complètement à la suite d'un coït répété plusieurs fois dans la même nuit. Elle se reproduisit rapidement, et finit par acquérir insensiblement le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Le 25 février, à la visite du matin, je remarque une tumeur ovoïde

---

FEUILLETON.

DE LA

CLASSIFICATION GÉOGRAPHIQUE DES MALADIES[1].

En dehors des changements atmosphériques, les causes morbides sont rares dans les régions glaciales, car les émanations telluriques qui déterminent les grandes épidémies des pays chauds et dont l'action est encore très-sensible dans les parties tempérées de la zone froide, sont presque nulles vers les pôles, par suite de l'abaissement excessif de la température. Aussi tous les observateurs sont-ils d'accord pour constater la salubrité de ces contrées extrêmes. « La pêche de la baleine retient pendant des années entières nos marins dans les parages les plus rigoureux, sans que leur santé en éprouve aucun dommage : les équipages des capitaines Ross, Parry, Franklin, Dumont d'Urville, ont vécu sans maladie au milieu des glaces (1). — Sur trois cents hommes de *la Resolute*, qui ont passé trois ans sous les pôles à la recherche de Franklin, il n'en est mort que six, qui ont succombé à des maladies de cœur (2). — Le docteur Donnet, qui était attaché à l'expédition du capitaine Austin en 1850 et 1851, rapporte qu'en vingt mois il ne perdit qu'un seul homme, mort de froid, sur un total de 180, qui revinrent bien portants (1), etc.

Cependant, si les adultes de la race caucasienne jouissent d'une heureuse santé sous les pôles pendant deux ou trois ans, il ne s'ensuit pas pour cela que leur race puisse s'y acclimater.

Loin de là.

Ainsi, déjà même à Saint-Pétersbourg, les décès surpassent constamment les naissances (2) car la mortalité de la première enfance y est excessive, et en Islande, la population d'origine norwégienne décroît, tandis que les Esquimaux du Groënland vivent à l'aise dans cette île.

Quoi qu'il en soit, les climats très-froids sont salubres pour l'adulte, qui n'y rencontre aucune grande épidémie de la nature de celles qui le déciment sous les tropiques : une hygiène intelligente le préserve du scorbut, et les maladies inflammatoires aiguës, qui s'y trouvent peut-être moins communes qu'en France, par suite de la faiblesse des variations thermométriques (3), sont les seules qu'il ait à y redouter.

Il est une maladie, la fièvre typhoïde, qui diffère sensiblement de la plupart des affections de nos pays, où elle est très-commune, tandis qu'elle a quelques rapports avec les maladies des tropiques, où elle est, au contraire, « rare et presque toujours modifiée (1). » La propriété qu'elle a de se communiquer d'individu à individu, quelque faible qu'elle soit, n'en paraît pas moins réelle et semble révéler l'existence d'un ferment analogue à celui du choléra ou de la fièvre jaune. Comme les fièvres éruptives, qui se sont acclimatées partout, comme la fièvre jaune, comme la peste, dont les foyers sont aujourd'hui assez localisés, elle n'attaque guère le même individu qu'une fois en sa vie. Ses symptômes nerveux atteignent le plus souvent un degré très-élevé, et les désordres anatomiques qu'elle présente ne sont vraisemblablement pas primitifs. Si cette affection existe dans les régions tropicales, elle y perd un élément inflammatoire se révélant par les désordres intestinaux si manifestes que nous voyons chez nous. De là une durée et une gravité moindres qui la feraient passer indistincte au milieu des fièvres du pays, auxquelles elle emprunte peut-être uniquement alors son caractère le plus dangereux. Les nouveaux venus dans ces régions, tant qu'ils ne sont pas encore épuisés par la chaleur, que leur appétit est conservé, que leur intestin grêle fonctionne activement, que leur sang est riche, sont seuls susceptibles d'avoir la fièvre typhoïde pure, et le temps de cette aptitude varie avec la rapidité de l'épuisement. Il est, ainsi que je l'ai dit ici même l'année dernière, d'autant plus court que le climat est plus chaud (2).

1. Voir le numéro du 16 mars.

(1) Michel Lévy, *Traité d'hygiène*, Acclimatement.

(2) Jules Rochard, *loc. cit.*

(1) Charles Martins, *Revue des Deux-Mondes*, 15 janvier 1866.

(2) Bertillon, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Acclimatement.

(3) « La température est d'une uniformité remarquable. » (Ch. Martins, journal *le Tour du monde*, 1865, 2e semestre).

(1) Dutroulau, *Traité des Maladies des Européens dans les pays chauds.*

(2) *Gazette des Hôpitaux*, juillet et août 1865.

occupant le côté gauche du scrotum. Sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, son grand diamètre est de huit centimètres, et son diamètre transversal de cinq seulement. Son extrémité supérieure remonte presque au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, et sa pointe inférieure s'appuie sur le testicule. Entre la tumeur et les piliers de l'anneau on sent très-bien les éléments du cordon. Le testicule adhère à l'extrémité inférieure de cette tumeur, il est situé un peu en arrière. On ne sent pas la tête de l'épididyme, elle est effacée ou englobée dans la masse morbide.

D'un côté les renseignements précis donnés par le malade, de l'autre le siége anatomique de la tumeur, son adhérence à la glande, sa consistance spéciale, me font de suite annoncer une hydrocèle spermatique aux médecins qui suivent ma visite. Cette tumeur est indépendante de l'anneau inguinal. Elle est irréductible, elle n'a jamais présenté le moindre bruit de gargouillement. L'anneau externe est très-resserré; la toux ne fait sentir aucune tumeur scrotale, enfin toute idée de hernie doit être écartée. En dernier lieu l'examen dans la chambre noire nous fait constater la transparence complète du kyste.

Le volume de la tumeur, son début à la face antéro-inférieure de l'épididyme, la rangeaient dans la classe des grands kystes de M. Gosselin, ceux qui naissent entre les deux feuillets de la séreuse adossés l'un à l'autre au-dessous de la tête de l'épididyme, dans le tissu cellulaire qui accompagne les vaisseaux efférents. J'annonçai à mes aides que nous allions trouver là un liquide opalin renfermant des zoospermes, et que cette affection n'était autre que l'hydrocèle spermatique de M. Sédillot (Académie des sciences 1853) et l'hydrocèle enkysté spermatique de la thèse de Marcé, Paris 1855, affection assez rare, et surtout intéressante par la présence dans le liquide kystique des animalcules spermatiques découverts en même temps par Liston et Lloyd. (*Medico-chirurgical transact.*, t. XXVI, p. 216, 368.)

Le 27, je ponctionnai la tumeur, et j'injectai dans le kyste un mélange de vingt grammes de teinture d'iode avec quarante grammes d'eau tiède.

Je retirai 95 grammes d'un liquide opalin, louche, ressemblant à une émulsion de sirop d'orgeat dans l'eau, ou plutôt à l'huile de coco. L'examen microscopique fait de suite avec M. Fontaine, pharmacien-major, nous démontre la présence de spermatozoïdes en quantité considérable. Ils sont très-vivaces, et quelques-uns remuent encore sept heures après l'opération. Sous le champ du microscope nous trouvons de plus quelques cellules d'épithélium prismatique, et des globules muqueux, mais pas de globules graisseux. Le liquide contient moins d'albumine que dans l'hydrocèle vaginale.

Après l'opération seulement mon malade m'avoua les changements apportés dans le volume de la tumeur par les excès de coït. A coup sûr il y a communication entre le kyste et les canaux efférents, et ces changements de volume en même temps que l'état vivace des spermatozoïdes me font croire à une large communication, et me font craindre une reproduction de la tumeur. En effet, huit jours après, elle avait repris son volume primitif, mais sans qu'il se soit manifesté le moindre symptôme inflammatoire dans le sac.

Le 7 mars, je fais une nouvelle ponction, mais cette fois j'injecte par la canule un mélange de 45 grammes de teinture d'iode avec vingt grammes d'eau tiède.

Une inflammation modérée survint le lendemain, et quinze jours après mon malade sortait de l'hôpital parfaitement guéri, ne conservant au niveau de la tête de l'épididyme qu'un noyau d'induration de la grosseur d'une noisette. Le liquide retiré ne contenait plus de zoospermes. La première injection avait donc suffi pour fermer la communication du sac avec les canaux efférents, ou pour modifier la fonction sécrétoire de la membrane kystique.

Cette observation me parait intéressante à plusieurs titres.

1° Par le volume de la tumeur et la quantité du liquide contenu.

2° Par le changement de volume coïncident avec la continence ou les excès. Ces changements indiquent sûrement la communication du kyste avec un des canaux efférents. On sait que l'étiologie a été l'un des points les plus controversés de cette affection. Liston pensait que le kyste était formé par la dilatation d'un conduit efférent, hypothèse insoutenable pour les kystes volumineux. Paget (*Medico-chirurg. transact.*, t. XXVII), expliquait la présence des spermatozoïdes dans certains kystes par une influence sécrétoire de voisinage. Pour Curling la présence de ces animalcules est due à la rupture d'un des tubes de l'épididyme et à l'issue du sperme dans le sac de l'hydrocèle (*Maladies du testicule*, p. 179.) M. Gosselin pense au contraire que le kyste est probablement consécutif à la rupture d'un canal efférent, qui laisse passer quelques gouttes de sperme, sperme qui, par sa présence, provoque la formation d'une membrane accidentelle autour de lui. Si plusieurs observations donnent gain de cause aux théories de Curling et de Paget, ce qui précède confirme tout à fait l'opinion du chirurgien de la Pitié. En effet la tumeur succède à une contusion du testicule, elle augmente ou diminue suivant l'état de réplétion ou de vacuité des vaisseaux séminifères efférents. Il y a donc eu là, très-probablement, déchirure d'un canal efférent, extravasation du sperme dans le tissu cellulaire lâche qui réunit ces canaux, et formation d'un kyste consécutif avec lequel le canal déchiré n'a cessé de communiquer jusqu'au jour de la première opération.

RENSEIGNEMENTS

Sur le typhus des ruminants en Belgique, en Hollande et dans la Prusse rhénane (1),

Par M. Bouley.

Messieurs, je viens vous rendre un compte sommaire des résultats de la mission qui m'a été confiée par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en vue d'étudier le mode d'invasion et la marche de la peste bovine en Belgique, en Hollande et dans la Prusse rhénane, les mesures de police sanitaire employées dans ces contrées, et les dangers éventuels que pouvait courir la France.

Je n'ai pas besoin de revenir sur cette vérité, incontestable aujourd'hui, et sur laquelle est basée toute la prophylaxie de la peste bovine, à savoir, qu'elle ne naît point spontanément dans nos climats, mais qu'elle y est importée des steppes de la Hongrie ou de la Russie méridionale, d'où elle est originaire.

C'est pour avoir trop longtemps méconnu, avec un aveuglement déplorable, cette importante notion, que l'Angleterre a payé au fléau, il y a vingt mois, l'immense tribu de 400,000 têtes de bétail. L'épizootie n'a cessé que le jour où le Parlement, cédant enfin aux sollicitations de la science, a adopté ce bill salutaire qui prescrivait, suivant la méthode continentale, le sacrifice en grand des animaux malades ou suspects.

D'Angleterre, le typhus a été transporté en Hollande par un troupeau appartenant à un éleveur de Rotterdam. Ce troupeau n'ayant pas trouvé d'acheteur sur les marchés britanniques, retourna à son propriétaire. Là se manifestèrent les premiers phénomènes de l'épizootie qui désole encore les Pays-Bas. Tout devait contribuer à l'extension rapide du fléau : le défaut de prévoyance de l'autorité, l'ignorance des populations et le fanatisme du clergé, qui proclamait du haut de la chaire que le fléau était un effet de la volonté divine, et qu'il y aurait de l'impiété à tenter de l'arrêter. Dans la Frise seule, il s'est trouvé des propriétaires assez intelligents et assez bien avisés pour prendre l'initiative de mesures préventives énergiques et efficaces.

Vers le milieu du mois de janvier dernier, le typhus des ruminants a envahi la Belgique. De quelle manière et par quelle voie? Le 16 janvier, un troupeau de bêtes à cornes, venant de Cologne, arriva à Tongres par la frontière de l'est. Peu de jours après, trois des animaux appartenant à ce troupeau furent envoyés dans la province de Liége, et le reste du troupeau dirigé sur Hasselt. Hasselt, ville de 11,000 âmes, est le centre de la distillerie belge; on peut évaluer à 4,000 têtes de bétail la population animale agglomérée chez les industriels de ce pays, dans un espace relativement assez restreint. Les jours suivants, de nouveaux convois de ruminants arrivèrent à Hasselt par la Prusse rhénane. Le 24 janvier, le typhus éclata parmi les animaux du premier envoi, celui du 16, et bientôt il se déclara sur les animaux des envois suivants, d'où il envahit toutes les étables du pays.

En présence d'une pareille calamité, le gouvernement belge n'hésita pas à recourir à des mesures exceptionnelles aussi promptes qu'énergiques. Il manda sur-le-champ un des vétérinaires les plus distingués de la Belgique, docteur en médecine; il l'arma d'un pouvoir discrétionnaire, et mit à sa disposition la garnison d'Hasselt, qui fut augmentée pour la circonstance. En quinze jours, 999 bêtes malades et environ 400 animaux suspects ou voisins des lieux contaminés, furent abattus sans merci et immolés aux dures nécessités du sauvetage. Grâce à cette hécatombe, le foyer principal de l'épizootie fut immédiatement éteint, et 2 à 3,000 bestiaux furent sauvés. Le gouvernement belge en fut quitte pour une dépense d'environ 800,000 francs.

On ne s'en tint pas là. Les étables d'Hasselt furent soumises à un nettoyage aussi complet que celui des écuries d'Augias : le fumier fut enfoui profondément dans les champs, les fourrages furent brûlés, les boiseries, les planchers, les murs, les plafonds grattés, passés au feu, lavés à la chaux et purifiés par l'acide phénique. A notre arrivée, la transformation était telle, qu'on se serait cru dans une salle de bal ou de festin.

Sur ces entrefaites, les trois animaux détachés du convoi du 16 et dirigés sur la province de Liége, furent vendus à un nourrisseur habitant à deux lieues et demie de la ville. Au bout de quelques jours, le typhus se déclara dans les étables où il avait installé les trois bestiaux venus de Cologne; bientôt la maladie frappa aussi une étable voisine qui n'avait aucune communication directe avec la précédente. De sorte qu'il faut admettre que le transport du typhus s'est fait par l'intermédiaire de la femme chargée de traire les vaches des deux étables. C'est de la même manière qu'on doit expliquer le développement de la contagion dans les hameaux voisins de Rétin et dans les étables de la ferme de Mélin, située à quelques kilomètres de là. Vainement on s'est autorisé de ces faits pour revenir à la doctrine de la spontanéité; il est plus rationnel d'admettre la propagation par les laitiers et les gens de service allant des localités infectées dans les localités saines. L'enquête à laquelle nous avons procédé ne laisse subsister aucun doute sur la fréquence et les effets dangereux de ces relations.

Ici encore, les mesures les plus expéditives ont été prises comme à Hasselt, et le fléau a été rapidement dompté.

Ce même convoi fatal, venu de Cologne, a porté l'infection dans une troisième localité, à Zell, près de Gand, dans la Flandre occidentale. Cette fois, la contagion a été importée par un taureau, et a atteint deux vaches saillies par lui. L'abattage immédiat des animaux malades et suspects a triomphé du fléau pour la troisième fois.

Le typhus est donc éteint sur tous les points en Belgique; mais il persiste opiniâtrément en Hollande, où aucune mesure n'a été prise pour arrêter ses ravages.

Quatre villes de la Prusse rhénane, voisines de la frontière hollandaise, Clèves notamment, ont été infectées. Immédiatement, le gouvernement prussien a mandé de Silésie un vétérinaire chargé de prendre de promptes mesures pour couper court à l'extension du typhus. Dès son arrivée, cet habile praticien a fait exécuter quelques animaux, et le mal a été arrêté à son foyer même comme par enchantement.

Reste à savoir quelle était l'origine du typhus dans le premier convoi de bestiaux expédiés de Cologne à Hasselt. Pour moi, il n'est point douteux que la contagion soit venue de la Hollande. Par quelle voie et de quelle manière? Il est probable que la plupart des animaux envoyés de Cologne à Hasselt étaient de provenance hollandaise. Suivant toute vraisemblance, la fraude, habile à tromper la douane, les avait introduits clandestinement des provinces infectées dans les contrées limitrophes; de sorte que le fléau, ayant son foyer principal en Hollande, se serait propagé successivement dans la Prusse rhénane, où il aurait été éteint promptement sur place, et de là en Belgique, où ses manifestations ont été rapidement étouffées.

Il résulte donc de cet exposé, que la France est merveilleusement garantie, du côté de l'est, contre l'invasion du typhus des ruminants. La Prusse rhénane et la Belgique, grâce à l'activité qu'elles déploient dans l'application des mesures coercitives, peuvent être regardées comme des sentinelles avancées pour la protection de nos départements limitrophes. Plus bas, nous sommes efficacement défendus par la Bavière, le Wurtemberg et la Suisse, où des prohibitions énergiques empêchent de pénétrer les animaux suspects de provenance autrichienne. Cette prohibition est telle en Bavière et en Wurtemberg, que les bestiaux qui arrivent d'Autriche en France, traversent les deux provinces allemandes dans des wagons fermés et scellés jusqu'à la gare de Kehl, où ils sont ouverts.

Comme conclusion, je dirai qu'aujourd'hui nous n'avons pas à redouter l'invasion du typhus des ruminants en France. En supposant qu'il pût, par impossible, franchir la Belgique, la Prusse rhénane, la Bavière ou le Wurtemberg, il nous rencontrerait sur la frontière comme il nous a déjà trouvés dans le département du Nord l'année dernière, comme il nous a trouvés aussi au Jardin d'acclimatation. Il nous rencontrerait armés des mêmes moyens qui ont déjà triomphé de ses atteintes, et il faudrait que nous fussions bien malheureux ou bien malhabiles pour le laisser pénétrer au cœur de notre pays, et lui permettre d'exercer des ravages semblables à ceux qu'il a fait subir à l'Angleterre et à la Hollande.

(1) Résumé de la communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 12 mars 1867.

---

§ III. — Maladies des pays chauds.

Les maladies des pays chauds se développent avec toute leur énergie dans une vaste zone qui s'étend au nord et au sud de l'équateur, jusqu'au trente-cinquième ou quarantième degré de latitude.

La chaleur et les émanations telluriques qu'elle développe activement, émanations dont la nature intime est encore inconnue, en sont les causes principales.

Elles se traduisent surtout par des symptômes nerveux généraux le plus souvent très-marqués, et ne fournissent guère que des désordres anatomiques consécutifs et parfois mal définis.

Les individus de la race arienne perdent rapidement leur appétit dans une région où la chaleur accablante impose un grand besoin de repos et de sommeil : les digestions se font mal, le sang s'appauvrit et ne stimule plus suffisamment le cerveau, dont les fonctions deviennent languissantes.

Avec l'affaiblissement physique augmente la facilité d'imprégnation des miasmes telluriques, déjà très-grande d'ailleurs chez tout immigrant.

Des affections qui en résultent, les unes n'attaquent l'homme qu'une seule fois en sa vie. Il se trouve donc ensuite, par cela même, en quelque sorte vacciné contre toute nouvelle atteinte. Les autres s'acharnent, au contraire, après lui avec une persistance désespérante. Contre celles de cette deuxième catégorie, il semble qu'il n'y ait pas d'acclimatement possible pour la plupart de ceux qui en ont une fois subi la première atteinte. Je dis la plupart, car chez quelques rares élus, la maladie s'épuise et disparaît à la longue. Mais il n'en demeure pas moins vrai que presque tous les fébricitants, dans un pays à fièvre intermittente, et les dyssentériques, courent de récidive en récidive, et ont d'autant moins de chance de combattre leur affection avec succès, que leur résidence au milieu du foyer d'infection se prolonge davantage.

Les Européens, au contraire, qui ont échappé au mal pendant plusieurs années, participent jusqu'à un certain point de l'immunité relative dont jouissent les individus des races autochthones.

En cela, les choses se passent un peu de la même façon pour la fièvre jaune. Dans le cas favorable, en effet, où l'étranger a réagi contre cette maladie en traversant plusieurs épidémies successives sans en être frappé, il a de grandes chances de n'être pas attaqué par elle dans la suite, ou de ne l'être que fort légèrement, parce que durant son long séjour sur le sol maritime d'où elle naît, il en a subi peu à peu « les influences lentes et bénignes (1), » et gagné, par cela même, sans secousse les bénéfices de l'acclimatement pathologique, comme il arrive assez communément chez le créole et l'indigène.

Ce fait, joint à la propriété de ne pas se montrer deux fois sur le même individu, semble indiquer à priori que la fièvre jaune doit apporter moins d'obstacles à l'implantation des races européennes dans les pays où elle règne, que la présence au même degré d'intensité des maladies à récidives. Toutefois, comme il m'est impossible de fournir aucune donnée probante à l'appui de cette vue purement théorique, il doit demeurer bien entendu que je ne saurais lui accorder en ce moment qu'une importance fort médiocre.

(1) Dutroulau, *loc. cit.*

Le phénomène de l'accoutumance à la fièvre jaune est commun aux races indigènes comme à toutes les autres, car l'immunité absolue dont on a pu les croire douées a été démentie par la mort d'Indiens de l'intérieur venus sur le littoral en temps d'épidémie. D'un autre côté, les épidémies de Cayenne et du Sénégal ont amplement démontré que les nègres ne trouvaient pas en eux, plus que les autres hommes, un préservatif efficace contre l'endémie spéciale au golfe du Mexique. C'est alors évidemment par suite de l'acclimatement sur ces plages insalubres, et non pas d'après un privilége de race, qu'on a pu dire avec raison « qu'un quart de sang nègre vaut mieux pour braver la fièvre jaune, que la vaccine pour la variole (1). » Ainsi entendu, cet aphorisme gagnerait même vraisemblablement beaucoup en exactitude par sa généralisation à tous les aborigènes, y compris les créoles eux-mêmes.

Lorsque la délibération déterminée par l'influence de la zone torride précède l'acclimatement pathologique, au lieu d'en être la conséquence, l'individu se trouve dans une situation très-défavorable vis-à-vis des maladies tropicales. C'est ainsi que les Mexicains des hauts plateaux venant à la Vera-Cruz, ont plus à souffrir de la fièvre jaune que les Européens récemment arrivés. C'est ainsi que le cho-

(1) Note d'après M. Bertillon, *Dict. encyc. des Sc. méd.*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mars 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

Il n'y a point de correspondance officielle.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Oulmont, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ;

2° Des lettres de MM. les docteurs Bourgeois (d'Étampes) et Seux (de Marseille), qui sollicitent le titre de membre correspondant ;

3° Des considérations pratiques sur l'uranoplastie, par M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), travail présenté par M. Larrey pour le prix Barbier ;

4° Des études sur Baréges, par M. le docteur Armieux, médecin militaire (commission des eaux minérales) ;

5° Le compte rendu d'une épidémie de fièvres éruptives qui a régné dans la garnison de Bordeaux du mois d'octobre 1866 à la fin de janvier 1867, par M. le docteur Larivière, médecin principal (commission des épidémies) ;

6° Quelques mots sur le choléra de 1866 dans la ville de Bar-le-Duc, par M. le docteur Baillot (commission du choléra) ;

7° Une observation d'imperforation profonde de l'intestin-rectum et du canal de l'urèthre chez un enfant nouveau-né, par M. le docteur Lombard.

Ont été présentés en outre, de la part des auteurs, les ouvrages suivants :

Étude sur la physiologie de la première enfance, par M. le docteur Émile Allix ;

Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis, par M. le professeur Hardy et par M. A. de Montméja, interne provisoire ;

Applications de la zootechnie, par M. André Sanson ;

L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances de succès ? par M. le docteur Péan ;

Des moyens pratiques de constater la mort à l'aide de la faradisation, par M. le docteur Bonnefoy.

— **M. LITTRÉ** présente, au nom de M. le docteur Sichel, un nouveau recueil de pierres sigillaires d'oculistes romains.

— **M. LARREY** dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Des décoordinations organiques*, par M. le docteur Antoine Cros.

L'Académie procède à huit scrutins successifs pour la nomination des commissions de prix pour le prochain concours.

Voici quels ont été les membres désignés par le scrutin pour chacune de ces commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Delpech, Legouest, Richet, Robin et Sappey.

Prix Portal. — MM. Barth, Gosselin, Gubler, Louis et Vernois.

Prix Civrieux. — MM. Baillarger, Cerise, Falret, Jolly et Roger.

Prix Capuron. — MM. Blot, Danyau, Depaul, Devilliers et Tardieu.

Prix Barbier. — MM. Béclard, Blache, Briquet, de Kergaradec et Larrey.

Prix Amussat. — MM. Broca, Colin, Laugier, Nélaton et Ricord.

Prix Itard. — MM. Boudet, Bouillaud, Guéneau de Mussy, Guérin et Michel Lévy.

Prix Godard. — MM. Bouvier, Cloquet, Hervez de Chégoin, Huguier et Velpeau.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne.

Voici l'ordre dans lequel la section a présenté les candidats :

En première ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Nonat et Vigla ;

En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Chauffard et Hérard ;

En troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bernutz et Woillez.

Premier tour de scrutin. Nombre des membres votants, 81 ; majorité, 41.

M. Nonat	36 voix.
M. Vigla	26 —
M. Chauffard	14 —
M. Bernutz	4 —
M. Hérard	1 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Deuxième tour de scrutin. Nombre des membres votants, 81 ; majorité, 41.

M. Vigla	42 voix.
M. Nonat	37 —
M. Chauffard	2 —

M. Vigla ayant réuni la majorité absolue, est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Sur le mouvement de la population en France.

— **M. BROCA.** Dans la discussion récente sur les nourrissons, notre collègue, M. Jules Guérin, à propos de l'effroyable mortalité des enfants en nourrice, a beaucoup insisté sur l'atteinte portée à la santé de ceux qui survivent, par le mauvais régime et la mauvaise alimentation, et il en a tiré cette conséquence que c'est là une des causes de la décadence de la race française. C'est à cette circonstance qu'il faut attribuer, suivant lui, le grand nombre de cas de réforme du service militaire, par faiblesse de constitution et par insuffisance de taille ; et c'est à cause de cela que l'on a été obligé de changer les conditions de recrutement de l'armée, et d'abaisser notamment la condition de la taille.

C'est là une assertion grave et qui ne se produit pas pour la première fois. M. Larrey a présenté à ce sujet quelques observations, et a fait ses réserves à cet égard. J'ai cru devoir l'appuyer par quelques mots. M. le président a bien voulu m'inviter alors à communiquer à l'Académie les résultats de mes recherches sur ce sujet, me réservant la parole pour une époque ultérieure. Je viens aujourd'hui répondre à ce bienveillant appel.

Je ferai remarquer d'abord, d'une manière générale, que l'assertion de M. Guérin ne concorde pas du tout avec le passé. S'il était vrai que la dégénérescence de la race française dût être attribuée à la mauvaise éducation physique des enfants, il faudrait démontrer qu'autrefois les conditions des enfants élevés en nourrice étaient meilleures qu'aujourd'hui. Je crois que l'on aurait beaucoup de peine à le démontrer.

Voici un tableau de la mortalité des enfants de 0 à 1 an, depuis le commencement du siècle, qui prouvera suffisamment que ce n'est pas d'aujourd'hui que la mortalité des enfants nouveau-nés est aussi considérable, et que loin d'avoir augmenté à notre époque, elle a diminué au contraire et est moindre qu'elle n'a jamais été :

MORTALITÉ DE 0 A 1 AN, DEPUIS LE COMMENCEMENT DU SIÈCLE.

Années.	Sur 100 nouveau-nés.
De 1806 à 1809	22,721
1810 à 1814	22,242
1815 à 1819	23,117
1820 à 1824	24,098
1825 à 1829	22,437
1830 à 1834	20,915
1835 à 1839	20,263
1840 à 1844	19,325
1845 à 1849	18,223
1850 à 1854	18,288
1855 à 1859	19,569
1860 à 1864	17,638

On voit par ce tableau que, dans la dernière période quinquennale, la mortalité des enfants a été de 17 p. 100, tandis qu'elle s'est élevée jusqu'à 24 p. 100 dans les périodes précédentes.

M. Monot, dans une brochure récente, a écrit cette phrase : « Consultez les relevés statistiques de l'administration de la guerre et vous y verrez que jadis les cas de réforme étaient rares, tandis qu'aujourd'hui ils sont devenus beaucoup plus fréquents. N'a-t-on pas été obligé d'abaisser la taille ! » Un journal politique va beaucoup plus loin ; il va jusqu'à dire que l'on a déjà été obligé d'abaisser la taille de plusieurs centimètres, et que d'abaissement en abaissement la taille menace de devenir lilliputienne en France. « Et que dire, ajoute-t-il, de la faiblesse de complexion de nos jeunes gens ! » Voilà donc une assertion bien des fois répétée que la taille s'abaisse chez nous. Je crois que c'est une erreur. Et d'abord il n'est pas exact de dire qu'on a abaissé la condition de la taille de plusieurs centimètres pour le recrutement, on l'a abaissée de 1 centimètre seulement. Je crois, pour ma part, qu'on a sagement fait d'abaisser la taille, mais non pas pour les motifs qu'on a invoqués. Un des motifs qui ont fait maintenir la taille à 1m,56 jusque dans ces derniers temps, c'est l'armement, c'est la nécessité de maintenir la taille du soldat en rapport avec la longueur du fusil qu'il a à manier. Mais aujourd'hui que les conditions de l'armement sont changées, on peut sans inconvénient abaisser la taille. On aura ainsi l'avantage de ne pas priver l'armée d'hommes qui, quoique de petite stature, n'en sont pas souvent moins vigoureux et moins aptes à soutenir les fatigues de la guerre, et on aura surtout l'avantage de ne pas laisser peser exclusivement le poids de la conscription sur les hommes favorisés du côté de la taille.

On a cherché beaucoup de raisons pour expliquer ce prétendu abaissement graduel de la taille. On l'a mis alternativement sur le compte de l'abus des alcooliques, de l'abus du tabac, sur les conséquences du célibat forcé des militaires, c'est-à-dire des hommes les plus valides, le soin de la reproduction étant en quelque sorte abandonné aux moins valides. On a été jusqu'à en accuser les progrès de la civilisation. Comment ! la civilisation moderne qui, de choses qu'ils étaient sous l'ancien régime, a élevé les hommes au rang et à la dignité de citoyens, aurait pour effet la décadence, le dépérissement de la race ! Ce serait un fait bien triste et bien douloureux à confesser. Mais n'est-ce pas ici l'histoire de la dent d'or? et avant de rechercher quelles sont les causes de ce dépérissement, il serait bon de rechercher si ce dépérissement est lui-même bien réel ; c'est ce qu'on verra tout à l'heure.

Je poursuis. On a signalé comme un signe de dépérissement la diminution de la fécondité des mariages. A la fin du dernier siècle, le nombre des enfants par mariage était de 4 ; aujourd'hui il n'est que de 3 et une fraction. Voici le tableau de la fécondité des mariages depuis 1781 jusqu'en 1860 :

FÉCONDITÉ DES MARIAGES.

Années.	Nombre de naissances par mariage.
1781 à 1784	4,19
(Y compris les enfants naturels.)	
1800 à 1810	4,02
1811 à 1820	3,76
1821 à 1830	3,65
1831 à 1835	3,47
1836 à 1840	3,25
1841 à 1845	3,21
1846 à 1850	3,17
1851 à 1855	3,22
1856 à 1860	3,16

(Enfants légitimes seulement. Morts-nés y compris.)

Je dois faire remarquer que dans la première période on a compris en bloc les enfants naturels avec les enfants légitimes, tandis que, à dater de 1800, les relevés ne comprennent que les enfants légitimes seulement, ce qui change la proportion par rapport aux mariages

Il est certain, néanmoins, qu'il y a une diminution dans la fécondité des mariages, elle est représentée par un demi-enfant en moins par ménage.

Quelle est la signification réelle de ce fait et quelle en est la conséquence probable? Est-ce le fait d'une infécondité réelle, d'une stérilité comme cela se voit dans certaines populations en voie réelle de décadence? Non. C'est la conséquence d'une loi qui a été formulée par les économistes. A mesure que l'aisance et le bien-être ont pénétré dans la population, les pères de famille ont senti de plus en plus le besoin d'une certaine prudence... Il est évident que c'est là un fait regrettable, mais il ne faudrait pas non plus en exagérer la gravité, il n'a qu'une influence très-faible sur le chiffre total de la population. Il n'y a donc pas lieu de sonner la cloche d'alarme comme l'a fait récemment un journaliste que l'on regréttait de voir éloigné depuis longtemps de la vie publique. Il y a une autre raison encore qui contribue à diminuer la fécondité dans les classes bourgeoises, c'est que ce n'est en général qu'un peu tardivement que s'y font les mariages par suite de la nécessité de se faire un petit pécule ou de se créer une position avant de faire un établissement.

Mais s'il est vrai que le nombre relatif des naissances ait diminué, le nombre absolu a augmenté. Voyez plutôt par le tableau suivant :

ACCROISSEMENT ANNUEL DE LA POPULATION EN FRANCE.

Années.	Accroissements.
De 1801 à 1811	174,373
1812 à 1821	136,914
1822 à 1831	210,734
1832 à 1836	194,337
1837 à 1841	137,853
1842 à 1846	264,061
1847 à 1851	76,537
1852 à 1856	51,239
1857 à 1861	135,578
1862 à 1866	132,759

La population de 1801 était de 27,349,003 ; celle de 1866, non compris les trois nouveaux départements, est 37,390,057.

---

léra sévit avec toute sa vigueur lorsqu'il envahit des régions chaudes où il n'est pas endémique, comme on a pu le voir au Caire et dans la récente épidémie de la Guadeloupe, où la mortalité s'est élevée au chiffre extraordinaire de près de 8 décès pour 100 habitants. Si l'affection avait paru chez nous avec la même énergie que dans cette petite colonie placée sous le seizième degré de latitude nord, on aurait eu à enregistrer 130 à 150,000 décès de cholériques à Paris pendant l'invasion du fléau en 1865, tandis qu'on n'en a pas compté 7,000 ; c'est-à-dire que la proportion des cas de mort donnée par la population de Paris est à la proportion des cas de mort fournis par la population de la Guadeloupe, à peu près comme 1 est à 16.

Cette différence est considérable, on le voit. Aussi l'explication que j'en donne ne doit pas être la seule à invoquer, je le sens bien. Il n'est pas étonnant que le choléra se montre avec une intensité supérieure en présence de conditions thermométriques sensiblement analogues à celles des contrées où il prend naissance. Mais toute puissante que soit cette seconde raison, elle ne saurait enlever complétement à la première la part encore large qui paraît lui revenir. Au cas où il en serait autrement, il deviendrait difficile de comprendre comment les épidémies de choléra ont pu régner en Europe pendant l'hiver comme pendant l'été, l'été se trouvant la seule saison où, par l'accroissement momentané de la chaleur, la température de nos climats se rapproche jusqu'à un certain point de celle des régions chaudes, sans avoir toutefois ni le temps, ni la force d'affaiblir nos constitutions à un degré marqué.

Les miasmes telluriques déterminent des manifestations pathologiques différentes suivant les lieux : ici la fièvre jaune, là le choléra, ailleurs la peste, presque partout les fièvres intermittentes et la dysenterie. Ces faits trouveront peut-être un jour leur explication dans la connaissance exacte des débris organiques particuliers à chaque contrée. En attendant, le mot collectif des miasmes n'est, il faut bien l'avouer, qu'un terme dépourvu de sens précis, servant à désigner des causes morbides dont la nature intime nous échappe complétement encore, mais dont les effets ont une telle évidence, que c'est avec assez de raison que l'esprit s'habitue vite à les considérer comme des réalités bien connues.

Si les miasmes diffèrent beaucoup les uns des autres par la diversité des affections qu'ils engendrent, ils doivent, au contraire, avoir énormément de rapports dans leur manière d'être. Je suis, en effet, vivement tenté de leur appliquer à tous ce qu'écrit M. Mélier au sujet du poison de la fièvre jaune : « On se sent, dit-il, amené comme malgré soi à se demander si les accidents de la nature de ceux auxquels nous avons assisté, ne se rattachent pas au grand phénomène de la fermentation, lequel, bien différent des réactions chimiques ordinaires, semble appartenir tout autant à la physiologie qu'à la chimie proprement dite, en ce sens qu'une sorte de vie s'y révèle partout (1). » C'est-à-dire que, dans ma pensée, les miasmes appartiennent tous à un même règne de la création, et qu'au lieu de se ranger au bas de l'échelle parmi les minéraux, ils prennent leur place sur un degré plus élevé, à côté d'autres êtres appartenant au règne de la matière vivante.

(1) Mélier, *Relat. de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en 1861.*

Aussi, à l'exemple des animaux et des plantes des pays chauds, les maladies des régions tropicales montrent-elles une certaine facilité, surtout à la faveur de la saison chaude, à gagner des latitudes australes et boréales très-éloignées de leur départ. On a vu la fièvre jaune à Barcelone et à Saint-Nazaire, le choléra a ravagé Moscou, et des affections telles que la variole, autrefois inconnue chez nous, se sont en quelque sorte acclimatées partout et prennent place aujourd'hui dans le cadre des affections de tous les pays. Le choléra pourrait bien, sous ce rapport, les imiter un jour, si ce n'est déjà fait.

Dr LANOAILLE DE LACHÈSE, médecin aide-major.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1867, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1866, les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur la goutte, la gravelle et les calculs urinaires, par M. le professeur A. BOUCHARDAT, membre de l'Académie de médecine. Vingt-septième année. Un volume in-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, Germer Baillère.

Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, par le docteur CHARCOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, recueillies et publiées par le docteur BALL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième fascicule, Goutte et Rhumatisme chronique. In-8°. Prix de chaque fascicule : 1 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Si l'on excepte deux périodes, celle de 1847 à 1851, la première qui a embrassé deux événements importants, la grande disette de 1847 et la perturbation momentanée de la prospérité publique par suite de la révolution de 1848; la seconde qui répond à l'année fatale de 1854 où nous avons eu à la fois, le choléra, la guerre et la disette des grains, on voit par ce tableau un accroissement annuel rapide de la population en France. On y voit que la population de la France s'est accrue de plus d'un tiers depuis le commencement du siècle.

Comment se fait cette augmentation de la population puisque le chiffre relatif des naissances n'augmente pas, diminue même comme on vient de le voir. Cette augmentation se fait par la plus grande durée de la vie moyenne, qui n'était que de vingt-neuf ans à la fin du XVIIIe siècle, d'après Duvillard, qui d'après De Mont-Ferrand a été de 39,50 pour la période de 1817 à 1831, et qui, d'après les calculs de M. Bertillon, est de 40,15 pour la période 1840-1859. Si l'on consulte le tableau des survivants à vingt ans qui a été dressé pour diverses époques, on voit que tandis qu'à la fin du XVIIIe siècle le chiffre des survivants à vingt ans n'était que de 502 sur 10,000, il était pour le même chiffre, de 638 de 1817 à 1831, et de 643 de 1840 à 1859.

Il est évident que ce mouvement de progression s'arrêtera, qu'il arrivera un jour où la statistique donnera des résultats moins brillants; mais pour aujourd'hui ce n'est pas le cas de gémir.

M. Broca entre ensuite dans des considérations sur la taille et sur es infirmités qui entraînent la réforme, et il établit, en se fondant sur les dernières recherches statistiques du regrettable M. Boudin que la science vient de perdre, que loin que la taille se soit abaissée comme on l'a prétendu et que les cas de réforme par infirmités ou faiblesse de constitution se soient multipliés, la vérité, au contraire, est que la taille s'est élevée et que les cas de réforme ont diminué.

Le temps n'ayant pas permis à M. Broca de terminer son exposition, M. le président l'a engagé à en renvoyer la suite à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 17 mars.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez publié, dans la *Gazette*, une lettre de MM. Georges Martin et Gensollens (de Montpellier).

Ils vous faisaient savoir qu'ils avaient construit depuis longtemps l'appareil présenté en mon nom à l'Académie de médecine, et réclamaient la priorité qui doit, en effet, lorsque deux mêmes inventions se font simultanément, appartenir à celle qui est d'abord publiée.

En conséquence, je m'adressai à M. Estor, qui eut l'obligeance de m'envoyer un exemplaire du *Messager du Midi*, contenant un article relatif aux différents essais sur l'anesthésie locale, faits à l'hôpital de Montpellier. Le numéro de ce journal datait du 26 novembre 1866.

J'y trouvai la description du premier appareil construit par MM. Gensollens et Martin. Cet instrument présente, en effet, une analogie frappante avec le mien. Le tube à air et le tube à éther forment ensemble un angle droit, et la pulvérisation a pour cause la division du liquide en gouttelettes infiniment petites sous l'influence d'un courant d'air. Mais cette disposition des tubes n'appartient pas plus à M. Martin qu'à moi, car elle est connue depuis longtemps en Allemagne et en Angleterre.

Et voilà pourquoi je ne saurais croire que cette analogie soit la raison suffisante de la réclamation de M. Martin.

Pour le reste, l'instrument des étudiants de Montpellier est disposé tout autrement que le mien; et pourtant ils avaient dit « *qu'il lui était identique et lui ressemblait point pour point.* »

En outre, ce premier essai, au dire de M. Martin, a été complétement abandonné par lui, et le modèle qu'il a adopté diffère essentiellement du mien par ses nombreuses complications.

En vous demandant, monsieur le rédacteur, d'avoir l'obligeance d'insérer cette lettre, je vous prierai de vouloir bien ajouter la note suivante.

On n'avait pu jusqu'à présent, à l'aide des appareils pour l'anesthésie locale, et même avec celui de M. Demarquay, faire descendre le thermomètre au-dessous de — 17 degrés; or, avec le mien, on peut abaisser, en une minute, la colonne mercurielle à — 30 degrés.

Agréez, etc.

H. STAPFER,
Étudiant en médecine.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE,

DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS.

Liste des médailles décernées aux membres du corps médical, à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1866.

MÉDAILLES D'OR.

Alpes maritimes. Docteur Deporta (Nice). — *Ardèche.* Docteur Vialette (Chomérac). — *Bouches-du-Rhône.* Docteur Melquiond (Marseille). — *Calvados.* Docteur Vastel (Caen). — *Côtes-du-Nord.* Docteur Benoist (Bringolo et Saint-Tréphine). — *Finistère.* Docteurs Carof (Brest); Échalier (Bohars); Toucbard (Le Guilvinec). — *Gard.* Docteurs Réveilhe, Tribes (Nîmes). — *Loir-et-Cher.* Docteur Schlésinger (Mer). — *Loire-Inférieure.* Docteur Robert (Indre). — *Mayenne.* Docteurs Ponthault fils (Oisseau); Desnos (Evron). — *Morbihan.* Docteur Fouquet (Arzod). — *Moselle.* Docteur André (Ars-sur-Moselle); Comon (Longuyon). — *Nièvre.* Docteur Goujon (Saint-Benin d'Azy et Saint-Parize-le-Châtel); Niélon (Saint-Parize-le-Châtel). — *Nord.* Docteurs Morisson (Lille); Daubresse (Armentières); Bagneris (Douai); Deroy (Estaires); Lefebvre (Valenciennes); — *Oise.* Docteurs Boursier, Roustan (Montanaire). — *Pas-de-Calais.* Docteurs Parrochaud (Montreuil); Danvin (Hesdin); Bezin (Béthune); Gros, Livois (Boulogne).

Seine. Docteurs Tardieu, Hérard, Horteloup, Moutard-Martin, Mesnet, Lorain, Richard, Delpech, Hillairet, Béhier, Nonat, Marotte, Gallard, Parrot, Raynaud (Paris); Broquet, vétérinaire (Paris). — *Seine-Inférieure.* Docteurs Vy (Elbeuf); Dupont (Veules); Pigné (Lillebonne). — *Somme.* Docteurs Alexandre (Amiens); Faux (Doullens); Coulon, Lenoel, Autier (Amiens); Amédée Tardieu, interne des hôpitaux de Paris; Challier, externe des hôpitaux de Paris (Amiens); docteur Nicaise (Amiens). — *Vendée.* Docteur Porteau (Coex).

Algérie. Lelièvre, officier de santé, et Stephann, élève en médecine (Alger). — *Orient.* Docteurs Dobrowlski, Mondière (Beyrouth).

— Les noms de ville placés entre parenthèses indiquent les localités où les médecins ci-dessus nommés se sont distingués.

Dans une brochure publiée il y a quelques mois, M. le docteur Vacher s'est plaint de ce que M. Husson, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, directeur de l'Administration de l'Assistance publique, aurait refusé de lui remettre des renseignements dont il avait besoin pour les recherches dont il s'occupait alors.

Cette assertion inexacte ayant été reproduite par un journal quotidien, M. Husson nous prie de déclarer pour lui, qu'il communique volontiers à toutes les personnes qui lui en font la demande, les documents dont il lui est permis de disposer. Les publications officielles de l'Administration, les communications fréquentes qu'elle fait, sur leur demande, aux savants étrangers; les renseignements nombreux renfermés dans les ouvrages particuliers et que les auteurs obtiennent d'elle, en sont une preuve convaincante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 28 février, M. Thénot est nommé préparateur d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Thomas, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté ministériel en date du 11 mars, M. Courbassier (Émile-Albert) est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Duval, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté de M. le sénateur, préfet de la Seine, M. le docteur Jules Falret est nommé médecin de Bicêtre, en remplacement de M. le docteur Prosper Lucas, passé à l'asile Sainte-Anne.

— M. le docteur Marey, suppléant de M. Flourens, vient d'ouvrir son cours au Collége de France. Il le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à trois heures. — M. Marey traite *de l'Influence des méthodes physiques sur les sciences naturelles.*

— M. le professeur Monneret a commencé son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, hier mardi; il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à neuf heures.

— M. Fournier, agrégé à la Faculté de médecine, commencera vendredi prochain, 22, le cours de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Grisolle, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures.

— M. le professeur Vulpian commencera le cours d'anatomie pathologique, à la Faculté, jeudi 21, à deux heures.

— M. le professeur Hardy commencera le cours de pathologie interne le même jour, à trois heures.

— M. le professeur Bouchardat commencera le cours d'hygiène le même jour, à quatre heures.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 22 mars.

Ordre du jour : Observation de M. Meuriot, intitulée : *Blennorrhagie, rhumatisme, endocardite et accidents cérébraux.*

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 35 — SAMEDI 23 MARS 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 23 MARS 1867. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ouverture des cours de clinique du semestre d'été.

La semaine qui vient de s'écouler a été féconde pour l'enseignement. A l'hôpital de la Pitié, M. le professeur Béhier, qui avait momentanément suspendu son enseignement clinique, a ouvert, lundi dernier, le nouveau semestre par la reprise de ses leçons cliniques. Nous exposons plus bas l'histoire d'un cas intéressant d'anévrysme de l'aorte, qui a fait le sujet de sa première leçon. Le lendemain mardi, à l'hôpital de la Charité, M. le professeur Monneret a inauguré son nouvel enseignement de clinique. Il a consacré sa première leçon aux généralités de la clinique envisagée dans son but, dans ses moyens, dans ses rapports avec la pathologie générale et avec la pathologie spéciale, et dans les qualités qu'elle exige, et de la part du professeur, et de la part des élèves. Nous aurons prochainement l'occasion d'exposer les vues du professeur sur ces grandes questions didactiques et sur l'esprit qui préside à son enseignement. Enfin ce matin même, M. Fournier, en remplacement de M. le professeur Grisolle, a fait la première leçon de l'année dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu. M. Fournier a pris, pour sujet de sa première leçon, l'histoire d'un malade atteint de paralysie labio-glosso-laryngée. Cette leçon a été un début brillant qui place dès à présent M. Fournier au rang de nos meilleurs cliniciens, et qui lui assigne dans l'avenir sa place parmi nos futurs professeurs. Nous espérons pouvoir mettre prochainement cette leçon sous les yeux de nos lecteurs.

Ce n'est pas tout. Nous avons assisté encore, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, aux premières leçons des nouveaux professeurs, MM. Broca, Vulpian, Hardy, et nous allons assister, au moment de mettre sous presse, à la leçon de M. Sée. Il y aurait là une large pâture pour notre Revue ; mais le temps et la place nous manquent. Nous y suppléerons plus tard.

Anévrysme de l'aorte thoracique.

M. le professeur Béhier, à la reprise de son cours de clinique à la Pitié, a présenté à son auditoire un malade qui est placé dans le service de son collègue, M. le professeur Gosselin, et qui offre un exemple très-remarquable d'anévrysme de l'aorte faisant une saillie considérable à travers les parois thoraciques.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-trois ans. Cet homme porte à la partie antérieure gauche du thorax une tumeur volumineuse demi-ovoïde, dont la grosse extrémité est dirigée en dehors, remontant en haut jusqu'à la clavicule, ne s'étendant pas en dedans au-delà du bord gauche du sternum. Cette tumeur mesure 49 centimètres de pourtour ; elle a 18 centimètres dans son grand diamètre, et fait une saillie en avant de la poitrine, dans sa partie la plus volumineuse, de 15 centimètres et demi. En explorant sa base, on sent qu'elle est indurée. Il est impossible de se faire une idée exacte de ses rapports avec les parties voisines. Elle est animée d'un double mouvement d'expansion ou de propulsion de totalité en avant, et de battements synchrones aux battements du pouls. La percussion donne une matité absolue sur toute l'étendue de la tumeur. Tout le côté gauche de la poitrine est mat aussi bien en arrière qu'en avant. A l'auscultation, on entend le double bruit de tic-tac du cœur, et un souffle doux très-net surtout sur la partie externe de la tumeur. Le bruit respiratoire est très-affaibli dans tout le poumon gauche.

Le pouls est à 80. Les pulsations sont régulières et très-nettement frappées à l'artère radiale et à la carotide du côté droit, quoique faibles. Elles sont à peine perceptibles à gauche. Tout le côté gauche, le bras plus particulièrement, a perdu de sa force et de sa nutrition, et le malade y éprouve des douleurs assez vives. Enfin il y a une aphonie intermittente, parfois presque complète. L'appétit est médiocre, le sommeil court et entrecoupé. Le malade est d'une extrême faiblesse.

Tel est l'ensemble des symptômes que présente cet homme. Voici en quelques mots l'histoire de sa maladie.

En 1863, sans cause connue, il a éprouvé des douleurs vagues et un état général de malaise ; puis il lui est survenu des douleurs très-vives dans le bras gauche. Au bout d'un an, il s'est aperçu de l'existence d'une petite tumeur dans le troisième ou quatrième espace intercostal du côté gauche ; cette tumeur avait à peine le volume d'une noix, elle était sans pulsations. Elle a augmenté graduellement de volume. Lorsqu'elle eût acquis le volume d'une pomme environ, il alla à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mesnet, où on le mit à l'usage de l'iodure de potassium et de la digitale. Il éprouva une amélioration, bien que la tumeur restât stationnaire. Il a pu quitter alors l'hôpital et reprendre son métier de tonnelier jusqu'au mois de décembre 1865. A cette époque, il a été pris d'un accès de suffocation avec enrouement. Toutes les fois qu'il faisait un effort, sa voix se cassait et il était pris d'un grand malaise.

En mars 1866, il eût une crise violente de toux avec accès d'étouffement et anxiété très-grande, accompagnée d'une exaspération des douleurs du bras gauche. Immédiatement après cet accès, la tumeur prit un développement brusque. Du volume d'une pomme, elle acquit rapidement le volume qu'elle présente aujourd'hui. A dater de ce moment il resta très-souffrant, très-abattu.

Enfin en juin dernier, il entra à la Pitié, dans le service de M. Gosselin, où il se trouve maintenant. Il a été mis de nouveau à l'usage de l'iodure de potassium et à la digitale. Il se trouvait mieux de ce traitement, lorsque au mois de septembre, à l'époque des premiers froids, son état s'est de nouveau aggravé.

En présence de ces symptômes et de la marche de la maladie, il ne pouvait y avoir de doute dans le diagnostic. Il était évident qu'on avait affaire à un anévrysme. L'expansion isochrone de la tumeur ne laissait pas de doute à cet égard. Mais ce qu'il s'agissait de déterminer, c'était le siége de cet anévrysme, son point de départ et son point d'émergence. C'est par l'analyse des symptômes éprouvés par le malade et surtout par l'étude de la marche graduelle des phénomènes, comparée à la marche habituelle qu'affectent ces sortes de tumeurs, que M. Béhier est arrivé à une détermination aussi exacte que possible. Pour lui la tumeur extérieure est un diverticulum d'une autre tumeur primitive dont le siége est dans l'aorte thoracique. Ce n'est, en effet, que par des poussées successives, comme on l'a vu, que la tumeur est arrivée au point de développement qu'elle présente actuellement. Mais sur quelle partie de l'aorte a-t-elle son point de départ ? Ce n'est pas sur l'aorte ascendante. Les prolongements de la tumeur se seraient projetés dans ce cas sur la partie droite du sternum. Ce n'est point sur la crosse. C'est à la fourchette du sternum que la tumeur aurait fait émergence. C'est donc sur l'aorte descendante. Les symptômes précédemment constatés, la petitesse extrême du pouls du côté gauche, les douleurs du bras gauche, etc., sont, en effet, parfaitement en rapport avec cette détermination.

Mais à quoi tient cet effacement du pouls du côté gauche ? Tient-il à ce que la tumeur anévrysmale se serait développée aux dépens de l'origine des vaisseaux carotidiens et de la sous-clavière ? ou bien est-il le résultat d'une compression de ces vaisseaux par la tumeur ? M. Béhier pense que c'est simplement le résultat de la compression. Ce qui le porte à penser ainsi, c'est que ce ne sont pas les vaisseaux seuls qui se sont trouvés ainsi modifiés, mais les nerfs du plexus brachial aussi, témoins les douleurs et les symptômes d'altération de l'innervation que le malade a éprouvés et éprouve encore dans toutes les parties qu'animent ces nerfs.

Enfin les symptômes de suffocation, l'enrouement et l'aphonie, que ce malade a également éprouvés, ne s'expliquent pas moins bien par la compression que la tumeur a exercée successivement, d'abord sur la partie supérieure du poumon, puis sur le nerf récurrent.

Nous n'insisterons pas davantage, pour le moment, sur ce fait, dont nous ne donnons ici qu'un rapide aperçu, uniquement dans le but de faire ressortir l'importance des symptômes consécutifs comme moyen de détermination du siége, du mode de développement et de la marche graduelle de la tumeur anévrysmatique dont il s'agit. M. Béhier, dans une leçon subséquente, a du entrer, à l'occasion de ce fait, dans des développements plus étendus et plus importants sur l'histoire générale des anévrysmes de l'aorte, que nous exposerons plus tard. Il y aurait un grand intérêt surtout à discuter les indications thérapeutiques et diététiques sur lesquelles on est loin encore de s'entendre. C'est ce qui sera probablement fait.

Sur la fausse pustule maligne comparée à la vraie.

Dans sa leçon clinique du 9 mars, M. le professeur Gosselin a entretenu ses élèves d'un malade qui venait de lui être présenté à l'instant, à l'issue de la visite. Voici en quels termes le professeur a exposé l'état de ce malade :

Cet homme porte, à la partie antérieure de la cuisse gauche, une escharre noirâtre et molle, ayant 1 centimètre en hauteur

FEUILLETON.

DE LA

CLASSIFICATION GÉOGRAPHIQUE DES MALADIES[1].

Cette extension aux pays froids des maladies plus particulières aux régions chaudes a lieu de deux manières : ou bien, comme pour la fièvre intermittente, l'affection se développe sur place, à l'aide d'une température suffisante agissant sur un terrain convenable ; ou bien la maladie chemine avec les relations sociales, comme le choléra, et il arrive alors, ou que les germes transportés se développent en foyers d'infection, ou, sans me « servir de termes sur la signification desquels tout le monde n'est pas d'accord, » que la maladie se transmet de l'homme malade à l'homme bien portant « par la reproduction au sein de l'organisme malade de miasmes analogues à ceux qui ont déterminé la maladie et qui vont agir à distance sur un organisme sain, » ainsi que M. le docteur Crouillebois le dit, à propos de la fièvre jaune, dans une monographie fort remarquable de l'épidémie de 1862 à la Véra-Cruz (1).

1. Voir les numéros des 16 et 21 mars.

(1) *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, décembre 1863.

Il est des maladies des pays chauds qui pourraient paraître, au premier abord, de nature purement inflammatoire ; toutefois, ce sont là des exceptions plus apparentes que réelles, car on peut presque toujours soupçonner au fond l'élément miasmatique ou réputé tel. Les symptômes inflammatoires concomitants s'expliquent par la suractivité fonctionnelle que le climat imprime particulièrement aux organes qui en sont le siége, mais ne fournissent nullement l'indication d'un traitement antiphlogistique énergique. Ainsi, le foie travaille activement pour suppléer à l'insuffisance du fonctionnement pulmonaire, et il survient des hépatites ; la chaleur qui surexcite les fonctions cutanées détermine des éruptions ; cette sorte de révulsion contribue elle-même à produire des constipations fréquentes, qui irritent le gros intestin par la stagnation des matières, et il arrive ensuite facilement des dyssenteries avec un abaissement de température venant à supprimer ou à diminuer la révulsion cutanée à laquelle l'organisme est fait. Ces influences spéciales pourraient suffire à donner la raison des inflammations dont je parle ; néanmoins les auteurs admettent volontiers l'élément miasmatique dans l'étiologie de l'hépatite et de la dyssenterie, et pour moi, je crois que c'est bien là leur cause principale. Avec l'assainissement des localités, en effet, ces affections diminuent de fréquence, ainsi que cela s'observe déjà en Algérie, où les dyssenteries apparaissent moins fréquemment que dans les premiers temps de notre conquête, et où les hépatites graves sont devenues de rares exceptions.

La fréquence de l'ophthalmie pourrait de même suffisamment s'expliquer par la congestion qu'une vive lumière détermine dans l'œil, mais l'infection n'est évidemment pas étrangère non plus à la production de cette affection contagieuse.

Ainsi donc la richesse du sang, condition principale de l'inflammation pure, étant exceptionnelle dans les pays chauds, et un élément infectieux s'y révélant au contraire presque partout, il est rationnel et prudent de soupçonner toujours cet élément derrière les inflammations spéciales aux zones torrides, et d'agir en conséquence.

Le miasme qui engendre la fièvre intermittente est celui dont les sources sont le plus répandues. Son développement nécessite l'existence d'une chaleur humide, et c'est près des marais qu'on le voit agir avec toute sa force. Il trouve en eux, dans les pays à fièvres intermittentes, ses foyers de production les plus actifs ; mais son existence n'est pas nécessairement liée à leur présence, attendu qu'on en rencontre aussi fréquemment le germe sur un sol montagneux où l'écoulement des eaux est facile. Il se révèle alors en fermentant sous l'influence de la chaleur lorsque la terre vient à être momentanément humectée par les pluies.

D'un autre côté, la présence de marécages ne se trouve pas forcément partout être une cause d'insalubrité ; car, de même qu'il y a des fièvres intermittentes sans marais, il y a aussi des marais sans fièvres intermittentes, absolument comme il existe des deltas et des rivages bas, humides et chauds, sans choléra et sans fièvre jaune.

A la Nouvelle-Calédonie et à Taïti, par exemple, malgré de nombreux marais et une température moyenne de 22 à 24 degrés, on ne voit pas de fièvres intermittentes. On n'y voit pas non plus d'hépatites et de dyssenteries graves, ce qui est encore une bonne raison

et 7 ou 8 millimètres en largeur. Autour de cette escharre se trouve une surface d'un rouge érysipélateux, qui s'étend dans tous les sens à cinq ou six travers de doigt. Il n'y a aucun gonflement apparent. Si l'on presse avec un doigt la rougeur la plus voisine de l'escharre, on sent, dans l'étendue de quelques millimètres, une base dure; mais au delà, le tissu cellulaire sous-cutané est souple, sans gonflement et même sans empâtement. La douleur n'est pas très-vive, mais un sentiment de chaleur existe dans les parties malades. Quant à l'état général, il n'est pas très-mauvais, puisque ce malade est debout et a pu venir à pied. Cependant il est pâle, a mal dormi la nuit dernière, il a la peau chaude, le pouls à 88 et se sent peu d'appétit. Interrogé sur la cause et la marche de son mal, cet homme, qui est âgé de trente-cinq ans, nous répond qu'il ne connaît aucune cause, qu'il a commencé à sentir un picotement hier matin et que la tache noire centrale s'est montrée dans la soirée et s'est développée surtout pendant la nuit.

On nous présente ce sujet en nous demandant si c'est une pustule maligne et s'il y a lieu de lui faire immédiatement une cautérisation énergique.

Je réponds sans hésiter par la négative : ce n'est pas une pustule maligne.

1° Parce que l'escharre de la pustule maligne n'acquiert pas des dimensions aussi grandes en aussi peu de temps (vingt-quatre heures), au moins dans le plus grand nombre des cas que nous observons à Paris;

2° Parce que la pustule maligne ne s'accompagne pas d'une rougeur aussi intense dans les vingt-quatre premières heures de son apparition;

3° Parce que la rougeur n'apparaît guère dans la pustule maligne sans avoir été précédée d'un gonflement sous-cutané incolore, qui n'existe pas ici;

4° Enfin parce que cet homme est concierge, qu'il n'y a pas dans sa maison d'animaux ou de dépouilles d'animaux pouvant avoir eu le charbon, et qu'il n'a touché ni cuirs, ni peaux, ni laines suspectés de lésion charbonneuse.

Comparez ces détails à ceux que je vous ai fait remarquer hier sur un jeune garçon de quatre ans, que j'ai considéré comme atteint de pustule maligne, et que vous m'avez vu traiter par la cautérisation avec le beurre d'antimoine, après incision cruciale et ablation partielle de l'escharre.

Cet enfant est fils d'un mégissier. Il est vrai que, comme dans beaucoup de cas de ce genre, nous n'avons pas la preuve que les peaux actuellement en travail chez le père aient appartenu à des animaux charbonneux, ni même que l'enfant ait été positivement inoculé.

Mais vous avez vu, sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne :

1° Une escharre sèche ayant 1 centimètre de diamètre, et arrivée au quatrième jour de son évolution;

2° Autour de cette escharre, quelques vésicules;

3° Plus loin et dans toute l'étendue de la région sus-hyoïdienne, un gonflement considérable, élastique, sans aucune rougeur de la peau;

4° Indolence absolue du mal et absence complète de symptômes généraux.

Remarquez bien les analogies et les différences entre ces deux cas :

Dans l'un et l'autre, une escharre de même étendue.

Dans le premier, formation de cette escharre en un jour; dans le second, formation en trois jours.

Dans le premier, rougeur vive survenue presque en même temps que l'escharre; dans le second, point de rougeur.

Dans le premier, absence de gonflement; seulement induration à la base de l'escharre et autour d'elle; dans le second, gonflement étendu au loin.

Dans le premier, un léger état fébrile, quoique le mal soit tout récent; dans le second, point de fièvre, quoique le mal date de trois jours.

Chez le second malade, j'ai dû croire à l'existence d'une pustule maligne arrivée à sa troisième période; car l'existence d'une escharre centrale de la peau, avec gonflement diffus du tissu cellulaire circonvoisin, sans rougeur et sans symptômes généraux forment un ensemble qui, en pathologie et en clinique, ne peut être rapporté qu'à cette maladie. Voilà pourquoi j'ai cautérisé et produit, par l'application pendant une heure de la charpie imbibée de chlorure d'antimoine, une escharre épaisse et large, dans laquelle, je l'espère, sont compris et détruits tous les principes virulents dont l'absorption ultérieure aurait pu amener l'empoisonnement et la fièvre mortelle.

Je vous signale au contraire le premier malade comme ayant une forme très-insolite d'érysipèle développé autour d'un ecthyma ou d'un furoncle. Nous voyons de temps en temps, pendant les épidémies d'érysipèles surtout, des exemples d'escharres survenues rapidement sous l'influence de l'érysipèle et à son centre, et le degré de gravité n'est indiqué, en pareil cas, que par celui des symptômes généraux. En ce moment, il y a peu d'érysipèles, et la plupart de ceux que nous voyons sont accompagnés d'une fièvre modérée. Notre malade a un érysipèle de ce genre, presque apyrétique. Cet érysipèle s'est développé autour d'une pustule d'ecthyma ou d'un petit furoncle, au centre duquel s'est formée une escharre. Il est très-probable, vu la modération des symptômes généraux, que l'escharre va s'éliminer, que nous verrons un peu de suppuration épaisse s'échapper du centre de l'induration, l'érysipèle disparaître et la guérison survenir promptement.

En effet, dès le lendemain de l'entrée du malade, l'érysipèle avait sensiblement diminué et l'appétit revenait; le surlendemain l'escharre s'éliminait et l'on voyait poindre un petit bourbillon. Les jours suivants, la rougeur achevait de se dissiper; une petite croûte recouvrait la solution de continuité très-superficielle, placée au niveau de l'escharre éliminée et remarquable par la sensibilité très-vive dont elle était le siége et dont le malade s'est plaint pendant quelques jours. Enfin le 18 mars, le malade sortait guéri, sans avoir présenté en aucune façon des symptômes ultérieurs pouvant être rapportés à la pustule maligne. Il s'agissait donc, chez lui, d'un de ces cas de fausses pustules malignes que l'on prend facilement pour vraies, et qui ont donné lieu à des méprises et à des erreurs dans le diagnostic et le traitement des affections charbonneuses chez l'homme.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 13 mars 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. COSTE (de Marseille) assiste à la séance.

COMMUNICATION.

Des phlegmons et gangrènes diabétiques.

M. VERNEUIL. La Société se rappelle sans doute la dernière observation de phlegmon diabétique que je lui ai communiquée. Le diabète était intermittent; mais à la sortie du malade, ce symptôme avait cessé complètement d'exister. Ce même individu vient de rentrer dans mon service; il est atteint d'un phlegmon gangreneux de la jambe. Les caractères de cette affection sont tels, que je n'eusse point hésité, si je n'avais point connu le malade, à déclarer qu'il s'agissait d'un phlegmon diabétique. Cependant le sucre n'existe plus dans les urines; mais, en revanche, le malade est atteint d'ascite avec anasarque. De ce fait, je rapprocherai l'observation suivante : Un homme âgé de quarante-deux ans est diabétique depuis huit ou dix ans. A plusieurs reprises, il a été affecté de furoncles multiples et d'anthrax. A une certaine époque, le diabète a été remplacé par l'albuminurie, qui elle-même s'est compliquée d'accidents multiples. Depuis deux ans, il n'y a plus de sucre dans les urines; mais l'albumine est toujours accusée par les réactifs. Récemment, le malade a été pris de furoncles et d'un panaris gangréneux. Il s'agissait de savoir si l'on inciserait ce panaris. J'ai renoncé à cette pratique : d'une part, parce que je suis peu partisan des incisions chez les diabétiques; d'autre part, parce que j'ai appris du malade que la moindre opération était, chez lui, suivie d'accidents graves. Les diverses phlegmasies se sont terminées par ulcérations; mais à plusieurs reprises, j'ai observé de véritables hémorrhagies, par ces plaies qui n'étaient point du fait de la chirurgie.

Malgré l'absence du sucre dans les urines, on peut cependant se demander si les phlegmasies actuelles ne sont pas, comme les précédentes, sous l'influence éloignée du diabète.

Les deux faits que je viens de relater permettent de supposer que, chez certains albuminuriques, on peut observer des affections gangréneuses et une disposition spéciale aux hémorrhagies.

M. GIRALDÈS. Il ne faudrait pas poser en principe que, chez les diabétiques, les incisions sont nécessairement suivies d'hémorrhagies; je pourrais citer, par exemple, l'observation d'un diabétique que j'ai traité pour un phlegmon très-étendu du cou. J'ai fait une longue incision, et la guérison est survenue sans entrave.

M. VERNEUIL. Sans vouloir poser de règles, j'ai dit que les ulcérations chez les diabétiques, que les incisions semblent présenter une prédisposition manifeste aux hémorrhagies.

M. BLOT. Je serais curieux de savoir si les divers malades observés par M. Verneuil ont présenté tous l'alternance du diabète et de l'albuminurie. J'ai insisté un des premiers sur l'influence de l'albuminurie dans les hémorrhagies qui compliquent la délivrance; dans les faits qu'on vient de citer, quelle est la part de l'albuminurie, quelle est celle du diabète. L'influence de l'albuminurie me paraît démontrée par des faits nombreux; quelle est l'importance du diabète sur l'hémorrhagie ?

M. VERNEUIL. J'ai observé trois fois les hémorrhagies dont il est question. Les deux premiers malades étaient diabétiques, le dernier, c'est-à-dire celui dont j'ai parlé tout à l'heure, était autrefois diabétique, il est actuellement albuminurique. La question que m'a posée M. Blot est remplie d'intérêt, les observations ultérieures pourront seules permettre de la résoudre.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Reproduction de l'os sans l'intervention du périoste. — M. DUBRUEIL montre l'avant-bras d'un lapin sur lequel on peut constater la reproduction parfaite d'un sixième de la longueur de l'os; la résection avait été faite en ayant soin de détruire la partie correspondante du périoste.

M. DESPRÉS. L'expérience dont M. Dubrueil vient de nous montrer les résultats, confirme celles de M. Ranvier. Ces deux expériences se réunissent pour démontrer que dans certaines conditions la reproduction des os peut s'effectuer en dehors de l'influence du périoste.

M. GIRALDÈS. Il y a longtemps que Syme a fait des recherches analogues. Il existe dans les Transactions philosophiques de la Société d'Edimbourg un travail intéressant; l'auteur démontre, par une série de pièces, que l'os enlevé peut se reproduire même en l'absence du périoste, mais dans ce cas l'os nouveau a une forme très-irrégulière. Si au contraire on conserve le périoste, l'os se reproduit avec ses dispositions normales.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 21 décembre 1866. — Présidence de M. GUIBOUT, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le traitement de la fissure à l'anus.

M. BLACHEZ. Le procédé chirurgical le plus généralement employé pour la cure des fissures à l'anus, est la dilatation forcée du sphincter. Cette dilatation ne peut être convenablement pratiquée qu'à la condition de mettre le malade dans un état d'anesthésie complète. C'est dans cet état seulement que le sphincter se laisse dilater suffisamment. Or, cette opération préliminaire est toujours, pour le patient, un sujet d'appréhension légitime. En outre, la dilatation forcée laisse après elle et souvent pour longtemps, une incontinence incomplète des matières fécales qui peut, en persistant, dégénérer en une véritable infirmité. Cette incontinence, hâtons-nous de le dire, n'est habituellement que passagère. Quoi qu'il en soit, ces différents inconvénients du traitement chirurgical ont déterminé les médecins et en particulier M. le professeur Trousseau à tenter, par des moyens moins violents, la cure de la fissure anale. La méthode de M. Trousseau consiste, comme on le sait, à donner au malade des quarts de lavement faits avec la décoction de ratanhia, après avoir préalablement vidé le rectum par un lavement simple. Cette méthode compte beaucoup de guérisons, et si elle ne réussit pas toujours, l'insuccès tient souvent à ce que certains détails du traitement sont négligés par le malade.

Je suis convaincu que dans le traitement de la fissure à l'anus, c'est précisément l'observation de certaines précautions, en apparence minutieuses, qui commande en quelque sorte le succès. J'ai eu occasion de traiter, depuis deux ans, plusieurs cas rebelles, et dans les

---

pour prouver que la chaleur ne suffit pas à elle seule pour déterminer ces maladies. Elles exigent en outre la présence d'une cause de nature tellurique, et par suite, je le répète, on n'est nullement autorisé à les rapprocher outre mesure des affections inflammatoires des pays froids, dont l'origine est toute différente.

Ainsi donc une température élevée est favorable au développement et à la volatilisation des agents subtils qui déterminent la plupart des affections des régions tropicales, mais elle est impuissante à les créer. Il faut la préexistence d'un germe ou la production d'un ferment dont la nature varie suivant les lieux. Certaines contrées tristement favorisées en possèdent plusieurs; d'autres, au contraire, en sont à peu près dépourvues, et se font remarquer alors par leur salubrité. L'état du sang y met à l'abri des maladies inflammatoires des pays froids, tandis que le sol ne fournit aucune des affections des pays chauds. Toutefois il peut arriver ici, comme dans les pays froids, que le climat en lui-même soit un obstacle à la perpétuation de l'espèce, en augmentant la mortalité de la première enfance, ou même en diminuant la fécondité. C'est-à-dire que le difficile problème de l'acclimatement dans les pays chauds est subordonné à la suppression, ou tout au moins à l'affaiblissement de deux grandes influences : la haute température et les émanations telluriques. Nous ne pouvons que fort peu de chose contre la première, dont l'importance semble par bonheur relativement secondaire; les quelques soins hygiéniques que nous sommes à même de lui opposer, paraissent suffisants pour conjurer une partie notable de son action malfaisante. La dernière serait de beaucoup la plus puissante, car, là où elle manque, il est presque certain que les races européennes peuvent se perpétuer. Tout porte à croire, en effet, que les Boers, par exemple, Hollandais d'origine, vivent et se multiplient dans le sud de l'Afrique sans aucune communication avec l'ancienne métropole, de même aussi que les Petits-Blancs de la Réunion se perpétuent dans l'intérieur de l'île, en dehors de toute nouvelle immigration européenne. La certitude sur ce point, il est vrai, n'est pas absolue, parce que les faits qui tendent à l'établir ne s'appuient pas sur des données numériques positives, qui seules pourraient faire foi (1). Cependant ils offrent d'assez grandes probabilités pour permettre de penser que s'il existait un moyen de détruire, jusque dans leurs racines, les influences miasmatiques, la question de l'acclimatement, si indécise encore, aurait fait un grand pas.

Malheureusement la science, sans être muette, est encore très-défectueuse sur ce point. Elle ne nous indique guère, comme remède au mal, que l'exécution de l'ensemble des grands travaux connus sous le nom de travaux d'assainissement, et comme les foyers d'infection sont nombreux et considérables, la tâche de la civilisation est immense.

Cependant il est juste de remarquer ici que la culture se plaçant au premier rang des modificateurs hygiéniques du sol, les effets favorables obtenus par son concours se doublent de tous les autres avantages que répand autour d'elle une agriculture florissante. Mais les premiers colons des régions chaudes où règnent des endémies, n'en payeront pas moins de leur existence un bienfait qu'ils légueront à leurs successeurs sans en avoir joui, comme cela s'est vu en Algérie aux premiers temps de l'occupation française, et s'y voit encore dans les postes de nouvelle création.

Ici, je prie le lecteur de me permettre une digression au sujet de l'acclimatement européen dans notre grande colonie africaine, dont la prospérité intéresse la France à un si haut degré.

Les résultats avantageux acquis sur des points autrefois très-insalubres, tels que Bône, Aumale, Bouffarick, aujourd'hui déjà parfaitement habitables, permettent d'avoir foi dans l'implantation de la race latine sur le sol algérien, bien que cela ait pu paraître douteux à des esprits fort éclairés. L'exemple des Romains, qui ont disparu des mêmes lieux après plusieurs siècles de possession, est, suivant moi, un argument contraire d'une faible portée.

Ce n'est pas seulement, en effet, dans le climat qu'il faut rechercher l'explication de ce fait, car la température du Tell ne diffère pas sensiblement de celle de l'Italie, et la salubrité de la campagne de Rome n'est pas actuellement supérieure à celle de l'Algérie. Quelques considérations de l'ordre politique rendraient un compte bien plus satisfaisant de cette disparition de tout un peuple. Ne pouvant m'engager dans aucun détail de cette nature, je me bornerai à faire remarquer que les Romains, devenus faibles, ont disparu autrefois par l'absorption, ou par la destruction et le refoulement du plus faible par le plus fort, comme les Indiens de l'Amérique du Nord disparaissent aujourd'hui devant la force exubérante de la race anglo-saxonne. Et d'ailleurs, l'hygiène des Romains, en face de la grande endémie du

(1) Bertillon, *Loc. cit.*

quels j'ai pu obtenir très-rapidement une amélioration notable et en définitive une guérison qui ne s'est pas démentie.

Le procédé que j'emploie n'est qu'une modification, un perfectionnement, si on veut, de celui de M. Trousseau. Voici en quoi il consiste :

Pendant douze ou quinze jours, temps nécessaire pour la cure complète, le malade prend, aux deux principaux repas, une dose de rhubarbe ou de tout autre purgatif doux, suffisante pour entretenir des selles liquides. 1 gramme de rhubarbe à chaque repas, 4 à 6 capsules d'huile de ricin, un verre d'eau de Pulna, le matin, à jeun, permettent d'obtenir quotidiennement ce résultat.

Avant d'aller à la garde-robe, le malade doit recouvrir la fissure d'une couche de suif ou de beurre de cacao convenablement ramollis. Le suif est préférable. La couche doit être assez épaisse. Les garde-robes sont toujours provoquées par un lavement qui est immédiatement rendu, de manière que le rectum se vide rapidement, d'un seul coup. Une lotion froide est immédiatement pratiquée, et une onction avec la pommade à l'extrait de ratanhia est faite sur la fissure. On peut compléter cette espèce de pansement par un demi-quart de lavement additionné de 1 gramme d'extrait de ratanhia.

Dans les premiers temps, quand la fissure est très-douloureuse, quelques bains de siége tièdes, après la selle, donnent beaucoup de soulagement. J'ai pu faire calmer les douleurs si vives de la défécation, en prescrivant au malade de rendre son lavement dans le bain de siége, dont l'eau est aussitôt renouvelée.

Enfin, comme aucun détail ne doit être négligé, je dois faire remarquer que l'introduction de la canule, quelquefois intolérable, devient inoffensive quand on a soin de protéger avec le doigt la petite plaie du contact de l'instrument.

Quand la fissure est ancienne, profonde, quand elle existe chez des sujets affaiblis, chez des scrofuleux, chez les tuberculeux, une cautérisation légère avec le nitrate d'argent accélère singulièrement la guérison. Cette cautérisation doit être pratiquée de préférence quatre ou cinq heures après les garde-robes, au moment où la douleur est à peu près nulle.

On voit, en somme, que ce mode de traitement se recommande spécialement par un certain luxe de précautions. Deux points me paraissent surtout importants : obtenir, jusqu'à la guérison, des selles liquides ou molles et rendues par lavements ; protéger la plaie contre le contact irritant des fèces.

Ajoutons qu'une fois la fissure guérie, le malade doit continuer pendant un mois au moins l'usage des lavements, jusqu'à ce que toute sensibilité ait disparu. En règle générale, les malades qui ont été affectés de fissure à l'anus, doivent éviter avec grand soin une défécation difficile, et s'astreindre aux soins de propreté les plus minutieux.

Je joins à cette note deux observations résumées, prises sur deux sujets de constitution fort différente.

M. X..., de constitution robuste, pléthorique, habitué à l'exercice et au mouvement, fut forcé, pendant plusieurs mois, de mener une vie fort sédentaire. Sujet depuis sa jeunesse à des fluxions hémorrhoïdales légères, il vit bientôt cette disposition s'augmenter par suite d'une constipation opiniâtre. Au bout de quelque temps, la défécation devint difficile et fort douloureuse. Un flux de sang considérable accompagnait toutes les selles, et le passage du bol fécal détermina bientôt des douleurs violentes, avec congestion cérébrale très-marquée. A ce moment, M. X... avait à la partie gauche de l'anus, une fissure assez profonde siégeant sur le pédicule d'une hémorrhoïde de la grosseur d'une noisette. Un petit bourrelet hémorrhoïdal occupait la partie droite de l'orifice anal.

On obtint facilement des selles liquides à l'aide de 1 gr. 50 de rhubarbe, prise à chaque repas. L'écoulement sanguin cessa dès les premiers jours, et au bout de trois semaines la fissure était complétement cicatrisée.

Trois mois après, les douleurs se manifestèrent de nouveau. L'ancienne fissure paraissait s'être un peu rouverte. Quelques jours de traitement amenèrent une guérison qui ne s'est pas démentie depuis dix-huit mois.

Le second malade était phthisique, considérablement amaigri. La fissure siégeait également à gauche. Elle était profonde. Bien que le malade eût des hémorrhoïdes, le flux sanguin était peu abondant. Les douleurs étaient telles que le patient s'en préoccupait uniquement, bien que la phthisie fût déjà fort avancée. Le résultat du traitement fut très-rapidement obtenu. Au bout de huit jours, les douleurs avaient disparu. La surface de la fissure était sèche et se cicatrisait rapidement. Le malade se crut complétement guéri et promit cependant de continuer le traitement. Je l'ai perdu de vue.

M. PETER mentionne un procédé offrant une grande analogie avec celui que vient d'indiquer M. Blachez. Il consiste à administrer d'abord des lavements émollients, afin de déterminer la liberté du ventre ; puis un quart de lavement additionné de sulfate de cuivre à la dose de 60 centigrammes.

M. Peter cite à l'appui l'observation suivante :

Fissure à l'anus chez un homme atteint de syphilis. — Lavement au sulfate de cuivre.

Le nommé Léonard B..., âgé de vingt-sept ans, peintre, entre le 19 novembre 1866 dans le service de M. Peter.

Antécédents. Chancre il y a cinq ans. Il dit avoir eu un autre chancre il y a trois ans. A cette époque, plaques muqueuses de la bouche.

Il n'a pas eu d'autres accidents syphilitiques. — Traité par les pilules de Dupuytren.

Depuis trois mois, apparition d'une large plaque squammeuse sur la paume des mains. Cette éruption présente les caractères attribués par Bazin à la syphilide en plaques. C'est, en un mot, la psoriasis syphilitique des autres dermatologistes.

Le malade fut pris, il y a six semaines, de vives douleurs à l'anus. Dès lors, les selles deviennent douloureuses, avec exacerbation après la défécation. Quelquefois, il y a un véritable ténesme anal. Voici, d'ailleurs, comment la douleur apparaît, croît et s'éteint : elle commence immédiatement après l'expulsion des matières, et va en augmentant pendant une heure ; une heure après la défécation, elle est très-vive et persiste avec la même intensité pendant une heure encore ; puis elle diminue, mais ne s'éteint que quelques heures plus tard.

Pendant ces paroxysmes, B... ne peut s'asseoir sans augmenter ses souffrances. Il n'est calmé que par une marche continuelle.

Constipation persistante.

État actuel, état local. On voit à la marge de l'anus, sur le côté gauche, une petite fissure pouvant avoir 2 centimètres de longueur et 1 millimètre de largeur. Elle est située au niveau du sphincter externe de l'anus, et n'est bien visible que par la dilatation de celui-ci.

Traitement. Outre les pilules de proto-iodure de mercure administrées en vue de la syphilis, M. Peter prescrit, suivant une méthode de M. Trousseau, contre la fissure anale, un demi-lavement additionné de 50 centigrammes de sulfate de cuivre, — un par jour.

Dès les premiers lavements, le malade est soulagé. Le sixième jour, la défécation n'est plus accompagnée ni suivie de douleurs. On continue néanmoins l'emploi des lavements au sulfate de cuivre.

Le 2 décembre, c'est-à-dire treize jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la fissure se présente sous l'aspect suivant : elle a diminué de moitié de longueur. La surface du trajet fistuleux a pris l'apparence de la muqueuse avoisinante. On ne détermine aucune douleur en passant l'extrémité d'un stylet sur cette surface.

Le malade sort ce jour-là, et peut être considéré comme guéri.

M. J. WORMS oppose à ces médications : 1° celle par l'opium, dans le but d'obtenir l'absence des garde-robes, toujours très-douloureuses en pareil cas ; 2° celle par le perchlorure de fer, dans le but d'activer le travail cicatriciel.

M. BLONDEAU. D'après M. le professeur Trousseau, ces diverses méthodes n'offrent pas les garanties du traitement chirurgical.

M. FORGET dit que le traitement de la fissure anale sans opération chirurgicale a été essayé de tout temps : c'est celui qui se présente de prime abord à l'esprit du médecin. Or, tous les efforts tentés dans ce sens ont été le plus souvent infructueux, et l'opération presque toujours est devenue nécessaire. Aussi ai-je été quelque peu surpris, ajoute M. Forget, en entendant M. Blachez nous dire qu'il avait constamment réussi à guérir la maladie en question au moyen des préparations de ratanhia. Je l'en félicite, mais je l'engage à ne pas accorder une confiance trop absolue à cette médication, s'il ne veut éprouver plus d'une déception.

Le fait cité par M. Peter est du même ordre, sauf la différence du médicament mis en usage. Tous ces cas prouvent que la guérison de certaines fissures à l'anus est possible sans l'intervention du chirurgien ; mais ils sont exceptionnels, et ne peuvent constituer, au même titre que l'opération, une méthode générale de traitement.

Ce qui manque d'ailleurs dans tous ces faits pour qu'ils puissent être appréciés à leur juste valeur, c'est la détermination exacte de la physionomie anatomique et physiologique de ces fissures, ainsi guéries par les topiques et les injections. C'est, en outre, la constatation de la guérison au delà de plusieurs semaines, après cette guérison plus apparente souvent que réelle. Pour ma part, j'ai eu occasion d'opérer plusieurs individus atteints de fissure anale qui, disaient-ils, avaient été à plusieurs reprises guéris par les moyens médicaux, ce qui prouve qu'elles avaient récidivé malgré cette thérapeutique, que je considère comme palliative et nullement radicale. Et puis, je le répète, il y a fissure avec ou sans contracture du muscle sphincter. Lorsque la contracture existe d'une façon à peu près continue, qu'elle est permanente, la dilatation forcée est d'absolue nécessité ; car la contracture excessivement douloureuse est le fait culminant, l'état morbide principal, et toute médication topique sur la fissure est ici d'autant plus contre-indiquée, que celle-ci ne peut être accessible qu'autant que, préalablement, le spasme musculaire aura été détruit.

Et à ce propos, je ferai remarquer que l'on aurait bien moins longtemps discuté pour savoir où réside la cause de la douleur, dans la fissure ou dans la contracture, si on avait fait attention à ce qui se passe immédiatement après que la dilatation forcée a eu lieu ; on eût vu, en effet, que la contracture une fois détruite, malgré les déchirures superficielles que l'opération a produites à côté de l'ancienne fissure, toute douleur a cessé, et que les malades, qui, un instant auparavant, n'auraient pas rendu même un vent sans une sensation très-pénible, peuvent aller à la garde-robe sans inconvénient et aisément.

J'ajouterai que j'ai bien souvent traité les fissures anales par la dilatation forcée, et que je n'ai jamais observé d'accident à la suite de cette opération.

M. BRIQUET a donné ses soins, il y a vingt ans, à une dame nerveuse, affectée de fissure anale, de date ancienne et très-douloureuse. La dilatation fut pratiquée. Le résultat de l'opération fut très-favorable, et depuis lors ses avantages ne se sont pas démentis. Depuis, M. Briquet a constamment traité la fissure à l'anus par la dilatation méthodique qu'il considère comme le moyen le plus simple et le plus sûr.

M. BLONDEAU. Dans beaucoup de circonstances de ce genre, l'emploi du ratanhia détermine lentement à la vérité, mais sûrement la guérison.

M. GÉRY père accorde, en pareil cas, la préférence à la dilatation, et rappelle que Récamier conseillait de la porter très-loin, jusqu'à dilacérer les tissus sous-muqueux en ayant soin d'agir transversalement.

M. BOINET appelle l'attention sur les inconvénients qu'il y aurait à produire la déchirure de la muqueuse. Pour se mettre en garde contre les dangers d'une dilatation excessive, il faut avoir soin d'exercer les tractions les plus énergiques à droite et à gauche sur les ischions ; mais d'avant en arrière, il faut se tenir toujours dans une prudente réserve.

A cette condition, la dilatation est praticable et avantageuse dans le traitement de toutes les fissures, qu'elles soient profondes ou superficielles.

M. FORGET. En réponse à deux questions relatives, l'une au mode opératoire, et l'autre aux accidents dont il peut être suivi, M. Forget insiste de nouveau sur l'innocuité de la dilatation, du moins dans les cas où il y a eu recours ; il comprend difficilement, hors les cas des tumeurs hémorroïdaires, comment une hémorrhagie signalée par M. Boinet pourrait avoir lieu, et encore ne serait-elle alors d'aucune gravité. On a parlé d'abcès à l'anus, d'épanchement sanguin, dans le tissu cellulaire péri-anal ; il conçoit que cela puisse avoir lieu, bien qu'il ne l'ait point observé. Au surplus, comme à la suite de la dilatation, il y a une solution de continuité des tissus violemment distendus ; cette solution étant sous-cutanée, il n'est pas étonnant qu'elle ait l'innocuité des plaies de cette nature.

Quant au *modus faciendi*, et à une règle déterminée et invariable qui fixe le degré de dilatation qu'il faut atteindre, cela est assez difficile à préciser. On a parlé de Récamier, qui a introduit dans la pratique chirurgicale ce procédé opératoire, mais on n'a pas dit de quelle manière il l'exécutait.

Or voici, à cet égard, comment je l'ai vu opérer sur une jeune femme de ma clientèle, auprès de laquelle je l'avais appelé à l'époque où il commençait à vulgariser cette opération.

Rapprochant les doigts juxtaposés les uns aux autres, le pouce étendu et appliqué dans la paume de la main, de façon à simuler un cône ; il introduisit vivement le sommet de celui-ci dans l'anus en faisant exécuter à la main un mouvement de vrille ; de cette façon, les doigts et une portion de la main, que Récamier avait fine et allongée, disparurent dans le rectum. Ce premier temps accompli, il exécuta le second en retirant brusquement la main, ayant soin de faire les doigts écartés, c'est-à-dire, dans une attitude inverse de celle qu'ils avaient au moment de leur introduction dans l'intestin.

Ce que, pratiquée de la sorte et sans le secours de l'anesthésie, la dilatation produisit de douleur à la patiente, on le concevra sans peine si j'ajoute qu'elle tomba en syncope, et qu'il en résulta, pour cette jeune femme, un ébranlement nerveux qui exigea plusieurs jours pour se dissiper.

Cette opération est tellement douloureuse, que sans le concours de

---

sol algérien, était peut-être inférieure à la nôtre, et ils n'avaient point le sulfate de quinine comme moyen curatif.

Toujours est-il que les données fournies depuis notre conquête, montrent que les naissances sont supérieures aux décès chez les Maltais, les Italiens et les Espagnols. Ces derniers même se multiplient en Algérie plus qu'en Espagne. Le chiffre des décès des Français est encore au-dessus de celui des naissances ; mais il tend fortement à s'amoindrir de jour en jour, et il ne me semble pas douteux que les proportions ne soient complétement renversées dans un avenir prochain.

Cet espoir, basé sur ce qui se passe depuis trente-cinq ans au sud de la Méditerranée, trouve encore ailleurs une excellente raison à son appui. Si, en effet, il est à peu près certain que les Français se perpétuent à l'île Bourbon, sous le 21e degré de latitude sud, on peut affirmer, sans témérité, que l'Algérie leur permettra de vivre sur son sol assaini, attendu que ses côtes, placées vers le 36e degré de latitude nord (environ 15 degrés plus loin de l'équateur que la Réunion), ne sont séparées des côtes méridionales de la France que par une distance qui n'égale même pas la longueur de la France du sud au nord, c'est-à-dire qu'il y a moins loin de Marseille à Alger que de Dunkerque à Marseille.

Je demeure donc persuadé que nous pouvons très-bien nous acclimater en Algérie ; seulement, notre implantation y sera d'autant plus rapide et réussira d'autant mieux, que nos croisements avec les Espagnols seront plus nombreux.

Ce que j'ai dit plus haut des miasmes à fièvres intermittentes, s'applique à toutes les autres émanations telluriques morbides, avec cette différence que les difficultés augmentent quand le miasme possède la triste propriété de se transporter, de se reproduire lorsqu'il rencontre des conditions favorables à son développement, et d'agir à distance. Nous restons presque impuissants contre sa propagation, et les cordons sanitaires dont s'entourent les villes et les peuples réussissent à peine, le plus souvent, à retarder de quelques jours la marche du fléau. Quand la maladie chemine par terre, il est à peu près impossible de l'empêcher d'avancer, quelle que soit la rigueur des mesures adoptées dans ce but. Par mer, il se présente encore des difficultés considérables ; mais elles ne paraissent pas absolument insurmontables, ainsi que tend à le prouver ce qui s'est passé pour la Grèce durant l'invasion cholérique de 1865, à laquelle cette petite nation a su échapper par l'établissement de quarantaines intelligentes, sagement observées (1).

Dr LANOAILLE DE LACHÈSE, médecin aide-major.

La Société médicale du Panthéon vient de renouveler son bureau pour l'année 1867.

Ont été nommés : président, M. le docteur Auguste Mercier ; vice-présidents, MM. les docteurs Dupré et Edm. Langlebert ; secrétaire général, M. le docteur Domerc ; secrétaires annuels, M. le docteur Benoist de Lagrandière et M. Saint-Genez, pharmacien ; archiviste, M. le docteur Courserant ; trésorier, M. le docteur Giraudt ; membres du comité de rédaction, MM. les docteurs Bossu et Corlieu.

Les séances continuent à avoir lieu le premier mercredi de chaque mois, à huit heures du soir, dans une des salles de la mairie de l'Hôtel de Ville.

Les communications concernant la Société, doivent être adressées à M. le docteur Domerc, secrétaire général, boulevard Saint-Michel, n° 20.

(1) Révélaky, *Gaz. hebd.* 1865.

l'anesthésie elle serait impraticable ; aussi, avant d'y recourir, doit-on préalablement pousser les inhalations de l'éther jusqu'à l'insensibilité complète.

On opère de la manière suivante : deux doigts et mieux quatre sont successivement introduits dans le rectum et fléchis en forme de crochets. On s'en sert pour dilater d'abord très-énergiquement dans le sens transversal, d'une tubérosité ischiatique à l'autre, et on ne s'arrête que lorsqu'on est arrivé au contact de chacune d'elles.

On procède de même dans le sens antéro-postérieur, cette fois avec moins d'énergie, le premier temps de l'opération ayant suffi pour rompre en partie la contracture musculaire.

Quant au point précis auquel il convient d'arrêter l'effort dilatateur, dans le second temps, on en est averti par la sensation de résistance ou de souplesse des tissus perçue par les doigts qui constituent un agent intelligent de dilatation. L'expérience seule peut donner ici la mesure d'action nécessaire, et apprendre à ne pas la dépasser, comme aussi à ne pas rester en deçà.

J'ajouterai que pendant la manœuvre, on perçoit, avec les doigts, un bruit de craquement qui n'est pas constant, mais qui, lorsqu'il s'est produit chez mes opérés, m'a paru être l'indice que l'effet de l'opération était atteint, la détente des tissus contracturés ayant lieu aussitôt après.

M. DELASIAUVE considère l'extrait de ratanhia, la belladone, le perchlorure de fer, etc., comme autant de moyens usuels auxquels il convient de recourir d'abord ; et la dilatation forcée comme un procédé très-rapide d'exécution, donnant un soulagement immédiat et propre à déterminer la guérison radicale, et cite un fait à l'appui.

M. BOINET. Pour éviter les inconvénients inhérents à la méthode de Boyer : hémorrhagie, pansements fréquents, infection purulente, incontinence rectale, etc. Blandin conseillait de pratiquer une incision sous-cutanée, portant sur le sphincter exclusivement.

M. GUIBOUT, résumant la discussion, conclut que pour le traitement des fissures anales bien authentiques, la méthode chirurgicale est la seule définitive.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel, COLLINEAU.

CORRESPONDANCE.

En réponse à une note que nous avons publiée dans notre dernier numéro, M. le docteur Vacher nous adresse une lettre que nous regrettons de ne pouvoir publier textuellement. Mais notre impartialité nous fait un devoir de reproduire les faits énoncés par notre honorable confrère :

A M. le directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le directeur,

La *Gazette des Hôpitaux* du 21 mars publie une note où il est dit que je me suis plaint, dans une brochure récente, de ce que M. Husson avait refusé de me communiquer certains documents que je lui avais demandés.

J'ai formulé cette plainte dans mon *Étude statistique et médicale sur la mortalité*.

Vous ajoutez ensuite : « Cette assertion inexacte ayant été reproduite par un journal quotidien, M. Husson nous prie, etc. . . . »

Les termes de votre note me donnent le droit et m'imposent l'obligation de rétablir les faits en quelques mots.

Au mois de septembre 1865, je me rendis chez M. le directeur de l'Assistance publique, pour lui demander l'autorisation de placer quelques papiers ozonométriques dans les salles de cholériques des hôpitaux. M. le Directeur, parlant à ma personne, me refusa cette autorisation.

Plus tard, le 6 février 1866, j'écrivis à M. le directeur de l'Assistance publique, pour lui demander quelques documents sur la mortalité des hôpitaux. Je voulais les collationner avec ceux que l'Administration municipale avait obligeamment mis à ma disposition. Je ne reçus pas de réponse. Ce silence, après ma visite négative du mois de septembre 1865, équivalait, pour moi, à un refus, et je ne crus pas de ma dignité de réclamer une seconde fois auprès d'un administrateur qui m'avait précédemment si mal accueilli.

Tels sont les deux faits dont je me suis plaint dans mon livre.

L'ouvrage publié, M. Husson m'a écrit qu'il avait fait classer, en son temps, les documents en question pour me les envoyer, et que si je ne les avais pas reçus, *c'était par erreur, par un pur accident*.

Ce n'est pas tout ; M. le directeur de l'Assistance publique ne se contente pas de déclarer qu'il ne m'a rien refusé, il ajoute qu'il « communique volontiers à toutes les personnes qui lui en font la demande les documents dont il lui est permis de disposer. » Je regrette, sur ce point encore, d'être obligé de contredire M. Husson.

Je lis dans la *Gazette médicale* du 19 janvier (page 53), que l'un des écrivains les plus distingués de la presse médicale, M. le docteur de Ranse s'est adressé à M. le directeur de l'Assistance publique pour obtenir quelques documents relatifs à la mortalité des hôpitaux, et qu'il a éprouvé un refus comme moi.....

D[r] VACHER.

En terminant sa lettre, notre confrère en appelle au jugement du public médical. Nous lui donnons acte de cet appel.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE,

DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS.

Liste des médailles décernées aux membres du corps médical, à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1866.

MÉDAILLES D'ARGENT.

Alpes-Maritimes. Docteurs Soiran, Barelli et Malaussena (Nice) ; Montolivo (Villefranche). — *Ardennes.* Saintin (Vrigné-aux-Bois). — *Calvados.* Denis-Dumont, Chancerel (Caen). — *Côte-d'Or.* Rolland (Auxey-Meursault). — *Côtes-du-Nord.* Basset, officier de santé (Bringolo et Saint-Tréphine).

Finistère. Mirieu, Penquer, Lezelenc, Caradec, Lairan (Brest) ; Le Do (Lambézellec) ; Balestrie, Le Guillou (Concarneau) ; Beaugendre (Moëlan) ; Lucas, Guilliet (Le Faou) ; Mahé (Guiparan) ; Croc (Landerneau) ; Macé, Louarn (Audierne).

Gard. Larguier (La Grand'Combe). — *Loire-Inférieure.* Amelot (Batz). — *Mayenne.* Divet, interne (Oisseau) ; Sourdin (Evron). — *Morbihan.* Lemauff (Arzon). — *Moselle.* Gilbrin (Ars-sur-Moselle) ; Toussaint (Boulay, Wal-lez-Faulquemont, Baslieux, Courcelles-Chaussy) ; Barth (Boulay, Ottonville, Hinckange) ; Quarante (Vallières, Ventoux, Saint-Julien-lez-Metz, Nouilly, Sablon) ; Zwykowski (Villers-la-Montagne, Haucourt, Morfontaine, Laix et Baslieux) ; Comon fils (Longuyon) ; Fourrier (Serrouville) ; Chollot (Fontoy, Knutange, Hayange) ; Chalot (Einchwiller, Erstroff, Landroff, Harpig) ; Culman (Forbach, Styring-Wendel) ; Perrin (Einchwiller, Ottange, Marange, Silvange) ; Schneider (Marspich). — *Nièvre.* Rousset, interne (Rouy, Billy-Chevannes) ; Mathieu (Saint-Parize) ; Doumic (La Fermeté, Imphy, Saint-Ouen).

Nord. Lefebvre, Liagre (Roubaix) ; Lemaire (Dunkerque) ; Meurein (Lille) ; Vanpeteghem (Lille) ; Carette, Godefroy, Fichaux (Roubaix) ; Laloy (Armentières) ; Desmons (Cysoing) ; Dehenne (Bourbourg) ; Cocheteux, Vilain (Valenciennes) ; Bourgogne fils (Condé) ; Six, Soins d'Aligambe, Houzé de l'Aulnoit (Lille) ; Hadou (Armentières) ; Léonardi (Douai) ; Delbecque (Estaires).

Pas-de-Calais. Dehée (Arras) ; Taffin (Vitry) ; Pollet (Fleurbaix) ; Delattre (Sailly-sur-la-Lys et Fleurbaix) ; Ovion (Boulogne) ; Lecouffe (Saint-Pierre-lez-Calais) ; Dunan (Etaples) ; Delepouve (Saint-Omer) ; Senlecq (Fauquembergues) ; Guislain (Arques) ; Beaussart (Auxy-le-Château) ; Bacqueville (Hàillicourt) ; Flour (Boulogne) ; Lardeur (Saint-Omer et Arques).

Seine. Brelet, directeur de Lariboisière ; Ducom, pharmacien ; Damaschino, Mouchet, internes ; Matouillot, directeur de Saint-Antoine ; Desmazières, directeur de Necker ; Vincent, directeur de Saint-Louis ; Morisot, directeur de la Charité ; Prieur, directeur de la Pitié ; Vaquez, Le Ménager, Deschamps, Lefeuvre, Ballet, Cordier, Tissier, Fraignault, Thévenod, Caby, Cahours, Colvis, Valhuet pharmacien, Broquet vétérinaire (Paris).

Somme. Liouville, Duprat, Pénières, Peulevé, Deux, Léméré, internes (Amiens) ; Tripier (Domart) ; Vincent (Halloy-les-Pernois) ; Dusevel, Delaire, Herbet (Amiens) ; Joer (Prouville) ; Mahélin (Raincheval) ; Rovillain (Camon) ; Boulnois, Devauchelle, Lecourtois, Bourneville, Habran, Raymond et Culot, internes (Amiens).

Var. Chapuis, Gras (Toulon) ; Combal (La Seyne) ; Gensollens, étudiant (Solliès-Pont). — *Vendée.* Mainard, ancien infirmier de marine, Rousse, Robin (Fontenay). — *Yonne.* Legendre (Saint-Privé).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 6 mars, M. Sabatier, agrégé stagiaire et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé provisoirement de suppléer M. Moitessier, agrégé en exercice de ladite Faculté, délégué à l'École normale de Cluny.

—La Société médicale du 6[e] arrondissement (Luxembourg), tiendra sa séance mensuelle ordinaire à la mairie de l'arrondissement, place Saint-Sulpice, le lundi 25 mars, à huit heures très-précises du soir.

Ordre du jour : Des expériences d'anesthésie avec le gaz protoxide d'azote seront faites devant la Société, par M. le docteur Krishaber. — Communications diverses, par MM. Jacquart, Dequevauviller, Dumas.

Errata. — Dans la liste des médailles d'or accordées aux médecins qui se sont distingués pendant l'épidémie cholérique de 1866, il faut ajouter, à Paris, M. le docteur Desquibes, et rectifier, à Béthune, le nom du docteur Bezu, qui a été imprimé par erreur Bezin.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 36 — MARDI 26 MARS 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 26 MARS 1867. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 MARS 1867.

Séance de la Société médicale des hôpitaux.

La Société médicale des hôpitaux vient de mettre à l'ordre du jour une question pleine d'intérêt : celle des bruits vasculaires dits *inorganiques*.

On attribue généralement aux murmures vasculaires qui se font entendre à la région du cou, une assez grande valeur comme signe de l'anémie ; M. Parrot n'est point de cet avis.

Il ne croit pas que ces bruits dépendent de l'état du sang, mais au contraire de l'état des vaisseaux ; il les regarde comme se produisant dans les jugulaires, et les explique par une insuffisance des valvules veineuses, qui peut tenir elle-même à une dilatation momentanée de la veine, à une augmentation passive de son calibre.

M. Parrot fait remarquer, du reste, combien ces bruits sont souvent fugitifs, paraissant ou disparaissant suivant le moment de l'examen, suivant la position du malade, etc., etc. Ils sont habituels dans l'enfance, communs chez les vieillards, presque constants chez les nourrices du grand bureau, femmes solides pour la plupart, récemment arrivées de la campagne, et ne présentant aucun signe de débilitation ou de nervosisme. Ils sembleraient donc tenir plutôt à des dispositions individuelles qu'à toute autre cause.

Pour rendre compte de leur mécanisme, M. Parrot les divise en plusieurs catégories : selon qu'ils sont intermittents ou continus, avec un seul ou deux redoublements, une seule ou deux pulsations veineuses de la jugulaire, et selon qu'ils s'accompagnent ou non d'un bruit de souffle au cœur. M. Parrot s'attache à retrouver, dans tous ces cas, les deux conditions que Chauveau, Marey, etc., ont indiquées comme essentielles pour la production d'un bruit vasculaire : 1° un point où le passage pour le liquide en mouvement soit plus étroit ; 2° une tension moins forte après, qu'avant ce point rétréci ou cet obstacle. La présence de valvules insuffisantes et les différences de tension qui peuvent résulter de la contraction ou de la dilatation des cavités cardiaques réaliseraient ces conditions.

On se rappelle que déjà M. Parrot avait expliqué, par une insuffisance des valvules tricuspides, le bruit de souffle qui coïncide au cœur avec le premier temps dans l'anémie, les pyrexies, etc.

Ainsi, pour cet observateur, lorsqu'il s'agirait de bruits vasculaires inorganiques, les artères, comme les cavités gauches du cœur, seraient constamment hors de cause ; ceci me semble exagéré.

Tout récemment encore, M. Guéneau de Mussy nous faisait observer, chez une jeune malade nerveuse et chlorotique, un bruit de souffle bien marqué, avec frémissement sous le doigt, vers l'origine de la sous-clavière gauche ; et à ce propos il nous racontait comment lui-même et d'autres s'étaient trompés en supposant un anévrysme dans des circonstances analogues, chez une malade anémique, dont, à l'autopsie, le cœur et ses valvules, ainsi que les artères, furent trouvés parfaitement sains.

M. Baumetz, chef de clinique à la Pitié, nous a dit avoir observé, il y a trois ans, dans le service de M. Natalis Guillot, un fait absolument semblable chez un phthisique qui était profondément débilité, et qui présentait au sommet du poumon de larges cavernes sans indurations étendues M. Guillot, et tous les médecins qui virent ce malade, y compris plusieurs concurrents au bureau central, diagnostiquèrent un anévrysme de l'aorte. A l'autopsie on ne trouva rien, absolument rien d'anomal, ni dans le cœur ni dans les artères.

Ces faits de bruit de souffle dans les vaisseaux, se produisant ailleurs qu'à la région du cou et simulant des anévrysmes, chez des malades dont le sang est profondément altéré, sont très-fréquents et bien connus. Nous pourrions en citer encore quelques exemples très-récents. Parfois le siége de ces bruits était bien loin des oreillettes. Faut-il donc en rechercher la cause dans les veines du voisinage, pour appliquer à tous ces cas la théorie de M. Parrot.

Il me semble que du moment où l'on s'éloigne un peu du cœur, les conditions indispensables pour la production de bruits anomaux sans lésions matérielles ne peuvent guère se rencontrer que dans les artères ; mais qu'elles n'y sont pas impossibles.

Chacun sait combien souvent on observe, dans certaines affections nerveuses, des pulsations locales d'une énergie inaccoutumée : battements épigastriques ou abdominaux, etc. Quelquefois le siége de ces pulsations inquiétantes et gênantes pour le malade change à plusieurs reprises chez le même individu.

Mille autres preuves, surtout depuis les travaux de M. Claude Bernard, se réunissent pour démontrer que la tension des artères peut varier d'un point à un autre, d'un moment à un autre ; ce qui n'a rien d'extraordinaire, puisque les vaso-moteurs doivent participer au trouble général du système nerveux, et, comme les autres nerfs, être soumis à des paralysies locales momentanées.

Si l'espace ne nous manquait pas aujourd'hui, nous établirions qu'il n'en faudrait pas davantage pour expliquer, dans certains cas, un bruit de souffle anémique ou nerveux.

Nous n'adressons qu'un seul reproche à la théorie de M. Parrot : celui d'être un peu trop exclusif.

On ne voit pas bien pourquoi cette même dilatation active ou passive qui, selon M. Parrot, causerait dans le cœur droit les bruits tricuspidiens actifs ou passifs, et dans les veines du cou les murmures vasculaires, ne pourrait pas se produire dans les artères, et peut-être parfois dans le cœur gauche, sous des influences analogues.

J'expliquerais ainsi le pouls récurrent lorsqu'il ne tient pas à une disposition individuelle des anastomoses, lorsqu'on le voit naître, puis disparaître dans le cours d'une maladie.

Cette question du pouls récurrent m'a occupé longtemps ; je l'ai cherché sur un nombre immense de malades. On sait que Récamier l'avait signalé comme résultant d'un état inflammatoire, ou tout au moins d'un état congestif réclamant la saignée, dans certaines pyrexies. Je l'ai trouvé surtout dans le cas contraire : ainsi, dans la convalescence de fièvres graves, lorsque l'individu est profondément anémié, après de grandes hémorrhagies et souvent aussi dans l'état puerpéral. Dans ces circonstances, une ondée sanguine de retour, arrivant par les extrémités anastomotiques et capillaires, donne un pouls parfois très-marqué vers l'extrémité terminale de la radiale, tandis que cette artère est effacée plus haut sous une pression énergique.

Eh bien, nous dirions facilement du pouls récurrent ce que M. Parrot a dit des bruits tricuspidiens et des murmures vasculaires du cou : il peut tenir souvent à de simples anomalies, qui ne se rattachent à aucun état général ; il peut tenir à une dilatation active des vaisseaux sanguins amenée par certaines pyrexies au début ; enfin il peut tenir, comme l'admettaient déjà Skoda et plusieurs autres, à la débilité générale suite de l'anémie, ou, ajoutons-le, à des troubles momentanés dans l'innervation, suite de névroses qui, elles-mêmes, sont souvent liées à l'anémie de la manière la plus intime.

A propos d'une femme couchée au n° 27 de la salle Saint-Bernard, M. Guéneau de Mussy a insisté sur un signe de débilitation profonde, également tiré de l'état du pouls.

Cette femme entrée le 17 septembre pour une nécrose du fémur, fut prise dans la salle d'une rougeole à forme adynamique grave, avec crachats phthisoïdes, etc. Lorsqu'on la faisait asseoir sur son lit, le pouls devenait petit et faible, puis il reprenait une certaine vigueur sitôt que la malade était replacée dans la position horizontale.

Les excitants et les alcooliques produisirent une amélioration rapide de tous les symptômes, et la malade guérit. Chez elle comme chez les vieillards usés, comme chez ceux dont les forces ont été brisées par une fièvre typhoïde, etc., on constata pendant plusieurs jours une aggravation très-marquée des symptômes locaux de la pneumonie, ou plutôt de la congestion pulmonaire, du côté sur lequel la malade restait étendue pendant un certain temps. En la faisant coucher jusqu'au lendemain sur l'autre côté, on y faisait passer cette espèce de pneumonie hypostatique surajoutée.

Nous aurions encore à signaler plusieurs malades, entre autres un polydipsique inutilement traité par la valériane, etc., et guéri par la belladone dans le service de M. Guéneau de Mussy ;

FEUILLETON.

DE LA

CLASSIFICATION GÉOGRAPHIQUE DES MALADIES [1].

§ IV. — MALADIES DE TOUS LES CLIMATS.

Les affections de tous les climats sont celles qui peuvent se montrer avec une intensité et une fréquence sinon égales, du moins assez considérables dans toutes les régions du globe. Elles ne se rattachent directement ni à l'une ni à l'autre des deux grandes causes morbifiques si manifestement influencées par l'action climatérique : l'état du sang et les émanations telluriques.

Telles sont les fièvres éruptives, les maladies héréditaires, les maladies virulentes, les affections parasitaires, les transformations organiques, les empoisonnements et les affections traumatiques.

Ces divers groupes n'ayant entre eux aucun rapport intime, je ne saurais entrer, à leur sujet, dans des considérations générales étendues. Je me bornerai à faire les quelques remarques suivantes :

Bien que le sol paraisse tout à fait étranger à la production des fièvres éruptives (on ne saurait du moins leur assigner encore de foyer déterminé), leur ressemblance avec les maladies des tropiques n'en est pas moins très-grande ; mais elles se sont aujourd'hui si bien établies de l'un à l'autre pôle, qu'elles occupent légitimement une place très-importante dans la classe des affections de tous les climats.

Le groupe des empoisonnements renferme des affections dépendant de causes presque toujours bien connues, causes dont l'homme est à peu près entièrement maître (c'est là un grand trait de ressemblance qui leur est commun), et à l'aide desquelles il pourrait, en quelque sorte, produire à volonté la maladie partout où bon lui semblerait. La colique de plomb et l'hydrargyrie, par exemple, trouvent ici leur place. La pellagre, bien que limitée aux pays où l'on cultive le maïs (2), se range naturellement aussi dans cette catégorie d'affections, car elle se reproduira, indépendamment du climat, partout où la graine de cette plante, insuffisamment mûrie, deviendra la base de la nourriture. Il en est de même du typhus, qui naît partout de l'encombrement humain.

Le traitement de la plupart des maladies de tous les climats sera, pour chacune d'elles, à très-peu de chose près, le même en tous lieux. Il faudra néanmoins tenir compte avec mesure, des modifications générales imprimées par les climats aux populations soumises à leurs influences, absolument comme pour chaque cas spécial d'une même maladie, on est tenu d'avoir égard à la constitution et au tempérament particuliers de l'individu qui en est affecté. Quand, par exemple, on aura à traiter une fièvre éruptive sous les tropiques, on devra, d'une manière générale, être beaucoup plus réservé dans l'emploi d'une médication antiphlogistique énergique que si l'on avait à combattre une épidémie de la même fièvre dans une région tempérée du globe, et la fréquence, dans les affections tropicales, des symptômes paludéens concomitants devra, par contre, toujours tenir en éveil et rationnellement indiquer en de nombreuses circonstances l'administration du sulfate de quinine contre des maladies dont le traitement ne réclame presque jamais en Europe l'emploi de ce précieux antidote.

§ V. — APERÇU DE LA POSSIBILITÉ D'UNE CLASSIFICATION DES MALADIES, D'APRÈS LEUR RÉPARTITION A LA SURFACE DU GLOBE.

Comme conséquence de ce qui précède, les diverses affections morbides viendront se ranger dans les groupes suivants :

Maladies des pays froids.

Pléthore,
Congestions et hémorrhagies actives,
Inflammations,
Fièvre typhoïde.

Maladies des pays chauds.

Affections causées par les émanations telluriques.

Maladies de tous les climats.

Accidents morbides inhérents à l'état pathologique connu sous le nom de tempérament lymphatique.

---

1. Fin. — Voir les numéros des 16, 21 et 23 mars.

(2) Théophile Roussel.

Un homme, couché au n° 43 de la salle Saint-Paul, hôpital de la Pitié, service de M. Béhier, et qui présente une mélanodermie tout à fait semblable pour la teinte à la maladie d'Addison, sans cachexie, sans affaiblissement trop marqué, sans vomissements, sans symptômes généraux d'aucun genre; dans le service de M. Maisonneuve, un kyste de l'ovaire, guéri par la cautérisation en flèches, après avoir été inutilement ponctionné sept fois, injecté d'iode, etc.

Mais ces faits demanderaient des détails dans lesquels nous ne pouvons entrer aujourd'hui : nous y reviendrons.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. Laugier.

Anévrysme spontané de l'artère poplitée droite (mixte externe) avec susurrus. — Compression digitale. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Jolivet, interne du service.)

Le nommé Jacques V..., entré le 10 octobre dernier à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, 71, dans le service de clinique de M. le professeur Laugier, suppléé à cette époque par M. Panas.

Cet homme est de taille moyenne et assez bien constitué; sa santé a toujours été bonne; il a eu la syphilis en 1860 (chancre, roséole, chute de cheveux, etc.). Son travail n'est pas fatigant et n'exige aucun effort musculaire (il est coupeur de visières); il n'a reçu ni coups ni blessures qui puissent expliquer l'origine de sa maladie; l'extension forcée et brusque ne peut non plus être invoquée.

Le 25 septembre, en se levant, V... éprouva pour la première fois une douleur assez vive dans le jarret droit. Cette douleur alla toujours en augmentant, et dès les premiers jours d'octobre, la marche lui causait de si vives souffrances qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

En examinant cet homme, on trouve, dans le creux poplité droit, une tumeur pulsatile dont les battements sont isochrones avec ceux du pouls; molle, fluctuante, réductible par la pression, diminuant de volume et sans pulsations quand on comprime l'artère fémorale. Les battements sont perçus par l'œil, mais la main les apprécie mieux. De plus, le doigt placé sur la partie externe de la tumeur, sent bien nettement un véritable susurrus, qu'on ne perçoit pas sur le côté interne.

Le siége de ce frémissement vibratoire permet de penser que là est le point où existe l'orifice de communication entre l'artère et la tumeur anévrysmale.

Avec ou sans stéthoscope on entend, dans la tumeur, un bruit de souffle intermittent dont le maximum d'intensité se perçoit au même point que le susurrus. L'application du stéthoscope est très-douloureuse, ainsi que la palpation faite même avec précaution.

L'extension de la jambe cause de vives douleurs, aussi, le malade la tient-il toujours demi-fléchie. Les mouvements sont gênés, la marche est très-pénible et les nuits se passent presque sans sommeil.

La jambe et le pied sont le siége de fourmillements et d'élancements très-violents et douloureux que le malade compare à des crampes; mais je n'ai pas noté de contractions musculaires pendant les crises dont j'ai été témoin.

La circulation veineuse est gênée; les veines de la jambe sont dilatées, mais non pulsatiles; il y a de l'œdème. La circonférence du mollet droit a 2 centimètres de plus que celle du côté gauche. On sent très-distinctement les battements de l'artère pédieuse droite aussi forts qu'à gauche.

Au toucher, il est notable que toujours la température de la jambe droite est plus élevée que celle de la gauche. L'application du thermomètre, maintenu pendant deux heures avec de la ouate sur chaque mollet, a donné 35 degrés à droite et seulement 33 degrés à gauche.

Le volume de cet anévrysme égale celui d'une très-grosse orange; la tumeur remplit tout le creux poplité et commence à refouler les tendons qui limitent latéralement cette région; elle ne s'étend pas sous les muscles jumeaux.

La mesure des genoux, prise avec le compas d'épaisseur, donne, d'avant en arrière, 14 centimètres à droite et 10 centimètres à gauche.

La consistance de la tumeur, complétement molle et fluctuante, indique qu'il n'y a pas de caillots fibrineux épaississant la face interne de la paroi anévrismale.

D'après tous ces signes, il est évident que nous avons à traiter un anévrysme spontané, sans doute de la variété mixte interne, avec un susurrus manifeste, quoique l'anévrysme ne soit pas artério-veineux. — Cataplasmes laudanisés, pour calmer les douleurs.

Le 15 octobre, tous les symptômes vont en augmentant, le volume de la tumeur, les douleurs, qui privent complétement le malade de sommeil et la marche devenue impossible, le forcent à garder le lit.

Le mardi 16, à onze heures du matin, on commence la compression digitale continue de l'artère fémorale au pli de l'aine. Les poils ont été rasés, pour éviter la douleur que cause leur tiraillement.

Le mercredi 17, à onze heures, après vingt-quatre heures de compression bien supportée, le résultat est satisfaisant; la tumeur semble diminuée de volume; sa consistance a beaucoup augmenté; elle est presque indolente, même à la pression; on sent encore de très-légers battements; le souffle a disparu; une épaisse couche de caillots fibrineux s'est formée à la face interne de la poche anévrysmale.

On recommence la compression digitale, qu'on devra cesser quand les battements auront complétement disparu.

A quatre heures du soir, l'anévrysme ne présente plus du tout de pulsations; on cesse la compression digitale; on applique la compression Broca au pli de l'aine, pour laisser aux caillots le temps de durcir.

A six heures, de légers battements reparaissent. M. Panas serre davantage le compresseur Broca, qu'on est obligé d'enlever à dix heures, tant il cause de souffrances au malade.

Pendant la compression, la température du membre a toujours été élevée; le malade ressentait un engourdissement non douloureux; l'œdème a augmenté; tout le membre était violacé, par gêne de la circulation veineuse dans la veine fémorale; l'artère pédieuse bat.

Le jeudi 18, V... a bien dormi toute la nuit; plus de douleurs dans le jarret; le pli de l'aine est très-douloureux; rougeur de la peau. — Cataplasme. — On sent de légers battements dans l'anévrysme.

Plusieurs fois on applique le compresseur Broca, mais il ne peut être supporté.

Le membre est complétement engourdi, le malade ne peut le mouvoir, ce qui est dû sans doute à la compression qu'ont supportée les nerfs et à la gêne circulatoire.

Le 19, même état; la pédieuse bat.

Le 20, l'engourdissement du membre a cessé; l'œdème diminue; la tumeur n'est plus douloureuse et devient d'une consistance de plus en plus ferme; elle est tout à fait irréductible, ses limites deviennent très-distinctes, son volume diminue, on ne sent plus de battements qu'au côté externe.

Le pli de l'aine est moins rouge; pas d'escharre à craindre.

Le 22, le malade peut se remuer dans son lit et allonger un peu sa jambe sans souffrir; la tumeur s'arrondit et s'endurcit; plus de pulsations ou du moins elles sont très-difficiles à sentir.

Le 27, légères expansions dans l'anévrysme, dont le volume ne diminue plus depuis le 22.

Le 3 novembre, M. Laugier reprend son service.

Le 7, les pulsations sont de plus en plus sensibles, surtout au côté externe; plus d'œdème ni de douleurs; V... peut allonger la jambe.

Plusieurs fois et à des jours irréguliers, nous avons pratiqué la compression digitale pendant une heure, deux heures et trois heures successives, mais sans résultat.

M. Laugier songe à exercer la compression de la fémorale à l'aide d'un spica fait avec une bande en caoutchouc bien tendue, sous laquelle on glisse un tampon placé sur l'artère. J'applique l'appareil, mais il ne peut être supporté.

Le 13, comme les battements se font sentir de plus en plus fort, quoique la tumeur n'augmente pas, nous recommençons la compression digitale continue pendant vingt-quatre heures.

Le 14, le résultat est nul, les battements sont aussi forts qu'avant.

Le 15, quand on appuie un peu fort sur la tumeur, les battements disparaissent; c'est cette remarque qui donne à M. Laugier l'idée de pratiquer la compression directement sur la poche anévrysmale à l'aide d'un tampon soutenu par des anneaux de caoutchouc. J'applique une pelotte, que je maintiens avec des anneaux en caoutchouc croisé (comme pour les fractures de rotule dans l'appareil de M. Laugier).

V... enleva lui-même son appareil, tant il causait de douleurs.

Le 17, je pose une seconde fois le même appareil. Même insuccès.

Le 19, convaincu que la compression digitale bien faite devait donner un bon résultat, je la commençai à deux heures de l'après-midi, avec la résolution de ne pas quitter mes aides un seul instant. Ma main, continuellement appliquée sur la tumeur, me permettait d'indiquer la force avec laquelle il fallait comprimer.

Le soir, à dix heures, je ne sentais déjà plus de battements, mais néanmoins, je continuai la compression jusqu'au lendemain.

Le 20, sept heures du matin, heure à laquelle la tumeur est dure, arrondie, absolument sans pulsations, son volume a diminué, il égale celui d'un gros œuf de poule.

V... a très-bien supporté le tampon à l'aide duquel je comprimais; la veine fémorale n'était pas comprimée du tout, car le membre a conservé sa coloration normale pendant toute la nuit.

Il n'y a plus de pulsations à la pédieuse; l'artère poplitée est donc oblitérée.

Le 1er décembre, la guérison est bien confirmée; la tumeur est très-dure, sans la moindre pulsation, arrondie, grosse comme un œuf, son volume diminue lentement; la pédieuse ne bat pas; pas encore d'artères collatérales développées.

Le 5, le malade commence à se lever; il marche avec des béquilles.

Le 15, il peut faire quelques pas sans béquilles; la tumeur a le volume d'un œuf de pigeon; la peau du jarret est très-mobile.

La mesure du jarret, prise avec le compas d'épaisseur, donne à gauche 10 centimètre, comme à l'entrée du malade dans la salle, et à droite 11 centimètres 1/2 au lieu de 14 centimètres.

La jambe droite a maigri; le mollet droit a 1 centimètre 1/2 de moins de circonférence que le gauche.

L'artère pédieuse ne bat pas, on ne sent pas la moindre collatérale superficielle.

A la palpation, il est facile de noter que la jambe gauche est toujours plus chaude que la droite d'au moins 2 degrés; c'était le contraire avant la guérison de l'anévrysme.

Le 16, refroidissement; lumbago rhumatismal.

Le 21, V... marche de mieux en mieux, mais encore péniblement sans béquilles; il allonge bien la jambe; pas la moindre douleur; guérison certaine.

Il part pour l'asile de Vincennes.

Réflexions de M. le professeur Laugier. — Il est bien évident que la plus grande part dans la guérison doit être attribuée à la compression digitale que M. Jolivet a pratiquée avec un zèle et une intelligence au-dessus de tout éloge, mais il est une circonstance, qui n'a pas été signalée dans l'observation précédente et à laquelle il est impossible de ne pas attacher de l'importance.

Quand je me suis décidé à faire la compression directe dans le jarret, la compression digitale ne donnait plus de résultat satisfaisant, la tumeur restait stationnaire et continuait à donner des battements. (Voir plus haut, du 7 au 15 novembre.) Je fais pratiquer la compression directe; elle est très-difficilement supportée par le malade; on est obligé d'y renoncer; mais pendant et à la suite de son application, d'excessives douleurs sont senties dans le jarret et le long de la jambe; en même temps les battements sont devenus plus obscurs, détail oublié dans l'exposé de l'observation. Or, cette douleur excessive a été signalée par les auteurs et notamment dans le livre de M. Broca, comme un signe qui précède et accompagne l'oblitération de la poche anévrysmale. Est-elle liée à quelques phénomènes inflammatoires dans la poche, qui favorisent la coagulation du sang? Sous ce rapport encore, l'observation précédente rentre dans l'histoire générale du traitement des anévrysmes par la compression. Dans ces conditions la compression digitale, qui avait cessé de donner des résultats notables, a été reprise avec un grand et prompt succès, cela est incontestable, elle a achevé la guérison comme elle l'avait commencée; mais ce ne serait pas tenir compte de tous les phénomènes observés que de ne pas faire ressortir cette apparition de douleurs violentes qu'on serait tenté d'appeler douleurs de *coagulation*, et qui a coïncidé avec la compression directe devenue promptement et par cela même insupportable au malade.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 mars 1867. — Présidence de M. Bourdon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Jules Simon demande à rappeler ici que M. Alphonse Guérin (de Vannes) a fait connaître, il y a cinq ou six ans, dans ses leçons cliniques de Lourcine, par conséquent avant les médecins qui ont pris la parole dans cette enceinte, que, à tort ou à raison, la blennorrhagie, suivant lui, est suivie d'accidents constitutionnels (arthrite, ophthalmie) tout à fait distincts, bien entendu, des accidents constitutionnels de la vérole.

Congestions et hémorrhagies passives,
Sécrétions morbides,
Lésions de nutrition,
Productions morbides analogues et hétérologues,
Névroses,
Maladies spéciales à certains organes et à certains tissus,
Fièvres éruptives,
Fièvre hectique,
Empoisonnements,
Parasites,
Déplacements organiques,
Lésions traumatiques.

Ce coup d'œil rapide jeté sur la distribution géographique des maladies, ne tenant compte ni de l'influence des climats locaux, ni de l'aptitude des diverses races à contracter telle ou telle maladie, est nécessairement fort imparfait.

J'ai uniquement examiné la question au point de vue de la race âryenne, et les trois grandes divisions que j'ai adoptées ne doivent évidemment présenter rien d'absolu.

Il est clair, en effet, que les maladies des pays chauds se confondent graduellement avec celles des pays froids, et que telle maladie d'un climat quelconque n'est pas nécessairement exclue d'un tout autre climat. C'est ainsi que la pneumonie s'observe sous l'équateur et que le choléra a déjà pénétré fort avant vers les pôles. Il est clair que, pour une même latitude, la pathologie locale varie suivant l'altitude, la nature du sol et les mœurs des peuples. On sait aussi que dans un même lieu, les maladies se comportent différemment avec les diverses races. Il se trouve même certaines affections qui semblent impuissantes à exercer leur action pernicieuse sur l'ensemble de l'espèce humaine; la singulière maladie du sommeil, uniquement observée sur le nègre jusqu'ici, est de ce nombre.

Ce sont là tout autant de questions intéressantes que je n'ai pu aborder dans cette ébauche à peine indiquée, du mode de répartition des maladies sur la terre. Elles ont droit à l'attention la plus sérieuse des praticiens de tous les pays, et leur connaissance approfondie, complétement indispensable à l'établissement d'une classification vraiment utile, ne peut manquer de porter d'excellents fruits dans l'avenir.

Dr Lanoaille de Lachèse, médecin aide-major.

De l'acte de la déglutition, par M. le Dr Moura.

M. le docteur Moura publie en ce moment un intéressant travail sur l'acte de la déglutition et son mécanisme (1). Nous reproduisons le paragraphe relatif à la division des phénomènes de cet acte en trois temps :

Tous les auteurs s'accordent à établir, dans la succession des phénomènes de l'acte de la déglutition, trois coupures, c'est-à-dire trois temps. Cette division, destinée à faciliter l'étude et la compréhension du mécanisme de cet acte, est artificielle et non réelle, anatomique et non physiologique. Aussi, dès qu'il s'agit de fixer les limites de chacun de ces temps, la confusion fait place à l'entente, et la simplicité du problème disparaît.

Les uns comprennent, dans le premier temps, le transport et l'arrangement du bol au devant de l'isthme du gosier (Gerdy, Béclard, Longet, Müller, etc.). Parmi eux, quelques-uns y ajoutent la compression par la langue contre le voile et la voûte du palais (Müller, Béraud, etc.), ce qui implique un commencement de déglutition.

Les autres (Chaussier, Adelon, Magendie, etc.) renferment dans ce premier temps non-seulement la réunion de la pulpe alimentaire au devant de l'isthme, mais encore son entrée dans l'arrière-bouche à travers cet isthme, c'est-à-dire son passage de la bouche dans le pharynx.

M. Debrou a cru devoir faire deux temps de ce premier temps, parce que le voile du palais subit un léger mouvement de descente aussitôt après son élévation.

Je ne signale cette subtilité que pour montrer combien il est difficile de faire un peu de clarté dans les problèmes de la science biologique.

Le second temps de l'acte de la déglutition correspond, pour les premiers physiologistes, aux phénomènes qui concourent à faire passer le bol de la bouche dans le pharynx. Mais leur désaccord devient grand quand il faut déterminer l'endroit où s'arrête le bol.

Il y a, en effet, trois opinions à cet égard. L'une veut que le pha-

(1) Broch. in-8°. Paris, 1867. Adrien Delahaye.

COMMUNICATION.

Cas obscur d'ancienne syphilis constitutionnelle compliquée de sycosis.

M. GUIBOUT. Il arrive souvent que le diagnostic des maladies de la peau est très-difficile, et cela pour plusieurs causes : parce qu'on observe ces maladies à une période trop avancée de leur évolution, parce que l'ancienneté a modifié leurs caractères, parce que diverses complications viennent en masquer les signes pathognomoniques. Aujourd'hui, je voudrais insister sur une autre cause d'erreurs ou d'hésitation que j'appellerais artificielle, car elle est le produit de la médication antérieurement employée.

Tous les jours il nous arrive, à Saint-Louis, des malades qui ont subi les traitements les moins rationnels : où les émollients seraient nécessaires, on a mis en usage les irritants : le camphre, le soufre, le sublimé, l'huile de pétrole, ou même les caustiques proprement dits : l'acide nitrique, l'acide phénique, etc. Il en résulte, sur les points malades, une rougeur érysipélateuse, une turgescence phlegmoneuse, même des escharres, des ulcérations, de véritables plaies.

Comment reconnaître alors l'affection qui a motivé l'emploi de tels moyens? Tout diagnostic est impossible tant que, par le repos, aidé d'un traitement approprié, on n'a pas écarté toutes ces complications.

Par exemple, je fus appelé, dans le mois d'avril dernier, à soigner M. X..., négociant à Montmartre, qui, depuis huit ou dix ans, était atteint d'une maladie de la peau siégeant à la lèvre inférieure. Ce malade avait subi les traitements les plus cruels : il avait été cautérisé autrefois avec l'acide nitrique, et depuis cinq mois il était cautérisé à l'acide phénique régulièrement une fois par semaine. Chaque cautérisation produisait une escharre qui, à peine détachée, était reproduite par la cautérisation suivante.

Lorsque je vis cet homme, la lèvre inférieure était le siége d'un gonflement énorme; sa teinte générale était d'un rouge violacé; elle présentait une vaste ulcération, autour de laquelle était une surface inégale, bosselée, etc.

L'usage très-longtemps continué de l'iodure de potassium, avait amené une souffrance chronique du côté des voies digestives, et sur la face une efflorescence d'apparence couperosée, qui contribuait à rendre hideux l'aspect du malade.

J'employai d'abord les émollients : bains locaux, cataplasmes de pommes de terre, etc., et en même temps je combattais l'irritation des voies digestives par le moyen des tempérants, des opiacés, des antispasmodiques.

Au bout d'un mois l'ulcération était cicatrisée. Alors, sur tout le reste de la lèvre se dessinèrent des tubercules nombreux acuminés, ayant chacun un poil au centre. Les poils ne présentaient pas leur adhérence ordinaire ; ils se détachaient facilement, et il n'était pas douteux que le mal ne fût dû à la présence d'une production parasitaire du trichophyton.

J'ordonnai donc des lotions parasiticides après avoir fait épiler le malade, et bientôt le sycsis fut guéri. Mais on vit apparaître ensuite sur ces points d'autres tubercules, cette fois plus durs, plus arrondis. Une nouvelle ulcération à bords gangréneux se creusa auprès de l'ancienne, et la situation semblait dangereuse, lorsque je fis appeler en consultation M. Hardy. Mon savant collègue fut d'accord avec moi pour reconnaître, tant dans l'ulcération nouvelle que dans les tubercules qui l'entouraient, une forme rare d'une très-ancienne syphilis : la forme ulcéro-gangréneuse. Le malade niait avoir jamais eu aucune maladie vénérienne; mais sans nous arrêter à ces dénégations, nous lui prescrivîmes l'usage du proto-iodure de mercure et de l'iodure de potassium, et la guérison fut obtenue en trois mois.

J'ai cité ce fait pour montrer combien une médication mal entendue pouvait compliquer et rendre méconnaissables des maladies de la peau qui cédaient rapidement à un traitement rationnel.

Études sur les murmures vasculaires inorganiques du cou.

M. PARROT. Les bruits vasculaires que l'on peut percevoir dans les vaisseaux du cou, ont été l'objet d'un très-grand nombre d'hypothèses.

D'abord, Laënnec les plaça dans les artères, bien qu'il paraisse avoir entrevu qu'ils pouvaient également avoir lieu dans les veines.

C'est cette dernière opinion qui maintenant domine. Reçue d'abord, chez nous, avec défiance lorsqu'elle fut émise, en 1853, par Bellingham, et depuis vulgarisée par Hope et par Aran, elle a fini par être adoptée par MM. Barth et Roger, Hardy et Béhier, Monneret, etc.

On admet donc aujourd'hui que les murmures vasculaires dits inorganiques doivent se produire dans les veines ; mais quant à l'explication de ces bruits, elle est restée généralement la même que lorsqu'on les cherchait dans les artères. On les attribue à l'excès de frottement du sang contre les parois des vaisseaux, et cet excès de frottement, on l'explique par la plus grande fluidité du sang et le moindre nombre de globules. Selon M. Bouillaud, les bruits vasculaires commencent à se produire à la région du cou, lorsque le sang marque moins de six degrés à l'aréomètre de Baumé, et suivant d'autres, lorsque les globules, du chiffre normal de 127 en moyenne, tombent à celui de 80 ou moins.

En ce qui touche ce frottement exagéré de la colonne sanguine contre les parois vasculaires, Poiseuille et d'autres ont démontré qu'il n'existait pas ; et quant à l'hydrémie, ce ne peut être la vraie cause de ces bruits, puisqu'on les retrouve non-seulement dans l'anémie et la chlorose, mais dans certaines pyrexies, fièvres éruptives, etc., qui n'amènent pas dans le sang une modification de même genre.

D'ailleurs les murmures vasculaires varient souvent suivant les positions, les mouvements, les émotions morales des malades ; ce qui n'aurait pas lieu si leur cause était permanente.

Ils varient aussi dans leurs caractères d'un malade à l'autre, et il m'a paru que le meilleur moyen de s'en rendre compte était de commencer par les différencier, les catégoriser et les classer.

Je les ai donc divisés en plusieurs séries :

1° Dans les faits de la première série, le cœur est calme et n'offre aucun bruit anomal ; au cou, on entend nettement les deux bruits artériels, et en outre, un troisième bruit parfaitement distinct des deux autres, ne se confondant jamais avec eux et qui, le plus souvent intermittent et doux, peut devenir quelquefois continu, surtout si l'examen se prolonge. Ce bruit ne coïncide pas avec un des deux bruits du cœur, mais précède immédiatement le pouls, se manifestant à la fin du grand silence, entre le second bruit et la pulsation artérielle. Si le sujet est étendu dans une position horizontale, on observe, pendant ce bruit, dans la jugulaire externe et parfois dans la jugulaire antérieure lorsqu'elle est très-développée, une pulsation correspondante.

Pour comprendre ce murmure et cette pulsation, il faut se rappeler que pendant le second bruit, lorsque la colonne en retour venait frapper les valvules de l'aorte, l'oreillette était vide et se remplissait. A la fin du grand silence, elle se contracte, et c'est alors qu'il se fait un reflux du sang dans les jugulaires profondes. Selon Weber Chauveau, Marey, etc., pour qu'un bruit quelconque se manifeste dans un vaisseau rempli d'une colonne liquide en mouvement, il faut deux choses : 1° rétrécissement du calibre ; 2° tension moindre en amont qu'en aval. Ces deux choses se rencontrent ici. Les jugulaires internes et externes sont munies de valvules, mais les valvules des veines deviennent facilement insuffisantes par suite de la dilatation de ces vaisseaux ; tous les anatomistes ont reconnu le fait. Les valvules des jugulaires peuvent donc être insuffisantes, et alors, par suite de la contraction de l'oreillette, une veine liquide entre dans ces vaisseaux, et y rencontrant une pression plus faible que dans l'oreillette contractée, y fait naître un bruit, un murmure plus ou moins fort.

Deuxième série. — Dans cette seconde catégorie de faits, toutes les conditions sont les mêmes, moins la suivante : le murmure vasculaire n'est point intermittent, mais continu avec redoublements ; c'est ce qu'on nomme un bruit de diable. Le redoublement qui coïncide avec la contraction de l'oreillette s'explique encore comme ci-dessus ; c'est le même bruit exagéré. Quant à l'autre partie du murmure, elle s'explique par l'écoulement du sang vers la veine cave et l'oreillette, lorsque celle-ci, cessant de se contracter, reçoit le sang dont la tension a été augmentée dans les jugulaires par l'insuffisance même des valvules veineuses et le reflux qui s'en était suivi. On retrouve donc encore ici en sens contraire les mêmes conditions : points rétrécis et au dessous tension plus faible ; mais la différence de tension étant moins grande et l'écoulement plus lent, cette partie du bruit qui dure le plus longtemps est généralement moins intense.

Cependant il peut arriver que la tension et la largeur des veines liquides variant, l'intensité relative des deux portions de ce murmure varie aussi ; que par exemple le bruit semble à peu près égal et continu, sans renforcement bien marqué ; mais cela ne change rien à sa nature.

Troisième série. — Je range dans cette troisième classe tous les cas où les bruits vasculaires du cou sont accompagnés de bruits de cœur, de bruits tricuspides, ainsi que je les ai nommés. Alors on observe deux pouls veineux, dont le premier se produit toujours pendant la contraction de l'oreillette, et le second pendant celle du ventricule, car la valvule tricuspide qui, comme je l'ai démontré, est dans ce cas insuffisante, laisse refluer le sang jusque dans les vaisseaux.

On voit que je fais bon marché de l'état du sang. Ce n'est pas lui que je fais intervenir dans la production des bruits vasculaires. Déjà le comité de Londres avait constaté qu'il suffisait de presser un peu pour déterminer des bruits veineux sur des sujets qui n'étaient nullement anémiques. Hope avait dit aussi, quoique avec une sorte d'hésitation, qu'il les avait trouvés en dehors de toute hydrémie. Wunderlich, qui est cité dans l'ouvrage de Walsh, avait recherché ces murmures sur un grand nombre de sujets de tout âge, et, sur des vieillards de soixante-dix à quatre-vingts ans, les avait trouvés 40 fois sur 100, presque constamment sur les enfants.

Pour ma part, sans avoir une statistique aussi considérable à invoquer, je puis dire que j'ai trouvé les murmures vasculaires inorganiques chez presque toutes les nourrices que j'ai examinées au service des nourrices dont je suis actuellement chargé, au moins chez 90 sur 100. Et si l'on peut dire que ces femmes, étant nourrices, ne sont pas dans des conditions normales, il faut ajouter qu'elles arrivent de la campagne et se portent généralement fort bien.

Faut-il donc ne tenir aucun compte des bruits vasculaires pour le diagnostic des anémies ou des chloroses? Je n'irai pas si loin ; mais pour leur accorder une certaine valeur, j'ai besoin qu'ils soient très-intenses et s'accompagnent de frémissement cataire.

M. PETER. Je demande pardon à la Société de prendre aujourd'hui la parole à propos de la question soulevée par l'intéressante communication de mon ami M. Parrot. Mais je me suis depuis longtemps occupé de cette question des souffles vasculaires et de leur valeur séméiotique.

C'est en 1858, alors que j'étais interne à l'hôpital des Enfants, que j'ai commencé mes recherches. Elles ont fait le sujet d'un mémoire assez volumineux qui n'a pas encore été publié, mais dont les conclusions ont été énoncées en partie, dans le troisième volume de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, de M. Trousseau. Si M. Parrot avait eu connaissance de ce passage, il aurait pu joindre mon nom à ceux qu'il a cités dans son intéressante communication.

Ainsi que l'a très-bien dit notre collègue, on a attribué le souffle vasculaire tantôt à l'état du sang, tantôt à l'état des vaisseaux. Pour expliquer le rôle du sang, on a invoqué soit des altérations de qualité (densité moindre ou diminution des globules), soit des altérations de quantité (diminution ou augmentation de la masse du liquide). Pour expliquer le rôle des vaisseaux, on a fait intervenir soit le spasme (Laennec), soit une disposition physique spéciale, produisant, dans le liquide en circulation, le phénomène de la veine fluide (Chauveau).

Comme il résulte de mes recherches que les bruits de souffle vasculaires sont intermittents, fugitifs, qu'ils paraissent et disparaissent à un très-court intervalle de temps chez le même individu, et qu'on ne peut évidemment pas admettre que la crase du sang s'est modifiée dans un aussi court intervalle; — comme, d'ailleurs, il y a des individus manifestement anémiques, tels que les tuberculeux, les cancéreux, les saturnins, qui, arrivés à un haut degré de cachexie anémique, n'ont le plus souvent cependant pas de souffle vasculaire. Il faut bien admettre que l'état du sang, dans l'anémie, n'est pas la cause productrice du bruit de souffle. Cette conclusion est corroborée par ce fait que des individus évidemment pléthoriques ou bien portants, tels que ces nourrices vigoureuses dont vient de vous parler M. Parrot, présentent des souffles vasculaires.

Si l'état du sang n'est pas la cause prochaine du souffle vasculaire, il faut, de toute nécessité, que ce soit l'état de la paroi. Et c'est en effet la conclusion à laquelle je suis arrivé. Avec Laënnec, je crois au spasme ; avec M. Chauveau, je crois à la veine fluide. C'est le spasme du vaisseau, — ou dans d'autres circonstances un rétrécissement anatomique, — qui produit la veine fluide.

De tout cela, il ressort que les souffles vasculaires n'ont pas la valeur séméiotique qu'on leur a jusqu'ici attribuée; ils ne sont nullement pathognomoniques de l'anémie et ne possèdent qu'une valeur relative.

Comme la paroi vasculaire est animée par le système vaso-moteur, que les gens nerveux sont sujets aux spasmes, que les gens anémiques sont surtout nerveux, il s'ensuit que c'est le plus souvent chez eux qu'on rencontre les bruits de souffle vasculaire. Mais comme on peut être anémique sans avoir de spasmes vasculaires ou avoir ces spasmes sans être anémique, il s'ensuit également que le souffle vasculaire ne prouve pas l'anémie. C'est ce que je me propose de faire ressortir par la lecture du mémoire auquel j'ai fait allusion tout à l'heure; mémoire plein de chiffres et de tableaux, et dont je donnerai communication à la Société dans la prochaine séance, si M. le président veut bien me conserver la parole.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Pleurésie suraiguë purulente pseudo-membraneuse avec pneumonie hypo-pleurétique chez le nouveau-né.

M. HERVIEUX. Les pièces pathologiques que je présente à la Société proviennent d'un enfant, mort huit jours après sa naissance. Jusqu'au sixième jour, il semblait bien portant, tetait bien, cependant il avait maigri. Le sixième jour, il commença à se plaindre, à crier, à refuser le sein; le 7, le ventre devint légèrement tendu, le pouls s'éleva à 172, puis retomba le lendemain à 140, tandis qu'on constatait

---

rynx saisisse le bol et le tienne en suspens avant de le confier à l'œsophage; l'autre fait cheminer les aliments jusqu'à l'entrée de ce conduit; la troisième, enfin, leur fait dépasser cette entrée et les arrête dans le haut du canal œsophagien.

Les autres physiologistes admettent tous que le second temps comprend le trajet du bol du pharynx à l'œsophage. Ils semblent donc ici plus d'accord entre eux que les premiers, tandis qu'ils étaient, en apparence, plus divisés qu'eux sur la première phase de l'acte de la déglutition.

Quant au troisième temps, il est déterminé, pour tout le monde, par la descente des aliments dans l'estomac à travers l'œsophage.

Le court exposé que je viens de faire me dispense d'entrer dans de plus longs détails sur les divisions que l'on s'est efforcé d'établir dans les divers phénomènes de la déglutition. Il suffit et au delà pour expliquer l'invincible répugnance, le découragement inévitable qui s'empare de tous les élèves sans exception, lorsqu'ils ont inutilement tenté de comprendre l'une des questions les plus difficiles de la physiologie de l'homme.

Puis-je du moins me flatter d'avoir fait la lumière dans ce chaos scientifique? Voici ma réponse :

J'ai avancé, page 6, que les phénomènes de l'acte de la déglutition s'accomplissaient en deux temps. Avant de justifier cette proposition, il convient de s'entendre sur la signification des mots.

Déglutir, ai-je dit au commencement de ce travail, veut dire *avaler*, c'est-à-dire exécuter l'acte qui consiste à faire passer les aliments de la bouche dans l'estomac. Or, cet acte commence au moment où les organes destinés à l'exécuter se mettent en mouvement, autrement dit en contraction, pour opérer ce passage. Ce moment est indiqué par la fixation de la mâchoire inférieure et par l'ascension du larynx.

On voit dès lors, et tout suite, que la disposition de la bouchée alimentaire sur la base de la langue et sur toute la surface externe de l'épiglotte, n'appartient pas à l'acte de la déglutition. Elle en fait si peu partie que, non-seulement le besoin d'avaler ne se manifeste qu'après l'arrivée des aliments dans l'arrière-bouche, mais que ce besoin, tout pressant et instinctif qu'il est, peut encore, je l'ai prouvé, être contenu à volonté. Elle doit être considérée, selon moi, comme le phénomène ultime de la mastication, l'insalivation des aliments n'étant pas, par elle-même, ni un acte ni une fonction.

Ceci étant bien compris, quelles sont les phases que présente le mécanisme de la déglutition? Il y en a deux incontestables :

Dans la première, tous les organes : appareil de la voix, voile du palais, pharynx, langue, se mettent en mouvement, se contractent, se prêtent mutuellement appui pour concourir à une même fin : « pousser les aliments de la bouche dans la partie inférieure du pharynx et les obliger à franchir cet angle droit que forment à leur point de réunion les voies buccale et pharyngienne. »

Il fallait en effet ce consensus général, énergique et simultané, pour vaincre un pareil obstacle. Aussi, dès que ce détour est franchi, dès que le changement de route horizontale en route verticale est opéré, la seconde phase commence; l'œsophage alors s'empare du bol et le conduit tranquillement et sans souci aucun pour l'être vivant jusqu'à l'estomac.

Il n'y a donc, physiologiquement et en réalité, dans la succession des phénomènes de l'acte de la déglutition, que deux phases, c'est-à-dire deux temps : « l'un qui commence à l'arrivée des aliments dans l'arrière-bouche, pour finir à leur entrée dans l'œsophage; l'autre, qui va de cette entrée à l'estomac. »

M'étendre davantage sur ce sujet, serait, je crois, détruire son importance pratique et nuire à sa clarté. Je termine donc ici mon travail, heureux s'il a pu répondre aux *desiderata* de la science et de la pratique médicales.

44 respirations par minute et une matité très-prononcée avec souffle, en arrière du côté droit de la poitrine qui paraît plus saillant et comme arrondi. L'enfant mourut le même soir.

A l'autopsie, on trouva la plèvre droite remplie d'un liquide purulent et recouverte de fausses membranes épaisses sur ses feuillets tant pariétal que viscéral.

Devenue elle-même opaque, épaissie, elle est très-adhérente au parenchyme pulmonaire. Le poumon déformé, comme racorni, est refoulé vers le rachis. En l'incisant on trouve son parenchyme hépatisé, plus pâle qu'à l'état normal, comme lardacé.

M. Ranvier constate au microscope dans les couches de ce poumon immédiatement sous-jacentes à la plèvre, tous les caractères de la pneumonie fibrineuse : mélange de fibrine et de pus ; tandis que les parties profondes présentent l'état atélectasique ou fœtal.

Il s'agissait donc bien ici d'une pneumonie fibrineuse hypo-pleurétique, c'est-à-dire produite par la propagation au tissu pulmonaire de l'inflammation suraiguë de la plèvre sous-jacente.

Quant à la pleurésie elle-même, c'est une des manifestations les plus fréquentes de l'empoisonnement puerpéral chez le nouveau-né, et elle n'est point facile à diagnostiquer pendant la vie.

Je ne sais si l'on a jamais observé chez l'adulte des faits semblables de pneumonies hypo-pleurétiques.

La séance est levée à cinq heures un quart.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE,

DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS.

Liste des médailles décernées aux membres du corps médical, à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1866.

MÉDAILLES DE BRONZE.

Calvados. Millevingt, Dutac, Ozanne, Lefèvre, étudiants (Caen).— *Finistère.* Quinquis, infirmier (Poullic-Allier) ; docteur Danguy-des-Déserts (Landerneau). — *Hérault.* Docteur Nourrigat (Manguio). — *Moselle.* Rosman, étudiant (Ars-sur-Moselle) ; docteurs Richert (Boulay, Brouck-Macker) ; Vigel (Viouville) ; Herpin (Metz, Woippy) ; Bermont (Norroy-le-Sec) ; dame Genin, sage-femme (Gorcy) ; Maillard, étudiant (Bérig) ; Grandjean, étudiant (Moyeuvre-Grande Rombas).

Nord. Mérieux, Bernaert, Sansen, Jacquemart, Deglave, Denis' Blanquart, étudiants (Lille) ; Carpentier, Castel, officiers de santé (Roubaix) ; docteur Dubaz, Dujardin, officier de santé (Armentières) ; Carette, officier de santé, Dwyn, étudiant (Halluin) ; Lemaire, officier de santé (Lomme) ; Barbry, officier de santé (Wattrelos) ; docteurs Cuvelier (Comines) ; Sautier (Le Cateau) ; Blanc, officier de santé (Douai) ; Anache, officier de santé (Sin) ; docteur Bollaert (Bergues) ; Nicaise, officier de santé (Valenciennes) ; Deltombe, Claisse, Descamps, Gras, Wathier, Duriez, Bourgain, Vincent, Plet, Hucquedieu, Maegt, Carpentier, Desoubry, étudiants ; Vanverts, Petit, Baggia, Pucelle, Masurel, Huidiez, docteurs ; Honnard, Davaine, Ortille, Lantiaux, Bailleul, Paux, Bourlet, Deblonde, Dubois, Choleau, Dupont, officiers de santé (Lille) ; docteurs Bayar, Martin, Degand ; Deschodt, pharmacien ; Philippart, Denis, Delcourt, officiers de santé ; Chieus, vétérinaire (Roubaix) ; Havet père, Hermand, officiers de santé ; Havet fils, docteur (Templeuve) ; Desprez (Pont-à-Marc) ; Mayette (Wattignies) ; Dubuisset (Ronchin) ; Delcourt (Marc-en-Barœul) ; Bernard (Flers-Douai) ; Gourmez (Somain) ; Chrétien (Nieppe) ; Liermont, infirmier (Valenciennes) ; Decaestecker, Pouillet, David, Pierra, Boutry, Bleuzé, Dubois, Houzé, Hue, Pouillet, Courmont, étudiants (Lille).

Pas-de-Calais. De la Perrotière (Bully-Grenay) ; Maqueron (Vallée-de-la-Canche) ; Toffart (Marles, Calonne, Ricouart et Lozinghem) ; Théry (Courrière) ; Bourdy, étudiant (Sailly-sur-la-Lys) ; Widhent (Bainctun) ; Guilbert (Coquelles) ; Huchette (Montreuil) ; Butor (Blendecques-Hallines et Wizernes) ; Boutteaux (Aire) ; Hannart (Fannechon) ; Tourtois (Lestrem) ; Kosser (Saint-Martin-au-Laert) ; Huchette (Flévin, Febvin, Paflart et Enquin).

Seine. Hénocque, Hayem, Bordier, Prompt, Fumouze, de Lignerolles, Henriot, Tixier, Carville, internes ; Derlon, interne provisoire ; Bourée, Suchard, Kohn, externes ; Byasson, interne en pharmacie ; Cazé, infirmier ; Toitot, infirmière (Paris) ; Leroy des Barres, étudiant (Ile-Saint-Denis). — *Somme.* Mallet (Doullens) ; Letierce (Coisy). Soyez, Leroy, Macqay, externes (Amiens) ; Vilin (Quevauvillers) ; Goret (Rubempré) ; Harent (Boves) ; Constantin (Contre) ; Molliens, Tostain, internes ; Scribe, Dufour-Mantelle, étudiants (Amiens). — *Var.* Grand, Giraud, Azan (Toulon) ; Clouet, étudiant (Toulon) ; Latière (La Seyne).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS.

Un concours, pour trois places d'aide d'anatomie près la Faculté, s'ouvrira le 29 avril prochain.

Un concours, pour deux places de chef de clinique médicale et pour une place de chef de clinique d'accouchements près la Faculté, s'ouvrira le 1er juillet prochain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels : M. Joulin, docteur en médecine, agrégé près de la faculté de médecine de Paris, est chargé de faire, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1866-1867, le cours des élèves sages-femmes à la clinique de ladite faculté.

M. Vaillant (Léon), licencié ès-sciences naturelles, docteur en médecine, préparateur du cours d'anatomie comparée et de physiologie des animaux à la faculté des sciences de Paris, est chargé du cours de zoologie et d'anatomie comparée à la faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Hollard, décédé.

M. Haime, professeur de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire de ladite école.

— La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 1er avril 1867, pour l'achèvement de leurs études médicales (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme), est accordée aux étudiants ci-dessous dénommés, qui se sont distingués par leur dévouement au soulagement des malades atteints par l'épidémie cholérique.

Services rendus à Montpellier : MM. Pujo et Stoïanovitch, étudiants à la faculté de médecine de cette ville.

Services rendus dans le département de Seine-et-Marne : M. Marchesi, étudiant à la faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Garnier, médecin adjoint du lycée impérial du Mans, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Lecouteux, décédé.

— Dans sa séance du 2 février 1867 et sur le rapport d'une commission composée de MM. Charcot, Dumontpallier, Giraldès, Marey et Ch. Robin, rapporteur, la Société de biologie a décerné le prix E. Godard (500 francs) à M. Onimus, docteur en médecine, à Paris, auteur du mémoire ayant pour titre : *De la théorie dynamique de la chaleur dans les sciences biologiques.*

De plus, la Société a accordé une mention honorable à M. le docteur Duguet, auteur du mémoire ayant pour titre : *De la hernie diaphragmatique congénitale.*

Le prix E. Godard sera décerné, pour la troisième fois, en janvier 1869.

Seront admises à concourir, les personnes dont les travaux *manuscrits* ou *imprimés* seront adressés à la Société avant le 1er septembre 1868.

La Société rappelle aux concurrents les termes du testament de E. Godard : « Je lègue à la Société de biologie de Paris, une somme de « cinq mille francs, dont les revenus, tous les deux ans, formeront le « capital d'un prix qui sera donné au meilleur mémoire sur un sujet « se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. « Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait « ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. »

— La Cour de cassation est appelée à statuer sur la question de passage pour cause d'enclave au point de vue d'un établissement thermal. Il s'agit de sources minérales qui s'exploitent à Vichy, en concurrence avec celles de l'établissement de l'État et dont les vicissitudes judiciaires fixent, depuis longtemps déjà, l'attention des étrangers qui fréquentent Vichy. Le pourvoi dirigé par M. N. Larbaud, contre un arrêt rendu par la Cour de Riom, sous la présidence de M. Moisson, premier président, se fonde sur la violation des articles 682, 683 et 702 du code Napoléon.

— M. le maire de Naveray (Loiret) nous prie d'annoncer que, par suite du décès du titulaire, une place de médecin est vacante dans sa commune.

Naveray est le chef-lieu d'une circonscription de médecin cantonal. La commune donnera au médecin le logement et une indemnité de 200 fr. par an.

— M. le docteur Fort commencera un cours de clinique opératoire le jeudi 4 avril 1867, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure. Durée, un mois.

Le même jour, à deux heures, M. Fort recommencera son cours d'anatomie, dans l'amphithéâtre de M. le docteur Auzoux, 2, rue Antoine-Dubois.

La science et les savants en 1866, par M. Victor MEUNIER. Troisième année. Un vol. in-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, Germer Baillière.

Étude sur la physiologie de la première enfance, par M. le docteur Émile ALLIX. 1 vol. grand in-8° de 260 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 37 — JEUDI 28 MARS 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 28 MARS 1867. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 MARS 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Broca a terminé hier son exposé sur le mouvement de la population et sur la taille en France. On se souvient quel a été le point de départ de ces recherches. Lors de la discussion sur la mortalité des nourrissons, M. J. Guérin signala comme un des effets de la mauvaise éducation physique des enfants le rachitisme, qui pour être moins immédiatement funeste que ceux qui avaient été déjà signalés par ses collègues n'en exerce pas moins, une influence plus fâcheuse encore sur l'ensemble de la population, parce qu'en laissant vivre des sujets chétifs et mal conformés qui devront concourir plus tard à la propagation de l'espèce, il devient aussi une cause directe de dégénérescence de la race, accusée d'ailleurs par l'abaissement de la taille et par le nombre croissant des cas de réforme du service militaire. A cela M. Broca d'abord et M. Larrey ensuite répondirent qu'il n'était pas exact de dire que la taille était diminuée en France, que la statistique des dernières années démontrait au contraire qu'elle tendait plutôt à s'élever, et que quant aux cas de réforme, s'ils paraissaient avoir augmenté, cela ne tenait en réalité qu'à une plus grande sévérité apportée dans les opérations des conseils de recensement. M. Broca ajouta qu'il s'engageait à démontrer à l'Académie que loin de dégénérer, la race française était au contraire en voie d'accroissement et d'amélioration physique. C'est ce qu'il s'est attaché à démontrer, en effet, dans l'exposé qu'il a présenté de vive voix dans les deux dernières séances.

On a vu, par le compte rendu de la séance précédente et on verra par celui d'aujourd'hui, que M. Broca établit, sur des chiffres empruntés aux statistiques officielles et sur des recherches dont les unes ont été faites par M. Bertillon et les autres par lui-même : 1° que la mortalité des enfants de 0 à 1 an a subi, depuis le commencement de ce siècle, une progression sensiblement décroissante; 2° qu'à part quelques années exceptionnelles, telles que l'année désastreuse de 1854, par exemple, où le choléra, la guerre et la disette firent sentir à la fois leur funeste influence, la population en France a subi un mouvement ascensionnel; 3° que la diminution que l'on a accusée dans la fécondité des mariages tient à des causes accidentelles et passagères, et qu'elle n'est pas de nature à inspirer des inquiétudes sérieuses sur l'avenir de la population française; 3° qu'il n'est pas vrai, comme on l'a avancé, que le nombre des morts-nés se soit sensiblement accru de notre temps, cette prétendue augmentation n'étant qu'apparente et due uniquement à ce qu'il en est tenu compte aujourd'hui dans les déclarations de l'état civil, tandis que la plupart restaient autrefois inconnus; 4° que le mouvement ascensionnel de la population, qui se traduit par une augmentation de 10 millions en un demi-siècle, est dû moins à l'accroissement du nombre des naissances qu'à la diminution de la mortalité dans l'enfance et dans la jeunesse, et à l'accroissement de la vie moyenne; 5° que les survivants à 20 ans sont non-seulement plus nombreux, mais aussi plus valides, ce qui se traduit par une augmentation de l'aptitude militaire, par la diminution graduelle des cas de réforme et par l'élévation de la moyenne de la taille. Ce sont ces deux derniers points surtout que M. Broca s'est attaché à démontrer par des calculs nouveaux, dans la deuxième partie de son exposé.

De cet exposé, il ressort des conclusions bien différentes des assertions qui ont été émises dans la discussion sur la mortalité des nourrissons et de celles qui se reproduisent depuis longtemps, sous toutes les formes et à toutes les occasions, sur la dégénération de la race française.

Nous ne demandons pas mieux que de souscrire à ces conclusions rassurantes et honorables pour notre pays. Mais il ne faudrait pas que cette satisfaction allât jusqu'à nous endormir dans un optimisme aveugle, — ce n'est assurément pas dans l'intention de M. Broca, — et jusqu'à nous faire oublier les tristes faits révélés par MM. Brochard, Monot et autres. Les résultats statistiques, énoncés par M. Broca, sont d'ailleurs trop importants pour qu'ils ne doivent pas devenir l'objet d'une discussion et d'un examen approfondi. C'est ce qu'a pensé avec raison le bureau. La séance prochaine devant être tout entière consacrée à la lecture d'un rapport de M. Depaul sur les expériences de vaccination faites à l'Académie, M. le Président a proposé de n'ouvrir la discussion sur la communication de M. Broca que dans la séance suivante. Les contradicteurs, s'ils s'en présente, — ce dont nous n'osons douter, — auront le temps d'ici là de fourbir leurs chiffres et leurs arguments. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. MAISONNEUVE.

Luxation du coude en avant. Réflexions sur le mécanisme de cette luxation.

Une femme du nom d'Hortense M..., âgée de quarante-quatre ans, est entrée le 18 janvier dernier dans nos salles, dit M. Maisonneuve, pour une lésion rare, sur le mécanisme de laquelle la science n'est point encore fixée. C'était une luxation du coude en avant.

L'extrême maigreur de la malade nous a permis de constater d'une manière précise, non-seulement la position des surfaces articulaires, mais encore celle des muscles principaux, et surtout de reconnaître le véritable mécanisme du déplacement.

La malade raconte que c'est en tombant de son lit qu'elle s'est blessée. Le coude droit aurait porté violemment, par le côté interne, sur le bord d'une chaufferette. Elle aurait ressenti aussitôt une vive douleur, et son bras se serait immédiatement déformé.

Au moment de la visite, le 19 janvier, on put constater que l'extrémité inférieure de l'humérus faisait saillie à la partie postérieure du membre, où elle distendait la peau de telle sorte, qu'il était facile de reconnaître à travers cette membrane toutes les tubérosités et toutes les dépressions de la surface articulaire. C'étaient d'abord le condyle et l'épicondyle qui se présentaient au côté externe, puis la trochlée surmontée de la cavité olécrânienne, et, plus en dedans, l'épitrochlée. Toutes ces saillies et dépressions étaient immédiatement placées sous la peau, sans interposition aucune de fibres musculaires ou tendineuses. Le muscle triceps, légèrement tendu, se trouvait dévié en dehors et en avant, de manière que sa partie inférieure passait au devant du condyle huméral. L'olécrâne, parfaitement intacte, était placée au devant de la trochlée. Sa grande cavité sygmoïde, tournée en arrière, emboîtait la poulie articulaire, et son apophyse coronoïde se trouvait logée dans la cavité olécrânienne. La face postérieure de l'olécrâne, tournée directement en avant, se reconnaissait facilement, quoique recouverte par les masses musculaires interne et externe de l'avant-bras; mais la cupule radiale était entièrement dissimulée.

Les mouvements communiqués d'extension et de flexion étaient assez faciles; ce dernier seulement exagérait la tension de la peau de la partie postérieure, et rendait très-faciles à reconnaître les moindres saillies et dépressions de l'extrémité articulaire.

L'avant-bras, légèrement fléchi, se trouvait dans une pronation forcée. La paume de la main cependant pouvait, sans trop de difficultés, être tournée en avant, grâce au mouvement de rotation de l'humérus combiné avec celui du radius.

Après l'examen minutieux de ces signes, il ne pouvait rester aucun doute sur l'existence d'une lésion complète de l'avant-bras en avant, sans fracture ni de l'olécrâne, ni de l'extrémité humérale. Il ne restait plus d'obscur que le mécanisme de cette singulière lésion, encore cette obscurité ne tarda-t-elle pas à se développer.

En effet, quand après avoir soumis la malade au chloroforme, nous engageâmes, dit M. Maisonneuve, de procéder à la réduction, nous vîmes que toute traction directe de l'avant-bras sur le bras n'amenait absolument aucun écartement des surfaces, tandis que les efforts dirigés de manière à porter l'avant-bras directement en dehors, les désenclavaient facilement. On vit alors, dans ce mouvement, l'olécrâne se dégager des muscles qui le masquaient en partie; puis on put sentir, à son côté externe devenu interne, la cupule du radius qui suivait le même mouvement. En ce moment, la grande cavité sigmoïde de l'olécrâne, tournée en arrière, se dégageant de la trochlée, embrassait le condyle huméral. Il fallut un effort assez considérable pour le lui faire dépasser en dehors; mais aussitôt cet obstacle franchi, l'avant-bras se tourna de lui-même en supination, et la grande cavité sigmoïde du cubitus redevint antérieure en passant derrière l'extrémité humérale.

La luxation, néanmoins, n'était pas encore réduite; elle était seulement transformée en une luxation simple en arrière. Il fallut quelques nouveaux efforts pour compléter la réduction.

Alors on put se convaincre que tout était rentré dans l'ordre. Les mouvements d'extension et de flexion s'exécutaient librement, et rien n'annonçait qu'il existât la moindre fracture, soit dans l'extrémité articulaire de l'humérus, soit dans celle du radius ou du cubitus.

Pour se rendre un compte exact du mécanisme de cette luxation curieuse, M. Maisonneuve crut devoir faire quelques expériences anatomiques qui démontrèrent à tous les yeux que cette luxation n'était que l'exagération de la luxation latérale externe. Les os de l'avant-bras, portés en dehors, avaien contourné le condyle huméral, puis opérant un mouvement complet de pronation, étaient venus se placer au devant de l'humérus. Dans cette position nouvelle, la cupule du radius correspondait à l'épitrochlée, tandis que la grande cavité sigmoïde du cubitus, tournée en arrière, embrassait la trochlée, que la face rugueuse de l'olécrâne regardait en avant, que son extrémité supérieure était logée dans la dépression coronoïde de l'humérus, que l'apophyse coronoïde correspondait à la cavité olécrânienne du même os.

Le triceps brachial, entraîné par l'olécrâne, avait contourné le condyle pour devenir antérieur; le brachial antérieur, au contraire, ainsi que le court supinateur, était lacéré; mais les muscles biceps et sus-épitrochléens restaient à peu près intacts. Quant aux vaisseaux et nerfs, ils étaient complétement hors de cause.

Les suites de cette grave lésion furent loin d'être simples. pendant deux jours la malade fut en proie à une agitation extrême, pendant laquelle la luxation se reproduisit. On la réduisit de nouveau, puis on dut prendre des précautions spéciales contre un nouvel accident.

Le quatrième jour, alors que toute agitation avait disparu, la peau, fortement amincie, se mortifia vers le coude; la gangrène s'étendit, et en peu de jours détruisit les téguments dans une largeur égale à la paume de la main, laissant l'articulation ouverte. Malgré ces accidents, l'état général de la malade s'est maintenu dans de bonnes conditions. Le travail de réparation a pris le dessus, et tout fait espérer que la guérison se complétera avant peu.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Hernie crurale simulant un engorgement ganglionnaire du pli de l'aine. — Étranglée depuis sept jours. — Opération. — Mort.

(Observation recueillie par M. GARDE, interne du service.)

M. Fleury a insisté bien souvent, dans ses leçons, sur une erreur de diagnostic qui peut avoir pour les malades les conséquences les plus graves.

Au nombre des tumeurs qui peuvent simuler une hernie et déterminer des symptômes d'étranglement, les auteurs classiques placent le ganglion lymphatique enflammé.

Chargé pendant bien des années d'un service de vénériens important, composé principalement de malades atteints d'affections aiguës, jamais M. Fleury n'a vu un bubon enflammé simuler une hernie; mais en revanche, il a été appelé bien souvent auprès de malades que l'on croyait affectés d'engorgements ganglionnaires, et qui avaient des hernies. Chez eux, le plus souvent, la hernie était masquée par le ganglion. Auss donne-t-il toujours le conseil d'opérer, et s'il existe un engorgement des ganglions lymphatiques, on est sûr de trouver derrière eux une portion d'intestin ou d'épiploon étranglée.

Le plus souvent même, ce prétendu ganglion n'est qu'un segment d'intestin pincé dans l'anneau.

L'observation suivante est bien de nature à indiquer com bien il serait facile de s'y tromper, car le plus souvent les commémoratifs font défaut. Les malades vivent dans une ignorance absolue du mal dont ils sont atteints, et la temporisation qu'ils apportent à invoquer les secours de l'art est la cause la plus ordinaire de l'issue funeste du mal.

Antoinette F... est âgée de soixante-cinq ans. Sauf quelques douleurs rhumatismales, cette femme prétend s'être toujours bien portée jusqu'au 18 février dernier, jour où elle remarqua, pour la première

fois, la présence d'une petite tumeur à la région inguino-crurale droite. Cette grosseur, qu'elle attribue à un effort qu'elle fit en soulevant un fardeau pesant environ 20 kilogrammes, avait le volume d'une petite noisette; elle était sans changement de couleur à la peau, dure et douloureuse à la pression. Le soir même se manifestent des coliques intermittentes; mais elle les attribue à son rhumatisme. Elle s'illusionne ainsi jusqu'au jeudi 21 février. Ce jour-là, des nausées, des vomissements bilieux se manifestent aussi. Elle ne fait encore appeler personne. Seulement, ses parents lui administrent un lavement qu'elle ne peut pas recevoir; ils lui appliquent des cataplasmes émollients sur le ventre jusqu'au jeudi 23 février.

Le 23 février, les accidents sont devenus plus graves. Après avoir assez temporisé, elle se décide à faire appeler un médecin, qui, après avoir constaté l'état de la malade, fit entendre aux parents qu'il fallait immédiatement la conduire à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Ce n'est que le lendemain qu'elle se décide à se mettre en route.

A son arrivée à l'hôpital, on constate les symptômes suivants: vomissements de matières bilieuses, hoquets, dyspnée intense, anxiété, prostration des forces, suppression des selles depuis sept jours. Le ventre est ballonné, tendu, douloureux surtout à la pression. C'est dans le flanc gauche que la sensibilité est plus vive. Le pouls est encore assez développé, le facies n'a pas subi un degré d'altération bien prononcé.

A la région inguino-crurale droite, on remarque deux petites tumeurs. L'une, située en haut et en dedans de l'anneau crural, ayant le volume d'une petite noisette ordinaire, est sans changement de couleur à la peau, dure, inégale, douloureuse à la pression. L'autre, située en bas et en dehors de l'anneau, présente le volume d'une aveline; elle se montre aussi sans changement de couleur à la peau, mais moins dure, plus rénitente et surtout moins douloureuse à la pression que l'autre. Celle-ci est plus profonde. Ces deux tumeurs sont irréductibles, et sont séparées l'une de l'autre par un espace de 2 centimètres.

M. Fleury, immédiatement instruit de l'état de la malade, se rend aussitôt à l'Hôtel-Dieu pour pratiquer l'opération. Aucune tentative de taxis n'est pratiquée, vu le nombre de jours de l'étranglement.

On ne peut mettre en doute l'existence d'un étranglement herniaire. Sont-ce deux ganglions engorgés qui masquent un segment d'intestin étranglé? L'une des tumeurs est-elle ganglionnaire, l'autre herniaire? L'opération seule peut trancher la question; mais en raison même de l'obscurité, la plus grande circonspection est indispensable.

Une incision transversale est d'abord pratiquée dans le plus grand diamètre de la première tumeur; elle divise la peau, l'aponévrose sous-cutanée, le tissu cellulaire sous-aponévrotique et quelques petites artérioles, mais trop peu considérables pour nécessiter une ligature. Une autre incision oblique sur la première est pratiquée sur la lèvre inférieure de la plaie, et il en résulte une section en T. Cette nouvelle incision, allongée obliquement en dehors, ne divise encore que de très-petits vaisseaux, mais elle découvre la seconde tumeur. Du tissu adipeux est enlevé, couche par couche, à l'aide d'une petite pince à griffe et de ciseaux droits, conduits en dédolant. Le tissu cellulaire une fois enlevé, apparaissent les deux petites tumeurs signalées plus haut.

Ici l'opérateur procède comme pour la ligature d'une artère. C'est plutôt en déchirant les tissus avec une sonde cannelée, qu'en les divisant, que l'on découvre, sous l'enveloppe de la plus inférieure, un petit tubercule rougeâtre qui ressemble, pour sa couleur et sa consistance, à l'intestin grêle.

Cette dissection laborieuse est continuée, l'instrument glisse sous la bride, qui est divisée à son tour, et arrive à la tumeur supérieure qui est également recouverte par une enveloppe celluleuse qui n'est autre chose que le sac très-aminci, recouvert de tissu cellulo-graisseux.

C'est alors seulement que l'on reconnaît un segment d'intestin grêle, divisé en deux lobes par une rainure verticale. Un bistouri boutonné est glissé sur le doigt et divise l'arcade crurale et, pendant que l'index gauche soulève le ligament de Fallope, une pression exercée par la pulpe des doigts de la main droite, repousse l'intestin hernié. A peine est-il réduit, qu'un liquide jaunâtre s'écoule à l'extérieur. Son odeur, sa couleur, sa consistance ne laissaient aucun doute: c'est du liquide intestinal qui s'est fait jour à travers une déchirure de l'intestin.

L'écoulement a été peu considérable, le ventre n'a pu s'affaisser et a conservé son volume primitif. Boissons froides, pilules d'extrait thébaïque de 3 centigrammes toutes les heures.

Le 25 février, malgré les pilules, la malade n'a point reposé la nuit, elle a éprouvé de très-violentes douleurs. Le matin, elle sent le besoin d'aller à la selle. Un lavement simple d'abord, puis un lavement purgatif sont prescrits, mais ne produisent aucun effet.

Vomissements verdâtres, hoquets fréquents et répétés, dyspnée, pouls petit, fréquent. Le ventre est excessivement ballonné et tendu, de l'eau de seltz pour boissons, de la pommade napolitaine belladonée pour frictionner le ventre. Six pilules d'extrait thébaïque de 3 centigrammes, constituent le traitement du 25 février. A onze heures, la malade tombe dans un état comateux; le pouls devient petit, filiforme; à deux heures, les extrémités se refroidissent, et elle rend le dernier soupir à trois heures.

Le mardi 26 février, nous procédons à l'autopsie.

Nécroscopie. — Les intestins sont excessivement dilatés par des gaz et des matières intestinales. On trouve un épanchement de pus, peu abondant il est vrai, dans la cavité abdominale. L'appendice cœcal avait contracté des adhérences dans la fosse iliaque droite. Derrière l'anneau crural droit, nous trouvons l'anse intestinale qui avait formé les deux petites tumeurs herniaires. Celles-ci se voient maintenant distinctement, mais elles sont séparées par une ulcération qui a été l'effet de la pression exercée par une bride.

Il était intéressant de savoir si cette dernière était une des cloisons qui séparait deux ouvertures du fascia cribriformis ou si elle tenait à une autre disposition. Elle avait cédé si facilement à la pression exercée par une sonde cannelée, qu'on ne pouvait guère la supposer constituée par du tissu fibreux. L'anneau crural qui se trouve au-devant et au-dessous de l'anse intestinale étranglée est dilaté, mais présente sa disposition normale. Il est probable que la portion d'intestin hernié avait rencontré, sur son passage, une bride qu'elle n'avait pu repousser, et sur les côtés de laquelle elle avait glissé, de là cette forme bilobée ou en besace qui donnait aux deux segments intestinaux la forme et la consistance de deux ganglions. Après avoir ulcéré et perforé l'intestin, la bride avait fini par se ramollir pour son propre compte, de sorte qu'une simple traction, exercée par une sonde cannelée, avait suffi pour la faire disparaître.

L'issue de l'opération devait être funeste, puisque la cavité abdominale contenait du pus, ce qui devait faire supposer une péritonite antérieure à l'opération: mais celle-ci était la seule chance de salut qui restât à la malade. Au bout de sept jours, en effet, il est bien rare qu'une opération de hernie soit suivie de succès; mais il peut arriver, surtout chez les personnes âgées, que les désordres soient locaux, et que la gangrène, bornée à l'intestin, ne devienne le point de départ d'un anus contre nature, dont l'art peut triompher et qui souvent guérit seul. Une incision pratiquée sur les enveloppes de la hernie facilite alors l'issue des matières. Malheureusement, chez notre malade, le ballonnement et surtout la sensibilité du ventre devaient faire craindre que l'inflammation n'eût atteint toute la séreuse, c'est ce qui avait lieu. Malgré l'issue funeste de l'opération, cette observation nous a paru, au point de vue du diagnostic différentiel, offrir le plus grand intérêt.

ESSAI

Sur la digitale et son mode d'action,

Par M. le Dr Legroux.

M. le docteur Legroux résume de la manière suivante sa thèse inaugurale:

1° La digitale, dont le principe actif est la digitaline, exerce à toutes doses une action spéciale sur la circulation;

2° Si, à dose toxique, la digitale agit directement sur le cœur, il semble qu'à dose thérapeutique elle excite primitivement la contractilité des vaisseaux capillaires et n'influence que secondairement le centre circulatoire, en rétablissant l'équilibre de la circulation;

3° Si l'on adopte cette théorie, la digitale est un sédatif de la circulation, en ce sens qu'elle en calme les désordres, mais c'est par une action excitante et tonique, et non pas hyposthénisante, comme on l'admet généralement;

4° L'influence de la digitale sur la température, les sécrétions, la nutrition, les contractions utérines et les hémorrhagies, ne peut s'expliquer que par son action excitante sur les filets terminaux du grand sympathique;

5° Cette théorie justifie pleinement les résultats favorables obtenus par la digitale dans les fièvres, les affections cérébrales, les hémorrhagies, la dysménorrhée, les congestions, les hydropisies et les troubles circulatoires liés aux lésions cardiaques.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Quelques réflexions sur les ferrugineux,

Par M. le Dr Roberts.

L'efficacité du fer comme agent thérapeutique contre certains états morbides généraux, tels que la chlorose et l'anémie, si fréquemment observées dans les deux sexes et plus particulièrement chez la femme, est tellement bien démontrée qu'il est inutile d'insister sur ses vertus curatives.

Le fer est incontestablement un des médicaments sur lesquels le praticien peut le plus sûrement compter, à la condition toutefois qu'on aura fait un choix judicieux parmi les nombreuses préparations qui ont été proposées.

Pour que le fer agisse d'une manière efficace, il est de toute nécessité qu'il soit assimilé; il faut donc, pour remplir cette condition essentielle, l'administrer à l'état soluble ou sous une forme qui lui permette de le devenir facilement sous l'influence de l'action des voies digestives.

L'avantage des préparations ferrugineuses solubles sur celles qui ne le sont pas, paraît indiscutable.

En effet, dans les maladies dont le fer semble le véritable *spécifique*, les fonctions de l'estomac, étant plus ou moins altérées, cet organe se révolte contre le surcroît de travail que lui impose un médicament insoluble. C'est là un phénomène observé par nous trop souvent, pour que nous hésitions un seul instant à accorder une préférence absolue aux préparations martiales solubles.

Ce serait à tort cependant qu on considérerait ces dernières comme également efficaces; car si toutes sont absorbées, elles sont loin d'être toutes assimilées, et il s'en faut de beaucoup qu'elles agissent de la même façon sur l'organisme.

Ces faits ont été clairement démontrés par des expériences aussi nombreuses que concluantes, et notamment par celles de M. Claude Bernard, de l'Institut.

Cet habile expérimentateur a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer, si heureusement introduit dans la thérapeutique médicale, par MM. Gélis et Conté, et il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Ainsi, il a démontré que le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produisait aucun accident et était complétement assimilé; tandis que le sulfate de fer employé, même à des doses très-minimes, cheminait dans tous les organes sans être assimilé et amenait presque toujours la mort du sujet.

D'un autre côté, M. Claude Bernard a constaté, ainsi que plusieurs autres chimistes, que le lactate de fer ne se retrouve pas dans les urines, preuve nouvelle de son assimilation; tandis qu'on retrouve, peu de temps après son administration, le sulfate de fer en entier dans l'excrétion rénale.

Dès lors, quel effet curatif peut-on en attendre?

Lorsqu'on a à traiter une maladie dans laquelle la susceptibilité de l'organisme est si souvent exagérée, n'est-il pas au moins inutile d'y introduire un médicament qui ne saurait que le traverser comme un corps étranger tout à fait inerte?

Nous avons dit que les différentes préparations ayant le fer pour base, n'agissent nullement de la même manière sur la digestion et, répétons-le, c'est là un point capital sur lequel le médecin ne saurait trop fixer son attention, dans les cas de chlorose, d'anémie, de chloro-anémie et divers autres états morbides où il importe, avant tout, de rétablir et de régulariser les fonctions nutritives toujours plus ou moins altérées.

A ce point de vue, les expériences faites, en 1858, par une commission de l'Académie de médecine, dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique, sur la fibrine, en présence du fer, sous différentes formes pharmaceutiques, nous semblent devoir surtout être signalées.

Le détail de ces expériences étant consigné dans le rapport fait à l'Académie par M. F. Boudet (1), nous croyons devoir nous borner ici à citer les résultats obtenus et les conclusions de cet important document.

« Voici, dit le savant rapporteur, les résultats que j'ai observés:

« Avec le lactate de fer, *digestion complète*; avec le tartrate ferrico-potassique, *digestion nulle*; avec le citrate de fer, *digestion nulle*; avec le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, *digestion nulle*; avec le fer réduit par l'hydrogène, 0,01, *digestion complète*; avec le fer réduit, 2 centigrammes, *digestion incomplète*.

« L'essai du pyrophosphate de fer et de soude présentait une difficulté particulière: ce sel ne pouvant exister qu'à l'état de dissolution étendue, pour en faire intervenir dans l'expérience une proportion qui présentât 0,05 de fer, il aurait fallu employer une proportion de liquide telle, qu'elle aurait annulé les propriétés du suc gastrique. J'ai dû, en conséquence, me borner à l'emploi d'un gramme des solutions suivantes:

« 1° Solution de pyrophosphate ferrico-sodique, conforme à la formule de M. Persoz, 1 gramme représentant 3,5 milligrammes de fer, demi-digestion;

« 2° Solution de pyrophosphate ferrico-sodique, formule anglaise, 1 gramme représentant à peu près 5 milligrammes de fer, digestion incomplète;

« 3° Solution de pyrophosphate ferrico-sodique de M. Leras, prise dans une fiole portant cachet et étiquette, donnant 1gr,10 de résidu sec pour 100 grammes, et devant représenter 1 milligramme de fer, digestion complète.

« Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et avec le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

Il est donc expérimentalement démontré, par les faits que nous venons de citer, que certains sels de fer solubles, sont absorbés sans être assimilés. D'un autre côté, nous voyons que la plupart des ferrugineux expérimentés par M. F. Boudet, doivent être considérés non-seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles. En effet, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont paralysé la digestion plus ou moins complétement.

L'action digestive du suc gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer.

Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complétement.

Cependant il faut remarquer, à l'égard de ces deux produits, que si, pour le fer réduit, la digestion a été complète à la dose de 0,01, il n'en a plus été de même à la dose de 2 centigrammes, et que, pour le phosphate ferrico-sodique, si la solution a paru partager, avec le lactate de fer, l'innocuité dont est doué ce dernier, il ne faut pas oublier la dose très-faible (1 milligramme environ) à laquelle il a été employé; car si, comme le fait remarquer M. F. Boudet, la solution anglaise et celle de M. Persoz, contenant 3,5 milligrammes et 5 milligrammes de fer par gramme, réduisent la digestion à moitié, ne devient-il pas évident qu'elle ne doit son innocuité qu'à sa plus grande dilution, et que si elle pouvait être employée dans les mêmes conditions que les deux premières, la solution de M. Leras « annulerait, comme elles, les propriétés digestives du suc gastrique. »

On voit donc, au point de vue qui nous occupe, que les préparations martiales réellement efficaces qui se présentent au choix du praticien, ne sont pas, après tout, très-nombreuses. Pour notre compte, nous n'hésitons point à donner la préférence à celle que nous appellerions volontiers la *pré-*

(1) Rapport sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer, lu à l'Académie de médecine, le 13 juillet 1858. Commissaires: MM. Velpeau, Depaul, Bouchardat, Trousseau et F. Boudet, rapporteur.

paration normale, le lactate de fer; car on ne saurait guère douter aujourd'hui que le fer n'est assimilé, et par conséquent n'agit qu'à l'état de lactate.

Nous proscrirons le fer à l'état insoluble, parce qu'il n'est pas toléré par un grand nombre de malades, ce qui est un inconvénient très-grave dans des affections où la première indication est de rétablir la digestion et la nutrition.

Il nous semble au contraire éminemment rationnel de prescrire ce métal sous une forme qui lui permette d'être absorbé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne saurait avoir lieu qu'aux dépens de la digestion.

L'expérience physiologique, l'observation au lit du malade et les épreuves du laboratoire, viennent ici corroborer le raisonnement, car le premier effet du lactate de fer est d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives, comme nous l'avons si souvent observé après l'administration des dragées de Gélis et Conté, qui nous rendent chaque jour de si bons services.

C'est aussi ce qu'avaient constaté bien avant nous les praticiens les plus éminents, en expérimentant ce puissant agent thérapeutique.

Quelques mots sur la grippe,

Par M. le Dr X. Petit.

La plupart des médecins considèrent la grippe comme une affection essentiellement bénigne, dont il est inutile de se préoccuper beaucoup. C'est qu'en effet la maladie qui nous occupe disparaît souvent avec rapidité sous les coups d'une thérapeutique élémentaire.

Telle n'est point cependant la terminaison forcée de cette affection, et l'on connaît les désordres graves qui peuvent en être la suite.

L'épidémie catarrhale acquiert toute sa gravité quand elle frappe des individus cachectiques, surtout les phthisiques et les vieillards moins souvent atteints, du reste, que les hommes de vingt à trente ans. Rarement mortelle par elle-même, elle le devient par les affections qui la compliquent, et au nombre des plus redoutables, nous comptons les affections pulmonaires, telles que le catarrhe pulmonaire aigu, la pleurésie, la pneumonie, et la bronchite capillaire.

Les suites n'en sont pas moins fâcheuses, principalement quand c'est l'état adynamique qui se prolonge.

Il nous paraît donc que, sans vouloir, comme Marc d'Espine, comparer la grippe au choléra (qui, chose curieuse, en est souvent l'avant-coureur), elle doit toutefois être regardée comme une affection sérieuse et qu'il importe de surveiller avec soin.

Heureusement que l'épidémie que nous traversons en ce moment se présente avec un caractère bénin. On devra donc se contenter d'une médication simple consistant principalement en soins hygiéniques; on maîtrisera la toux par des boissons chaudes, édulcorées avec un sirop pectoral quelconque, comme le sirop de gomme, de coquelicots, ou mieux le sirop antiphlogistique de Briant, qui, dans les circonstances actuelles, produit d'excellents effets. Quant à l'adynamie qui accompagne si souvent certaines grippes, on lui opposera les toniques, les vins de quinquina, et, en particulier, le vin de Séguin, qui possède à un haut degré l'avantage de tonifier l'estomac, de rendre les digestions faciles, de relever les forces, et de placer l'organisme dans les conditions les plus favorables pour abréger les convalescences.

Pour dissiper l'embarras gastrique, il est utile de donner un purgatif au début. Les purgatifs énergiques sont contre-indiqués.

Les douleurs articulaires, parfois aussi fortes que celles du rhumatisme, céderont ordinairement à l'emploi de quelques gouttes de chloroforme sur un linge mouillé, sinon sinapismes et même vésicatoires.

Les complications qui pourraient survenir seront combattues par des moyens appropriés. Il faut cependant se garder de trop saigner, ainsi que Viers le faisait remarquer lui-même lors de l'épidémie de 1580.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mars 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Un rapport de M. le docteur Penant (de Vervins), sur une épidémie de fièvre typhoïde. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Logerais sur le service médical des eaux minérales de Pougues pendant l'année 1866. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend ;

1° Une lettre de M. le maire de Pierrefitte (Seine), qui demande un médecin pour cette localité ;

2° Une lettre de M. le docteur Boinet qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique ;

3° Une lettre de M. le docteur Simonin (de Nancy), qui sollicite le titre de membre correspondant ;

4° Une lettre de M. le docteur Dambre (de Courtray), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger ;

5° Un mémoire de M. le docteur Masse, tendant à établir que l'antagonisme entre le paludisme et la phthisie pulmonaire n'existe pas en Algérie. (Commission des épidémies) ;

6° Une observation de monstre anencéphale, par M. le docteur Bidron (de Fourchambault). (Commissaire : M. Sappey) ;

7° Un mémoire de M. le docteur Decham (de Mont-Lusson), sur l'intervention de la médecine agissante dans les fièvres éruptives. (Commissaires : MM. Blache, Roger et Barthez) ;

8° Un rapport de M. le docteur Culmann (de Forbach) sur une épidémie de choléra qui a régné en 1866 dans la commune de Styring-Wendel (Moselle). (Commission des épidémies) ;

9° Une note de M. Rambosson relative à l'action des aliments sur le système nerveux. En voici les conclusions.

Il résulte des expériences contenues dans mon mémoire :

1° Il y a des aliments qui agissent spécialement sur les nerfs du mouvement, et des aliments qui agissent spécialement sur les nerfs de la sensibilité.

2° Les aliments qui agissent spécialement sur les nerfs du mouvement influent aussi spécialement sur l'intelligence, et les aliments qui influent spécialement sur les nerfs de la sensibilité influent de même spécialement sur les sentiments.

3° Il peut y avoir transformation de mouvement.

(Commissaire : M. Delpech) ;

10° Un pli cacheté adressé par MM. Bloin et Doré, chimistes. (Accepté) ;

11° Un rapport de M. Delson, interne à la maison de Saint-Lazare, concernant des expériences de vaccination qu'il a faites avec du vaccin pris sur des sujets syphilitiques, sans qu'il en soit résulté aucun accident. (Commission de vaccine) ;

12° M. le Président, sur la demande de M. Peter, ouvre un pli cacheté, déposé le 7 février 1865, et donne lecture du contenu qui a trait aux relations entre les modifications de la température locales et celles de la sensibilité. Nous publierons les conclusions de ces recherches dans un prochain numéro.

M. Gobley présente, au nom de M. Duchesne, une brochure intitulée : *Influence sur la santé publique de la fabrication de l'aniline et de ses produits.*

— **M. Broca** présente, de la part de M. le docteur Azam, secrétaire de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, le compte rendu de la discussion qui s'est élevée, au sein de cette Société, sur la mortalité des nourrissons.

— **M. Velpeau** dépose sur le bureau des notes sur les progrès de l'acupressure, par M. le docteur Simpson (d'Edimbourg).

— **M. Richet** offre en hommage, au nom de M. le docteur Desgranges, le premier fascicule des *Leçons de clinique chirurgicale*, professées par lui à l'Hôtel-Dieu de Lyon et recueillies par MM. Serullaz et Cristo.

— **M. Depaul** présente une thèse sur la résection sous-capsulo-périostée de l'articulation du coude, par M. le docteur Marduel, ancien interne de M. Ollier, à Lyon.

— **M. Ségalas** dépose sur le bureau le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de Paris*, pour l'année 1866.

— **M. Larrey** présente : 1° au nom de M. Simonin (de Nancy), une brochure intitulée : *De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme à la clinique chirurgicale de Nancy*; 2° de la part de M. le docteur Paul Delmas (de Bordeaux), une brochure ayant pour titre : *Étude pratique sur l'hydrothérapie.*

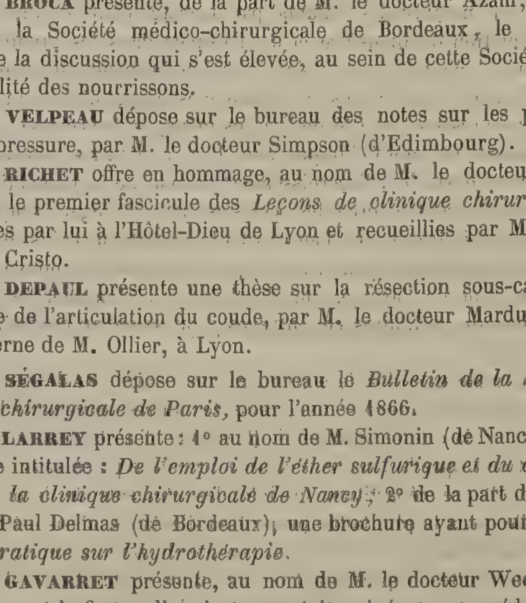
— **M. Gavarret** présente, au nom de M. le docteur Wecker, la description et la figure d'un instrument imaginé par ce médecin, et désigné sous le nom de mensurateur du champ de la vision.

Voici le contenu de la note déposée sur le bureau par M. Gavarret :

Mensurateur du champ visuel du docteur Wecker.

Horamomètre (ὅραμα, chose vue; Littré).

Les ophthalmologistes possèdent actuellement, grâce à de récents travaux, les moyens de mesurer avec beaucoup d'exactitude l'acuité de la vision centrale. En revanche, le procédé par lequel ils apprécient le degré de sensibilité fonctionnelle des parties excentriques de la rétine, est encore très-imparfait, imperfection regrettable eu égard à l'importance incontestée de cette appréciation dans la séméiologie de certaines affections oculaires.



On s'est contenté, jusqu'ici, de déterminer les limites du champ visuel au moyen d'un tableau noir sur lequel le malade, fixant constamment un point central à une distance déterminée, l'observateur promène, des divers points de la périphérie vers le centre ou inversement, un bâton de craie tour à tour visible et invisible pour le sujet, selon qu'on agite cet objet en deçà ou au delà des limites de son champ visuel, ou des lacunes (scotomes) que ce dernier peut présenter.

Nous revendiquons pour notre mensurateur les avantages suivants :

1° La mentonnière immobilise la tête du sujet à une distance fixe du tableau, ce qui assure la constance des résultats de l'examen.

2° La grandeur de l'objet que le sujet doit apercevoir est invariable, ainsi que l'éclairage, qui est artificiel; conditions d'exactitude dont l'ancienne méthode n'est pas susceptible. De plus, connaissant la distance du sujet à l'appareil, et l'angle sous lequel l'objet est perçu par la portion excentrique de la rétine, on peut, dans un cas donné, déterminer par le calcul le degré de l'acuité de cette partie périphérique.

3° Les principaux méridiens du mensurateur étant divisés en centimètres, il est aisé de lire, sans perte de temps, l'étendue du champ visuel, et en réduisant cette dernière en millimètres, d'en ajouter la représentation graphique à l'observation du sujet.

LECTURES.

Des intervalles lucides chez les aliénés.

— **M. Billod**, médecin de l'asile de Saint-Gemmes, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Considérations médico-légales sur les intervalles dits lucides chez les aliénés.*

La croyance traditionnelle à des intervalles ou moments lucides chez les aliénés soulevant, pour ces malades, des questions de responsabilité dont l'importance s'apprécie de reste, l'auteur s'est proposé de rechercher si l'existence de semblables intervalles ou moments constitue bien un fait que l'on doive admettre sans restriction, et de fixer, dans tous les cas, le sens qu'il convient d'attribuer à cette dénomination. M. Billod rapporte une observation détaillée qu'il a recueillie dans son service de l'asile de Saint-Gemmes.

Il résulte de cette observation, dit l'auteur, que la donnée sur laquelle repose la croyance aux intervalles ou moments lucides chez les aliénés, ne doit être admise que sous réserve d'une interprétation particulière qui restreint l'application de ce mot : 1° aux intervalles qui séparent les accès dans les folies intermittentes; 2° aux états de lucidité intellectuelle compatible, chez beaucoup d'aliénés, avec un délire plus ou moins partiel.

Ceci étant admis, il y a une distinction à établir entre les actes commis par un même aliéné, en actes raisonnables et en actes déraisonnables; d'où il résulte que, pour l'appréciation de la valeur des actes des aliénés, il est quelquefois nécessaire de faire abstraction de leur condition d'aliéné, et de considérer, un peu plus qu'on ne le fait généralement, l'acte lui-même, qui peut être jugé valide bien qu'émané d'un homme en état d'aliénation.

Le travail de M. Billod est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Devergie, Falret et Cerise.

— **M. Broca** a la parole pour la continuation de son exposé sur la population en France.

Du mouvement de la population et de la taille moyenne en France.

M. Broca. Dans la première partie de mon exposé, j'ai montré, par des chiffres extraits du tableau de la population, que la population en France a été croissant depuis le commencement du siècle, et que le nombre des individus atteignant l'âge de vingt ans s'était également accru. Puis j'ai examiné quelle était la validité de ces individus au moment du recrutement. J'ai eu à m'occuper ensuite de l'aptitude militaire, et j'ai montré que le nombre des individus reconnus bons pour le service avait augmenté d'année en année, tandis que le nombre des individus réformés pour infirmités ou pour défaut de taille, avait, au contraire, diminué. A l'occasion de l'aptitude au service militaire, j'ai fait remarquer que les conseils de révision, qui avaient mal fonctionné jusqu'en 1830, ont commencé à fonctionner beaucoup mieux à dater de 1835. Aussi est-ce à partir de 1836 que j'ai commencé mes recherches. A cette époque, le recrutement donnait 61 sujets bons au service sur 100. A dater de cette année, le chiffre s'est graduellement élevé. Depuis 1858, il n'est jamais descendu au-dessous de 66 pour 100. Le maximum est de 67,06. Ainsi, nous avons gagné de 5 à 6 pour 100, depuis 1836, pour l'aptitude militaire.

Il y a dans cette série d'années des chiffres qui pourraient donner le change; mais cela tient à une circonstance exceptionnelle. Ainsi on trouve par exemple pour les années 1853, 1854, 1855, et 1856 les chiffres de 69 et même 70 p. 100. Mais on sait que dans ces années il y a eu des nécessités politiques qui ont dû élever considérablement le chiffre du recrutement. Les contingents pour chacune de ces années ont été élevés à 140,000 hommes. Mais à part ces années exceptionnelles, on peut dire que le nombre des sujets reconnus aptes au service a suivi une gradation continue.

Puisque je viens de parler des grandes levées, il n'est pas indifférent d'examiner à cette occasion une question d'hygiène qui s'y rattache. Je crois devoir faire remarquer le danger qu'il y aurait pour la population à augmenter le contingent de l'armée. Dans les années 1853, 1854, 1855 et 1856, dont je viens de parler, le contingent forcé de 140,000 hommes a donné chaque fois un déficit notable par les non-valeurs qu'on avait dû y comprendre; et il est telles localités où tous les sujets valides ont été pris par le recrutement. La France avec sa population actuelle peut fournir, sans efforts et sans déficit sensible, un contingent annuel de 100,000 hommes. Mais je crois que si on voulait l'élever au delà de ce chiffre, on s'exposerait à écraser le pays et à épuiser certaines populations.

Je reviens sur ce qui a trait à la taille. Dans la dernière séance j'ai dit qu'il y avait aujourd'hui beaucoup moins de cas de réforme par insuffisance de taille qu'autrefois, et j'ai montré par les résultats des opérations du recrutement que la taille allait en s'améliorant en France. On a contesté cette proposition. Il serait intéressant au point de vue statistique de rechercher quelle est la taille moyenne en France. On ne peut pas s'en rapporter, à cet égard, à la moyenne de la taille militaire, celle-ci étant subordonnée à des conditions particulières d'armement. Il me serait même difficile, d'ailleurs, de dire exactement quelle est la moyenne de la taille dans l'armée. On ne possède pas les éléments d'une bonne statistique au ministère de la guerre. On relève bien la taille de tous les individus qui tombent à la conscription. Mais ce relevé n'est point fait scientifiquement. Il serait vivement à désirer, et j'en exprime ici le vœu, que ces recherches ne fussent pas perdues, et qu'il fût établi un bureau de statistique au ministère de la guerre.

J'ai cherché à suppléer les éléments qui nous manquent, mais comme on va le voir, cela n'est pas très-aisé. L'armée se compose de trois éléments principaux. Elle se compose : 1° en très-grande partie des contingents fournis par le recrutement; 2° des engagés volontaires; 3° des rengagés. Cette dernière catégorie est très-variable, et il est difficile de la faire entrer dans le calcul. Quant aux engagés volontaires, on peut dire qu'en général ils sont plutôt au-dessus de la taille moyenne des contingents fournis par le recrutement. Les individus chétifs et de petite taille songent rarement à s'engager. D'ailleurs le nombre des engagés volontaires varie beaucoup, comme on

le sait, suivant l'état de guerre ou l'état de paix. On n'aurait donc comme éléments susceptibles d'entrer en calcul que la taille moyenne des contingents ; c'est sans contredit l'élément le plus important. Mais, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, les relevés sont faits par des employés subalternes qui sont le plus souvent étrangers aux habitudes du calcul et de la statistique et qui procèdent chacun suivant une méthode particulière, sans s'entendre ni se concerter entre eux. Les relevés ainsi faits dans les départements sont envoyés à Paris où ils sont centralisés. On ne peut accorder aucune importance sérieuse à de pareils documents.

Nous n'avons donc pas de donnée précise sur la taille moyenne en France. Mais je crois, néanmoins, avoir démontré, ce qui importe le plus, que le nombre des individus réformés pour petitesse de taille va diminuant d'année en année.

On a dit que le nombre des individus de taille élevée diminuait en France, et qu'on avait de plus en plus de peine à recruter les armes qui exigent une taille élevée. Il résulterait de là qu'il y aurait une diminution dans les deux extrêmes, dans les petites tailles et dans les tailles élevées. Cette dernière assertion n'est pas exacte. J'ai fait le calcul du recrutement des armes à haute taille pour deux périodes quinquennales, de 1836 à 1840 et de 1860 à 1864 ; et il en résulte qu'il y a eu, dans ces deux périodes, une augmentation dans les armes à haute taille.

Il ressort également de ces recherches cet autre fait, que l'augmentation porte tantôt sur une arme, tantôt sur une autre ; en d'autres termes, que les contingents annuels fournissent tantôt une augmentation dans le nombre des hommes de petite taille ou de taille moyenne, tantôt une augmentation dans le nombre des hommes de aille élevée. Comment expliquer cette sorte d'entre-croisement dans l'augmentation ou dans la diminution de la taille des divers contingents. Pour se l'expliquer, il faut se rappeler que la population française est composée de deux races principales, l'une comprise dans la zone Nord et Est de la France, race belge, à la taille élevée, aux cheveux blonds et aux yeux bleus, l'autre, comprise dans le Centre et la zone du Sud et de l'Ouest, race celtique, au teint brun et à la taille peu élevée. Supposez qu'à une certaine époque la population vienne à s'accroître dans une plus grande proportion dans une série de départements appartenant à l'une de ces zones, et l'on verra augmenter, dans les contingents de l'armée, suivant que cet accroissement de population portera sur l'une ou l'autre de ces deux races, tantôt les hommes aptes à l'arme de l'infanterie, tantôt ceux qui sont plus propres à la cavalerie ou aux armes qui exigent une haute taille.

Un calcul qui m'a paru très-intéressant consiste à chercher, non pas la taille moyenne en additionnant le chiffre de toutes les tailles relevées et en divisant par le nombre d'individus, ce qui serait beaucoup trop long, mais la moyenne probable, calculée en prenant le milieu entre les deux séries des tailles extrêmes, des plus petites et des plus grandes. Il résulte du tableau que j'ai dressé et qui donne pour chaque année, depuis 1836 jusqu'en 1864 inclusivement, pour le contingent et pour la population masculine de vingt à vingt et un ans, la taille probable ou la taille de l'individu qui occupe le milieu de la série ordinale, que depuis 1836 il y aurait une augmentation de 5 à 6 millimètres.

Les deux colonnes dont se compose ce tableau montrent que l'augmentation ne porte pas également sur la colonne du contingent et sur celle de la population masculine de vingt à vingt et un ans. Il y a à rechercher l'explication de ce fait. Cette explication pourrait se trouver dans cette circonstance de la substitution du système de l'exonération à l'ancien système de remplacement individuel par l'entremise des compagnies ou entreprises de remplacement. Les exonérés, appartenant en général à la classe aisée de la bourgeoisie, dans laquelle la moyenne de la taille est généralement plus élevée que la moyenne générale qui est représentée dans l'armée par les individus réengagés. Quant aux individus dont la taille n'a pas été relevée et qui ne peuvent par conséquent figurer dans ces tableaux, il y a tout lieu de penser qu'ils avaient tout au moins la taille réglementaire, sans quoi ils n'eussent pas manqué de réclamer le bénéfice de l'exemption s'ils eussent eu une taille inférieure.

En résumé, il ressort de ces recherches, que la moyenne de la taille va en croissant en France.

Que signifierait ce fait s'il n'était l'indice d'une amélioration générale dans l'état de la population ; amélioration due elle-même à l'accroissement du bien-être et à l'amélioration des conditions générales de l'existence. Est-ce à dire que cette amélioration ira incessamment croissant? Non. Il ne faut pas croire qu'on puisse modifier à ce point les races. Mais quand on se reporte aux époques d'inégalité sociale, où une partie de la population française était soumise aux plus dures privations, quand on tient compte des échecs graves qu'a reçus la population à la suite de nos grandes guerres, on se rend aisément compte de l'amélioration qui a dû se produire depuis par les changements heureux qui sont survenus dans ces conditions d'existence. Cette amélioration s'est traduite, pour le physique, par l'élévation de la taille et par la diminution du nombre des infirmités. Mais il est à présumer que lorsque cette amélioration sera arrivée à un certain point, elle devra s'arrêter.

Est-ce à dire qu'il ne nous reste plus aucun motif d'inquiétude? Non. Il y a une inquiétude à avoir encore. Elle nous est inspirée par la diminution de la fécondité des mariages. J'ai déjà dit que la restriction du nombre des enfants par mariage était en rapport avec l'augmentation du bien-être et de l'aisance dans les grandes villes. Il n'y aurait peut-être pas à s'en inquiéter beaucoup si cette restriction n'était pas portée plus loin ; mais c'est la possibilité d'une diminution progressive de la fécondité des ménages de la classe aisée, qui serait encore un motif d'inquiétude. Il y a d'autres causes encore qui portent obstacle à l'accroissement normal de la population, c'est d'une part le célibat forcé des ecclésiastiques, à l'égard duquel nous n'avons rien à dire ici, et d'autre part le célibat au moins temporaire des militaires. Nous avons vu avec peine que dans le nouveau projet d'organisation de l'armée, loin de chercher à diminuer les entraves au mariage des militaires, ces entraves paraissaient au contraire devoir s'accroître.

Enfin, reste une dernière comparaison à faire des divers éléments de la population française avec celle des autres peuples de l'Europe, et c'est par là que je terminerai. Il résulte d'un tableau dressé par M. Bertillon, que la France occupe la première place sous le rapport de la meilleure répartition possible des éléments de la population. C'est elle qui a la plus faible proportion d'enfants, c'est-à-dire d'individus improductifs, c'est elle qui compte la plus grande proportion de sujets adultes, représentant la force d'un pays ; et c'est elle encore qui compte la plus grande proportion de vieillards, qui en font la gloire. Nous pouvons donc dormir tranquilles, la patrie n'est pas en danger. (Applaudissements.)

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

245. Emploi de la belladone associée au calomel dans le traitement de la dyssenterie aiguë, par M. Achille Gougeon.

246. Considérations sur les fractures du corps des vertèbres, par M. Théophile Pigeon.

247. Considérations sur les déchirures de la vulve et du périnée pendant l'accouchement, par M. Paul Boudrie.

248. Considérations sur la cure radicale des hernies inguinales, par M. Alfred Brillaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le jury du concours pour deux places de médecin au Bureau central des hôpitaux, — annoncé dans notre dernier numéro, — vient d'être constitué de la manière suivante :

Juges titulaires : MM. Empis, Fauvel, Lailler, Moutard-Martin, Voillemier.

Juges suppléants : MM. Léger et Desprès.

— Par arrêté en date du 16 mars, M. le docteur Édouard Fournié a été nommé médecin-adjoint de l'Institut impérial des sourds-muets.

— Par arrêté en date du 16 mars, M. Fromen, docteur-médecin à Espalion, a été nommé médecin des épidémies de cet arrondissement.

— M. le docteur Bouchut commencera son cours clinique des maladies de l'enfance, le mardi 2 avril 1867, à l'hôpital des Enfants malades, et le continuera les vendredis et mardis suivants.

Visite des malades à huit heures. La leçon à l'amphithéâtre aura lieu à neuf heures.

On désirerait acheter les premières années de la *Gazette des Hôpitaux* (1828-1840).

On pourrait vendre séparément une série de volumes (1840-1866). S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 38. — SAMEDI 30 MARS 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 30 MARS 1867. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE GÉNÉRALE

Sur le nouvel enseignement de la Faculté de médecine de Paris. — Inauguration des nouveaux cours.

Nous demandons à nos lecteurs la permission de surseoir, pour aujourd'hui, à notre Revue clinique habituelle du samedi, et de laisser un instant les hôpitaux pour le grand amphithéâtre de la Faculté. Nous le faisons avec d'autant moins de scrupule, qu'il ne nous est venu cette semaine, du côté des hôpitaux, rien qui soit d'un intérêt si pressant ou d'une importance telle qu'on n'en puisse ajourner la relation, tandis que tout l'intérêt, au contraire, nous vient du côté de l'École.

Nous avons annoncé, dans notre dernière Revue, comme l'événement de la semaine, l'inauguration de quatre chaires nouvelles sur les six auxquelles il a été récemment pourvu. Ce qui constitue l'importance de cet événement, c'est moins l'intérêt qui s'attache naturellement à un début professoral, que les circonstances mêmes dans lesquelles ces débuts ont eu lieu, et qui donnent à chacun d'eux la valeur d'un manifeste, et à leur ensemble le caractère d'une véritable rénovation dans l'enseignement de notre Faculté. Chercher à saisir le sens et l'esprit de cette rénovation, afin d'en apprécier plus tard la portée et l'influence probable sur la direction de la science et sur les études médicales pratiques, tel est le but que nous nous proposons en ce moment. Ce ne peut être évidemment l'objet d'un seul article. Nous nous bornerons, pour aujourd'hui, à quelques indications générales.

Déjà dans l'allocution du doyen M. Wurtz, lors de la séance de réouverture de la Faculté, dans la première leçon de physique biologique de M. le professeur Gavarret, on pouvait apercevoir comme les premiers linéaments du programme nouveau que la Faculté se proposait de suivre désormais dans son enseignement, et pour lequel elle appelait le concours des nouveaux professeurs. Il se résumait en ces termes : « Inaugurer les études pratiques de physiologie et d'histologie, fortifier l'éducation scientifique des futurs médecins en organisant des exercices pratiques de chimie, de physique et d'histoire naturelle ; enfin, tout en améliorant l'instruction clinique, centre et aboutissant de toutes les études médicales sérieuses, fonder une sorte d'institut physiologique qui serait comme l'École préparatoire de la médecine. » Et, comme une interprétation fausse ou tout au moins exagérée de ces propositions a pu faire croire, jusqu'à un certain point, à un envahissement de la physiologie et de la médecine elle-même par les sciences physico-chimiques, qu'on se rappelle en quels termes M. Gavarret a rétabli le sens véritable de ce programme, de manière à faire cesser toute équivoque à cet égard, lorsqu'il a dit : « Vouloir chercher dans les sciences physico-chimiques l'explication complète du jeu de toutes les fonctions de l'économie, serait une tentative insensée. La biologie est une science indépendante, et, pour l'étude des phénomènes spéciaux caractéristiques de l'état de vie, elle possède des procédés d'observation spéciaux aussi. La matière organisée jouit de propriétés spéciales ; elle est le siége de manifestations de forces spéciales, etc. » Qu'on ne prête donc pas plus longtemps aux promoteurs du nouveau plan d'étude les prétentions exagérées que nous avons combattues dans plusieurs circonstances. Dans les limites où l'on appelle aujourd'hui les sciences physico-chimiques à concourir aux progrès de la physiologie et de la médecine, loin de redouter leur immixtion, nous l'appellerions, au contraire, de tous nos vœux, si déjà de toutes parts la réalité ne nous montrait, par des témoignages irrécusables, les services qu'elles rendent journellement à la médecine. Nous ne demandons, contre les dangers possibles des déductions à outrance de l'application des méthodes physico-chimiques à l'étude et à l'interprétation des phénomènes biologiques, qu'une seule garantie : celle du contrôle et du concours constant de l'observation clinique.

Quant au problème, inéludable en philosophie, de la nature complexe de l'homme, considéré dans les deux ordres distincts de phénomènes qui s'accomplissent en lui, les phénomènes organiques et les phénomènes moraux, le programme n'en dit rien, non qu'on ait entendu sans doute, par ce silence, préjuger la question, mais parce qu'on a cru pouvoir l'éluder par incompétence et comme étranger à l'objet de la médecine. Il y aurait à examiner ici jusqu'à quel point cette déclaration d'incompétence est justifiable en présence des faits sans nombre qui nous montrent tous les jours le rôle si important du moral en étiologie, et si un programme de biologie est bien complet, qui ne comprend pas au moins la psychologie empirique, sur la connaissance de laquelle repose toute une des grandes branches spéciales de la médecine. Nous nous en sommes déjà expliqué dans plusieurs circonstances, et nous nous réservons d'y revenir à l'occasion.

Sous le bénéfice de cette réserve, acceptant le programme tel qu'il vient d'être esquissé, comme répondant, sinon à la totalité des problèmes qu'embrasse en réalité la biologie, du moins à l'ensemble des questions dont la solution intéresse plus immédiatement la médecine, il nous a paru intéressant de voir comment chacun des nouveaux professeurs allait l'appliquer à l'objet particulier de son enseignement. Le plus grand intérêt se concentrait surtout sur celui d'entre eux qui, étranger jusque-là à la Faculté, n'avait pas eu, comme ses collègues, l'occasion de donner toute sa mesure, et avait pu rester encore un inconnu aux yeux d'un certain nombre d'élèves. — C'est, pour le dire ici par parenthèse, avec un malentendu causé par une fausse interprétation des droits de la Faculté en matière d'élection et du principe libéral qui les lui confère, ce qui explique l'agitation qui s'est faite à la première leçon du cours de M. Sée, agitation qui a été rachetée le lendemain par le plus éclatant succès.

La Faculté, en appelant M. Sée à l'occupation de la chaire de thérapeutique et en lui sacrifiant des ambitions légitimes qui avaient d'ailleurs toutes nos sympathies, n'a pas obéi à de mesquines considérations de personnes, elle a été mue par un sentiment plus élevé, par le désir de faire prévaloir les principes sur lesquels elle entend fonder désormais la nouvelle école. M. Sée était, en effet, à ses yeux, et par sa connaissance approfondie des travaux allemands et par l'heureuse alliance de ses études physiologiques et de son expérience clinique, le représentant le plus fidèle et le plus autorisé de cette grande école de physiologie et de pathologie expérimentale surgie du Collége de France, et qui a pris, dans ces dernières années, un si puissant essor en Allemagne, d'où nous vient aujourd'hui en retour le mouvement scientifique.

M. Sée avait déjà exposé ses principes, et il avait en quelque sorte formulé d'avance le programme du cours dont il devait être chargé plus tard à la Faculté, dans la première leçon de la série que nous avons publiée il y a deux ans, et qui constitue aujourd'hui l'introduction de l'ouvrage que notre savant confrère a publié récemment sous le titre de *Leçons de pathologie expérimentale* (1). Comme peuvent s'en souvenir ceux qui ont lu ces leçons, c'est en s'appuyant sur les progrès accomplis de nos jours par la physiologie et sur le mouvement qui pousse de toutes parts les esprits dans la voie de l'expérimentation, que M. Sée s'est proposé de réclamer pour la médecine le bénéfice de toute découverte faite dans le domaine de la vie et d'examiner quelle est la portée, quels sont les avantages de cette direction nouvelle imprimée aux études médicales, quel fruit enfin les médecins peuvent retirer de l'expémentation physiologique.

« Je n'hésite pas à le déclarer tout d'abord, dit M. Sée, cette tendance, envisagée en elle-même, me paraît légitime et salutaire, et j'éprouve d'autant moins de scrupule à m'y associer, que la résistance pèche par ses arguments. Le progrès des sciences physiologiques est un fait qui frappe les yeux, et qu'il faut accepter. Reste à savoir si nous préférons le voir se faire sans nous et malgré nous, ou s'il ne vaut pas mieux, dans les limites du possible et du raisonnable, faire tourner à l'avantage de la clinique chacune des données nouvelles dont la science s'enrichit tous les jours. » Pour lui, et nous ajouterons pour nous-même, la réponse n'est pas douteuse.

Après ce préambule, M. Sée développe cette première proposition, savoir : qu'il y a uniformité entre les phénomènes physiologiques et les phénomènes morbides, la vie étant une en fait et la maladie n'ajoutant rien à l'organisme : « Si les causes susceptibles de troubler l'harmonie de la santé sont variables jusqu'à l'infini, dit-il, le corps vivant, en définitive,

(1) *Leçons de pathologie expérimentale*, par M. le docteur Sée, médecin de l'hôpital Beaujon. Un vol. in-8°. Paris, 1866, chez M. P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

X. — SYNTHÈSE DE LA PRATIQUE SÉRO-LACTÉE.

Au soin avec lequel j'ai noté partout la position, les pâturages, l'aménagement, le régime et les habitudes de chaque établissement séro-lacté, on a sans doute deviné la préoccupation qui me dominait, et entrevu les services que je tentais de rendre à notre pays et à la thérapeutique des maladies chroniques.

Mais les efforts que j'ai pu faire seraient à peu près perdus si je laissais épars, dans le récit de ce long voyage, tous les renseignements recueillis et toutes les observations prises. Il importe, ce me semble, de les rapprocher les uns des autres, de les comparer entre eux, en un mot, de les fondre dans une synthèse qui me permette de dégager la médication séro-lactée des préjugés et des erreurs dont elle est obscurcie chez nous, et dont, comme tout le monde, j'étais la victime avant mon voyage.

En première place, l'altitude du lieu où se fait la cure du petit-lait semble, à beaucoup d'esprits, une condition de majeure importance, et ils citent avec complaisance les stations de la Suisse, et surtout Gais, qui occupe le quatrième rang parmi les localités helvétiques pour son élévation au-dessus du niveau de la mer. La bonté de cette position trouve des contradicteurs en Suisse même : le médecin de Weissbad, le docteur Otto Graf, qui habite la ville d'Appenzell, et le docteur Tobler, de Horn, dont j'ai consigné les observations en parlant de cet établissement, reprochent précisément à Gais sa grande altitude, qui expose les malades à un air trop vif et trop sec. Et cependant la différence qui les sépare est peu de chose : Gais est à 934 mètres au-dessus de la mer, tandis que Weissbad en est à 820, et Rorschach et Horn à 400 seulement. De ces élévations extrêmes, nous passons par tous les degrés d'altitude, depuis Ischl, qui compte encore 543 mètres, et Méran, qui n'en compte plus que 242, jusqu'à Vienne, qui n'a qu'une altitude de 156 mètres, égale, à peu de chose près, à celle de Paris.

En présence de ces élévations si diverses, l'altitude ne peut être qu'une circonstance climatologique dont il faut tenir compte pour le malade, mais non une condition indispensable à la cure de petit-lait. Cette question d'altitude, du reste, n'a dû être appliquée qu'indirectement à la médication séro-lactée, à l'occasion de la tuberculose, où elle se pose avant tout quand il s'agit d'envoyer le malade suivre un traitement quelconque.

Il en est de même pour les pâturages où les animaux, vaches, chèvres ou brebis, vont chercher les éléments nécessaires à la sécrétion du lait. Ici encore, la question d'altitude semble se confondre avec celle de la production du sol, car les montagnes de la Suisse, selon leurs admirateurs, doivent à leur élévation une partie des aromes dont leurs plantes sont parfumées.

Je suis bien loin de contester les qualités aromatiques des pâturages suisses, quoique l'analyse chimique n'ait constaté aucune différence entre le lait des animaux suisses et celui des animaux des autres contrées. Le parfum est, je le veux bien, comme un fluide que l'on sent, mais qu'on ne saisit pas.

Cependant, si cet arome, privilége de la Suisse, — et notez que le canton d'Appenzell le réclame pour lui seul, — était une nécessité pour la bonté des cures du petit-lait, il faudrait, en toute justice, condamner à jamais les établissements de l'Allemagne, du Tyrol, de la Styrie, et à coup sûr ceux des Carpathes, que je n'ai pas visités.

Et cependant, je l'ai déjà dit ailleurs, les stations de la Suisse — du moins celles que j'ai parcourues — sont fréquentées par un nombre infiniment moindre de malades que celles des autres contrées que j'ai vues. Évidemment, à moins d'admettre un aveuglement général, une perversion universelle de l'esprit public, et un renversement insensé du bon sens médical, on ne peut soutenir que la médication séro-lactée ne soit possible qu'avec les chèvres nourries dans les pâturages d'Appenzell. Je ne conteste pas qu'au goût, le petit-lait de Suisse ne soit préférable à celui du Tyrol, par exemple ; mais que d'une question de goût on fasse une question de thérapeutique, non, mille fois non, et les faits plaident énergiquement en faveur de mon opinion.

Bien plus, qu'on veuille bien se rappeler ce que le fermier hongrois fait à Bade, près Vienne : il ne discute même pas les différences de pâturages ; il les trouve tous également insuffisants, il les supprime.

J'ai déjà exposé sa manière de raisonner ; qu'on me permette d'y revenir un instant, le sujet en vaut la peine. L'idée est neuve, elle blesse toutes les notions reçues, j'en conviens ; mais soyons comme l'homme fort, n'ayons pas peur d'une idée, quelque subversive qu'elle paraisse.

Le fermier hongrois applique à la sécrétion lactée la méthode très-usitée en France et en Angleterre pour la sécrétion adipeuse et pour le développement des muscles. Les Anglais surtout, qui la désignent sous le nom d'*entraînement*, l'appliquent non-seulement aux chevaux qu'ils destinent aux courses, mais encore aux animaux domestiques élevés pour la boucherie. Tout le monde sait à quelle perfection ils sont arrivés, sous ce rapport, avec leurs porcs et leurs moutons, pour ne parler que de ceux-là. En France, la même méthode est appliquée aux volailles, soit pour la production de la graisse, soit pour le déve-

réagit toujours avec les mêmes organes et en vertu des mêmes lois. Sans doute ce conflit entre l'économie animale et les causes morbifiques qui l'assaillent donne presque toujours des résultats multiples et complexes; mais c'est une raison de plus pour chercher à pénétrer par l'analyse dans l'infinie variété des phénomènes, afin de les ramener un à un sous une loi commune qui les commande et les dirige, etc... »

Et plus loin : « Pourtant, au fond, ces phénomènes (physiologiques et pathologiques) ne sont pas d'ordre différent; cela est si vrai qu'il en est un grand nombre qui se présentent avec une complète identité de physionomie, soit que la nature nous en montre le développement spontané sous l'influence de la maladie, soit que nous les produisions artificiellement sur les animaux dans nos laboratoires. Ressemblance remarquable, qui n'implique nullement l'assimilation de la maladie considérée dans son essence, avec les procédés mécaniques ou chimiques dont dispose à son gré le physiologiste expérimentateur, mais qui prouve simplement que les modalités organiques ou fonctionnelles par lesquelles s'exprime la vie ne diffèrent pas, quelle que soit la cause, vitale ou physique, spontanée ou provoquée, qui en suscite l'apparition. »

Nous ne pousserons pas plus loin ces citations que la plupart de nos lecteurs connaissent déjà d'ailleurs; nous croyons en avoir reproduit assez pour rappeler à ceux-ci, et pour apprendre à ceux qui n'ont lu ni les leçons ni l'ouvrage récent de M. Sée, les principes sur lesquels le nouveau professeur se propose de baser son enseignement. C'est, en effet, l'application de ces principes à la thérapeutique qui en sera l'objet. La thérapeutique, qui jusqu'à présent a reposé presque exclusivement sur l'empirisme, dont il faut bien se garder de méconnaître les services et les utiles enseignements, doit désormais, comme la pathologie elle-même, être éclairée à la lumière de la physiologie.

Purement empirique à l'origine et dans les temps anciens, utilement contrôlée de nos jours par une plus sévère observation et ramenée par l'expérimentation clinique à des indications plus précises et plus exactes, sinon plus étendues, la thérapeutique tend, comme toutes les autres parties de la médecine, à devenir à son tour rationnelle. C'est en faisant marcher de pair les données de l'expérience clinique journalière avec les expériences physiologiques sur les animaux, et en cherchant, par leur rapprochement et leur contrôle réciproque, à démêler les modifications organiques qui résultent directement de l'ingestion des agents médicamenteux dans l'économie, que l'on arrivera à posséder la notion vraie, c'est-à-dire la notion physiologique des actions thérapeutiques et à en limiter ou en étendre les applications, suivant des indications d'autant plus exactes qu'elles reposeront à la fois sur la double base de la science et de l'expérience.

Tel est l'esprit du programme qu'a développé M. Sée dans sa première leçon. Nous nous bornons à l'esquisser rapidement ici, afin de laisser toute sa primeur au texte même de cette leçon que nous comptons pouvoir mettre bientôt sous les yeux de nos lecteurs.

A un autre jour l'examen des opinions doctrinales émises dans les cours d'anatomie pathologique et de pathologie interne. — Dr Brochin.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE,

Par M. E. Kœberlé.

Obs. XXIV. — *Ovariotomie pratiquée le 22 juin 1866. — Mort.*

Mme R..., de Douai (Nord), âgée de trente ans, assez amaigrie, d'une constitution délicate, ayant eu une grossesse il y a huit ans, s'est aperçue du développement de son ventre au commencement de 1864. Il existait un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Au mois de juillet 1865, à la suite d'une consultation de MM. Jobert et Velpeau, on pratiqua une ponction qui fournit six litres de liquide visqueux, de couleur verdâtre, et qui fut suivie d'une injection iodée. Cette opération donna lieu à une réaction inflammatoire accompagnée d'abondants vomissements de bile et d'évacuations bilieuses; elle ne produisit aucun résultat avantageux. Les règles ont cessé de paraître depuis cette époque. Au mois d'octobre, on fit une deuxième ponction qui donna issue à sept litres de liquide brunâtre. La malade était alors très-affaiblie. Cependant les forces revinrent peu à peu. Au mois de novembre, une troisième ponction ne laissa écouler que trois litres de liquide brunâtre. On fit une nouvelle injection iodée. Les mêmes accidents qui s'étaient produits lors de la première injection iodée, se renouvelèrent : la malade eut pendant cinq jours des vomissements bilieux. L'état général s'était aggravé de plus en plus, et les kystes secondaires avaient pris un développement considérable. L'extirpation de la tumeur était le seul moyen de salut; mais cette opération ne laissait pas que d'être très-hasardeuse, à cause de la péritonite survenue à la suite des injections iodées. La tumeur était manifestement adhérente à toute la paroi abdominale, et probablement les adhérences postérieures et pelviennes devaient être très-étendues. La circonférence du ventre était de 88 centimètres. On constatait une fluctuation nette à droite, et l'on sentait une grande quantité de tumeurs bosselées vers l'épigastre et dans le flanc gauche.

L'ovariotomie fut pratiquée le 22 janvier 1866.

Incision sur la ligne blanche dans une longueur d'environ 20 centimètres. Ponction de différents kystes, dont le plus gros contenait environ cinq litres de liquide séreux, jaune verdâtre, et dont les autres, fort nombreux, renfermaient un liquide gélatiniforme. La tumeur présentait des adhérences à toute la surface de la paroi abdominale, à l'épiploon et aux anses intestinales, avec lesquelles elle se trouvait en rapport. Ces adhérences, tout en se laissant déchirer assez aisément avec les doigts, produisirent un suintement de sang presque général qui s'arrêta spontanément au bout de quelque temps, à l'exception de deux points qui durent être liés. La tumeur provenait de l'ovaire droit. Elle avait contracté des adhérences dans toute l'excavation pelvienne. De gros vaisseaux reliaient sa base à la partie postérieure gauche de la matrice, sous forme d'un gros cordon vasculaire qui fut étreint à l'aide d'un constricteur circulaire, tandis que les vaisseaux ovariques du côté droit, moins volumineux que les précédents, furent compris dans une anse de fil de fer dont on opéra la constriction avec un serre-nœud. Les deux groupes de vaisseaux furent ensuite divisés, et la tumeur put ainsi être excisée. L'ovaire gauche était sain. La cavité abdominale fut ensuite nettoyée du sang qu'elle contenait. La perte de sang a été de 600 grammes environ. L'incision abdominale fut réunie par quatre points de suture profonde et six points de suture superficielle. Les ligatures furent maintenues dans son angle inférieur, et fixées sur une tige transversale. L'opération a duré une heure. La tumeur ovarique, formée d'innombrables kystes, pesait, avec le liquide qu'elle renfermait, 8 kilogrammes et demi.

L'opérée est restée très-faible après l'opération. Le pouls, très-petit pendant plusieurs heures, se releva un moment à 95 pulsations, pour retomber rapidement et devenir de plus en plus irrégulier, filiforme et imperceptible, malgré tous les stimulants. Il survint des vomissements. Les traits subirent une altération profonde. Les urines diminuèrent progressivement. Le refroidissement devint de plus en plus grave. L'opérée succomba trente-six heures après l'opération, aux suites d'une septicémie et d'une péritonite très-prononcées. La décomposition du corps a eu lieu très-vite. Il existait un épanchement de sérosité trouble, rougeâtre, dans le bassin et dans l'abdomen. Cet épanchement n'avait pas trouvé un libre écoulement au dehors. Il s'était putréfié et avait infecté l'économie.

Remarques. — Les injections iodées qui ont été faites dans ce cas ont été l'origine des adhérences générales de la tumeur. Dans un autre cas (obs. XIII), où l'on avait aussi pratiqué une injection iodée, les adhérences avaient été également très-étendues; néanmoins, l'opérée a guéri. Si l'ovariotomie avait pu être faite quelques mois plus tôt, surtout avant les injections iodées, les conditions de l'opération auraient été très-favorables. Quoique les injections iodées ne déterminent pas toujours la formation d'adhérences étendues, elles deviennent le plus souvent une contre-indication à l'extirpation. Les injections iodées, dans les cas de kystes multiloculaires, sont à peu près inutiles, car la plupart des prétendues guérisons qu'on s'est empressé de publier hâtivement dans ces dernières années, n'ont pu résister à l'épreuve du temps. Au bout de peu de mois, quelquefois après quelques années seulement, les kystes secondaires, qui sont presque toujours en très-grand nombre lorsque le kyste est multiloculaire, s'accroissent peu à peu et reproduisent la tumeur.

Dans l'observation précédente, l'opérée, déjà très-affaiblie par l'hémorrhagie pendant l'opération, a continué à faiblir à la suite du suintement séro-sanguin qui a eu lieu ensuite sur la grande étendue de la surface traumatique qui était adhérente. Elle était couchée horizontalement. Les liquides épanchés n'ont pu s'écouler suffisamment au dehors, et ont subi une décomposition putride. Leur absorption a rapidement produit une septicémie. Ce cas, rapproché d'autres cas antérieurs, a éveillé mon attention sur l'attitude à donner aux opérées après l'ovariotomie, afin de favoriser l'écoulement des liquides, et m'a conduit, plus tard, à leur donner une position demi-assise, à placer des tubes dans l'angle inférieur de la plaie jusque dans la cavité abdominale, et à extraire par aspiration les liquides qui s'accumulent dans les parties déclives, au moyen d'une sonde ou d'une canule introduite par intervalles, ou maintenue en permanence jusque dans le cul-de-sac recto-vaginal.

NOTE SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL,

Au moyen des bâtonnets de laminaria et sur l'emploi de ces bâtonnets en chirurgie,

Par M. le docteur Boëns (de Charleroi).

I. — L'accouchement prématuré artificiel est aujourd'hui rangé au nombre des opérations ou plutôt des manœuvres obstétricales ordinaires et régulières. Ses indications et ses contre-indications sont nettement établies. On est fixé sur la valeur des principaux procédés qui lui sont applicables.

En principe, il n'est donc plus nécessaire de chercher à justifier le but que l'on se propose en recourant à cette opération. En pratique, il est admis que le travail de l'enfantement avant terme doit être provoqué par des agents mécaniques qui agissent sur le col de la matrice.

Parmi ces agents mécaniques qui ont pour effet de produire un commencement de dilatation du col utérin, soit directement par leur action expansive, soit indirectement par l'excitation qu'ils déterminent, on a placé jusqu'ici, en première ligne, les cônes d'éponge préparée au moyen de fils très-serrés, d'un peu de gomme arabique et de la dessiccation. En effet, les cônes peuvent facilement doubler et tripler de volume. Leur application n'offre ni difficulté ni danger. Ils se maintiennent en place à l'aide d'un pansement très-simple, grâce aux sinuosités qui se développent sur leur surface pendant qu'ils se gonflent sous l'action de la chaleur et de l'humidité. Leur consistance, à l'état de dessiccation complète, n'est jamais portée au point qu'ils puissent occasionner la perforation des membranes les plus minces. Enfin un ou deux cônes suffisent pour amener la dilatation et les contractions expulsives de l'utérus.

J'ai employé l'éponge préparée dans trois cas d'accouchement prématuré artificiel; M. le docteur Mouvet (de Puy-le-Châteaul), l'a appliquée une fois, d'après mes conseils, au huitième mois de la grossesse, chez une femme que j'avais accouchée déjà deux fois à terme avec les plus grandes difficultés. Dans ces diverses circonstances l'accouchement s'est déclaré et accompli en quelques jours avec beaucoup de régularité, et s'est terminé heureusement pour tous les sujets, femmes et enfants.

Cependant, en 1864, M. le professeur Van Leynseele recourut à un nouvel agent pour obtenir la dilatation du col utérin. Au lieu des cônes d'éponge préparée, il employa les bâtonnets cylindriques de *laminaria*. L'année suivante, deux de ses anciens élèves pratiquèrent un accouchement avant terme par le même moyen; l'enfant succomba quelques minutes après sa

---

loppement du foie : les produits du Mans, de Toulouse et de Strasbourg sont connus de tout le monde.

Pourquoi la même méthode ne serait-elle pas appliquée à la sécrétion du lait? Sans doute, la quantité du produit sera considérablement augmentée si, au lieu de traire les vaches trois fois par jour, ce qui est l'ordinaire, on fait cette opération cinq et six fois dans le même espace de temps.

Mais s'il gagne sous le rapport de la quantité, le lait, par la méthode de l'entraînement, conservera-t-il toutes ses précieuses qualités? Le fermier hongrois non-seulement l'affirme, mais il prétend encore que, sous l'influence d'une nourriture choisie, appropriée et savamment distribuée, le lait acquiert des qualités que n'a pas celui des animaux condamnés à la fatigue et au hasard des pâturages; et, dans son langage imagé, il me demandait si la graisse des volailles, des porcs et des moutons soumis à l'entraînement, n'était pas supérieure, comme qualité, à la graisse des animaux semblables livrés en plein air à la recherche de leur nourriture.

Je m'informais alors si l'état d'emprisonnement en lequel étaient tenues ses vaches, et par suite l'absence de l'air, l'ennui et le manque d'exercice, ne déterminaient pas chez ces animaux l'explosion de quelque maladie organique, comme la tuberculose, par exemple, qui, dans ces cas, donnerait au lait des propriétés malfaisantes. Sa réponse fut négative pour les vaches qui n'avaient point de prédispositions à ces maladies; mais il avoua que sa méthode pourrait bien ne pas être sans influence sur les animaux issus de parents soit tuberculeux, soit cancéreux, etc., et que, dans ce cas, dont il se préoccupait dans l'achat de ses animaux, il avait soin, au premier symptôme qui apparaissait, d'enlever de l'étable l'animal malade, et de le rendre au grand air et à l'exercice.

Quoi qu'il en soit de cette méthode, dont le soin de la juger revient à des hommes plus compétents que moi en ces matières, aux vétérinaires et aux éleveurs, il se fait à Bade des cures de petit-lait qui ne semblent pas donner des résultats moins favorables que ceux obtenus dans les autres stations de l'Allemagne et de la Suisse. Le docteur Mulleitner, qui depuis longtemps exerce la médecine à Bade, et qui dirige en grande partie la médication séro-lactée de cette station, ne se plaint pas de la méthode adoptée par le fermier hongrois, et paraît n'attacher qu'une médiocre importance à l'altitude et à la nature des pâturages.

Sans être aussi radical que notre confrère de Bade, et sans me faire l'avocat convaincu de la méthode hongroise de l'entraînement lacté, je crois que la Suisse est allée trop loin en vantant, à l'exclusion de tous autres, ses pâturages alpestres, et qu'il est possible, comme le démontre le nombre infini de stations de petit-lait établies dans toutes les conditions d'altitude et de productions du sol, d'instituer la médication séro-lactée partout où se trouveront des prairies, soit artificielles, soit naturelles.

Comme on le verra plus loin, le docteur Carrière est parfaitement de cet avis. Donc, sous ce rapport, la France n'a rien à envier à ses voisins, et ne saurait être arrêtée dans la voie de la médication séro-lactée, par la question de pâturages que les intéressés avaient eu soin d'élever au rang de première nécessité, mais que l'expérience et l'observation ont ramené à un rôle plus modeste qu'elle n'aurait jamais dû quitter.

En est-il de même pour la question relative à la nature du petit-lait; en d'autres termes, peut-on employer indifféremment, quelle que soit l'affection à combattre, le petit-lait de chèvre, celui de vache et celui de brebis?

Le problème ainsi posé et en termes aussi absolus, me paraît insoluble.

Certains établissements n'ont qu'une sorte de petit-lait qu'ils opposent à toutes les affections qui se présentent : la Suisse et Méran n'ont que du petit-lait de chèvre; Kierling n'emploie que du petit-lait de brebis; Egerdach, Tuffer, Neuhaus et Bade ne connaissent que le petit-lait de vaches; Ischl, enfin, la station modèle, a tous les petits-laits médicamenteux, celui de vache, celui de chèvre et celui de brebis.

Si l'on se devait contenter de l'argument tiré de la statistique, il est évident qu'il faudrait conclure, du tableau précédent, que la nature du petit-lait importe peu, et qu'il est indifférent de recourir à l'un ou à l'autre.

De plus, le choix du petit-lait a été déterminé dans presque chaque station par des considérations complétement étrangères à la médecine, et on serait vraiment tenté de conclure, en présence des résultats obtenus, à l'entière égalité de tous les petits-laits.

Sans doute un abîme ne les sépare pas, et ils peuvent, au besoin, se suppléer les uns les autres.

Cependant, il existe entre eux des nuances thérapeutiques que l'analyse chimique fait pressentir et que l'expérience confirme.

Dès l'antiquité et par la seule observation médicale, ces nuances avaient été notées. J'ai rapporté, dans le second chapitre, l'opinion de Pline; je vais la compléter ici par celle de Galien, qui fit, comme on le sait, un grand usage du lait dans sa pratique : « Le lait de vache est plus gras, dit-il, le lait de brebis plus épais, celui d'ânesse plus léger; le lait de chèvre tient le milieu entre tous, de manière qu'on ne peut dire de lui qu'il soit plus gras, plus épais ou plus léger, si on le compare au lait des autres animaux. » Ce jugement, ajoute M. Carrière, qui reproduit l'opinion de Galien, est d'accord avec les données modernes; mais, je le répète, cette distinction marque des nuances bien plutôt que des propriétés essentiellement tranchées, et le tableau

naissance. A son tour, le savant professeur de Louvain, M. Hubert, mit en œuvre ce procédé chez une femme rachitique. Dans ce dernier cas, l'enfant, qui était encore plein de vie le 18 décembre 1865, naquit putride le 23. Cet insuccès fut attribué, par l'habile praticien, à la rupture prématurée des membranes sous l'action des extrémités cornées des bâtonnets de *laminaria*. (*Bullet. de l'Acad. de méd. de Belg.*, t. IX, p. 114.)

II. — Les laminaires sont des algues très-communes dans une foule de localités, et qui se présentent sous forme de lames allongées, tantôt minces, foliacées, plus souvent épaisses, membraneuses. Ces lames forment ce qu'on appelle la fronde. Outre la fronde, on distingue dans les laminaires le stipe et les racines.

Les racines sont fibreuses ou bulbeuses.

Le stipe, qui fournit les bâtonnets connus dans le commerce, est plein ou fistuleux ; quelquefois il est si court que la fronde paraît sessile, tel est le *laminaria punctata*. Dans le plus grand nombre d'espèces, au contraire, il est assez long et gros. Le *laminaria ophiura* doit ce nom à son stipe qui offre les dimensions et l'aspect d'une forte couleuvre rampant sur les rochers.

La fronde présente des formes très-variées ; ses lames, qui sont naturellement lisses et polies, sont fréquemment recouvertes d'efflorescences blanchâtres de nature saccharine et de microphytes parasitaires.

C'est le stipe cylindrique de quelques espèces particulières de *laminaria*, devenu dur et corné par la dessiccation, qui fournit les bâtonnets de grosseur variée, les uns pleins, les autres fistuleux, que l'on a tenté d'introduire dans la pratique obstétricale.

Je suis entré dans ces détails pour ne pas laisser accréditer quelques erreurs que les premiers expérimentateurs ont commises. Ainsi ils appellent style le stipe des laminaires, ce qui, en botanique, est loin d'être la même chose. Ensuite ils rapportent exclusivement à l'espèce dite *laminaria digitata* les bâtonnets du commerce, aussi bien ceux qui sont solides que ceux qui sont tubulés. Or ces bâtonnets proviennent de diverses espèces distinctes qui sont même classées dans des sous-genres différents. Le mot *digitata* doit donc disparaître de notre vocabulaire médical.

III. — Examinons maintenant quels sont les avantages qu'on dit avoir retirés de l'emploi des cylindres de laminaires comme agents dilatateurs dans les cas d'accouchement provoqué avant terme.

1° Les bâtonnets de laminaires se dilatent régulièrement. — La dilatation plus ou moins irrégulière de l'éponge préparée n'entraîne aucun désavantage, puisque le pourtour des cônes, grâce à leur grande souplesse, se moule uniformément sur la surface intérieure du col utérin.

2° La consistance de ces bâtonnets est plus grande que celle des cônes d'éponge. — Cet avantage est illusoire dès que la consistance de ces derniers suffit pour déterminer sûrement la dilatation du col et les contractions du corps de la matrice.

3° Leur application est facile. — Celle des cônes d'éponge préparée ne l'est pas moins.

4° Ils n'ont besoin d'être renouvelés que de vingt-quatre en vingt-quatre heures. — Ceci devient un inconvénient, puisque souvent un ou deux cônes suffisent pour entraîner le travail de l'enfantement prématuré.

5° Leur présence dans le col utérin n'exige de la part de la femme que le repos au lit. — Autre inconvénient, les cônes d'éponge bien appliqués permettant à la femme de se mouvoir dans ses appartements.

6° Dans les premiers essais, ils n'ont causé d'autres douleurs que celles qu'on a voulu produire. — L'éponge produit-elle autre chose ?

7° Quatre applications ont amené un travail franc en quatre et cinq jours. — Les cônes ne sont pas moins expéditifs.

8° Il n'est survenu aucun accident du côté de la mère, ni pendant ni après l'opération. — Il est bien probable que l'ancien procédé eût, sous ce rapport, donné les mêmes résultats.

Voilà ce qu'on rapporte en faveur des bâtonnets de laminaire. J'y ajouterai quelque chose.

Il est très-difficile de maintenir des corps cylindriques juste à l'entrée du col de la matrice sans les laisser retomber dans le vagin, ou sans les pousser trop avant contre les membranes. Cette difficulté est telle, que les plus habiles opérateurs n'oseraient promettre de la surmonter toujours, et qu'on s'est déjà ingénié à inventer des instruments spéciaux, destinés à remplir cette importante indication.

Quand on examine bien les bâtonnets de laminaire, on conçoit que leur extrémité dure, cornée, à bords acérés, doit facilement agir sur les membranes fœtales qui bombent vers l'orifice utérin, à l'instar d'une pointe, d'une espèce de clou, aussi longtemps que la chaleur et l'humidité ne l'ont pas complétement ramollie. La déchirure hâtive de la poche des eaux doit en résulter fréquemment, ainsi que cela est arrivé dans le cas rapporté par M. Hubert. Or cet accident, dans des circonstances aussi fâcheuses que celles qui accompagnent ou qui nécessitent la provocation de l'accouchement, alors que la résistance vitale de l'enfant est loin d'être arrivée à son terme et qu'il existe un vice de conformation dans les organes maternels, constitue toujours une complication grave qui menace fortement la vie du nouveau-né et quelquefois aussi celle de la mère. A force d'habileté, et à l'aide d'instruments plus ou moins compliqués, on parviendra peut-être à atténuer ce danger ; mais à quoi bon recourir à un procédé qui peut occasionner de semblables mécomptes, alors que la science en possède un autre qui remplit le même but, et qui n'offre pas les mêmes inconvénients?...

Les stipes desséchés de laminaire seront peut-être essayés, comme tout ce qui est nouveau, dans les cliniques et les maternités pour provoquer l'accouchement prématuré ; mais, dans la pratique civile, qui voudrait, par des essais de cette nature, courir la chance et accepter la responsabilité de compromettre la vie d'un enfant, l'espoir et l'attente d'une famille, et de déprécier dans l'opinion publique une opération délicate, éminemment utile, que les femmes n'acceptent cependant encore qu'avec répugnance, et qui ne s'accomplit que dans des circonstances et des conditions tout à fait exceptionnelles ?

IV. — En résumé, je crois que les cônes d'éponge préparée doivent avoir la préférence sur les cylindres de laminaire dans tous les cas indistinctement où il s'agit de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Mais, dans une foule d'autres cas, comme moyens abortifs ou comme agents dilatateurs, les cylindres peuvent recevoir, en chirurgie aussi bien qu'en obstétrique, de nombreuses applications. C'est ainsi qu'ils rendraient, selon moi, de grands services pour dilater des trajets fistuleux et pour combattre certaines atrésies congénitales ou acquises.

J'ai commencé quelques essais dans ce genre, j'en rendrai compte un jour ou l'autre.

ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS DE LA PATHOGÉNIE

Des hémorrhagies cérébrales (1).

Par M. le docteur Ch. Bouchard.

Sous ce titre, M. le docteur Bouchard vient de publier un travail dont nous reproduisons les conclusions :

« Les hémorrhagies qui se font dans l'épaisseur de la substance du cerveau peuvent se produire dans des conditions pathogéniques diverses.

Les causes nombreuses qui peuvent amener une augmentation de la tension du sang dans les vaisseaux de l'encéphale paraissent, dans quelques cas exceptionnels, exercer une action déterminante.

Les altérations de consistance du tissu cérébral ne semblent être qu'une cause accessoire et même douteuse d'hémorrhagie.

Les altérations vasculaires indiquées jusqu'ici comme pouvant produire l'hémorrhagie, sont beaucoup plus souvent le résultat de la lésion cérébrale que la cause de l'apoplexie.

Toutes ces hémorrhagies de causes diverses ne sont liées entre elles par aucun lien pathogénique et ne peuvent être considérées que comme accidents ou complications de maladies variées.

L'hémorrhagie sénile, au contraire, se produit comme conséquence d'une altération vasculaire préalable, toujours identique à elle-même, d'un état scléreux des petites artères avec atrophie de la tunique moyenne et production secondaire d'anévrysmes dont la rupture est la cause prochaine de l'épanchement. L'hémorrhagie sénile est donc une maladie à part.

Ces anévrysmes, qui nous paraissent n'avoir pas encore été décrits ni même reconnus, ont été vus cependant par M. Cruveilhier et considérés comme une variété d'apoplexie capillaire.

Ils se développent lentement, et, généralement, leur nombre est assez considérable. Ils préparent ainsi, longtemps à l'avance, la rupture que des causes occasionnelles diverses pourront déterminer.

On les reconnaît facilement à la surface des circonvolutions ; ils sont plus abondants mais plus difficilement reconnaissables dans les parties grises centrales.

Ils ne font jamais défaut dans le cerveau des malades qui succombent à une hémorrhagie récente, et on les trouve alors rompus dans les parois du foyer. On les trouve aussi constamment dans le cerveau des sujets qui présentent des cicatrices d'hémorrhagie ancienne.

L'athérome des vaisseaux cérébraux n'est donc pas la cause de l'hémorrhagie.

L'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement du cerveau sont deux maladies essentiellement différentes.

Les anévrysmes sont, à l'hémorrhagie cérébrale des vieillards, ce que l'athérome est au ramollissement sénile. »

(1) In-8. Paris, 1867. F. Savy.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

249. Recherches sur les accidents produits par quelques corps étrangers des bronches, par M. A. Barbeu-Dubourg.

250. Des troubles gastriques dans l'ataxie locomotrice progressive, par M. Georges Delamarre.

251. Essai sur Paracelse et sa réforme médicale au XVIe siècle, par M. Clément Jobert.

252. De la valeur diagnostique de la rougeur dans quelques affections de l'hémisphère antérieur du globe de l'œil, par M. P. Quentin Jules Foucart.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Un mouvement très-prononcé se déclare aujourd'hui en faveur des études de thérapeutique expérimentale. Nous savions déjà qu'un certain nombre de jeunes médecins s'étaient réunis, et nous avions annoncé la fondation prochaine d'une Société de thérapeutique.

Aujourd'hui nous publions les statuts de cette nouvelle Société et les noms des membres du bureau.

Titre Ier — *Constitution de la Société.*

Article Ier. — Une Société, qui prend le nom de *Société de thérapeutique*, est constituée à Paris pour étudier l'action physiologique et médicatrice des agents thérapeutiques.

Art. 2. — La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires et de membres correspondants.

Art. 3. — Pourront faire partie de la Société : les docteurs en médecine, les pharmaciens de 1re classe et les médecins vétérinaires.

---

des stations que j'ai dressé tout à l'heure, selon la nature du petit-lait dont elles font usage, montre qu'en somme, dans la pratique, cette distinction, sans nul doute utile, n'a pas, sur les résultats définitifs, une influence capitale.

De plus, on peut se demander si le concours des eaux minérales que quelques établissements utilisent, est destiné à mieux accentuer ces nuances, ou, au contraire, à les effacer complétement.

Il en est ainsi dans quelques circonstances, comme, par exemple, lorsqu'on associe au petit-lait de vache une eau laxative ou une eau ferrugineuse. Mais dans la généralité des cas, cette association a pour but d'introduire dans l'économie une plus grande masse de sels dont la présence du petit-lait facilite singulièrement l'assimilation.

Cette alliance, blâmée par les uns, applaudie par les autres, est tenue, par les médecins qui y recourent, dans des limites qui ne font jamais oublier la condition essentielle d'une cure de petit-lait, c'est-à-dire l'action purement dynamique et déprimante du médicament que détruirait la présence de trop d'éléments chimiques et de cette excitation, connue sous le nom de *fièvre thermale,* qu'amène toujours l'usage plus ou moins prolongé des eaux minérales.

Aussi, lorsqu'une eau minérale doit être mêlée au petit-lait, ordonne-t-on de diminuer progressivement les proportions de la première, afin de faire rentrer au plus vite la médication séro-lactée dans ses propriétés dynamiques et calmantes.

L'alliance des eaux minérales et du petit-lait n'est pas identique partout; à Ischl et à Méran, on mêle ensemble les deux liquides; à Gleichenberg, on boit alternativement un verre de l'un et un verre de l'autre; enfin à Kierling, les deux liqueurs séparées sont prises alternativement comme dans la station de Styrie, mais par petites quantités, par gorgées et non par verre.

L'expérience ne me permet pas encore de me prononcer sur la bonté de chacune de ces trois méthodes; mais en principe, je donne la préférence à la pratique adoptée à Ischl, puis à celle suivie à Kierling, me réservant d'expérimenter celle de Gleichenberg.

A l'occasion de l'association des eaux minérales et du petit-lait, je consignerai, avant de fermer ce chapitre, une remarque tout au moins curieuse.

Parmi les affections qui sont tributaires de la médication séro-lactée, le premier rang a toujours appartenu et appartient, aujourd'hui encore, aux affections des voies aériennes.

Les eaux minérales qui, en France du moins, sont presque exclusivement appelées à combattre les affections des voies aériennes, sont, nul ne l'ignore, les eaux sulfureuses.

On devait donc s'attendre, en s'arrêtant à l'apparence, à voir se fortifier l'un par l'autre deux agents en quelque sorte spécifiques, et concourir ensemble à un but que chacun séparément est quelquefois impuissant à atteindre.

C'est le contraire qui a lieu, et au soin avec lequel on se garde de mélanger le petit-lait et les eaux minérales sulfureuses, on dirait que les médecins allemands admettent un antagonisme entre ces deux agents, et redoutent une neutralisation de leurs propriétés respectives, analogue à celle qui résulte, selon quelques thérapeutes, du mélange de la belladone et de l'opium.

J'ai mis sous les yeux de mes lecteurs le catalogue complet des eaux minérales qui se boivent à Ischl, et j'ai pris soin, en prévision de la remarque que je consigne ici, de placer en regard de chaque source l'élément qui lui sert de caractéristique. Nous y voyons des eaux alcalines, des eaux ferrugineuses, des eaux iodées, des eaux purgatives et des eaux salines chlorurées, les plus usitées, selon les idées de Liebig, dans les affections tuberculeuses ; mais nous n'y rencontrons pas une eau sulfureuse.

Bien plus, à Bade, près Vienne, où existent huit sources sulfureuses chaudes, le docteur Mulleitner se récria vivement, comme si je lui parlais d'une hérésie, quand je lui demandai s'il mélangeait le petit-lait avec les eaux minérales de sa station.

Et cependant, quoique les eaux sulfureuses, il est vrai, supportent moins bien le transport que les autres eaux minérales, il en est qui se boivent loin des sources, et, sans sortir de la France, je citerai les Eaux-Bonnes et celles d'Enghien, dont l'exportation est considérable.

Le docteur Carrière, dans son livre d'ailleurs si remarquable, assure au contraire que les médecins allemands tiennent en grande estime l'association des eaux sulfureuses et du petit-lait, et il prend pour exemples de ce mélange les eaux de Carlsbad, de Marienbad, etc., eaux sulfatées salines, comme si les eaux sulfatées, soit sodiques, soit calciques, soit magnésiennes, conservaient quelque chose des propriétés du soufre qui s'unit à la base. Il est de notion élémentaire en chimie, qu'un composé ne garde aucune propriété des éléments qui concourent à sa composition, et qu'ainsi, le sulfate de soude n'est pas plus du sodium que du soufre. De plus, quel est, dans l'économie, l'acide assez puissant pour déplacer l'acide sulfurique ? Oui, les médecins allemands sont dans le vrai, soit que l'instinct les guide, soit que l'expérience les conseille. Je dirai dans le prochain chapitre les raisons qui me font pencher de ce côté et qui confirment mes idées, depuis longtemps émises, sur le rôle des eaux minérales et la classification qui en découle.

Le régime et l'hygiène sont à peu près les mêmes partout, sauf quelques nuances sans importance, et l'aménagement, à l'exception d'Ischl, station modèle, est analogue dans à peu près tous les établissements.

Félix Roubaud,

Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

Art. 4. — Le nombre des membres titulaires est fixé à soixante, classés de la manière suivante :

45 docteurs en médecine ; — 7 médecins vétérinaires ; — 8 pharmaciens de 1re classe ou chimistes.

Art. 5. — A dater du jour des présents statuts, toute candidature devra être envoyée à celle des trois sections à laquelle le candidat doit appartenir, et un rapport sera fait à la Société par une Commission composée de trois membres.

Art. 6. — Le vote, pour remplir une place vacante, n'aura lieu que sur convocation spéciale et alors seulement que deux candidats au moins seront sur les rangs.

Art. 7. — Le vote aura lieu au bulletin secret et à la majorité absolue.

Art. 8. — Les membres correspondants seront nommés suivant les mêmes formalités que les membres titulaires.

Art. 9. — Ne pourront être admis comme honoraires que ceux des membres titulaires qui, après dix ans d'exercice, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société exprimé par un vote.

TITRE II. — *Composition du bureau.*

Art. 10. — Le bureau de la Société est ainsi composé :

Un président honoraire, lorsque la Société aura jugé convenable d'accorder cette distinction ; — un président ; — un vice-président ; — un secrétaire-général archiviste ; — deux secrétaires des séances ; — un trésorier.

Art. 11. — Tous les membres du bureau sont nommés pour un an, et sont rééligibles, à l'exception du président, qui ne pourra être nommé de nouveau qu'après un an.

Art. 12. — L'élection des membres du bureau est faite au scrutin secret et à la majorité absolue.

Art. 13. — Un conseil de famille et un comité de publication, composés chacun de trois membres, seront nommés chaque année en même temps que les membres du bureau.

TITRE III. — *Séances et travaux de la Société.*

Art. 14. — La Société se réunira en séance deux fois par mois : les premier et troisième vendredis, à trois heures et demie, sauf pendant le mois de septembre.

Art. 15. — Un registre est ouvert au commencement de chaque séance, et signé par les membres présents ; il est fermé à quatre heures.

Tout membre de la Société qui a signé au registre reçoit un jeton de présence.

Art. 16. — Le président et le secrétaire général fixent l'ordre du jour, qui peut être modifié sur la proposition de cinq membres de la Société.

Art. 17. — La Société peut se constituer en comité secret toutes les fois qu'elle le juge convenable.

Art. 18. — Les travaux de la Société ont pour objet :

1° Des expérimentations destinées à faire connaître l'action physiologique des agents thérapeutiques ; — 2° Des observations cliniques ; — 3° Des recherches bibliographiques.

Art. 19. — Tous les mois, la Société indique un ou plusieurs sujets d'expériences physiologiques et d'observations thérapeutiques.

Art. 20. — Une Commission pourra être chargée de faire des expériences dont elle soumettra le plan à la Société.

Art. 21. — Si les auteurs des communications en désirent l'insertion intégrale dans les actes de la Société, ils devront remettre, séance tenante, une note écrite.

Les communications verbales seront simplement reproduites par extrait dans le procès-verbal.

Art. 22. — Les recherches bibliographiques que la Société jugera nécessaires seront partagées entre plusieurs de ses membres, qui devront en rendre compte.

Art. 23. — Le comité de publication est chargé de réunir tous ces différents matériaux, et de les publier, quand il y aura lieu, en indiquant la part que chacun a prise à l'œuvre commune. Il peut publier également des travaux individuels des membres de la Société, et les comptes rendus des séances.

TITRE IV. — *Dépenses et recettes.*

Art. 24. — Les dépenses consistent en :

1° Frais de bureau ; — 2° Frais de publication ; — 3° Frais d'expériences faites par les Commissions nommées par la Société.

Art. 25. — Les recettes se composent :

1° D'une cotisation annuelle de 24 francs, perçue par semestre ; — 2° D'une somme de 22 francs, également perçue par semestre et destinée au service des jetons de présence ; — 3° Des frais de diplôme, fixés à 12 francs.

Art. 26. — Dans le cas où les frais des expériences à faire dépasseraient les fonds disponibles, la Société, consultée par le bureau, décidera s'il y a lieu de s'imposer une cotisation supplémentaire.

Art. 27. — Tout membre qui refusera de payer sa cotisation pendant six mois, sera rayé de la Société.

Art. 28. — Les élections pour le renouvellement des membres du bureau auront lieu tous les ans à la fin de décembre.

Le bureau, pour l'année 1867, est ainsi composé :

Président honoraire : M. Trousseau ; — Président, M. Pidoux ; — Vice-Président, M. Gueneau de Mussy ; — Secrétaire général, M. Constantin Paul ; — Secrétaires des séances, MM. Fernet et Adrian ; — Trésorier, M. Delpech ;

Conseil de famille : MM. Gubler, Bouley et Mialhe ;

Comité de publication : MM. Bricheteau, Moutard-Martin et Hérard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite du dernier concours ont été nommés internes en pharmacie, pour entrer en exercice dans les hôpitaux de Paris, à partir du 1er avril :

1. MM. Tourlet, Maréchal, Patrouillard (Charles-Henri), Ménière, Depasse, Gachet, Rabourdin, Godard, Carles, Masson.

11. MM. Dupuy, Chatenier, Chaussade, Cavally, Sineau, Jeannin, Coulbeaux, Grevin, Bruley, Duflot.

21. MM. Lousteau, Plos, Dumez, Baillet, Blancard, Jacquème, Dautreville, Lissonde, Guyochin, Dugué.

31. MM. Limouzain-Laplanche, Vandran.

— Voici la liste des récompenses décernées à MM. les internes en pharmacie des hôpitaux :

Première division (internes de 3e et 4e année). — Prix : M. Prunier ; accessit : M. Gindre ; mentions honorables : MM. Clouet et Denombré.

Deuxième division (internes de 1re et 2e année). — Prix : M. Patrouillard (Lucien) ; accessit : M. Duménil ; mentions honorables : MM. Blanquinque et Duriez (Louis).

— M. le docteur Charles Ehrhardt, médecin du Bureau de bienfaisance du 11e arrondissement de Paris, doit être porté sur la liste des médecins auxquels une médaille d'argent a été décernée pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1866.

— Le 20 mars ont eu lieu les obsèques de notre confrère, M. le docteur J. Noël, au milieu d'un grand concours d'amis, de clients et de médecins empressés à lui rendre les derniers devoirs.

Natif d'Huperlac (Aveyron), notre digne confrère, ancien élève de Dupuytren, a rendu des services signalés, pendant les épidémies de choléra, aux communautés religieuses, aux dispensaires de bienfaisance, et, en d'autres circonstances graves, comme chirurgien de la garde nationale. Ces services lui avaient mérité la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

C'est à une bronchite généralisée que notre si estimé confrère a succombé à l'âge de soixante-cinq ans, après avoir été à peine six jours malade.

— M. Jules Adde, président de la Société de secours mutuels de Bougie (Algérie), nous prie d'annoncer que le médecin qui consentirait à aller s'établir dans cette ville, y trouverait une position avantageuse.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 3 avril, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 20.

Voici son ordre du jour : 1° Rapport de candidature, par M. le docteur Dupré ; 2° Considérations sur la pepsine à propos des indications du nouveau codex, par M. le docteur Kauffman ; 3° De l'enkystement et de l'immobilité de l'utérus comme signe diagnostic de quelques-unes de ses maladies, par M. le docteur Benjamin Anger ; 4° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

— M. le docteur Galezouski commencera un cours public sur la chirurgie oculaire le jeudi 4 avril 1867, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les jeudis à la même heure. Les élèves seront exercés aux diverses opérations sur les yeux de cadavres.

— Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dans nos bureaux. Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Les 55me et 56me fascicules du **Grand dictionnaire universel du XIXe siècle**, de M. Pierre Larousse, sont en vente. Ce qui distingue le *Grand dictionnaire* de tous les ouvrages de ce genre, c'est un cachet d'humour, de fantaisie, qui s'allie très-heureusement aux plus graves questions de la science, de l'histoire et de la philosophie. La sécheresse et l'aridité qui règnent dans le domaine encyclopédique et lexicologique sont devenues proverbiales ; le *Grand dictionnaire universel* paraît avoir la prétention de faire mentir le proverbe, et cette prétention nous semble tout à fait justifiée. — Cinquante-six fascicules, dont chacun renferme la matière de 2 vol. in-8°, sont en vente. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Étude sur la physiologie de la première enfance, par M. le docteur Émile ALLIX. 1 vol. grand in-8° de 260 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 39. — MARDI 2 AVRIL 1867. (40e ANNEE.) MARDI 2 AVRIL 1867. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er AVRIL 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

I. MM. E. et M. Cyon (de Saint-Pétersbourg) viennent d'envoyer à l'Académie des sciences une note sur l'*innervation du cœur*.

Déjà l'année dernière, un de ces expérimentateurs, M. E. Cyon, conjointement avec Charles Ludwig, avait établi les faits suivants :

1° Le nerf cardiaque, qui naît par deux racines, tant du pneumo-gastrique que du laryngé supérieur, est un nerf sensible du cœur. Il donne au cœur la possibilité de paralyser par une voie réflexe la tonicité de tous les vaisseaux de l'organisme ; et c'est pourquoi MM. Cyon et Ludwig l'ont appelé le *nerf dépresseur*.

2° Les nerfs splanchniques sont les principaux nerfs vasculaires de l'organisme ; leur section réduit la pression dans la carotide au minimum ; l'irritation de leurs bouts périphériques peut doubler cette pression.

Cette année, MM. Cyon ont eu pour but principal d'établir que, contrairement à la théorie de Bezold, l'accélération des battements du cœur, produite par l'irritation de la moelle épinière, ne tenait pas à l'augmentation de la pression vasculaire. Ils ont coupé les nerfs splanchniques ; et, bien que cette pression se trouvât ainsi réduite au minimum, les battements du cœur n'en étaient pas moins accélérés par l'irritation électrique de la moelle, séparée du cerveau à la hauteur de l'atlas.

(Ces expériences étaient faites sur des animaux empoisonnés par le curare, et chez lesquels on entretenait la respiration artificielle, après avoir coupé les pneumogastriques, le nerf dépresseur et les nerfs sympathiques du cou.)

Ayant ainsi constaté l'action directe de la moelle sur le cœur, MM. Cyon extirpèrent tous les nerfs que le cœur reçoit de la moelle épinière par l'intermédiaire des ganglions sympathiques (cervicaux inférieurs et dorsaux supérieurs). Cette extirpation ne produisit aucun changement ni dans le nombre, ni dans la valeur des contractions cardiaques ; mais, dès lors, ces contractions cessèrent d'être influencées par l'irritation de la moelle.

Il s'agissait d'établir, par l'irritation directe des nerfs cardiaques, le rôle de chacun d'entre eux.

Des expériences pareilles faites sur les lapins et les chiens ont donné les résultats suivants :

1° L'irritation électrique de la troisième branche du ganglion cervical inférieur, provoque chez les lapins une accélération des battements du cœur et une diminution de leur étendue ;

2° Les deux premières branches du même ganglion sont des nerfs sensibles du cœur, et forment la continuation du nerf dépresseur ;

3° L'irritation de la quatrième branche de ce ganglion, qui passe au-dessus de l'artère sous-claviculaire. et forme, avec une cinquième branche du même ganglion, l'anneau de Vieussens, produit une légère élévation de la pression moyenne du sang sans changer le nombre des pulsations ;

4° Chez les chiens, dont le nerf sympathique du cou et le pneumogastrique se trouvent dans la même gaîne, c'est la seconde branche du ganglion cervical inférieur, dont l'irritation provoque les mêmes changements que l'irritation de la troisième chez les lapins.

L'accélération des pulsations, produite chez les chiens et chez les lapins par l'irritation directe des nerfs décrits, est moins considérable que celle qui est provoquée par l'excitation de la moelle épinière ; ce qui s'explique facilement, parce que, dans le dernier cas, on irrite simultanément tous les nerfs cardiaques.

MM. Cyon ont proposé d'appeler ces branches du ganglion cervical *les nerfs accélérateurs du cœur ;* et quant au mode d'action de ces nerfs, ils ont posé les conclusions suivantes :

a. Ce ne sont pas des nerfs moteurs ordinaires, se terminant dans le muscle du cœur :

1° Parce que leur irritation ne produit pas un tétanos du cœur ;

2° Elle n'augmente même pas le travail du cœur, parce que nous avons vu que la hauteur d'excursion de la colonne de mercure dans le manomètre diminue pendant que le nombre des battements augmente ;

3° Le cœur a en lui-même des ganglions excitateurs ;

4° Le curare ne paralyse pas ces nerfs accélérateurs.

b. Ce ne sont pas non plus des nerfs qui agissent sur les vaisseaux du cœur, parce que l'occlusion complète des vaisseaux du cœur ne change pas le nombre des pulsations.

c. Ce ne peuvent être que des nerfs se terminant dans les ganglions du cœur. Leur action consiste dans un changement de la division du travail du cœur dans le temps. Ainsi ce ne sont que des antagonistes des nerfs pneumogastriques, dans ce sens que l'irritation de ce dernier nerf ralentit les pulsations du cœur en augmentant leur grandeur, tandis que les nerfs accélérateurs augmentent le nombre des pulsations en diminuant en même temps leur grandeur.

En résumé, on voit que les recherches de MM. Cyon viennent compléter les connaissances antérieures en ce qui regarde l'innervation du cœur.

On savait que le cœur possédait en lui-même un petit centre nerveux indépendant, constitué par des ganglions.

On savait que ce petit centre nerveux agissait seul d'une manière normale et continue pour régler les contractions de l'organe.

On savait que par leur influence sur ce petit centre, les nerfs pneumogastriques entrant en action, ralentissaient les pulsations du cœur en augmentant leur grandeur.

MM. Cyon ont appris que les pneumogastriques avaient des antagonistes provenant de la moelle épinière et exerçant une influence contraire sur le petit centre cardiaque.

Ainsi, l'innervation générale se trouverait doublement reliée d'une manière centrifuge à l'innervation propre du cœur.

II. — Nous avons rapporté précédemment la discussion qui s'est élevée à la Société obstétricale de Londres, au sujet de la clitoridectomie pratiquée par M. Baker-Brown. Cette discussion est devenue, dans les journaux de médecine anglais, le point de départ d'une polémique fort vive, à la suite de laquelle le conseil de la Société obstétricale, usant des pouvoirs que lui donne le règlement, a proposé l'expulsion de M. Baker-Brown.

Les griefs formulés contre lui ont été publiés dans un document imprimé, distribué à tous ses confrères, et sa réponse, également imprimée, doit leur être remise aujourd'hui même. Des précautions toutes particulières seront prises pour assurer la sincérité du scrutin, qui doit avoir lieu le 3 avril.

III. — Nous avons assisté, samedi dernier, à une nouvelle opération d'ovariotomie, faite par M. le professeur Gosselin, dans son service de la Pitié.

La malade, âgée de cinquante-trois ans, était très-affaiblie, elle avait beaucoup maigri depuis quelque temps ; il avait fallu pratiquer trois ponctions du kyste en trois mois, et une quatrième devenait nécessaire lorsqu'on se décida pour l'opération.

La malade fut éthérisée ; un large tablier de caoutchouc, percé au centre, fut fixé sur le ventre, autour de la tumeur, à l'aide de collodion, afin que la malade ne fût pas mouillée et refroidie par le sang et par les liquides qui s'écouleraient de la plaie.

Une incision de 10 centimètres environ fut pratiquée vers la partie moyenne de l'abdomen, les bords de cette incision furent enveloppés de morceaux de flanelle, repliés en dessous, après que tous les vaisseaux pouvant fournir un peu de sang eurent été liés avec le plus grand soin.

Puis on procéda à la ponction et à l'extraction de la tumeur, qui présentait quelques adhérences, seulement dans le petit bassin. Le pédicule fut serré dans un clamp et maintenu en dehors de la cavité péritonéale.

Toute cette partie de l'opération n'avait pas demandé plus de vingt minutes.

Il en fallut quarante pour essuyer la cavité péritonéale, à l'aide d'éponges nettoyées *ad hoc*, et pour fixer les points de suture au moyen desquels la plaie fut fermée dans toute sa longueur.

Le kyste avait fourni huit litres de liquide. Une fois vidé, il pesait encore 1800 grammes, et en l'examinant, on trouva dans sa paroi en outre de nombreux petits kystes, une tumeur de nature cancéreuse (épithélioma cylindrique) pleine d'une substance colloïde, et grosse au moins comme les deux poings.

Hier soir, l'opérée n'allait point trop mal, bien qu'il y eût un peu de ballonnement du ventre et de chaleur à la peau.

Toutefois, d'après la nature cancéreuse de la tumeur extirpée, il n'est guère permis d'espérer que la terminaison soit favorable ; comme elle le fût chez une autre malade également opérée d'un kyste de l'ovaire, par M. Gosselin, il y a quatre mois.

Nous avons vu cette dernière au moment où elle allait partir pour le Vésinet ; elle a pris un certain embonpoint ; les forces sont revenues en même temps que l'appétit, les règles ont reparu au commencement de mars, et sauf quelques douleurs abdominales, légères et fugaces, cette femme se porte bien.

Les faits intéressants à observer abondent en ce moment dans les différents hôpitaux.

A l'hôpital des Cliniques, service d'accouchement, n° 14, se trouve une femme enceinte de quatre mois, et chez laquelle on constate, par le toucher abdominal, une tumeur volumineuse, occupant la partie postérieure de l'exacavation pelvienne.

La nature de cette tumeur est encore douteuse ; cependant, il semble probable qu'elle est constituée par l'utérus en rétroversion, comme on le constata chez une femme qui était couchée au n° 5 de la même salle et qui vient de sortir guérie.

Demain mardi, doit être opéré par M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme couché au n° 11 de la salle Saint-Côme. Ce jeune homme présente une exorbitis de forme très-rare. L'affection, limitée exclusivement à la cavité orbitaire, semble due, soit au développement d'un kyste, soit à une accumulation de graisse dans le tissu cellulaire de l'orbite ou à l'induration de ce tissu, comme Hensinger et Middlemore, cités par Demarquay, en rapportent des cas.

Signalons dans le même service, salle Saint-Maurice, n° 21, une femme de soixante-deux ans, que l'acide acétique en applications a débarrassée de nombreux cancroïdes du visage. L'acide acétique semble définitivement très-efficace contre les épithéliomas non ulcérés de la peau, et beaucoup moins contre les autres genres de cancroïdes.

Les autres faits, sur lesquels nous voulions appeler l'attention, demanderaient trop de détails, pour que nous pussions en parler aujourd'hui. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BLACHE.

Pleurésie purulente d'emblée, compliquée d'ectopie du cœur. — Thoracentèse. — Reproduction de l'épanchement. — Évacuation du pus par les bronches, sans pneumothorax. — Guérison.

Par M. le docteur Xavier Gouraud.

(Observation lue à la Société médicale d'observation.)

Le 25 août 1863, est entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Catherine, n° 49 (service de M. le docteur Blache), une petite fille, nommée Louise D..., âgée de quatre ans et demi. Cette enfant paraît avoir une bonne constitution ; son teint est vif et animé, ses joues roses et fermes ; tout indique qu'il n'y a chez elle aucune influence diathésique. Les parents, interrogés avec soin, affirment que Louise a toujours eu une excellente santé jusqu'au 1er août dernier, époque à laquelle remonterait le début de l'état actuel ; par conséquent, pas de fièvre éruptive antérieure. Le père, la mère et les grands parents se sont toujours bien portés ; aucune trace apparente, chez les ascendants, de diathèse tuberculeuse.

C'est le 1er août que, probablement à la suite d'un refroidissement, l'enfant a été prise de toux, accompagnée d'un violent accès de fièvre ; à ces symptômes se sont joints des mouvements convulsifs généralisés, comme s'il s'était agi d'une pyrexie ayant un caractère malin ; on crut, en effet, au début d'une fièvre typhoïde. Il a été impossible de savoir si la petite malade avait eu un point de côté.

Le jour de son entrée à l'hôpital (25 août), il fut facile de reconnaître que Louise avait une pleurésie gauche. De ce côté, il existait une matité absolue, remontant jusqu'en haut en arrière, et en avant jusque vers la région sus-claviculaire. Les espaces intercostaux présentaient alors un écartement considérable ; ils étaient comme distendus et résistants. Il semble qu'il y ait une saillie assez marquée de la cage thoracique en avant ; la mensuration de la poitrine ce-

pendant donne des résultats singuliers ; du côté malade, je trouve, à partir de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'apophyse épineuse de la sixième ou septième vertèbre dorsale, une longueur de 25 et 27 centimètres du côté sain ; ce qui fait une différence de 2 centimètres en faveur de ce côté. Absence complète du murmure vasculaire ; pas de retentissement égophonique ou bronchique de la voix. A droite, la respiration est manifestement puérile.

Le cœur est refoulé à droite, au delà du sternum.

La fièvre est forte ; le pouls, vite et fréquent ; malgré le caractère fortement accusé de ces symptômes, indiquant un épanchement pleural considérable et un déplacement très-marqué du cœur, Louise ne paraît avoir aucune dyspnée.

Du 25 août au 1er octobre, état à peu près stationnaire, malgré l'application successive de quatre vésicatoires.

Le 1er octobre, de temps en temps on constatait bien une moins grande obscurité du murmure vésiculaire ; puis, quelques jours plus tard, l'épanchement augmentait et voilait de nouveau le bruit respiratoire. Alternatives de fièvre et d'état apyrétique. L'enfant maigrit sensiblement ; ses petites joues, si fraîches à son entrée, sont devenues pâles, son état général est évidemment en souffrance ; elle menace de tomber dans la cachexie. La question de la thoracentèse est mise en avant, et, vu l'altération croissante des forces, vu l'ectopie considérable du cœur et la chronicité de l'épanchement pleural, l'opération est décidée pour le lendemain. L'enfant a encore bon appétit ; elle n'a jamais eu de diarrhée ; elle est donc relativement dans de bonnes conditions.

Le 2, ce matin, pendant la visite, en présence de M. Blache et de M. Bouchut, je pratique la thoracentèse dans le sixième espace intercostal, suivant le procédé de M. le professeur Trousseau. Après avoir fait une incision à la peau avec une lancette, je fis une ponction avec un trocart de trousse ordinaire. L'introduction du trocart dans la plèvre fut très-difficile, non pas que la paroi thoracique, doublée de fausses membranes déjà anciennes, offrit une résistance inaccoutumée ; mais le retrait de la poitrine, que la mensuration avait permis de constater d'une manière précise, était tel que l'espace intercostal était réduit à de très-petites proportions, les côtes étaient en quelque sorte imbriquées les unes sur les autres. L'opération donna issue à 300 grammes d'un pus bien lié, crémeux et sans odeur, et fut parfaitement supportée par la petite malade ; il y eut, à la fin de l'écoulement de pus, une légère hémorrhagie sans importance.

A la visite du soir, je trouve Louise jouant sur son lit, comme à l'ordinaire. Le pouls bat 108, et il n'y a pas de chaleur fébrile.

Les symptômes physiques, constatés avant l'opération, ne sont pas encore modifiés d'une façon très-notable ; cependant, il y a déjà une légère amélioration. Avant la ponction de la poitrine, la matité cardiaque s'étendait jusqu'à trois travers de doigt à droite du sternum, et on percevait les battements cardiaques très-nettement en appliquant la main sur l'espace qui se trouve limité par le mamelon droit et le bord droit du sternum. Ce soir, le cœur est évidemment un peu moins déplacé ; le maximum de ses battements n'existe plus qu'à deux travers de doigt du bord droit du sternum.

En avant, le son est moins mat, et la respiration s'entend un peu mieux.

En arrière et en haut, le bruit respiratoire est un peu revenu, mais la matité, quoique moindre, existe encore ; il est évident qu'il y a là une forte couche de fausses membranes et de pus concrété et aussi liquide.

Le 4, la respiration est toujours très-faible.

Le 5, M. Roger constate la matité persistante du côté gauche de la poitrine, surtout en bas et en arrière ; il est à craindre que l'épanchement se soit reproduit. En avant, le son est meilleur, quoique encore très-couvert, et au sommet gauche, également en avant, il y a évidemment du bruit skodique. La faiblesse du murmure vasculaire est toujours la même. Le cœur est relativement moins déplacé ; il n'est plus distant du bord droit du sternum que d'un travers de doigt et demi ; ses battements sont très-nets et facilement perceptibles. Pas de fièvre ; l'appétit est soutenu et les forces se maintiennent à leur niveau normal.

Le 7, le bruit skodique s'entend bien aussi vers la région cardiaque, d'où le cœur a disparu ; la constatation du bruit skodique, dans une aussi grande étendue, a une grande valeur au point de vue de l'état anatomique du parenchyme pulmonaire. Les résultats fournis par la percussion sont à peu près les mêmes ; la matité, correspondant à l'épanchement qui s'est manifestement reproduit, ne remonte pas très-haut et n'occupe que la partie inférieure du thorax.

Le cœur dépasse un peu le sternum ; la plus grande partie de la matité cardiaque correspond à la région sternale. Absence complète de mouvement fébrile.

Le 9, l'enfant a eu un vomissement alimentaire dans la journée ; l'appétit s'est cependant maintenu.

Le 10, à la visite du soir, je trouve un peu de fièvre à Louise ; 124 pulsations ; la peau est chaude, sèche, et la petite malade paraît avoir moins d'entrain que de coutume. Elle a eu encore, dans la journée, quelques nausées, mais cette fois sans vomissement.

La respiration, qu'on entendait un peu à gauche et en arrière, ne s'entend plus, et la matité est évidemment plus marquée ; elle est presque absolue vers la base du thorax, à gauche.

De son côté, le cœur semble revenir à la place qu'il occupait avant l'opération ; le maximum des battements cardiaques se trouve actuellement à un travers de doigt en dedans du mamelon droit.

Le 11, le bruit skodique a disparu en avant et en haut ; le bruit respiratoire est nul en arrière ; l'enfant se lève cependant deux heures ; le soir, je la trouve pâle et fatiguée.

Il ne faut pas interpréter les résultats de l'auscultation, qui varient d'un jour à l'autre chez les enfants.

Le 12, la respiration s'entend un peu mieux au sommet gauche ; le cœur paraît avoir très-légèrement progressé vers le côté gauche.

Dans la soirée, il s'est passé chez Louise un phénomène de la plus haute importance : l'enfant a beaucoup toussé, et après chaque quinte, elle a rendu des crachats purulents. Ces expectorations successives n'ont amené aucune suffocation. Cet accès de toux, accompagné de crachement de pus, a duré environ deux heures.

Le 13, le poids des matières expectorées s'élève à 150 grammes environ, séparation faite des matières alimentaires solides ou liquides, en très-petite quantité, du reste, qui se trouvaient mêlées au pus.

Louise, malgré la fatigue causée par cette complication, n'a pas de fièvre et supporte bien son état.

Les modifications apportées à l'état physique de la poitrine par ces expectorations successives sont très-importantes à signaler.

Diminution de la matité en arrière ; la respiration s'entend un peu moins mal en ce point. En avant, le bruit skodique est beaucoup plus étendu ; en avant aussi, on commence à entendre un peu le bruit respiratoire.

Le cœur est toujours à la même place, c'est-à-dire à un bon travers de doigt du mamelon droit.

Aucun signe de pneumothorax ; la succussion hippocratique ne donne aucun résultat.

Point de râles humides ou sonores ; aucune dyspnée ; état général satisfaisant ; point de fièvre.

Ce soir, la fièvre s'est déclarée ; 132 pulsations ; la chaleur fébrile est intense.

Le 14, le mouvement fébrile d'hier commence à tomber, 112 ; la peau est redevenue fraîche. Depuis la crise de lundi dernier, Louise n'a ni toussé ni expectoré.

Le 16, depuis trois jours l'enfant prend une potion contenant 0,03 d'extrait de digitale et 8 grammes de sirop diacode. Sirop de quinquina.

Encore de la fièvre le soir ; 128 pulsations. Du reste, tous les soirs, Louise a un redoublement fébrile très-marqué.

Le son redevient plus clair et la respiration s'entend mieux.

Le 17, le bruit respiratoire est assez net ce matin, en arrière, quoique encore assez faible. En avant, on ne l'entend presque pas ; le cœur occupe toujours à peu près la même place ; le maximum des bruits cardiaques est évidemment encore à droite.

Toujours un peu d'agitation fébrile, le soir.

Le 18, Louise commence à se lever pendant la visite du matin ; elle continue son sirop de quinquina.

Le 19, aujourd'hui elle est restée levée plus longtemps que de coutume, depuis une heure jusqu'au dîner, et pour la première fois elle a mangé à la petite table.

L'amélioration est étonnante ; le murmure vésiculaire s'entend assez bien en arrière, quoique n'ayant pas encore retrouvé son intensité habituelle.

Le 28, M. Roger a ausculté l'enfant ce matin et il a constaté que le cœur était tout à fait revenu à sa position normale ; depuis plusieurs jours, on pouvait parfaitement suivre le retour du cœur à sa place et en quelque sorte sa locomotion, rendue sensible par le déplacement successif des bruits et des mouvements cardiaques.

Depuis cette époque jusqu'à sa sortie, qui eut lieu le 24 décembre, Louise a été de mieux en mieux ; la respiration est redevenue ample et facile, et le bruit respiratoire a repris un timbre satisfaisant. Une ophthalmie accidentelle a été rapidement guérie et la santé de cette enfant était florissante à sa sortie. Elle conservait cependant une difformité assez sensible ; la cage thoracique était rétrécie du côté malade, et la colonne vertébrale avait subi un commencement de déviation assez marquée ; en un mot, les symptômes relatifs à la déformation de la poitrine, que j'avais constatés avant la thoracentèse, existaient encore et même avaient un peu augmenté. Un corset, fabriqué suivant les indications les plus précises, a été employé, et la déformation thoracique a notablement diminué. La religieuse du service a eu, l'année suivante, l'occasion de revoir Louise, dont la santé était parfaite.

Résumé de l'observation. — L'observation qui précède présente deux périodes distinctes : dans la première, il s'agit d'une pleurésie purulente indépendante de toute lésion diathésique, qui s'est compliquée d'une ectopie du cœur considérable et qui a nécessité la ponction de la poitrine. La malade présentait aussi un rétrécissement marqué du thorax. Dans la deuxième période, il s'agit d'une rechute. L'épanchement s'est reproduit et a déterminé les mêmes symptômes du côté de la poitrine et un nouveau déplacement du cœur à peu près semblable au premier. Cette pleurésie s'est terminée d'une manière inattendue par une expectoration purulente, laquelle s'est spontanément produite, sans pneumothorax consécutif. La guérison de cette petite malade a été complète ; la déformation de la poitrine persistait seule à la sortie de l'hôpital.

Réflexions. — Il n'est pas sans intérêt de se demander à quelle forme appartient la pleurésie dont nous venons de tracer l'histoire clinique.

L'hypothèse d'un épanchement purulent symptomatique est inadmissible ; les renseignements fournis par les parents sont très-explicites à cet égard : il n'y a aucune trace d'affection diathésique dans la famille de la petite malade ; de son côté, l'enfant a toujours été bien portante et en particulier n'a encore eu aucune fièvre éruptive. La question doit donc être posée en ces termes : la pleurésie purulente dans l'observation qui précède a-t-elle été chronique d'emblée, ou consécutive à un état aigu ? Évidemment le début des accidents, qui remonte au premier août, a été marqué par des circonstances qui permettent d'affirmer qu'il s'agissait bien alors d'un état aigu ; la fièvre fut assez forte, au dire des parents, et l'enfant eut des mouvements convulsifs généralisés, si bien que l'on crut un instant au commencement d'une pyrexie grave, et le mot de fièvre typhoïde fut prononcé. La réaction générale a donc été trop vive et la malade trop brusquement prise pour que l'on puisse méconnaître le caractère aigu des accidents qui signalèrent le début de cette pleurésie ; et il nous faut admettre que cette pleurésie purulente appartient à la deuxième forme que nous indiquions tout à l'heure, qu'elle est réellement consécutive à une pleurésie aiguë.

La forme de cette pleurésie purulente étant établie, voyons un peu quelles sont les particularités cliniques dignes de fixer l'attention. Nous ne parlerons qu'en passant de l'ectopie du cœur : ce genre de déplacement n'est pas rare dans les pleurésies gauches ; chez notre petite malade, il était considérable, et il a subi des variations assez exactement en rapport avec les variations de l'épanchement ; le retrait du cœur après la thoracentèse s'est produit rapidement ; puis, comme l'on devait s'y attendre, le déplacement a subi une augmentation assez sensible, au moment où l'épanchement s'est reproduit. Après l'expectoration du pus par les bronches, on pouvait espérer que le cœur reviendrait à sa situation normale ; il n'en fut rien. La quantité de pus évacuée par les bronches n'était pas assez grande pour que cette évacuation eût une influence marquée ; le retrait du cœur ne s'effectua que plus tard par le fait de la résorption lente du liquide qui était resté dans la cavité pleurale.

La thoracentèse était-elle opportune, telle est la question que nous voudrions rapidement examiner. La suite de la maladie a prouvé que l'évacuation artificielle du pus n'était pas indispensable ; en un mot, sans opération, la maladie aurait parfaitement guéri, puisque la pleurésie s'est spontanément ouverte par les bronches ; mais à coup sûr, bien que le clinicien prudent et expérimenté soit souvent tenu, surtout lorsqu'il s'agit des maladies de l'appareil respiratoire, de compter sur l'effort salutaire de la nature, on ne peut voir dans l'éventualité d'une guérison spontanée, qui ne peut être obtenue qu'au moyen d'une méthode naturelle aussi périlleuse que l'est parfois la vomique, un argument contraire à la ponction de la poitrine. Par conséquent l'enseignement fourni par la suite de la maladie est utile, en ce qu'il montre la puissance de la nature médicatrice, mais il ne doit pas entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de discuter la grande question de l'opportunité de la thoracentèse. Dans l'observation que je viens de lire, l'opération a paru indiquée pour des raisons que j'appellerai anatomiques et pour des motifs particulièrement relatifs à l'état de la malade. La pleurésie était gauche, la matité presque absolue et l'ectopie du cœur considérable ; par conséquent, bien que la dyspnée fût faible, on était toujours en présence de la redoutable hypothèse d'une terminaison subite, produite par une syncope ou par un caillot migratoire. D'autres motifs rendaient encore la thoracentèse urgente ; la petite malade, qui au début des accidents et même jusqu'à une époque assez avancée de sa maladie avait conservé ses forces, était rapidement tombée dans un état voisin de la cachexie ; elle était devenue très-pâle, très-faible, et l'on pouvait craindre que, si l'opération était différée, l'enfant fût dans l'impossibilité de résister aux conséquences que parfois entraîne après elle la thoracentèse. Quant à la transformation de la pleurésie en épanchement purulent, par le fait de l'opération, il ne pouvait en être question, puisque, selon toutes les probabilités, vu la date du début des accidents et l'état général du sujet, cette transformation était effectuée.

Une seule circonstance militait en faveur de l'expectation, c'est la rétrocession thoracique. Cette rétrocession a été exactement mesurée ; il y avait une différence de 0m,02 en moins au désavantage du côté malade. On pourra dire que cette différence est comparativement peu importante, le côté droit, en raison de la présence du foie, étant naturellement plus ample ; nous ne sommes point de cet avis : la rétrocession thoracique était bien réelle et déjà avancée, et si on n'attribue qu'une médiocre importance à la différence que nous venons de dire, on ne pourra méconnaître la valeur de l'effacement des espaces intercostaux et de l'imbrication des côtes que nous avons constatés, au moment où nous avons enfoncé le trocart dans la poitrine. Or donc quelle est habituellement la signification séméiologique de la rétrocession du thorax ? Elle constitue, d'après les observations que M. Woillez a faites à ce sujet, un signe favorable, et ce signe est singulièrement précieux, lorsque, les autres symptômes étant stationnaires, elle annonce la résorption du liquide. M. Woillez dit positivement que dans les cas d'épanchement en apparence stationnaire, la rétrocession, en révélant la résorption cachée du liquide, empêche de pratiquer trop tôt la thoracentèse. Il semble donc que la conduite tenue dans cette circonstance soit en opposition avec les sages recommandations que nous venons de rappeler ; en aucune sorte. Sans doute les symptômes physiques étaient à peu près stationnaires, ou tout au moins présentaient de très-légères modifications ; mais les symptômes généraux étaient loin de rester stationnaires, ils s'aggravaient sensiblement, et c'est justement en raison de cette aggravation que l'opération fut jugée nécessaire. Nous ne voudrions pas qu'on nous prêtât la pensée de diminuer la valeur séméiologique, attribuée par l'auteur que nous citions tout à l'heure, à la rétrocession thoracique ; nous avons voulu seulement démontrer que dans la pleurésie chronique, bien que le retrait des côtes soit le signe d'un travail de résorption, il peut y avoir indication formelle à vider la poitrine, et à débarrasser ainsi brusquement le malade de la cause des accidents généraux qu'il présente : de cette façon, on pourra sauver des malades qui auraient succombé, sans avoir eu la force et le temps de recueillir le bienfait de la guérison naturelle par voie de résorption.

Les résultats amenés immédiatement par l'évacuation du pus furent très-satisfaisants, mais malheureusement l'amélioration ne fut pas durable, et cinq jours après l'épanchement s'était reproduit ; cette fois, il était moins abondant.

Cette rechute fut signalée par un phénomène qui parut tout d'abord inquiétant, et qui, au contraire, n'était que le premier pas vers une guérison définitive. Le 12 octobre, il y eut une expectoration purulente, qui dura deux heures et donna issue à 150 grammes de pus. Cette évacuation, que je n'ose qualifier du nom de vomique, parce qu'elle ne fut pas accompagnée des efforts du vomissement, fut suivie, aussi bien que la thoracentèse, d'une amélioration sensible dans les

symptômes physiques présentés par la poitrine; elle fut, de plus, remarquable par une circonstance singulière; nous ne pûmes constater aucun signe de pneumothorax; point de voix amphorique, point de tintement métallique, aucun gargouillement possible, même au moyen de la succussion hippocratique la plus énergique. On ne peut nier qu'il y eût communication entre la cavité pleurale et les bronches; mais cette communication existait avec des conditions spéciales, qui avaient permis au pus de s'écouler par les bronches, mais qui ne permettaient pas la pénétration de l'air dans la cavité pleurale. Que s'était-il donc passé? Avions-nous eu affaire à une pleurésie interlobaire enkystée, dont les fausses membranes auraient empêché l'air, après l'évacuation du pus par les bronches, de pénétrer dans la plèvre? Il est difficile d'admettre cette hypothèse. La hauteur du niveau de la matité, avant la thoracentèse, ne permet guère de supposer l'existence d'une pleurésie enkystée, dont la matité est ordinairement localisée et par conséquent restreinte; les adhérences pleurales et les brides pseudo-membraneuses peuvent fort bien avoir présenté une disposition spéciale, qui soit la seule cause de ce fait insolite. Nous avons trouvé dans la thèse de M. Oulmont, sur la pleurésie chronique, un fait qui, quoique différent de celui-ci, s'en rapproche en ce que, après l'évacuation du pus par les bronches, la communication entre la plèvre et les tuyaux bronchiques n'était pas constante; une valvule, constituée par une fausse membrane, était située de manière à oblitérer la fistule, lorsque le malade prenait certaines positions. Dans l'observation que nous venons de lire, il se pourrait faire qu'une valvule de cette sorte eût existé, permettant, par la direction et l'obliquité de son bord libre, le passage de dehors en dedans, c'est-à-dire de la plèvre vers les bronches, et mettant obstacle à toute communication des tuyaux bronchiques avec la cavité pleurale. Cette particularité anatomo-pathologique, dont nous essayons de fournir l'explication la plus rationnelle, est excessivement rare. Tous les auteurs classiques, lorsqu'ils arrivent à parler de l'évacuation du liquide purulent de la pleurésie chronique par les voies aériennes, ne manquent pas d'ajouter que naturellement, après cette évacuation, on a pu constater les signes d'un pneumothorax; M. Oulmont lui-même, qui a étudié cette question avec tout le soin désirable, dit positivement que la perforation pulmonaire, consécutive à l'évacuation d'une pleurésie purulente par les bronches, s'accompagne en outre des signes physiques de l'hydro-pneumothorax; il ne soupçonne même pas la possibilité du fait dont nous venons de rapporter l'histoire clinique, et il établit, entre la perforation pulmonaire et le pneumothorax, un rapport nécessaire. Notre observation est une exception à la loi, qui est la conséquence de cette coïncidence si fréquemment indiquée dans les ouvrages classiques, et nous avons trouvé qu'il était intéressant de la signaler et d'en montrer les conditions mécaniques qui ont présidé à sa production.

Nous sommes autorisé à admettre que la perforation s'est faite, comme le pense M. Gendrin, par l'intermédiaire d'un point de pneumonie qui, en augmentant la friabilité du poumon, qui par le fait de la transformation purulente de la portion du lobe atteint par l'inflammation, a été le point de départ de la communication accidentelle qui s'est établie entre la plèvre et les bronches. En effet, pendant les trois jours qui ont précédé l'évacuation du pus, la petite malade a eu des symptômes aigus, déterminés, cela va sans dire, par la reproduction de l'épanchement, mais aussi par le travail pathologique, qui devait avoir pour conséquence l'ulcération de la plèvre et la communication de la cavité pleurale avec les bronches. Cette explication nous paraît préférable à celle qui tendrait à établir l'existence d'une ulcération s'étant faite de dedans en dehors. Ceci se comprend dans les cas de cavernes tuberculeuses ou autres; mais dans le cas actuel, l'ulcération s'est évidemment faite de dehors en dedans, très-probablement au moyen du processus que nous venons d'indiquer.

Le bruit skodique a présenté des variations dont il importe de préciser la valeur et de fixer l'interprétation. Ces variations ont été précieuses pour déterminer les modifications apportées à la quantité de l'épanchement. Pendant la période où la matité indiquait que l'épanchement était considérable, le bruit skodique ne fut pas constaté; ce n'est qu'après la thoracentèse et peut-être déjà au commencement de la reproduction de l'épanchement qu'on le voit apparaître; le bruit skodique augmente en même temps que le pus occupe une plus grande partie de la plèvre; mais il y a une limite à cet accroissement du son tympanitique: la veille du jour où l'expectoration purulente se produisit, il avait disparu, pour reparaître le lendemain de cet accident.

Dans la convalescence, il n'en est plus question. Pour peu que l'on suive par la pensée les changements qui sont survenus dans le niveau de la matité, il sera facile de comprendre la corrélation qui a existé entre ces changements et les variations mêmes du bruit skodique. Au début, matité presque générale, interposition du liquide entre le poumon et la face antérieure du thorax, impossibilité de percevoir le bruit skodique; après la thoracentèse, l'épanchement se reproduit et agit assez sur le poumon pour le refouler de bas en haut et aussi d'arrière en avant. Le bruit tympanitique apparaît; il augmente à mesure que l'épanchement, en augmentant lui-même, favorise les conditions de sa formation; puis, les circonstances qui s'étaient déjà présentées au début de la maladie se renouvelant, il disparaît encore une fois, par le fait même de l'excès de l'épanchement, pour revenir après l'expectoration du pus, indiquant alors une nouvelle décroissance de l'épanchement. En résumé, le bruit skodique a toujours, dans le cas actuel, coïncidé avec un épanchement médiocre, et son apparition a pu être regardée comme un bon signe. Il ne faudrait pas donner à cette conclusion un caractère trop général. Il y a, en effet, des pleurésies considérables qui présentent comme symptôme le bruit skodique; mais dans notre observation, il faut tenir grand compte de la rétrocession thoracique, qui avait pour résultat immédiat, dès que la pleurésie purulente venait à se reproduire, de faciliter l'interposition d'une nappe liquide entre le poumon rétracté et la paroi thoracique. Dans ces circonstances, le bruit skodique était rendu impossible par un épanchement, avec lequel il aurait pu coïncider si la dilatation thoracique avait fourni plus de place au pus.

La guérison doit-elle être considérée comme exceptionnelle? Évidemment oui. Notons, toutefois, qu'il existait chez cette petite malade des circonstances qui permettaient de l'espérer: d'abord l'absence de toute influence diathésique, cela va de soi; puis le mode d'évacuation et le mode très-spécial de la perforation pulmonaire. Cette évacuation successive était le signe d'une perforation très-étroite qui a pu être facilement cicatrisée. Or, il est bien évident que cette cicatrisation eût été beaucoup plus difficile à obtenir, et presque impossible si, après une vomique qui aurait vidé la plèvre en quelques minutes, une large communication s'était établie. Si le poumon s'était perforé, comme cela arrive le plus souvent, de manière à ouvrir un libre passage au pus pour être évacué par les bronches, et à l'air pour pénétrer dans la cavité pleurale, il se serait très-probablement produit des phénomènes généraux graves dus à l'action de l'air sur le pus, et la petite malade n'aurait pas pu résister aux conséquences funestes de la fièvre hectique.

Cette guérison a-t-elle été favorisée par l'âge du sujet? Cela paraît très-probable. On trouve en effet, chez l'enfant, des conditions dont l'absence chez l'adulte explique la plus grande rareté de guérisons analogues. Dans les premières années de la vie, dans la période du développement successif des organes, il y a une plus grande activité de résorption, une aptitude plus grande aussi à la cicatrisation, et, d'un autre côté, il existe une plus grande flexibilité des os. Ne peut-on pas croire que ces conditions spéciales ont eu une part d'action dans la cicatrisation de la perforation pulmonaire, la résorption définitive de l'épanchement et la rétrocession du thorax, qui a aidé à cette résorption même? Nous ne prétendons pas qu'une guérison obtenue dans de pareilles conditions serait impossible, nous pensons seulement qu'elle trouve dans le jeune âge du sujet une plus facile et plus rationnelle explication.

MANIE AIGUE. — GUÉRISON.

Par M. de Lucé, de Vire (Calvados).

Le 6 mars 1866, je fus appelé à Saint-Christophe (Mayenne), près d'une jeune fille, Victorine M..., âgée de vingt ans, délicate, affectée d'une dysménorrhée déjà ancienne. Prise, il y a six à sept jours, après une émotion vive, de douleurs de tête, de surexcitation, de conceptions délirantes et d'hallucinations, symptômes peu de temps après compliqués d'embarras des voies digestives, cette jeune fille n'a éprouvé depuis ce temps aucune amélioration dans son état.

Victorine M..., entourée au moment de ma visite de tous ses parents, se tient assise sur son lit. Ses cheveux dénoués flottent épars; son visage, d'une pâleur livide, a une expression étrange, mystérieuse; ses yeux regardent le vide où ils semblent fixés sur un monde inconnu; ses bras, agités en tous sens, tour à tour menacent les assistants, repoussent un ennemi imaginaire, se portent à la tête comme pour la décharger d'un poids considérable et rejettent les couvertures. D'une voix à note élevée stridente, sur un ton déclamatoire et avec une volubilité extraordinaire, elle débite des phrases courtes, tronquées, incohérentes, sans liaison aucune; ses idées, étonnantes parfois, se pressent, se heurtent, s'enchevêtrent, se multiplient à l'infini. Elle parle de tout, même de ce qu'elle ignore; des menaces, des prières, des jurons énergiques, plus rarement des grossièretés, apparaissent çà et là au milieu de ses folles élucubrations. Quelquefois, par une brusque interpellation, on obtient une réponse vive, courte, raisonnable; j'apprends ainsi qu'elle souffre à la tête; mais aussitôt son imagination, surexcitée par un objet, le bruit d'une conversation voisine, la vue de ses parents ou un souvenir rapide change la direction de ses pensées, et elle recommence ses divagations. Souvent, sans fatigue apparente, elle répète dix, vingt fois le même mot, la même phrase tronquée. On se demande où elle prend les forces nécessaires à une pareille gymnastique de la parole. Elle refuse tous les aliments et accepte à peine quelques boissons. Le pouls est fréquent, la peau sèche, sans chaleur, la langue saburrale, le ventre souple, indolent, la tête brûlante; pas de vomissements, urines rares.

Depuis le début de cette affection, deux médecins successivement appelés ont conseillé, le premier un traitement tonique qui n'a pu être suivi, le second des douches froides, qui ont paru surexciter davantage la malade.

Voici celui que je prescrivis:

Isolement, obscurité, boissons tempérantes, lotions froides sur la tête; chaque soir, le lavement suivant:

Valériane et quinquina calys., de chacun	5 grammes.
Laudanum de Sydenham	6 gouttes.
Camphre	0,30.

F. S. A., un lavement de 125 grammes.

Et enfin la potion suivante:

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05.
Eau de fleurs d'oranger	50 grammes.
Eau de laitue	50 —
Sirop de sucre	25 —

A prendre par cuillerées à thé d'heure en heure. Recommandation fut faite de suspendre cette potion toutes les fois que la somnolence ne pourrait être interrompue par une seule interpellation.

Pendant les six jours que ce traitement fut ponctuellement exécuté, la potion entière fut prise chaque jour sans autres accidents que quelques nausées. Dans cet intervalle, la tranquillité dura ce que durait la somnolence; dans l'état de veille, l'excitation cérébrale reparaissait avec une nouvelle force. Cependant, la malade accepte plus volontiers les boissons, et le matin, jouit parfois d'un sommeil naturel et paisible. Redoutant de continuer cette médication sans nouvel examen, je formule la suivante:

Valérianate d'atropine	0,01
Mucilage	q. s.

Faites 20 pilules; une matin et soir.

Acétate neutre d'ammoniaque	125 gr.

Deux cuillerées à café par jour, en quatre fois, dans de l'eau sucrée; augmentez d'une cuillerée chaque jour; isolement, boissons adoucissantes, aliments légers.

Huit jours après cette prescription, le sieur M... m'apprend que les crises, qui d'abord étaient revenues à peu près aussi fréquentes qu'au début de la maladie, se sont à peu près éloignées, laissent maintenant de longs intervalles de tranquillité à la malade, et reparaissent surtout le soir et la nuit; mais sa fille, me dit-il, s'est beaucoup affaiblie, et prise la veille de frissons intenses suivis d'une fièvre brûlante, elle est, ce matin, sans fièvre, mais très-abattue. Je conseillai de continuer le traitement et d'engager la malade à prendre des aliments plus nourrissants (Victorine M... n'a pris encore qu'un peu de bouillon); et il fut convenu qu'on m'avertirait si de nouveaux frissons survenaient.

Dès le lendemain, des frissons suivis de fièvre très-forte étaient de nouveau apparus; les phénomènes psychologiques étaient complétement disparus. Je prescrivis une solution de 60 centigrammes de sulfate de quinine pour le surlendemain matin, jour où, vers quatre heures du soir, j'étais près de la malade.

Je la trouvai très-calme et répondant bien à toutes les questions. De son état antérieur, nul souvenir; elle me voit pour la première fois. Amaigrie, très-affaissée, le pouls fréquent (110 à 120), la peau chaude, la langue sèche, les gencives enduites de quelques fuliginosités, elle semble sous le coup d'une affection grave. Il n'y a pas de stupeur; les réponses sont immédiates, précises; le ventre est souple, indolent; la peau sans éruption, suspecte; pas de carphologie, pas de tremblement des lèvres ni de la langue; il n'y a pas eu de frissons aujourd'hui, et la malade était sans fièvre hier et ce matin.

Je portai le diagnostic suivant: cessation complète des phénomènes cérébraux, accidents d'inanition et probablement fièvre intermittente tierce. En conséquence, je rassurai les parents, je fis continuer le sulfate de quinine à l'exclusion de tout autre médicament, et je recommandai une alimentation fortifiante, progressive.

Dès ce jour, aucun symptôme alarmant ne reparut; l'état général s'améliora rapidement, et dans les premiers jours de mai, le sieur M... m'amenait sa fille parfaitement guérie et dans un état de santé très-satisfaisant.

Le 16 octobre dernier, une lettre m'apprend que la santé de Victorine M... n'a subi aucun choc nouveau, et que la menstruation, autrefois si irrégulière, est maintenant tout à fait normale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 28 décembre 1866. — Présidence de M. Barthez.

Après la lecture du procès-verbal,

M. Barthez ajoute que les maladies du cœur chez les enfants peuvent se comporter de deux façons différentes. Dans un premier cas, elles déterminent un obstacle mécanique à la circulation, et ressemblent exactement à celles des adultes. Dans le second cas, il n'existe aucun obstacle mécanique à la circulation, et la maladie du cœur, qu'elle donne lieu ou non à un bruit de souffle, peut se guérir par les progrès du développement de l'enfant. M. Barthez n'a jamais fait d'autopsie dans ces derniers cas; mais il avait constaté, pendant la vie, des bruits de souffle qui pouvaient faire prévoir une affection organique du cœur.

Le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite amène une lettre de M. Topinard, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

La correspondance imprimée comprend:

1° La thèse de M. le docteur Hémey, intitulée: *De la péritonite tuberculeuse;*

2° Les mémoires de la Société médicale de Marseille.

COMMUNICATIONS.

M. Gouraud lit une observation intitulée: *Pleurésie purulente compliquée d'ectopie du cœur.*

M. Cornil demande s'il est bien sûr que le sujet de l'observation ne fût pas phthisique, et si l'on ne pouvait pas rapporter la pleurésie purulente à des granulations tuberculeuses de la plèvre.

M. Gouraud fait observer qu'il n'y avait aucun signe de tuberculisation des sommets, et que l'enfant a été revue plusieurs fois bien portante à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Rigal voudrait qu'on fît toujours la thoracentèse dans les épanchements purulents.

M. Gouraud croit que la rétrocession de l'épanchement, qui, dans la pleurésie séreuse aiguë, ne peut pas être une contre-indication de la thoracentèse, est, dans la pleurésie chronique, une indication formelle de l'opération.

M. Rigal. L'indication de la thoracentèse me paraît être, avant tout, dans la nature de l'épanchement pleural. S'il est purulent, l'opération est nécessaire; s'il est séreux, elle n'est pas indiquée. Dans l'observation que M. Gouraud vient de lire, les symptômes graves simulant un état typhoïde au début de la maladie, et qui avaient fait croire à une pneumonie suppurée, étaient simplement une manifestation d'une pleurésie purulente.

M. Gouraud. Je ne crois pas qu'à l'entrée de l'enfant à l'hôpital l'épanchement fût déjà purulent, car elle avait alors très-bonne mine.

Les convulsions qu'il a présentées ne peuvent être regardées comme un signe de suppuration, et je rejette l'hypothèse d'une pleurésie purulente d'emblée.

M. RIGAL. L'absence de pneumothorax dans l'évacuation d'un épanchement purulent par les bronches peut être expliquée par des autopsies publiées de cas analogues. Sans parler d'un fait relaté par M. Oulmont, j'ai observé, pendant mon internat chez M. Barthez, une pleurésie purulente limitée et enkystée dans la partie inférieure de la plèvre, qui s'était ouverte par une ouverture fistuleuse dans le lobe moyen du poumon droit, sans qu'il y ait eu à aucune époque de pneumothorax. Dans ce cas, la dilatation du lobe inférieur du poumon amenait ce lobe à obturer l'orifice à chaque mouvement inspiratoire, et il faisait l'office d'une soupape.

M. PELVET. La thoracentèse peut être utile même dans les épanchements pleurétiques purulents chez les tuberculeux. J'ai vu, l'année dernière, un malade chez qui l'on retira de la plèvre 3 kilogrammes de pus. L'opération fut recommencée cinq fois, et la vie du malade fut prolongée pendant neuf mois.

M. CORNIL. En l'absence d'autopsie dans l'observation de M. Gouraud, il est permis de faire telle hypothèse qu'on voudra pour expliquer l'évacuation du pus des plèvres par les bronches sans pneumothorax. On peut supposer la formation de fausses membranes obturatrices, et la cicatrisation très-rapide de la partie perforée du poumon. Chez les phthisiques, en effet, on sait positivement qu'une perforation du poumon peut se cicatriser, et, à plus forte raison, doit-il en être de même dans un poumon normal. J'ai eu l'occasion plusieurs fois de voir, chez des phthisiques, la thoracentèse pratiquée pour des épanchements purulents, être suivie d'excellents résultats. Les symptômes alarmants tenant à la gêne de la respiration et de la circulation du sang, disparaissaient aussitôt après l'opération. Le pouls, dont j'ai publié des tracés graphiques (*Gazette médicale* et Société de biologie, 1864), le pouls, extrêmement faible et fréquent avant l'opération, reprend bientôt son ampleur et diminue de fréquence.

M. RIGAL. Je puis citer aussi un fait à l'appui de l'opportunité de la thoracentèse chez les tuberculeux. Chez un phthisique du service de M. Bouley, l'évacuation d'une grande quantité de pus a produit un grand soulagement. Sept mois après, le malade a pu aller en convalescence à Vincennes.

M. ANGER. J'ai vu également, dans le service de M. le docteur Sée, un phthisique soulagé par la thoracentèse. On retira 4 litres de pus. On pratiqua deux ponctions, et on laissa dans la plèvre un tube à drainage. L'opération fut suivie d'un mieux sensible, et le malade mourut quatre mois après.

M. GOURAUD. J'ai vu, dans l'observation de ce malade, que le bruit skodique diminuait et disparaissait à mesure que l'épanchement devenait plus considérable. Le bruit skodique coïncide avec un épanchement médiocre. En effet, tant que le poumon est soulevé et comprimé par un épanchement médiocre, on le perçoit; mais si, l'épanchement augmentant, une couche de liquide vient recouvrir le poumon, le bruit skodique diminue et disparaît.

M. RIGAL. Je préférerais, dans la rédaction de l'observation de M. Gouraud, voir les deux mots ectopie et rétrocession remplacés par les mots plus simples et plus compréhensibles de déplacement et rétrécissement.

M. BARTHEZ. Les principaux points que je voulais discuter ont déjà été passés en revue; cependant, il en est encore que je tiens à vous signaler. M. Gouraud dit qu'à l'auscultation du côté malade, l'épanchement voilait la respiration. C'est là une interprétation au lieu d'une observation simple, car on peut très-bien, en auscultant la poitrine dans un cas d'épanchement, entendre par transmission des bruits respiratoires qui se passent du côté opposé. La transmission de ces bruits tient parfois aux efforts inspirateurs plus ou moins grands que fait le malade. Je me rappelle un fait où, chez un enfant, la plèvre était d'un côté remplie d'air et de pus. Il nous arrivait quelquefois de dire, en l'auscultant : « Il y a un peu de murmure respiratoire. » On fit l'autopsie, et le poumon rétracté était complétement imperméable à l'air. Ce que nous pensions être le murmure vésiculaire du poumon du côté malade, ne pouvait être que le retentissement de la respiration exagérée du côté sain. Pour être sûr que le poumon revienne à son état normal, il faut constater le retour de la sonorité.

Dans l'opération de la thoracentèse, je ne fais pas d'incision à la peau avant le coup de trocart.

Chez les enfants, il n'y a presque jamais de pleurésie chronique qui ne soit purulente. M. le docteur Verliac a bien démontré ce fait en présentant dans sa thèse la statistique des observations de ce genre prises pendant dix années dans mon service. Il en résulte que l'indication de la thoracentèse est bien moins indiquée encore dans la pleurésie chronique des enfants que dans celle des adultes.

M. Gouraud s'est demandé si l'évacuation du pus qui s'est faite par les bronches après la thoracentèse, n'aurait pas pu se faire sans cette opération, et par suite ne l'aurait pas rendue inutile. J'ai observé moi-même bien souvent la perforation du poumon après la thoracentèse, et peut-être plus souvent que dans un même nombre de pleurésies purulentes traitées sans la ponction thoracique.

D'après ce que j'ai vu, l'absence de pneumothorax est la règle dans la perforation du poumon par un épanchement pleural chez les enfants. Je ne me rappelle pas un seul fait où il y ait eu un pneumothorax après l'évacuation du pus par les bronches. Je n'affirme pas qu'il ne s'en produise jamais, mais ce serait l'exception. L'observation de M. Gouraud rentre donc dans les cas les plus habituels. Pour expliquer l'absence de pneumothorax chez les enfants, on doit prendre en considération la flexibilité des côtes, qui permet à la paroi costale de s'appliquer contre le poumon sous l'influence de la pression atmosphérique.

Le secrétaire, V. CORNIL.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

253. Mémoire sur le groupe des tiliacées, par M. Bocquillon.
254. De la coloration bronzée de la peau dans les maladies, par M. Eugène Landois.
255. Études sur quelques points de physiologie et d'anatomie pathologique, par M. Étienne Goujon.
256. De quelques productions hétérotopiques des muqueuses à épithélium prismatique cilié, par M. Jules-Charles Demoulin.
257. De l'entraînement, par M. Alexis Dombar.
258. Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia, par M. Firmin Fargeaud.
259. Quelques considérations sur l'étiologie de l'ictère, par M. Jean-Baptiste Gervais.
260. De l'emploi thérapeutique du phosphate de chaux, par M. Pierre-Edme Gaulon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

MM. les étudiants sont prévenus qu'une série du troisième examen de fin d'année aura lieu à la Faculté, avant le 15 avril, pour MM. les internes de province désirant convertir quatorze inscriptions d'École préparatoire en douze de Faculté.

La consignation de cet examen devra avoir lieu avant le 6 avril.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 20 mars 1867, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), M. le docteur Potey;

De la Société de secours mutuels de médecins du département à Mâcon (Saône-et-Loire), M. le docteur Perrachon;

De la Société de secours mutuels de Saint-Jean, à Sorèze (Tarn), M. Molles Puiredon, pharmacien.

— Par décision du ministre de la marine et des colonies, M. le docteur Roccas et M. Étienne, pharmacien, ont reçu des témoignages officiels de satisfaction pour leur conduite dans le sauvetage de six marins, à Trouville, le 16 novembre dernier.

— Le corps médical de Paris vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. le docteur Ossian Henry fils, médecin du Bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, chevalier de l'ordre de Charles III d'Espagne.

Cet honorable confrère a succombé à l'âge de quarante ans, aux suites d'une longue et douloureuse maladie.

Ses obsèques auront lieu demain mardi, à midi précis, en l'église Saint-Mery. Ceux de ses nombreux amis qui n'auraient pas reçu de lettre de faire part, sont priés de considérer le présent avis comme une invitation.

On se réunira à la maison mortuaire, rue Pernelle, 8.

— A la suite des examens de sortie de cette année, l'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg a délivré 102 diplômes de médecins et 5 de vétérinaires.

De 1835 à 1853, le chiffre moyen annuel des diplômes délivrés n'était que de 43, et de 1858 à 1866, de 103.

— On désire un docteur-médecin à Courtomer, chef-lieu de canton du département de l'Orne.

Cette commune a 1,200 habitants; le canton, 7,500. Il ne se trouve aucun docteur-médecin dans aucune des seize communes de ce canton. Il faut aller à quatre et cinq lieues pour en avoir un.

S'adresser à M. Lesage, maire de Courtomer, rue Tronchet, n° 26, jusqu'au 10 avril, et ensuite chez lui, à Courtomer, pour plus amples renseignements.

— M. le docteur Mallez recommencera son cours de pathologie de l'appareil urinaire (semestre d'été) le jeudi 4 avril, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 40. — JEUDI 4 AVRIL 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 4 AVRIL 1867. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	»
Un an. . . .	30	»

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecin. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS (M. CHARRIER). Du souffle ombilical, de sa séméiotique, et des moyens de remédier aux accidents qui l'accompagnent. — HÔPITAL CIVIL D'AJACCIO (M. VERSINI). Cancer de la face. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Correspondance. A propos de la statistique des femmes en couches de la Pitié. — Nouvelles.

PARIS, LE 3 AVRIL 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Depaul a commencé dans cette séance la lecture du rapport officiel sur les expériences de vaccinations animales faites à l'Académie par ses soins et sous les yeux de la commission dont il est rapporteur. Bien que cette lecture ait occupé toute la séance, elle n'a pu être terminée. M. Depaul a renvoyé l'énoncé des conclusions à mardi prochain. Ce rapport donnera très-probablement lieu à une discussion, mais il est douteux qu'elle s'ouvre immédiatement. L'Académie voudra attendre sans doute que ce document, qui renferme un nombre considérable d'expériences, ait été publié dans le *Bulletin*. Ce n'est aussi qu'après cette publication que nous pourrons en présenter un résumé à nos lecteurs.

M. le président en ouvrant la séance a déclaré une vacance dans la section de pathologie médicale. Avis aux prétendants.

Dr Brochin.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS.

Du souffle ombilical, de sa séméiotique, et des moyens de remédier aux accidents qui l'accompagnent,

Par le docteur A. CHARRIER,

Ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, secrétaire de la Société de médecine de Paris, etc., etc.

(Lu à la Société de médecine de Paris le 1er février 1867.)

Messieurs,

Dans l'avant-propos du *Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale* qu'il publia en 1847, M. Depaul s'exprime ainsi :

Si l'immortelle découverte de Laënnec fut accueillie avec une sorte d'enthousiasme par tous ceux qui s'intéressent au progrès de la médecine, il n'en fut pas de même de son application à l'art des accouchements. Longtemps négligée, repoussée même par des hommes dont le nom fait autorité dans la science, c'est à peine si, à notre époque, quelques médecins consentent à lui accorder l'importance qu'elle mérite. Pour la plupart, ce nouveau mode d'investigation occupe un rang tout à fait secondaire, et on ne le fait intervenir que dans des circonstances exceptionnelles.

Messieurs, c'est triste à dire, mais les paroles que je viens de citer sont encore vraies; et cependant, si l'on voulait s'adonner à l'étude de ce moyen de diagnostic, on verrait quelle importance capitale il a dans la pratique. Par lui seul, l'accoucheur peut connaître l'existence et la mort du fœtus, son état de souffrance, l'imminence de sa fin prochaine, et, s'inspirant des signes que l'auscultation lui révèle, il peut, à un moment donné, agir sûrement, efficacement, et sauver d'une mort certaine l'enfant qui est encore dans le ventre de sa mère.

Le 29 juin 1818, Percy lisait un rapport sur un mémoire que Laënnec avait soumis à l'Académie des sciences de Paris, et dans lequel il était fait mention des battements du cœur de l'adulte perçus au moyen de l'auscultation.

Au mois de novembre de la même année parut, dans le tome IX du numéro du même mois de la *Bibliothèque universelle des sciences, belles-lettres et arts de Genève*, une note du rédacteur en chef qui attribuait à Mayor (de Lausanne) la découverte des battements du cœur du fœtus. Cette note avait été provoquée par le rapport de Percy.

Un peu plus tard, M. le docteur Lejumeau de Kergaradec, qui ignorait complétement la découverte de Mayor, découvrit à son tour les battements du cœur fœtal en auscultant une jeune dame dans l'intention de savoir si l'on percevait le bruit que produisait le déplacement du liquide anmiotique par les mouvements actifs du fœtus.

Et ce fut le 26 décembre 1821, que M. de Kergaradec lut à l'Académie royale de médecine une brochure intitulée : *Mémoire sur l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse, ou Recherches sur deux signes nouveaux propres à faire reconnaître plusieurs circonstances de l'état de gestation.*

L'auscultation obstétricale était trouvée, le champ était ouvert aux observateurs, et les découvertes se succédèrent.

En 1830 et en 1833, Kennedy, par l'observation rigoureuse des faits, fut conduit à admettre l'existence de battements artériels simples, accompagnés ou non de souffle, chez quelques femmes grosses, et il a placé le siége de ces battements et de ce souffle dans les artères du cordon ombilical.

Et, en effet, cet auteur avait pu, en auscultant divers points de l'utérus, entendre :

1° Les battements ou, pour mieux dire, les bruits du cœur du fœtus sans souffle;

2° Un battement, accompagné ou non de souffle isochrone aux pulsations cardiaques du fœtus;

3° Le souffle placentaire isochrone au pouls de la mère.

Kennedy avait trouvé que, chez les femmes qui avaient présenté ce phénomène qu'il avait appelé *son ombilical*, on pouvait souvent saisir le cordon entre les doigts, à travers les parois abdominales et les parois utérines amincies; et même, en appuyant sur ce cordon, il avait pu produire à volonté le souffle ombilical.

De là il avait, avec raison, conclu que le son ombilical avec souffle devait être attribué à la compression, et plus probablement au rétrécissement des artères qui traversent cette tige vasculaire.

Nœgele adopta et confirma les idées de Kennedy. Plus tard, M. Dubois plaça ce bruit de souffle isochrone aux battements cardiaques du fœtus, dans le cœur de celui-ci. Et, en effet, ce phénomène peut se produire, et même quelquefois il persiste après la naissance. Mais ce souffle n'a pas toujours ce même siége. M. Dubois généralisa trop en disant que ce souffle est toujours un souffle cardiaque fœtal. En 1839, M. Depaul adopta d'abord les opinions de son maître; mais plus tard, en 1847, et selon ses propres expressions, il fut obligé de se rendre à l'évidence, et accepta les idées de Kennedy.

Enfin un de nos savants collègues, M. le docteur Devilliers, en étudiant la brièveté soit naturelle, soit accidentelle du cordon, fut amené à s'occuper du souffle ombilical, et en 1862 il publia, dans un livre intitulé : *Recueil de mémoires et d'observations sur les accouchements*, le fruit de sa pratique et de son expérience, et il arriva, en parlant du souffle ombilical, à ces conclusions sur lesquelles j'insiste, à savoir :

1° Que le bruit de souffle ombilical n'est pas aussi rare que l'on veut bien le dire, et doit conserver dans la pratique une valeur très-importante;

2° Que le bruit de souffle ombilical indique une compression du cordon ombilical, et par conséquent peut faire soupçonner une brièveté soit accidentelle, soit congéniale du cordon.

C'est, messieurs, de ce signe stéthoscopique que je veux vous entretenir, et vous faire part de quelques observations cliniques que j'ai prises et qui peuvent, je le pense du moins, jeter quelque jour sur la valeur séméiotique de ce signe, et sur la conduite que doit tenir l'accoucheur lorsqu'il se trouve en face d'un cas de cette nature.

En 1854 et 1855, quand j'étais interne à l'hôpital de la Maternité, j'avais plusieurs fois constaté le souffle ombilical; mais ce phénomène stéthoscopique avait frappé mes oreilles sans attirer mon attention.

Trois femmes chez lesquelles j'avais perçu le souffle ombilical vers le huitième mois et demi de la grossesse, étaient accouchées sans présenter rien d'anomal. Je ne les avais auscultées qu'une fois. Les enfants n'avaient offert, à leur naissance, aucun trouble circulatoire. Il est probable que la compression du cordon n'avait été que temporaire et peu considérable, ce qui arrive souvent, et alors l'équilibre s'était rétabli.

Mais en 1857, étant chef de clinique d'accouchements, il me fut permis de suivre pas à pas un cas de ce genre, et ce fut de cette époque seulement que datèrent véritablement mes études sur ce sujet.

La femme B..., âgée de 23 ans, multipare de son troisième enfant, entre à la Clinique au mois de mai 1857. Je ne la vis que le lendemain de son arrivée, le 3. Elle est bien portante; elle offre un développement considérable du ventre, et surtout une inclinaison antérieure. Les parois abdominales sont flasques; il existe un écartement de la ligne blanche, et l'on peut sentir à la main, à travers la peau seule, l'utérus lui-même, les insertions des ligaments larges et les flexuosi-

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT,

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

XI. — SYNTHÈSE THÉRAPEUTIQUE DU PETIT-LAIT.

En se reportant à mon second chapitre, on trouvera l'ingénieuse assimilation que font les médecins allemands entre les eaux minérales et le petit-lait; cette analogie est déduite, à l'endroit que j'indique, de la présence de composés salins aussi bien dans les unes que dans l'autre; il me faut maintenant l'établir d'après le mode d'action thérapeutique.

Mais avant d'aller plus loin, qu'on me laisse exposer quelques axiomes que m'ont inspiré des études, non interrompues depuis dix ans, sur les eaux minérales, et qui rentrent parfaitement dans le sujet qui m'occupe.

La chimie est un pâle flambeau dans l'histoire thérapeutique des eaux minérales.

La physique, malgré l'électricité dont les charge M. Scoutteten, est un guide encore moins sûr que la chimie.

La géologie enfin est à peine un jalon entre les mains du médecin.

Reste donc l'observation médicale, l'expérience médicale — c'est beaucoup sans doute, mais il ne reste et il n'y a que cela.

Depuis dix ans que je me trouve face à face avec les eaux minérales, soit dans la pratique, soit dans les livres et les journaux, j'ai demandé peu de chose à la chimie, encore moins à la physique et à la géologie, et je me suis toujours applaudi de n'être jamais sorti de l'observation médicale.

Notre art, c'est-à-dire l'art de maintenir l'homme en état de santé, se partage en deux grandes branches : la thérapeutique et l'hygiène.

La thérapeutique a pour mission de guérir une maladie présente, de faire disparaître une cause morbide, locale ou générale, qui trouble le jeu régulier de l'économie.

L'hygiène, au contraire, est non-seulement l'art de prévenir les maladies, en maintenant l'équilibre normal entre toutes les fonctions, mais encore de raffermir cet équilibre chancelant après la maladie que la thérapeutique a dissipée.

Bien qu'inséparables et se complétant l'une par l'autre, les deux branches de l'art médical sont cependant assez distinctes par leur but, pour qu'il soit rationnel d'admettre deux sortes d'agents médicamenteux : les uns thérapeutiques et les autres hygiéniques.

Si nous transportons ces idées sur le terrain des eaux minérales, agents essentiellement médicaux, nous y trouvons aussi des eaux minérales thérapeutiques et des eaux minérales hygiéniques.

Toutes les eaux minérales thérapeutiques agissent spécialement sur un appareil d'excrétion.

Toutes les eaux minérales hygiéniques agissent sur l'économie toute entière, soit par une action reconstituante, soit par une action hyposthénisante, soit par une action sédative.

Prenons la première classe de cette grande division, celle qui comprend les eaux minérales thérapeutiques.

Puisque chacune de ces eaux a une action spéciale sur un appareil d'excrétion, leur classification sera facile.

L'économie n'a que trois grands appareils d'excrétion :

1° La peau ;

2° Les intestins ;

3° Les reins.

Il n'y a aussi que trois sortes d'eaux minérales thérapeutiques :

1° Les eaux sulfureuses qui agissent sur la peau et sur les muqueuses qui sont constamment en contact avec l'air, comme l'est l'enveloppe cutanée ;

2° Les eaux sulfatées et chlorurées qui portent leur action sur le tube intestinal, et sont toutes, à des degrés divers, laxatives ou purgatives ;

3° Les eaux alcalines dont l'action sur l'appareil urinaire est connue de tout le monde.

L'action médicale de ces trois sortes d'eaux minérales thérapeutiques est double : elle se porte d'abord sur l'appareil d'excrétion luimême et en guérit certaines affections chroniques ; ces affections sont localisées sur les organes de l'appareil :

Les eaux sulfureuses guérissent les maladies de la peau et les maladies des voies respiratoires.

Les eaux sulfatées et chlorurées exercent une action favorable sur les lésions de l'appareil digestif et de ses annexes, entérite chronique, hypertrophie du foie, etc., etc.

Enfin les eaux alcalines agissent favorablement sur l'appareil urinaire, et nul n'ignore leur action dans la néphrite, le catarrhe vésical, etc., etc.

Mais en outre de cette action toute locale sur les maladies de l'appareil d'excrétion qui leur est soumis, les eaux minérales thérapeutiques agissent sur les états morbides des autres appareils par leur puissance dérivative.

Les anciens, dans ce cas, prétendaient que le médicament expulsait la matière peccante.

L'image est vraie ; seulement il faut savoir choisir l'émonctoire : tel principe morbide refuse de sortir par les reins ; il lui faut les pores de la peau ; tel autre, réfractaire à l'enveloppe cutanée, exige, pour son expulsion, les contractions intestinales, etc., etc.

tés des artères utérines, et vers la ligne médiane, à travers la paroi utérine, une bosselure demi-circulaire oblique, de la grosseur d'un doigt, dans l'espace de 10 à 12 centimètres. C'est le cordon ombilical. On le sent battre de 130 à 140 fois par minute. Le toucher donne une première position du sommet; l'auscultation confirme ce diagnostic. Mais en auscultant à plusieurs endroits de l'utérus, voici ce que l'oreille perçoit :

1° A gauche, en bas, à trois ou quatre travers de doigt, au-dessus du ligament de Fallope, les battements du cœur du fœtus sans souffle, qui sont de 130 à 140 fois par minute;

2° A droite, vers le milieu d'une ligne perpendiculaire qui couperait en deux le ligament de Fallope, et irait rejoindre l'ombilic, le souffle utérin isochrone au pouls de la mère, et qui bat 70 fois par minute;

3° En appuyant le sthéthoscope très-légèrement sur le cordon ombilical, on perçoit des battements simples isochrones aux battements du cœur du fœtus, avec souffle qui se prolonge vers le fond de l'utérus. Leur rhythme est de 130 à 140 pulsations par minute.

Si l'on appuie un peu plus fort, le souffle augmente et devient presque musical; si l'on appuie beaucoup, le souffle et les battements cessent, et si la compression dure quelque temps, le fœtus fait des mouvements violents. Ce souffle est très-superficiel. Je diagnostiquai une anse de cordon ombilical interposée entre le dos du fœtus et la paroi utérine, mais voilà tout.

Le lendemain, le souffle avait disparu, le cordon avait changé de place, il était situé vers la paroi latérale gauche de l'abdomen.

J'entends encore ce souffle, mais d'une manière intermittente dans les quatre derniers jours de la grossesse et même pendant le travail, mais beaucoup moins fort.

Le travail se fit rapidement, la poche amniotique ne se rompit que cinq minutes avant l'expulsion du fœtus. L'enfant naquit étonné, ne cria pas tout de suite, mais fut ranimé promptement, il avait deux circulaires autour du cou, une anse de cordon sur le dos.

Le cordon avait 83 centimètres de long.

Voici la deuxième observation :

Une femme entre à la Clinique d'accouchements le 25 décembre 1857, à quatre heures du soir. Je l'examinai immédiatement : elle est multipare de son deuxième enfant, elle s'est bien portée dans sa grossesse, seulement elle prétend que depuis deux jours son enfant a beaucoup moins remué. Je la touche et voici le résultat de l'examen : la grossesse est presque à terme; l'abdomen est développé comme à neuf mois; l'utérus remonte jusque dans le creux épigastrique; les parois du ventre sont résistantes; pas d'éventration; le doigt, introduit dans le vagin, rencontre le col très-ramolli et se laissant facilement pénétrer; on arrive jusqu'aux membranes; c'est la tête qui se présente en O. I. G. A. A l'auscultation, on entend très-profondément les battements doubles du cœur du fœtus et plus superficiellement des battements isochrones au pouls fœtal, accompagnés d'un souffle intense. Le maximum d'intensité de ce souffle est de trois travers de doigt au-dessus du maximum des bruits du cœur du fœtus.

Le lendemain, les battements du cœur du fœtus sont précipités, puis se ralentissent. Le soir à la visite, à quatre heures et demie, ils sont imperceptibles; le souffle s'entend, mais moins fort.

Le 26 décembre au matin, à huit heures, la malade déclare n'avoir senti aucun mouvement du fœtus. A l'auscultation, répétée quatre fois pendant la matinée, on n'entend plus aucun bruit.

Je diagnostique la mort du fœtus et j'annonce aux élèves présents que la mort est probablement due à une compression du cordon, et qu'à l'issue du liquide amniotique, nous verrons les eaux teintes de méconium.

Le 27, la femme est auscultée matin et soir; aucun bruit n'est perçu, sauf le bruit de souffle utérin qui, jusqu'alors, n'avait pas été constaté.

Le travail se déclare le 28; dans la nuit et à onze heures du matin, la poche des eaux se rompt; écoulement considérable de liquide rempli de méconium. A midi, la femme accouche d'un enfant mort depuis déjà quelque temps; il y a trois circulaires autour du cou et une anse de cordon qui contourne le scapulum et le flanc gauche; le cordon avait 92 centimètres de long.

La mort du fœtus était due à la compression du cordon ombilical; ses circulaires étaient très-serrés autour du cou et avaient laissé des empreintes; on avait donc assisté à l'agonie du fœtus sans y porter remède. Dès lors, cette idée se représenta souvent à ma pensée, et je me demandai ce que l'accoucheur pourrait faire pour empêcher un résultat pareil. Il me semblait qu'il y avait quelque chose à tenter.

Ceci se passait en 1857.

En 1858, je n'eus l'occasion de constater le souffle ombilical qu'une seule fois, et encore d'une manière intermittente, à trois jours d'intervalle. La femme accoucha d'un enfant bien portant. Le cordon était assez long, 77 centimètres. Je n'assistais pas à l'accouchement.

Aucun cas ne s'était plus présenté à mon observation, lorsqu'en 1862 parut le volume de M. Devilliers, où notre savant collègue traite de la brièveté soit naturelle, soit accidentelle du cordon et du souffle ombilical qui souvent l'accompagne. Je lus ce mémoire avec la plus grande attention; je le méditai et je vis que la plupart des moyens proposés par les auteurs ne remédiaient qu'imparfaitement à cet état pathologique, et que surtout ces moyens ne s'appliquaient que pendant le travail; or, si l'enfant était en danger avant le commencement du travail, comme dans l'observation deuxième que je vous ai lue tout à l'heure, fallait-il donc rester désarmé et ne rien tenter pour sauver le fœtus d'une mort certaine?

Je pensai aussi que souvent la brièveté accidentelle du cordon était en raison directe de sa longueur, et que plus la tige ombilicale était longue, plus elle avait de chance de s'enrouler autour d'une partie du fœtus, plus alors l'élongation et la compression de cette tige étaient fréquentes. Ou bien si l'enroulement du cordon autour du cou ou d'un des membres de l'enfant n'avait pas lieu, la procidence était à craindre; or, la procidence du cordon n'est un accident dangereux que parce que si la rétropulsion ne peut être pratiquée, la compression arrive presque infailliblement. De là découlait cette remarque déjà faite, que le souffle ombilical était un signe certain de la compression du cordon. J'ajoutai alors :

1° Que c'était un signe presque certain de brièveté accidentelle et de longueur réelle;

2° Que ce souffle pouvait être intermittent;

3° Qu'il pouvait être permanent;

4° Que s'il était permanent, l'asphyxie lente du fœtus était certaine et que d'autres symptômes apparaissaient à l'auscultation, tels que : rapidité très-grande des battements du cœur du fœtus et des battements du cordon, accompagnés de souffle qui devenait presque continu; puis ralentissement presque instantané des battements du cœur et du souffle, avec mouvements violents du fœtus.

Enfin ralentissement graduel et diminution d'intensité des pulsations cardiaques du fœtus et du souffle, et disparition complète de ces deux phénomènes.

J'espère, par les observations que je vais vous lire, par les remarques cliniques qui les accompagnent, faire entrer dans vos esprits la profonde conviction qui m'anime.

La science, messieurs, ne s'est pas faite d'un seul jet; ce n'est que par des efforts successifs qu'elle parvient, en s'appuyant sur des faits mathématiquement démontrés, à mettre au jour des vérités incontestables. Quelquefois un fait est enregistré, reconnu vrai, et ce n'est que plus tard, longtemps après sa découverte, qu'une déduction pratique peut en être tirée.

Mais je pensais aussi que ces phénomènes, souffle ombilical, etc..., n'apparaissaient que dans les derniers temps de la grossesse; jamais ils n'ont été observés ni par d'autres, ni par moi, avant huit mois, huit mois et demi, que ces accidents n'arrivaient pas tout d'un coup, mais graduellement, et que peut-être pourrait-on y remédier.

En 1865, un nouveau cas se présenta à mon observation :

Une dame, que j'avais déjà accouchée une première fois d'un enfant bien portant, me fit appeler vers huit mois et demi de gestation, le 15 octobre 1865. Elle me donna les renseignements suivants : son enfant qui, habituellement remuait beaucoup, avait depuis la veille ralenti ses mouvements; ils étaient moins forts et bien moins fréquents. Je l'auscultai et je trouvai les battements du cœur fœtal faibles et ralentis, 100 à 110 par minute, et presque complétement masqués par des battements isochrones faibles, mais accompagnés d'un souffle ombilical assez fort et roucoulant; sous le stéthoscope, des mouvements assez violents du fœtus eurent lieu.

Le toucher ainsi que l'auscultation me donnaient une première position du sommet; le col, long encore de 2 centimètres, était mou, mais l'orifice interne était fermé. Je ne fis rien; j'attendis et j'eus tort. Le soir à six heures et le lendemain matin, je n'entendis plus de bruits d'aucune sorte; la mère n'avait pas senti le moindre mouvement de l'enfant. Je dis à sa famille que bien probablement l'enfant était mort, que la compression du cordon en était la cause, et que nous trouverions sans doute le cordon étreignant une partie fœtale.

Huit jours après, cette dame accoucha d'un enfant mort; les eaux étaient teintes par le méconium dilué; l'épiderme se détachait par places. Trois circulaires enlaçaient le cou et le thorax. Le cordon avait 92 centimètres de longueur.

Mais dans les derniers moments du travail, alors que les douleurs étaient franchement expulsives, la main appuyée sur le fond de l'utérus sentait cet organe s'enfoncer, s'inverser en lui-même, comme dams les cas d'adhérences vicieuses du placenta, quand on tire sur le cordon pour hâter la délivrance.

Cette inversion cessait avec la douleur. La délivrance se fit spontanément trois à quatre minutes après l'expulsion du fœtus; derrière le placenta, on trouvait beaucoup de caillots récents qui indiquaient son décollement prématuré dans les derniers moments du travail.

Par conséquent, brièveté accidentelle du cordon qui avait, par des tiraillements, provoqué ce décollement au centre du placenta.

En présence d'un fait pareil, mon parti fut pris, et je me promis bien que si semblable cas se présentait jamais à mon observation, j'interviendrais activement, mais que devais-je faire?

Devais-je perforer les membranes s'il y avait commencement de travail, ainsi que Guillemot le proposait; mais après cette opération l'utérus revient sur lui-même et la compression du cordon est augmentée; puis souvent ce travail se suspend après la rupture prématurée des membranes, et c'était à redouter ici, puisqu'on a pour but l'accouchement rapide. D'ailleurs M. Devilliers avait plusieurs fois employé ce moyen et l'avait rejeté.

Fallait-il, comme on l'a conseillé, donner du seigle après la rupture des membranes. Mais tout le monde sait que l'emploi du seigle ergoté trouble, en faisant contracter l'utérus d'une façon presque tétanique, la circulation fœtale, et par cela même qu'il augmente encore la compression. Je rejetai donc cette idée et je m'arrêtai au moyen suivant.

Si, à huit mois et demi de grossesse, j'avais encore affaire à un cas pareil, que le travail fût commencé ou non, je provoquerais l'accouchement le plus vite possible, en conservant le plus longtemps que je pourrais les membranes. Pour cela, j'introduirais dans le col une petite vessie en caoutchouc, distendue par de l'eau tiède, comme dans les cas d'atrésie du bassin, quand on veut à sept ou huit mois provoquer l'accouchement prématuré; puis, à mesure que la dilatation progresserait, je remplacerais les vessies plus petites par des vessies plus grosses, et une fois la dilatation complète je romprais les membranes, et, s'il le fallait, je terminerais l'accouchement par une application de forceps.

Pendant tout le travail, j'aurais soin d'ausculter très-fréquemment et de surveiller les battements du cœur du fœtus; car de leur force ou de leur faiblesse pouvait naître l'indication ou de laisser agir la nature, ou de la suppléer.

J'avais recommandé à madame X..., la même qui fait l'objet de l'observation précédente, que si jamais elle redevenait enceinte, elle vînt à Paris, un grand mois avant la fin de sa grossesse, pour que je puisse suivre très-attentivement par l'auscultation la dernière période. Car, si à une deuxième gestation, le cordon ombilical avait été très-long, enroulé autour du fœtus et avait causé sa mort, il se pouvait très-bien que le même phénomène se produisît encore à une grossesse suivante.

Madame X... redevint enceinte au commencement de 1866, et son accouchement devait avoir lieu vers le 15 novembre. Elle revint à Paris, le 1er octobre. Le 2, au matin, je l'examinai; l'utérus est développé comme à sept mois et demi, huit mois; le col, encore un peu long, est mou, se laisse facilement pénétrer; on traverse même l'orifice interne sans difficulté. La tête du fœtus est déjà plongée profondément dans l'excavation pelvienne.

Les battements du cœur fœtal s'entendent, à gauche, dans la fosse iliaque comme dans une position O I G transversale; ils sont régu-

---

Tout le tact du médecin est de savoir adapter à une maladie l'émonctoire convenable.

La physiologie est encore ici le conseiller le plus certain; le praticien y trouvera presque toujours un guide sûr, s'il veut bien se rappeler la mission excrémentitielle de chaque émonctoire, à savoir : que l'intestin est l'appareil d'expulsion des produits excrémentitiels de la digestion; que le système urinaire est l'appareil d'expulsion des produits de la combustion des substances azotées; qu'enfin la peau et les voies aériennes sont l'appareil d'expulsion des produits excrémentitiels de la combustion des substances amylacées.

Qu'on y veuille réfléchir, là est toute la médecine par les eaux minérales.

Cette année, à Pougues, — qu'on me permette cette rapide digression, — il m'est arrivé un agent de change dont les digestions étaient impossibles. La dyspepsie, tout le monde le sait, guérit, selon l'occasion, avec toutes les eaux minérales; mon malade m'offrit d'abord un état particulier de la peau, qui n'était point eczémateuse, mais qui présentait les traces d'une activité anormale : sécheresse extrême, coloration presque nulle, température ordinaire; d'un autre côté, les aliments sucrés et féculents étaient non-seulement les plus difficiles à supporter, mais encore leur digestion avait sur la peau un retentissement étrange : démangeaisons, fourmillement, élévation de température, que la digestion des aliments azotés ne provoquait pas. Je jugeais que l'émonctoire auquel il fallait s'adresser devait être la peau et non les reins. En conséquence, j'engageai le malade à aller à une station sulfureuse; il ne voulut pas se séparer de sa femme qui avait besoin des eaux de Pougues, et resta. Conséquent avec mon diagnostic, je défendis impérieusement l'usage interne de nos eaux, mais j'agis violemment sur l'enveloppe cutanée par les douches, les frictions ammoniacales et de fortes transpirations au moyen de l'exercice au soleil. Ce malade guérit et restera guéri tant que l'émonctoire cutané attirera à lui, par une excitation suffisante, la matière *peccante*.

Évidemment, si ce malade était allé à Luchon ou à Cauterets, comme je le lui conseillais, il aurait été guéri aussi promptement et avec moins de fatigue.

Il importe donc, avant tout, dans les affections dont le siége n'est pas sur un des organes de l'appareil excréteur auquel s'adresse l'eau minérale, de bien préciser l'émonctoire qui convient. Il n'est pas toujours facile d'y parvenir, je l'avoue; mais avec un peu d'habitude, du soin dans l'examen du malade, et de physiologie, on parvient, en fin de compte, à surmonter les difficultés de cette recherche thérapeutique.

Mais une fois l'émonctoire choisi, et par suite l'eau minérale qui doit être employée, il faut annihiler les autres émonctoires non-seulement par l'absence de toute thérapeutique dirigée de ce côté, mais encore par l'hygiène la plus scrupuleuse. Ainsi, pour Pougues, — et on comprendra que je cite toujours cette station qu'une longue pratique et une étude assidue m'ont fait connaître à fond, — pour Pougues, dis-je, j'ai établi ailleurs qu'une haute température ne convenait point pour le traitement des maladies des voies urinaires, et des maladies à dérivation du côté des reins, parce que sous l'influence de cette haute température, l'émonctoire cutané, surexcité, contrariait l'excitation de l'émonctoire rénal, poursuivie par l'usage interne de notre eau minérale. Chaque année, pendant le mois de juillet jusqu'à la mi-août, l'expérience confirme ces prévisions de la théorie.

Ainsi, pas de combinaison possible entre les trois moyens thérapeutiques fournis par les eaux minérales; chacun d'eux doit agir seul et séparément : leur union les neutralise, quand elle n'aggrave pas l'état du malade par des tiraillements intempestifs et des efforts en sens contraires.

Cette règle doit être constamment présente à l'esprit du médecin qui préside à la médication hydro-minérale, car il est des eaux qui, selon les doses ou le mode d'emploi, peuvent s'adresser à plusieurs émonctoires. Il n'est pas rare, en effet, de voir une eau diurétique, par exemple, devenir laxative sous l'influence d'une dose plus considérable.

De plus, chez certaines personnes, une susceptibilité spéciale domine à ce point un appareil d'excrétion, que même en santé, cet appareil subit l'empire des moindres circonstances. — Dans le public, cela s'appelle avoir une partie faible. — Qui ne sait que certains individus entrent en transpiration au moindre mouvement, à la plus petite élévation de température? que d'autres éprouvent un effet laxatif à la moindre impression du froid, au moindre écart de régime, etc., etc.? Cette susceptibilité, loin de s'effacer devant les eaux minérales, grandit, au contraire, et impose au praticien une circonspection dont il ne s'écarterait pas sans danger. C'est alors qu'il doit tout mettre en œuvre pour endormir cette susceptibilité, et ramener à l'émonctoire choisi toute l'action de l'eau minérale à sa disposition.

Les deux remarques qui précèdent ne sauraient être mises en oubli. Quand le médecin obtient un effet contraire à celui qu'il se propose, c'est-à-dire si l'agent qu'il manie va exciter un autre émonctoire que celui qu'il a en vue, il doit s'assurer si le phénomène est dû ou à une disposition particulière du malade, ou à une double action du médicament.

Dans le premier cas, il combattra cette disposition par des moyens appropriés, et dans le second, il modifiera la dose et le mode d'emploi du médicament.

Je montrerai tout à l'heure, à l'occasion du petit-lait, combien les médecins allemands savent tirer parti de ces principes, et comment ils

liers, à 140 par minute. Le pouls de la mère est à 64. Pas de souffle utérin.

J'auscultai cette dame tous les deux jours. Le 28 octobre au soir, on vint me chercher. Cette dame était très-inquiète, elle avait senti des mouvements violents de l'enfant, puis elle ne l'avait plus senti remuer depuis trois heures de l'après-midi. Il était huit heures du soir quand j'arrivai auprès d'elle.

J'auscultai immédiatement et j'entendis les battements de cœur du fœtus moins forts que le matin, cependant bien rhythmés, mais presque complétement masqués par un bruit de souffle ombilical. Les battements du cœur du fœtus étaient de 150 à la minute; le souffle ombilical isochrone à ces battements. Instruit par l'accouchement précédent, mon parti fut pris; j'allai chercher tout ce qui m'était nécessaire pour provoquer l'accouchement.

La nuit se passa assez bien, mais le 29 au matin, les battements du cœur devinrent précipités, 180, puis se ralentirent pendant cinq à six minutes. Ce ralentissement fut suivi de quelques mouvements violents; le souffle continuait toujours; l'enfant souffrait évidemment. A neuf heures, j'introduisis une petite vessie en caoutchouc dans le col utérin, je la distendis par de l'eau tiède; deux heures après, je la remplaçai par une plus grosse. A midi, les douleurs devinrent régulières toutes les dix minutes, et elles prirent vers une heure le caractère franchement expulsif. A une heure un quart, la vessie fut expulsée par la poche des eaux.

Pendant ce temps les battements du cœur étaient plus faibles, plus rapides, 160 à 170, et le souffle était toujours assez intense; à une heure et demie, la poche des eaux est presque à la vulve. Je la romps, il s'échappe un flot de liquide amniotique teint par le méconium dilué. Ce qui prouvait que l'enfant avait rendu son méconium déjà depuis longtemps; car, sans cela, on trouve le méconium congloméré, non dissous et par paquets.

La tête distend la vulve et une violente douleur chasse l'enfant. Trois circulaires étaient autour du cou, puis le cordon passait sur le dos et sous l'aisselle du fœtus, contournait la région costo-abdominale, gagnait le ventre et étreignait, par une circulaire, la cuisse gauche avant de s'insérer au placenta.

L'enfant naquit presque asphyxié, la face vultueuse, violacée, les lèvres noires, le cœur battait tumultueusement, je laissai saigner le cordon, je flagellai l'enfant, je le plongeai dans un bain d'eau assez chaude, 42 degrés centigrades, et en même temps je lui projetai de haut, de l'eau froide sur le creux épigastrique.

Il fit bien quelques inspirations, mais il ne revint tout à fait à la vie que lorsque je l'eus insufflé pendant cinq à six minutes. Alors sa respiration devint ample, profonde, l'enfant rejeta quelques mucosités teintes de méconium, et enfin se mit à crier.

Le cordon avait 102 centimètres de long, deux fois la longueur d'un cordon ordinaire. Les suites de couche furent normales, et depuis ce jour l'enfant n'a pas été un seul jour malade et vient d'avoir trois mois.

Cette observation me paraît curieuse à plus d'un titre, pour moi, et j'espère, messieurs, que vous partagerez ma conviction, l'enfant serait mort inévitablement, fatalement; si je n'étais intervenu activement il aurait succombé, et la preuve de ce que j'avance est palpable, et c'est l'auscultation qui nous l'a révélée; les troubles de la circulation, les alternatives de précipitation et de ralentissement du cœur fœtal, l'état asphyxique de l'enfant au moment de la naissance, la difficulté que j'ai eue à le ranimer, le rejet de mucosités teintes de méconium ne prouvent-elles pas surabondamment l'imminence de la mort du fœtus; et si l'accouchement avait tardé quelque temps encore, peut-être m'eût-il été impossible de rappeler, malgré tous mes efforts, cet enfant à la vie.

Maintenant j'ai eu soin de laisser les membranes entières jusqu'au dernier moment, pour deux raisons :

1° Parce que, laissant la poche des eaux intacte, l'utérus ne se rétracte pas et n'augmente pas ainsi la compression de la tige ombilicale;

2° Parce que la poche des eaux est encore le moyen le plus doux pour opérer la dilatation de l'orifice; et comme, dans le cas présent, le travail marchait bien et rapidement, en rompant plus tôt les membranes, je pouvais retarder l'expulsion du fœtus, car tout le monde sait que presque toujours, après la rupture de la poche amniotique, quand la dilatation de l'orifice n'est pas complète, il y a un temps d'arrêt de dix minutes à un quart d'heure, pendant lequel l'utérus se recueille pour ainsi dire, pour rassembler ses forces et expulser l'enfant. Or un quart d'heure perdu, dans cette occurrence, c'était la mort du fœtus.

Je crois être le premier qui ait ainsi provoqué l'accouchement pour sauver l'enfant de la compression du cordon, le moyen que j'ai employé est le plus doux, le plus rapide que l'on puisse employer, c'est un dérivé du procédé de dilatation de M. Tarnier qui lui a déjà donné de si beaux résultats dans les cas de rétrécissements du bassin où il faut provoquer l'accouchement à 7 m. 1/2 pour éviter une opération sanglante et toujours mortelle, au moins à Paris, pour la mère, ou la mutilation du fœtus.

Est-ce à dire qu'il faille provoquer ainsi l'accouchement chaque fois que l'on rencontrera dans les derniers temps de la grossesse le souffle ombilical? Loin de moi une pareille pensée. Mais je crois que chaque fois que l'on constatera par l'auscultation un souffle ombilical persistant, permanent, qui s'accompagnera de ralentissement et d'accélération des bruits du cœur fœtal, suivi de mouvements violents du fœtus, et qu'ensuite on constatera un amoindrissement et dans le rhythme et dans l'intensité de ces battements, il faut agir, et agir rapidement si l'on ne veut pas laisser périr le fœtus.

De l'étude des phénomènes qui accompagnent le souffle ombilical, il est, je crois, permis de tirer les conclusions suivantes :

1° Le phénomène que l'on appelle *souffle ombilical* est assez rare, mais moins rare qu'on ne le croit généralement.

2° Il a, en pratique, une importance prémonitoire très-grande.

3° Il indique une compression du cordon ombilical, et par conséquent une gêne dans la circulation utéro-fœtale.

4° Ce souffle peut être intermittent ou permanent.

5° L'intermittence diminue la gravité du pronostic.

6° La permanence l'augmente, surtout s'il survient alternativement un ralentissement et une accélération des battements du cœur, puis des mouvements violents du fœtus, et ensuite une diminution et dans le rhythme et dans le nombre des pulsations fœtales.

7° Il est évident qu'en présence de symptômes pareils, la mort du fœtus est imminente.

8° Si le souffle est intermittent, l'accoucheur doit s'abstenir, attendre, mais surveiller attentivement, par l'auscultation, la circulation utéro-fœtale.

9° Si le souffle est permanent, et qu'autour de lui viennent se grouper les phénomènes de ralentissement, d'accélération des pulsations cardiaques du fœtus, etc., l'accoucheur doit intervenir et provoquer l'accouchement ainsi que nous l'avons démontré plus haut.

10° Le souffle ombilical est souvent causé par une brièveté accidentelle du cordon.

11° La brièveté accidentelle du cordon est en raison directe de sa longueur, car plus la tige funiculaire sera longue, plus il y aura de chance pour qu'elle s'enroule autour d'une ou de plusieurs parties fœtales, et donne naissance aux accidents que je viens d'énumérer.

12° La brièveté accidentelle ou naturelle quand elle est très-grande peut se diagnostiquer dans les derniers moments du travail par les signes suivants : l'inversion du fond de l'utérus à chaque douleur, inversion qui se réduit d'elle-même après la cessation de l'effort utérin.

13° La preuve anatomique de cette inversion incomplète, de ce commencement de renversement de l'utérus se trouve dans le décollement prématuré du placenta à son centre, la présence de caillots récents derrière le placenta et la rapidité de la chute du délivre dans le vagin presque aussitôt après l'accouchement.

HOPITAL CIVIL D'AJACCIO. — M. Versini.

Cancer de la face.

La nommée B..., âgée de cinquante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, atteinte, depuis environ trois ans, d'un cancer qui a débuté sur l'aile gauche du nez. Par sa marche progressive, la maladie a envahi la lèvre supérieure, les fosses nasales antérieures. Petit à petit l'os maxillaire supérieur a été attaqué. Les os du nez, la voûte palatine, le plancher inférieur des cavités orbitaires, les fosses nasales postérieures, tout l'organe de l'olfaction, l'œil droit, les os malaires, les joues, la commissure des lèvres ont complétement disparu.

A l'heure qu'il est, cette énorme perte de substance laisse complétement à découvert la lame criblée de l'ethmoïde, le plancher inférieur de la base du crâne, correspondant au corps du sphénoïde, l'isthme du gosier, la paroi postérieure et supérieure du pharynx, la langue, seul organe respecté jusqu'à présent.

Cette malade, malgré ces grands ravages, jouit encore de toutes ses facultés sensitives, excepté l'organe de l'olfaction, qui n'existe plus, comme de raison.

Elle voit encore bien par son œil gauche, qui reste adhérent à son nerf optique, et retenu en place par les muscles supérieurs de cet organe; elle parle à se faire comprendre, et jouit encore des sens du goût et de l'ouïe.

Quoique nourrie depuis longtemps rien que par des aliments liquides, la constitution générale de cette malheureuse n'a subi cependant aucune modification.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 avril 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 27 mars 1867, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Vigla comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Mélier, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Vigla prend séance.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse :

1° Un rapport de M. le docteur Guillemaut (de Louhans) sur la topographie médicale du département de Saône-et-Loire, avec une carte géologique de ce département;

2° Des rapports d'épidémies par MM. les docteurs Bourguet (d'Aix), Després (de Saint-Julien), Fatou (de Blois), Madin (de Verdun), Gemin (d'Ancenis), Puybaraud (de Paimbeuf) et Tiché (de Chateaubriand). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Davaine qui se présente comme candidat à la section de thérapeutique;

2° Une lettre circulaire de MM. les secrétaires généraux du congrès scientifique de France, annonçant que la trente-quatrième session s'ouvrira à Amiens, le 3 juin 1867;

3° Deux plis cachetés, l'un adressé par M. le docteur Réal, l'autre adressé par M. le docteur Martial-Moreau.

M. Gubler présente, de la part de M. le docteur Ferrier, médecin à Pauliac, une brochure sur les lazarets et quarantaines, et la conférence internationale pour l'organisation des services sanitaires.

— **M. Bergeron** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Lecadre (du Havre), une brochure relative à l'antagonisme dans les maladies. M. Lecadre sollicite le titre de correspondant de l'Académie.

— **M. Bouillaud** présente, au nom de M. Pretenderis Typaldos (d'Athènes), une brochure sur la pellagre observée à Corfou.

— **M. Richet** présente, au nom de M. le docteur Sirus-Pirondi (de Marseille), une brochure intitulée : *Deuxième série d'observations de chirurgie usuelle.*

— **M. Larrey** présente, au nom de M. le docteur Blatin, un volume intitulé : *Nos cruautés envers les animaux;*

Et, au nom de M. Wecker, la deuxième édition du premier fascicule du tome premier du *Traité des maladies des yeux.*

---

arrivent, selon les résultats qu'ils poursuivent, à rendre la liqueur séro-lactée, ou laxative, ou diurétique, c'est-à-dire à faire prédominer l'une ou l'autre de ses deux propriétés thérapeutiques.

Mais si les eaux minérales thérapeutiques ne se doivent jamais allier entre elles, il n'en est pas de même de leur union avec les eaux minérales hygiéniques.

Il se passe ici ce qui a lieu tous les jours dans la médecine ordinaire, c'est-à-dire qu'à côté du médicament qui doit guérir, se placent les prescriptions diététiques qui, utiles auxiliaires, secondent le succès de la médication.

Les eaux minérales hygiéniques forment la seconde branche de la grande division des eaux minerales. Leur importance n'est pas moindre que celle des premières, et suffisent, dans bien des cas, comme une bonne hygiène dans la pratique ordinaire, à rétablir l'équilibre compromis entre les fonctions de l'économie.

Les eaux minérales hygiéniques se divisent également en trois groupes qui répondent à toutes les indications auxiliaires des maladies chroniques :

1° Eaux reconstituantes : ferrugineuses, salines, acidules gazeuses;

2° Eaux hyposthénisantes : alcalines sodiques, sulfatées faibles, les bains chauds;

3° Eaux sédatives : presque toutes les eaux thermales et peu minéralisées.

Beaucoup d'eaux minérales peuvent, suivant leur mode d'emploi ou leur dose, être ou thérapeutiques ou hygiéniques. N'en est-il pas de même dans la médecine ordinaire? L'arsenic, ce puissant agent de la matière médicale, pour ne prendre que cet exemple, entre dans l'hygiène des paysans carpathes, qui lui demandent la conservation de la fraîcheur du teint, et la force de gravir les plus hautes montagnes. C'est au tact du médecin hydrologue à savoir tirer parti de l'agent qu'il manie, et de le rendre, selon les cas, ou thérapeutique ou hygiénique.

Voilà tous les éléments de la médication hydro-minérale, et, pour qu'il ne manque rien au tableau, il y faut ajouter les circonstances accessoires, telles que le changement d'air, les distractions, l'absence des préoccupations de la vie ordinaire, etc., etc.

On le voit, la médecine hydrologique n'est pas aussi facile que le public se l'imagine, car outre les difficultés du diagnostic thérapeutique, — qu'on me passe le mot, — il reste celles non moins grandes du mode d'emploi et des doses de l'agent choisi, et aussi celles des conditions hygiéniques qui doivent concourir au succès de la médication.

Nous allons voir que tous les principes précédemment posés s'appliquent exactement aux cures de petit-lait, et que la pratique allemande, sciemment ou par instinct, obéit à la logique de ces mêmes principes.

Les propriétés générales du petit-lait, communément admises de l'autre côté du Rhin, se peuvent résumer en cette conclusion formulée par M. le docteur Kuhn fils : « le petit-lait est une boisson adoucissante, parfaitement bien supportée par l'estomac; l'absorption s'en fait facilement; il exerce sur l'économie un effet tempérant et sédatif; il donne plus d'activité aux sécrétions, surtout à la sécrétion urinaire, et à une certaine dose, il détermine presque toujours un effet relâchant sur le tube intestinal. »

Le petit-lait est donc, en rappelant l'assimilation admise par les allemands, une eau minérale tout à la fois thérapeutique et hygiénique.

Il est eau minérale thérapeutique par son action sur l'appareil urinaire et par celle qu'il exerce, à d'autres doses, sur l'émonctoire intestinal.

Il est eau minérale hygiénique par ses propriétés générales, tempérantes, sédatives et adoucissantes.

Le livre du docteur Carrière expose longuement et dans tous ses détails la théorie chimique des cures de petit-lait, formulée par Beneke et reproduite par Lersch. Dans cette théorie, l'azote en excès constitue la maladie, et le petit-lait, privé du caséum et partant d'azote, est le remède.

Si mon inclination médicale me portait à chercher un guide dans les explications chimiques plutôt que dans l'observation rigoureuse des faits, je donnerais de beaucoup la préférence à la doctrine que Liebig a développée dans sa trente-quatrième lettre, et j'abandonnerais volontiers l'azote pour le chlorure de sodium.

Mais ni Beneke ni Liebig, dont j'estime d'ailleurs à toute leur importance les travaux sagaces, ne sauraient m'attirer en cette place, et cependant j'arrive, par mon chemin étroit et rocailleux, aux mêmes conclusions que les médecins allemands.

Qu'on me permette de dégager ma pensée des nuages qui la voilent encore.

Félix Roubaud,

(La suite de ce chapitre à un prochain numéro.)

Principes de physiologie pathologique appliquée, par le docteur Brébant, ancien interne des hôpitaux de Reims. 1 vol in-8° de 115 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Des grossesses compliquées et de leur traitement, par le docteur Guéniot, chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté. In-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

— **M. LE PRÉSIDENT** propose, au nom du conseil, de déclarer une vacance dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Rostan.

Il n'y a point d'opposition, la vacance est déclarée.

RAPPORT.

Vaccine animale. — M. DEPAUL, au nom de la commission spéciale désignée pour l'étude de la vaccination animale, commence la lecture du rapport officiel sur les expériences faites à l'Académie avec le vaccin de génisse.

M. Depaul n'ayant pas eu le temps de terminer la lecture de son rapport, la parole lui est réservée pour la terminer dans la séance prochaine.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CORRESPONDANCE.

A propos de la statistique des femmes en couches de la Pitié.

Paris, 20 mars 1867.

A monsieur le docteur Tarnier.

Mon cher Tarnier,

Dans les considérations auxquelles vous venez de vous livrer dans la *Gazette des Hôpitaux* (1), à l'occasion de mon travail sur la statistique des accouchements de la Pitié, vous me reprochez une faute de calcul qui ne me paraît pas fondée. Mais avant de réfuter votre erreur, permettez-moi de vous remercier de l'hommage bienveillant que vous rendez à mon travail et de l'approbation publique que vous donnez aux mesures prophylactiques que j'ai mises en usage à la Pitié, contre la fièvre puerpérale.

La courtoisie, dans les discussions scientifiques, est toujours de bon goût même entre amis, et comme vous, je saurai ne m'en point départir.

Le point de mon mémoire qui a éveillé votre critique, est relatif au chiffre de 1,44 pour 100, auquel j'ai supposé que pourrait s'élever la mortalité des femmes en couches à la charge de l'assistance publique, si par la pensée on supprimait d'un seul coup tous les hôpitaux. J'aurais dû ajouter, pour prévenir toute erreur : « et si les décès des femmes en couches de la ville étaient comptés désormais de la même manière dont on les compte actuellement pour les hôpitaux. »

En effet, j'ai établi que sur les 2 pour 100 de la mortalité brute de mes femmes en couches, il n'y avait que 1,10 pour 100 de décès causés par la fièvre puerpérale, et qu'il y avait 0,89 pour 100 de décès qui ressortissaient à des maladies étrangères à l'infection nosocomiale et à la fièvre puerpérale. En conséquence, j'ai conclu que cette mortalité de 0,89 pour 100 aurait eu lieu pour chacune de mes centaines de femmes d'hôpital, dans quelque endroit que se fût accompli leur accouchement. Jusque-là, mon raisonnement est irréprochable! Mais j'ai été plus loin et j'ai supposé que si chaque centaine de femmes qui accouchent actuellement à la Pitié accouchaient en ville, leur mortalité par la fièvre puerpérale descendrait de 1,10 pour 100 à 0,55 pour 100, qui est le chiffre fourni par les statistiques de la ville, et en conséquence que 0,89 de mortalité par maladies diverses ajouté à 0,55 de mortalité par la fièvre puerpérale, donnerait 1,44 pour 100 de mortalité brute.

(1) *Gaz. des hôp.*, 9 et 12 mars 1867.

Mon hypothèse, mon cher collègue, ne vous a pas paru acceptable, soit! mais la correction que vous lui opposez l'est encore bien moins! car vous écrivez :

« Le chiffre 1,44 est complétement faux, car on a oublié de le di-« viser par 2. Voici en effet comment l'addition aurait dû être faite pour être régulière :

	0,55 pour 100
	0,89 pour 100
Total. . . .	1,44 pour 200

« *Le chiffre 1,44 pour 200 se réduit à* 0,72 *pour*100. M. Empis *s'était donc trompé de moitié dans son calcul.* »

Eh bien! mon cher ami, c'est vous qui, sans vous en apercevoir, vous trompez de moitié dans votre raisonnement, car rien ne légitime votre division par 2; et si votre calcul était possible, il en résulterait que 0,89 pourrait être contenu dans 0,72, ce qui est mathématiquement impossible!

Vous vous placez dans les conditions d'un chimiste qui, voulant analyser une eau minérale, laquelle contiendrait, par exemple, 2 pour 100 de principes minéraux, dirait :

Carbonate de soude.	1,10 pour 100
Chlorure de sodium	0,90 pour 100
Total. Principes minéraux. .	2,00 pour 200

Évidemment ce serait au total 2 pour 100 et non pas 2 pour 200! votre erreur saute aux yeux!

Ce que vous auriez pu m'objecter très-judicieusement, c'est que ce chiffre 1,44 pour 100 vous paraît trop fort, parce que le chiffre 0,55 pour 100 est censé représenter la *totalité* des décès des femmes en couches de la ville. Mais vous savez aussi bien que moi que ce chiffre serait erroné du moment où, en ville, on compterait les décès des femmes en couches, comme on les compte à la Pitié.

Je puis d'ailleurs, sur ce point, éclairer de nouveau votre religion par quelques exemples.

Une femme se présente à la Pitié avec de la fièvre, des vomissements, des douleurs de reins, etc., et se dit enceinte; on la reçoit d'urgence dans le service d'accouchement. Le lendemain à ma visite, je lui reconnais une variole confluente et je la fais passer dans mon service de maladies aiguës. Elle y fait une fausse couche au terme de quatre mois et meurt de sa variole. Sur quelle statistique son décès est-il porté? Sur celui des femmes en couches? Mais si elle fût restée en ville, son décès aurait été porté sur la statistique des varioles.

Une autre femme atteinte de tubercules pulmonaires accouche à terme, dans mon service, d'un enfant vivant qu'on envoie en nourrice, et, deux mois après, la mère meurt de sa phthisie dans mon service de maladies aiguës, sans avoir quitté l'hôpital. Sur quelle statistique son décès est-il encore porté? Toujours sur celle des femmes en couches. Mais si elle fût accouchée en ville, vous savez aussi bien que moi que la statistique des accouchements n'en eût point fait mention.

Une malheureuse créature vient terminer à la Pitié un avortement provoqué par des manœuvres coupables, et meurt de péritonite puerpérale. Son décès, tout naturellement, vient grossir encore le chiffre de la mortalité des femmes en couches de l'hôpital. Mais en ville, quel médecin se fera jamais le dénonciateur des décès de cette nature, pour régulariser les statistiques au détriment de l'honneur des familles dans lesquelles s'accomplissent de tels actes de démoralisation?

Il serait superflu de multiplier les exemples qui prouvent que la manière de compter les décès des femmes en couches n'est pas la même en ville qu'à l'hôpital. Nous ne saurons exactement ce que vaut le chiffre de 0,55 pour 100 de la mortalité brute des accouchements de la ville, que lorsqu'on nous offrira des statistiques détaillées qui indiqueront combien ce chiffre contient aussi de décès auxquels la fièvre puerpérale est étrangère. Aujourd'hui, nous ne le savons pas; mais ce que chacun de nous sait très-pertinemment par sa pratique civile, c'est que la mortalité brute des femmes de la ville qui meurent à un terme quelconque de leur parturition, si elle était évaluée comme elle l'est à l'hôpital, ne serait pas seulement de 0,55 pour 100, mais bien de 0,55 + X pour 100, X représentant tous les cas non relatés en ville, et qui forment une bonne part de mon chiffre 0,89 de la mortalité d'hôpital étrangère à la fièvre puerpérale.

Mais pardon, mon cher ami, de fixer aussi longtemps votre attention et celle des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, à l'occasion d'une simple hypothèse. La supposition, qui est le point de départ de notre discussion, qu'un jour on pourrait supprimer les hôpitaux, n'a aucun fondement. Tous nos efforts doivent tendre à utiliser le mieux possible ceux à la direction desquels l'administration nous a placés, et c'est ce que je cherche à faire.

A vous de cœur.

Dr EMPIS,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Avant de publier la lettre de M. Empis, communication en avait été donnée à M. Tarnier, qui nous a déclaré, après en avoir pris connaissance, qu'il maintenait l'exactitude de son argumentation. Une nouvelle réponse nous paraît donc inutile de part et d'autre. Tous les éléments de ce débat scientifique sont entre les mains de nos lecteurs, qui jugeront en connaissance de cause. (*Note de la rédaction*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 mars 1867, M. Fauvel, inspecteur du service sanitaire, a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 5 avril, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour :

1° Rapport de M. Charrier sur la candidature de M. Gallard;

2° Rapport de M. A. Martin sur la candidature de M. Viennois;

3° Scrutin sur la candidature de M. Giraldès;

4° Lecture, par M. Blachez, sur la péritonite spontanée;

5° Communication de M. Liebreich sur l'opération du strabisme par un nouveau procédé.

— Plusieurs de nos confrères nous demandent où l'on peut se procurer des thèses soutenues aux facultés de médecine de France. Ils peuvent s'adresser à M. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 3, qui depuis plusieurs années centralise chez lui toutes les thèses médicales.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 41. — SAMEDI 6 AVRIL 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 6 AVRIL 1867. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Première leçon de clinique de M. le professeur Monneret à l'hôpital de la Charité.

Nous avons annoncé, dans notre Revue du 23 mars dernier, l'ouverture du cours de clinique de M. le professeur Monneret, et nous avons indiqué en quelques mots seulement l'objet de sa première leçon. Bien qu'il ne s'agisse ni d'une institution nouvelle, ni d'un professeur nouveau, et que le caractère de l'enseignement de M. Monneret soit connu de tous, nous avons pensé néanmoins, tant à cause du changement survenu dans son objet et dans sa forme, qu'en raison de l'attention qui se porte aujourd'hui de toutes parts sur le mouvement et les transformations qui s'opèrent au sein de notre Faculté, qu'il ne serait pas sans intérêt de rapprocher l'exposé des principes sur lesquels M. Monneret se propose de baser son enseignement clinique de celui de son collègue de la Pitié, et des divers programmes formulés par ses nouveaux collègues de la Faculté. M. Monneret nous en a fourni le moyen en publiant sa première leçon. Nous en reproduisons ici, d'après la *Gazette médicale*, les parties essentielles.

La clinique, dit M. Monneret, a pour but de nous bien faire connaître l'histoire des entités morbides qui, par leur réunion, forment une espèce pathologique. L'espèce nosologique est la collection d'individualités morbides réunies par des caractères communs identiques, d'ordre physique, chimique, anatomique ou dynamique; c'est-à-dire qu'étant donné un être vivant et malade, on cherche dans tous ses organes, ses tissus, ses fonctions, des altérations qui portent sur les qualités physiques, chimiques, et sur les propriétés dynamiques. On arrive ainsi à réunir un ensemble de caractères communs qui s'expriment toujours de la même manière dans l'espèce nosologique. Autant d'individus, autant d'espèces nosologiques; souvent même l'espèce nosologique va jusqu'à la variété.

Le but du clinicien est de reconnaître au lit du malade toutes les variétés de la maladie. La pathologie réunit ensemble les caractères communs à une maladie; elle en donne une description dans laquelle elle ne peut prévoir les espèces nosologiques. Il lui est impossible, par exemple, de savoir que le râle crépitant, le souffle tubaire pourront manquer dans certains cas de pneumonie; et cela est si vrai que le médecin, après avoir fait le tableau compacte, cohérent de la maladie, est obligé de faire un tableau d'espèces et de variétés dans lequel il montre les différences apportées aux phénomènes par la clinique, espèces et variétés que l'on ne peut bien étudier qu'au lit du malade. Mais pour atteindre ce but, il importe de faire marcher ensemble l'étude des faits généraux et des faits particuliers de la pathologie générale et de la clinique. Sans pathologie générale il n'est pas de bonne médecine ni de bonne clinique. Il n'y a alors que confusion.

La clinique a donc pour but d'étudier tous les phénomènes de la maladie, phénomènes physiques, chimiques, dynamiques ou vitaux dans leurs altérations les plus intimes. Ainsi, dans une pneumonie on observe des modifications dans l'acte de la respiration, dans les caractères chimiques de l'air expiré, dans les sécrétions de la muqueuse, dans la sensation du malade. Il ne faut pas étudier la pneumonie comme un acte à part, mais voir comment l'inflammation modifie tous les actes normaux. On conçoit la difficulté d'une telle étude, et il est facile de s'apercevoir combien il est utile de posséder un fil qui réunisse tous les phénomènes d'une même maladie. A plus forte raison, lorsque dans une maladie générale ou diathésique on étudie un très-grand nombre de maladies. Ainsi, lésion d'actes, lésion de fonctions, lésion de structure, voilà ce que l'on observe; on fait ensuite collection de tous ces états particuliers pour constituer la maladie, et puis ces maladies sont réunies pour former les diathèses. C'est ainsi que, dans la clinique, on va du simple au composé, de même que souvent on marche du composé au détail.

La médecine n'est qu'à la condition de bien connaître les éléments des maladies, c'est-à-dire le trouble d'un certain nombre d'instruments qui concourent aux fonctions. Souvent on voit ces éléments prédominer dans une maladie plutôt que dans une autre.

L'élément bilieux peut se montrer dans une pneumonie, tandis que dans une autre il n'en existera pas trace. Cet élément se montre sous l'influence d'une petite épidémie, d'une constitution médicale stationnaire qui peut durer plus ou moins longtemps. C'est surtout à la clinique qu'appartient la connaissance des éléments morbides, et c'est là seulement qu'on peut bien les étudier.

Il est encore certaines conditions qui ne sont bien remplies qu'à la clinique. On chercherait vainement ailleurs les moyens d'étudier d'une manière plus complète et plus facile les lésions anatomiques.

M. Monneret signale enfin l'observation des causes des maladies qu'on ne peut saisir sur le fait qu'à propos de chaque malade, et dont on ne se rend bien compte que dans les hôpitaux. C'est là, dit-il, qu'on voit le mieux l'influence de l'âge, du sexe, du tempérament, de la constitution, de la race. Là aussi on observe l'action de la constitution médicale, de la matière de l'hygiène.

Arrivant au traitement, M. Monneret montre qu'il n'y a de véritable étude du traitement qu'à la clinique, et que sur elle seulement on peut asseoir une bonne thérapeutique et apprendre réellement les indications et les médications efficaces. A propos de la thérapeutique, à chaque instant on trouve en présence l'empirisme et le rationalisme. M. Monneret veut que l'empirisme soit aussi restreint que possible. Le rationalisme, aidé des connaissances physiologiques et anatomiques, doit l'emporter.

Cette manière d'étudier, qui consiste à reconnaître les éléments et les diverses physionomies que leur imposent l'âge, l'hérédité, l'influence hygiénique, etc., ne conduira jamais à une mauvaise médication. Elle pourra mener parfois à suspendre toute intervention thérapeutique, et inspirera l'expectation, méthode encore préférable à celle qui conduit à l'empirisme.

Une connaissance exacte de l'étiologie, des lésions anatomiques, de la phénoménologie, conduit enfin à une connaissance de la maladie et de ses résultats ultimes, qui permet alors de porter un pronostic fondé.

Toutes ces études, qui effrayeraient par la multitude des détails, sont simplifiées par la connaissance de la pathologie générale, qui réunit les faits en apparence les plus divers, les coordonne et les éclaire. Alors même qu'on se trouve pour la première fois en présence d'un problème de clinique, on peut, à l'aide des notions de la pathologie générale, reconstruire la maladie que l'on a à étudier, et arriver ainsi à un résultat qui aurait exigé souvent de longues études si on s'y était pris par une autre voie. Aussi, M. Monneret conseille-t-il de faire marcher de front avec l'étude de la clinique celle de la pathologie générale, qu'il place sous ce rapport bien au-dessus de la pathologie interne.

Voici en quels termes il s'exprime à l'égard de cette dernière : celle-ci pourrait être placée sur la même ligne que la clinique, mais elle en diffère totalement. J'y vois une difficulté autrement considérable, car il faut connaître la maladie, l'avoir étudiée; il faut connaître tous ses phénomènes et ses causes, savoir rallier souvent des actes morbides divers aux diathèses et aux maladies générales. On pourrait sans doute rapporter les diverses maladies qui peuvent envahir les malades aux types généraux; ce serait l'histoire d'une maladie, mais non d'un malade. Ceux qui ont travesti la clinique en en faisant un cours de pathologie interne, ont mis, à la place d'une chose très-difficile, une chose facile. Ils ont exposé des tableaux formés d'avance, et bien connus de tous ceux qui étudient.

M. Monneret a terminé sa leçon par des considérations sur les qualités que doivent réunir et le professeur et l'élève pour que l'enseignement clinique ait toute l'utilité et tous les avantages dont il est susceptible. Nous ne nous arrêterons pas sur cette partie de la leçon où sont formulés d'ailleurs d'excellents préceptes et de très-justes idées, mais dont il serait superflu de surcharger ici cet article. Il est un point seulement de la fin de cette leçon que nous sommes bien aise de faire ressortir ici, parce qu'il témoigne de la sollicitude du professeur pour les bonnes études des élèves et qu'on y trouve l'esquisse d'un projet qu'il serait désirable de voir réaliser.

Je voudrais, a dit M. Monneret, que chaque élève ne prît l'observation que d'un certain nombre de malades qui leur sont désignés par avance, qu'ils fussent attachés à certains lits, et surtout qu'ils eussent à côté d'eux des élèves plus instruits pour les guider, de véritables moniteurs, dressés, comme dans les écoles mutuelles, à apprendre aux autres ce que des maîtres d'un ordre plus élevé leur ont déjà enseigné d'une manière plus complète. Ce serait un véritable enseignement mutuel scientifique. On verrait ainsi les étudiants se montrer les uns aux autres ce qu'ils savent déjà, former une véritable association dans laquelle les plus forts enseigneraient aux plus faibles... Ce n'est point là un projet irréalisable; il faut que cette idée ait fait déjà son chemin pour que les personnes qui s'occupent d'enseignement aient songé à multiplier les aides de clinique, à les répartir dans les différents services. On y arrivera certainement lorsque la difficulté, toujours très-grande, des émoluments sera comblée par un budget suffisant. Ces moniteurs rendront d'utiles services; leur rôle deviendra excessivement important sous la direction du professeur. On obtiendra ainsi des observations bien faites, qui peuvent seules contribuer aux progrès des élèves. La bonne amitié, la confraternité, les rapports mutuels des élèves entre eux et avec les professeurs, viendront faciliter une union plus intime ainsi basée sur des rapports scientifiques et des connaissances sérieuses; on arrivera alors à faire de la médecine profitable et une clinique réellement professionnelle.

Nous nous bornons, pour le moment, à ce résumé analytique de la leçon de M. Monneret, leçon qui, sous une forme et un ton qui rappellent un peu des idées ontologiques dont on semble vouloir s'éloigner de plus en plus aujourd'hui, et à laquelle d'ailleurs la rapidité de la rédaction n'a pas permis sans doute de donner toute la clarté et la netteté désirables, ne diffère cependant pas au fond, par son esprit, autant qu'on pourrait le croire au premier abord, des tendances que manifeste la nouvelle école. M. Monneret, comme on peut l'apercevoir dans cette esquisse, mais comme on le voit mieux encore dans ses deux grands ouvrages, le *Traité de pathologie générale*, publié de 1857 à 1861, et dans le *Traité élémentaire de pathologie interne* actuellement en voie de publication, tient surtout à ce qu'il ne soit rien perdu des enseignements de la tradition, et il s'efforce, dans un esprit de sage éclectisme qui ne veut rien aliéner de ce qui peut être utile aux véritables progrès de la médecine pratique, de concilier les faits traditionnels basés sur l'observation clinique séculaire avec ceux que nous révèlent journellement les études physiologiques modernes. Il représente donc, au sein de la Faculté, la transition entre les anciennes doctrines et les doctrines modernes. Ce rôle est loin d'être à dédaigner, en clinique surtout. C'est à ce point de vue principalement qu'il nous a paru utile et intéressant à la fois de mettre sous les yeux de nos lecteurs cette esquisse du début de son enseignement clinique.

Cataracte branlante. — Opération de dépression du cristallin. — Résultat nul. — Opération de kératotomie supérieure dans la même séance et sur le même œil. — Succès.

La *Gazette des Hôpitaux* du 23 octobre dernier a enregistré une observation de cataracte ayant motivé des manœuvres laborieuses pour extraire le cristallin. Nonobstant ces difficultés, l'opération a été suivie d'un succès complet. A cette occasion M. Fano a cherché à faire prévaloir l'opinion que dans les opérations de cataracte, les succès et les insuccès dépendent de l'aptitude de l'œil à s'enflammer; que c'est moins l'étendue de la vulnération de l'œil, qu'une prédisposition de ce dernier, qui exposent l'organe à être atteint de phlegmasie.

L'observation suivante, recueillie à la clinique de M. Fano, confirme l'assertion qui vient d'être rappelée. Chez un homme de soixante ans, une cataracte branlante a été opérée, dans la même séance, par dépression et par extraction, la première manœuvre étant restée tout à fait insuffisante. Aucun accident inflammatoire n'a surgi et la vision a été recouvrée.

W..., âgé de soixante ans, employé au chemin de fer de l'Est, se présente à la clinique de M. Fano, le 5 janvier dernier. La vue baisse, depuis un an, à droite, ce que le patient attribue à la projection d'un éclat de bois sur la région oculaire.

On constate que, de l'œil gauche, W... lit des caractères d'imprimerie ordinaires, pendant que de l'œil droit il ne distingue que les objets usuels.

Examen de l'œil droit. — Il existe, derrière la pupille, une opacité grise-bleuâtre, animée de mouvements d'oscillations, lorsque le patient remue le globe. L'éclairage latéral à la lampe montre la même opacité de couleur de nacre. A travers cette opacité, qui semble appartenir à la capsule antérieure, s'en voit une autre qui paraît avoir son siége dans la capsule postérieure. La portion du cristallin intermédiaire à ces deux opacités paraît avoir conservé sa transparence. Avec le miroir

ophthalmoscopique seul on aperçoit une masse de couleur opale. L'œil est mou. (Onctions sur l'orbite avec la pommade à l'iodure de potassium; extrait mou de quinquina à l'intérieur.)

Ce traitement est continué sans interruption pendant près de deux mois, sans entraver la marche envahissante de l'opacité. En effet, le 27 février, le patient ne distingue plus les objets usuels avec l'œil droit. Le cristallin a subi un déplacement tel, que le bord externe de la lentille est porté en arrière, de façon que lorsque le malade regarde à sa droite et qu'on examine l'œil avec le miroir ophthalmoscopique seul, une portion de la pupille est démasquée. Si, au contraire, l'œil est porté en dedans, toute la pupille est masquée par l'opacité. L'éclairage latéral à la lampe montre que le cristallin a un aspect blanc bleuâtre et un peu brillant; que l'opacité occupe toute l'épaisseur des couches de la lentille.

Le 28, M. Fano introduit par la sclérotique dans la chambre postérieure une aiguille à cataracte pour déprimer le cristallin. Celui-ci, malgré des efforts réitérés de la part de l'opérateur, remonte continuellement derrière la pupille. M. Fano, après avoir accordé quelques instants de repos au malade, pratique la kératotomie supérieure. Dès que le lambeau de la cornée est achevé, tout l'appareil cristallinien est chassé hors de l'œil. Il ne reste dans la chambre antérieure que quelques débris de la capsule que M. Fano enlève avec la curette, après avoir fait placer l'opéré dans la position horizontale. Pendant ces manœuvres, il ne s'est écoulé aucune goutte d'humeur vitrée. Le lambeau de la cornée reste affaissé pendant quelques minutes, mais se relève par la sécrétion d'une nouvelle quantité d'humeur aqueuse. La pupille est d'un beau noir et le patient distingue les personnes qui l'entourent. (Occlusion des paupières.)

Dans la journée, picotements dans l'œil; écoulement assez abondant de larmes. La nuit est bonne.

Le 1er mars, l'œil est sec.

Le 2 et le 3, l'état local est satisfaisant.

Le 4, l'appareil contentif des paupières est enlevé; l'opéré distingue les personnes qui l'entourent.

Le 11, il reconnaît assez bien les objets usuels et quitte la clinique.

Le 13, il arrive, avec un verre à cataracte, à déchiffrer le n° 20 de Jæger.

A partir de ce moment, la vision gagne en force de jour en jour, et le 28 mars il lit le n° 14.

INERTIE ET OBSTRUCTION INTESTINALE APRÈS UNE KÉLOTOMIE CRURALE.

Mort après treize mois de souffrances.

Par M. le Dr Pasturel (d'Albi).

Mlle X..., âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament nerveux, d'une bonne constitution, atteinte depuis cinq ou six ans de dyspepsie avec constipation, résultant de jeûnes prolongés et de longues méditations, est prise, le 18 septembre 1865, de violentes coliques avec vomissements.

Le docteur Malleviale (de Coupiac), appelé auprès de cette malade, reconnut aisément la cause de ces accidents morbides.

L'existence d'une hernie crurale droite était rendue manifeste par la position, au pli de l'aine, au-dessous de l'arcade crurale, d'une tumeur du volume d'un œuf, arrondie, non fluctuante, apparue tout d'un coup, sans que la patiente eût jamais rien constaté en cet endroit, par l'endolorissement rapide et par les vomissements incoercibles, et par le prolongement de la douleur vers l'abdomen, au-dessus de l'arcade crurale.

Le 19, tous les moyens de taxis préconisés furent mis en usage, et la malade placée dans toutes les positions conseillées. Nous avions affaire à une de ces personnes qui, quoique ressentant vivement la douleur, savent se commander et exécuter tous les mouvements qu'on leur demande. Tous nos efforts furent inutiles. La kélotomie devint notre unique ressource. Les parents de la malade la repoussèrent, mais celle-ci l'accepta avec courage.

Les premiers temps de l'opération se passèrent comme d'habitude, mais jamais, peut-être, débridement ne fut plus difficile. J'avais vu introduire et j'avais moi-même introduit plusieurs fois le bistouri de Cooper dans l'anneau, en déprimant l'intestin avec l'ongle de l'index, sans éprouver aucune difficulté. Dans le cas actuel son introduction fut tentée plus de cinq fois, soit par mon habile confrère, soit par moi-même, sans succès. Nous étions sur le point d'y renoncer et de débrider de dehors en dedans, couche par couche, lorsque j'aperçois un repli intestinal plus développé que ses voisins; j'écarte les deux faces accolées et je fais glisser l'instrument dans l'intervalle. Dès lors le débridement se fit sans aucun accident. C'était une portion d'intestin grêle qui s'était étranglé. Nous la tirâmes en dehors. Elle nous parut en bon état, sans imminence de gangrène. Mais au niveau de l'étranglement elle présentait une dépression circulaire de plus d'un millimètre de profondeur. Quoique plus rouge en ce point, elle n'offrait encore aucune trace d'ulcération. Nous nous expliquâmes alors la difficulté que nous avions éprouvée pour introduire le bistouri boutonné. L'intestin repoussé en dedans, la plaie fut réunie par quelques points de suture entrecoupée. La malade se sentit soulagée, les vomissements cessèrent; tout alla aussi heureusement qu'on pouvait le souhaiter. La cicatrisation se fit dans les cinq sixièmes de la plaie, par première intention. Cependant les selles furent peu abondantes et rares, durant les huit premiers jours. Un purgatif administré ne produisit qu'un effet médiocre. De jour en jour le ventre prit un plus grand développement; des coliques et des vomissements suivaient les repas quelques heures après qu'ils avaient été pris.

Le 25 octobre, rappelés, M. Malleviale et moi, auprès de la malade, nous constatâmes, en plus des phénomènes précédents, une constipation assez opiniâtre, le bien-être de la malade après les selles qu'elle ne rendait que lorsqu'elles étaient liquides ou liquifiées par les clystères. Les vomissements ne comprenaient jamais tous les aliments contenus dans l'estomac. Si la malade n'en prenait qu'une petite quantité, elle évitait quelquefois le vomissement. Si ces accidents avaient suivi de près, avec une telle intensité, l'opération, le diagnostic, ni la thérapeutique n'auraient point été indéterminés. On n'aurait pas douté de l'existence d'un rétrécissement intestinal, et de l'urgence de rouvrir la plaie et d'aller chercher l'intestin étranglé il y avait plus d'un mois, pour l'explorer, et opérer suivant les indications qui se présenteraient. Le succès de M. Nélaton (1), et celui de M. Maisonneuve (2) sont très-encourageants, mais la gravité de l'opération et quelques doutes plus ou moins fondés sur le diagnostic, nous en détournèrent. Les accidents n'ayant pas d'ailleurs une assez grande intensité pour menacer immédiatement les jours de la malade, nous nous contentâmes de faire de la thérapeutique des symptômes et nous préférâmes croire que l'ancienne dyspepsie pourrait bien avoir sa part dans l'appareil de symptômes que nous observions. Les opiacés et les narcotiques amenaient une frappante amélioration de la douleur. C'est à leurs effets que nous rapportons la prolongation d'une maladie qui habituellement occasionne la mort en moins de huit jours. La malade passa quelques mois sans éprouver trop de souffrance, l'hiver et le printemps s'écoulèrent sans une trop grande aggravation des phénomènes. Mais au mois d'août la maladie redoubla et retint la patiente presque constamment au lit. Je la revis le 1er septembre 1866. On ne pouvait plus alors douter de l'existence d'un rétrécissement. Le ventre était très-développé par des gaz et des matières liquides, les intestins étaient si dilatés qu'on pouvait suivre leur trajet avec la main. Il y avait des borborygmes très-intenses. La malade ne rendait presque plus de selles; sa maigreur était extrême, et ses forces dans un état complet de résolution. Mon confrère et moi nous hésitâmes à proposer l'opération, soit dans la crainte qu'elle ne fût pas acceptée, soit parce que encore il nous restait quelque incertitude sur le siége du rétrécissement. L'anse herniée était-elle, en effet, au devant de l'anneau crural, et pourrions-nous avec des pinces, l'atteindre et l'attirer au dehors? ou bien se serait-elle retirée dans l'abdomen, étant d'ailleurs longue et flottante, et se trouvant loin de l'espace qu'il nous était permis d'explorer? ou bien existait-il des adhérences et un tissu cicatriciel abondant qu'il aurait fallu déchirer ou couper avant d'arriver jusqu'à l'intestin, et celui-ci étant si intimement uni aux parties environnantes, qu'il nous aurait été impossible d'attirer au dehors l'anse intestinale rétrécie? Ces incertitudes nous inspirèrent de la timidité, et nous continuâmes un traitement palliatif, au grand préjudice de la malade.

Vingt jours environ après, un gonflement se fit au pli de l'aine, une tumeur douloureuse s'y forma. J'eus l'occasion de l'explorer quinze jours, environ, après sa première manifestation. Elle était située au-dessous de l'ancienne cicatrice, oblongue, offrant un mamelon ramolli, comme une pointe d'un abcès prêt à s'ouvrir de lui-même. Nous ne doutâmes pas que ce ne fût un anus contre nature prêt à se former. Mais la malade était œdématiée, éprouvait de la difficulté à se tenir assise; en un mot, c'était le dernier degré de la cachexie. Par acquis de conscience nous conseillâmes une application caustique de Vienne au sommet de la tumeur; nous ignorons si le conseil fut suivi. Quelques jours après on nous apprit indirectement la mort de la malade.

Plus d'une fois nous avons regretté de nous être trop bornés dans l'expectation. En face d'une mort certaine, un anus contre nature, artificiel, était une heureuse terminaison de la maladie. On sait d'ailleurs qu'ils sont traités suivant les nouvelles méthodes. La mort aurait-elle suivi l'opération, qu'une vie de douze mois passée au milieu des douleurs et des tourments éprouvés par cette intéressante malade n'aurait pas fait équilibre aux chances de succès : mais quand fallait-il opérer? Nous dirons hardiment que c'était lorsque nous fûmes en mesure de porter un diagnostic certain.

HYDROCÈLE ENKYSTÉE DU CORDON.

Injection alcoolique. — Guérison.

Par M. de Lucé.

Le 19 janvier 1865, je fus prié d'examiner une tumeur que portait dans le scrotum droit un jeune garçon de neuf ans, du nom de Leroy. Cette tumeur, pyriforme, du volume d'un œuf de dinde, rénitente, irréductible, indolore, transparente, s'étend, par sa grosse extrémité, de l'anneau inguinal à la partie moyenne du pli de l'aine, dont elle remonte, en s'amincissant, la portion supérieure; sa petite extrémité, dirigée en bas et en dedans, est distincte du testicule qui en forme le sommet. L'enfant n'a pas eu conscience du développement de cette grosseur, et les parents, qui l'ont aperçue il y a quelques mois, assurent que sa seule conséquence a été de gêner un peu la marche. Jusqu'à ce jour on s'est contenté, sur la prescription d'un médecin, de compresses alcooliques pour tout traitement.

Je prescrivis des badigeonnages à la teinture d'iode et, quelques jours plus tard, je commençai une série d'électrisations d'une durée de dix minutes chaque jour.

Le 12 février, n'obtenant aucun résultat notable de ces moyens, je pratiquai la ponction avec un trocart explorateur. Il s'écoula, ce qui surprit les assistants et moi-même tout le premier, deux forts verres de sérosité citrine. Par la canule, j'injectai 7 grammes d'alcool, qui furent laissés dans la cavité kystique et prescrivis le repos au lit et des compresses imbibées d'eau froide sur la tumeur.

Le 13, l'enfant vomit, le pouls prit un peu de fréquence et le scrotum devenu rouge, douloureux, reprit son volume primitif. Une potion calmante, un lavement laxatif, des compresses froides, tels furent les soins recommandés.

Le 16, la tuméfaction était diminuée de moitié, la douleur presque nulle et l'appétit normal. Au toucher, je constatai une tumeur dure, rénitente, presque insensible, cylindrique, de la grosseur d'un doigt et s'étendant de l'anneau inguinal à un travers de doigt du testicule.

Le 1er mars, on ne constate plus que la présence d'une petite tumeur assez résistante, située sur le trajet du cordon, très-distincte du testicule et de la grosseur d'une noisette.

Quatre mois plus tard, environ, appelé à soigner d'une fièvre typhoïde la mère de cet enfant, je pus examiner le résultat définitif de l'opération que j'avais pratiquée; je ne trouvai plus aucun vestige de l'affection que j'avais traitée.

Ce fait n'a rien que de très-ordinaire, et les exemples n'en sont pas rares; mais aujourd'hui que l'alcool, *intus* et *extra*, occupe si fort le monde médical, peut-être a-t-il son à propos.

1. *Traité de pathol. chirurg.*, t. IV, p. 280.
2. *Annales de la chirurg. française*, 1844. T. XII, p. 250.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 20 mars 1867. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le trépan.

M. LÉON LE FORT. En écoutant, dans les dernières séances, ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion, il m'a semblé que le moment était venu où l'opération du trépan allait enfin reprendre, dans la pratique chirurgicale française, la place légitime qu'elle a cessé d'occuper, car elle ne rencontrait, chez aucun d'entre vous, d'adversaire absolu. L'on eût pu croire même qu'on y avait recours à Paris, dans tous les cas où elle était praticable, si notre collègue M. Deguise, plein du souvenir d'une observation présentée par lui à la Société il y a quelques années, et passionnément critiquée à cette époque, n'avait fait remarquer avec grande raison qu'il devait y avoir contradiction entre nos idées théoriques et notre pratique, car la trépanation des os du crâne est, dans notre chirurgie, une opération fort exceptionnelle.

Telle était aussi, messieurs, l'impression qui m'était restée depuis dix ans, de mes souvenirs et de mes lectures; car, tandis que les journaux de médecine anglais, américains, allemands nous apportaient fréquemment des observations de fracture du crâne, traitées par la trépanation, nos recueils scientifiques français ne renfermaient guère que des exemples pris à l'étranger.

J'ai voulu me rendre compte de la différence qui me paraissait exister, en recueillant tous les faits rapportés depuis dix ans dans les principaux journaux scientifiques. Le temps ne m'a pas permis d'étendre mes recherches à l'Amérique et à l'Allemagne; mais j'ai relevé les observations publiées de 1857 à 1866, c'est-à-dire pendant une période de dix années, en Angleterre, dans *the Lancet, the medical Times and Gazette, Edinburgh medical journal* et *British medical journal* (1); en France, dans la *Gazette des Hôpitaux, l'Union médicale,* la *Gazette médicale,* la *Gazette hebdomadaire,* les *Bulletins de l'Académie de médecine* et ceux de notre Société. Or, tandis que je trouvais ainsi pour l'Angleterre 137 cas d'opérations de trépan (2), je n'en ai trouvé, pour la France, que 2 cas : l'un, de M. Jobert, de Lamballe (1857); l'autre, de M. Ollier, de Lyon (1865), et en ajoutant un cas remontant à 1845, publié pendant cette période 1857-1866, par M. Guyot, de Rennes et celui de M. Broca, nous n'arrivons encore qu'à un total de 4 observations de trépan, à opposer à 137.

Certes, nous savons tous qu'un nombre beaucoup plus considérable d'opérations ont été pratiquées, mais si l'on réfléchit que l'on publie plus volontiers les cas exceptionnels que les faits qui rentrent dans la pratique usuelle, nous devrons soupçonner que, si les chirurgiens français n'ont pas publié leurs observations, la même abstention a dû s'exercer un bien plus grand nombre de fois en Angleterre. Quoi qu'il en soit, la statistique officielle complète nous témoigne de cette différence incontestable : de 1835 à 1841, on a pratiqué, dans les hôpitaux de Paris, 15 opérations de trépan; depuis, pour les mêmes hôpitaux et pour une plus longue période, il n'en a été fait que 14; tandis qu'à Londres, dans un seul hôpital (*Guy's hospital*), pour une seule année (1861), on en compte 5, et à Liverpool, dans un même établissement et pour les premiers six mois de 1865, on en compte 6. Il y a donc, entre la pratique française et anglaise, une différence incontestable, et elle entraîne avec elle les conséquences suivantes : nous opérons quand il le faut, et les chirurgiens anglais opèrent trop souvent; ou bien ceux-ci trépanent quand il le faut et nous trépanons trop rarement, ou peut-être la vérité est-elle dans cette dernière alternative, nous opérons trop rarement et nos collègues d'Angleterre opèrent trop souvent. C'est ce qu'il nous faut examiner en recherchant les indications précises de l'intervention active dans les cas de fracture du crâne.

Je ne rappellerai pas en détail les vicissitudes de l'opération du trépan. Appliquée dans tous les cas par Quesnay, Ledran, J. L. Petit, Percival Pott, la trépanation fut plus tard proscrite par Desault, qui cessa d'y avoir recours, et qui basa sa proscription sur les mauvais résultats obtenus par lui au milieu de l'atmosphère insalubre de l'Hôtel-Dieu. Moins exclusif, Boyer repousse le trépan préventif, mais le conserve pour les fractures avec enfoncement; Dupuytren, Roux, et plus tard MM. Velpeau, Denonvilliers, Chassaignac suivent une pratique analogue; Brodie, Prescott Hewett font entrer et maintiennent la chirurgie anglaise dans les doctrines de l'ancienne école française. Mais en 1838, Malgaigne, se basant sur le raisonnement et sur quelques expériences, imite Desault, proscrit le trépan et entraîne avec lui presque tous les chirurgiens français. Pour moi, d'après l'étude attentive des faits et des observations publiées, la vérité n'est pas du côté de Desault, elle n'est pas non plus cette fois du côté de Malgaigne; c'est ce que je vais chercher à montrer.

Si le nom de Malgaigne se rencontre devant moi au début de cette étude, son souvenir vénéré ne saurait arrêter ma parole et enchaîner la libre expression de ma pensée. La science, la vérité ne doivent pas céder devant les affections de la famille et le respect de l'élève; étudier les faits, ne pas croire sans examen à la parole du maître, telle fut la base de l'éducation médicale que nous donna Malgaigne, et il ne réclamait pas pour lui et comme une faveur exceptionnelle ce principe d'autorité qu'il ne voulait pas qu'on respectât pour les autres. Je suis du reste, sur ce point, dans une situation singulièrement facile, car la seule opération de trépan à laquelle j'aie pris une part directe fut faite il y a quatorze ans, à mon instigation, dans le

(1) Je n'ai eu à ma disposition que les dernières années de ce journal (1860-1866).

(2) Quelques-unes, dont la date n'est pas indiquée dans l'observation, sont peut-être antérieures à 1857.

service même de Malgaigne, dont j'étais alors l'interne. Une femme, atteinte d'une fracture du crâne avec enfoncement, nous fut apportée à l'hôpital Saint-Louis, au moment où la visite venait de finir; je crus le trépan nécessaire, et, n'ayant pas le droit de l'appliquer, je fus demander les conseils et le secours de M. Denonvilliers encore présent à l'hôpital. Il crut l'opération urgente, la pratiqua séance tenante, et lorsque le lendemain matin Malgaigne trouva dans son service une opérée de trépan et un élève n'acceptant pas sur un point important pour lui les idées de son chef, il me fit exposer les raisons scientifiques de mon intervention, les combattit avec sa verve ordinaire, mais termina en me disant : « Vous avez cru à tort que le trépan pouvait être nécessaire; vous avez voulu faire juge de son application mon collègue de l'hôpital, sans vous préoccuper si votre initiative, prise contre mes idées, me serait ou non désagréable; je ne saurais vous blâmer, car vous avez fait votre devoir. » C'est aussi mon devoir que je crois remplir aujourd'hui en venant défendre une opération injustement proscrite.

Depuis près de cent ans l'opération du trépan rencontre tantôt des partisans déclarés, tantôt des adversaires passionnés, et la question reste toujours pendante sans qu'on ait pu encore établir sur ce point une opinion basée sur des preuves solides. Ces incertitudes, cette divergence d'appréciation me paraissent tenir à la manière même dont la question a été étudiée. Si l'on parcourt les travaux publiés à ce sujet, on y rencontre presque toujours les mêmes faits cités complaisamment tantôt pour, tantôt contre l'efficacité du trépan; tel chirurgien a cru tomber sur l'épanchement soupçonné qui a fait une opération inutile, tel autre a trépané à gauche, tandis que l'hémorrhagie avait eu lieu à droite; en un mot, l'opération a toujours été examinée au point de vue unique de ses rapports avec l'anatomie pathologique. Il faut, je crois, procéder autrement.

Le chirurgien qui se trouve en présence d'un malade pour lequel s'agite l'opportunité du trépan, a toujours un problème à résoudre et souvent une énigme à deviner. Comment arriver à une solution, autrement que par l'étude des symptômes? Ce sont les symptômes seuls qui peuvent nous éclairer sur la nature et le siége des lésions focales; il nous faut donc tout d'abord étudier la signification de chacun de ces symptômes, et les rattacher aux lésions cachées dans les profondeurs de la cavité crânienne.

Les phénomènes observés dans ces circonstances peuvent se rapporter à trois ordres principaux :

1° Coma, insensibilité, stupeur, souvent avec stertor, persistant depuis l'accident;

2° Fièvre, agitation, délire, douleurs de tête, convulsions épileptiformes;

3° Hémiplégie seule ou accompagnée de convulsions légères.

Il nous faut maintenant rechercher à quel genre de lésions se rapporte chacune de ces catégories de symptômes.

1° *Coma, insensibilité persistante, stertor.* — Dans les chutes, les coups sur la tête, il y a presque toujours, quand la violence a été notable, une perte complète de connaissance. Mais tantôt celle-ci est passagère; l'individu tombé ou frappé se réveille peu à peu, quelquefois rapidement; aucun accident ultérieur ne survient et tout s'est borné à une sorte de courte syncope cérébrale; tantôt au contraire les suites de l'accident ont une gravité extrême, l'insensibilité, le stertor, le coma persistent, et le blessé succombe sans avoir repris connaissance.

Qu'a eu le malade? Une commotion cérébrale, telle est la réponse ordinaire. Si l'on veut entendre par ce mot une suspension d'activité du cerveau sans lésion matérielle, une syncope cérébrale, comme je le disais tout à l'heure, on pourra expliquer et peut-être avec raison la perte de connaissance passagère qui succède si souvent aux chutes ou aux coups, et qui n'est suivie que de peu d'accidents; mais cette explication ne peut suffire quand il s'agit de cette sidération complète qui se prolonge jusqu'à la mort; la commotion cérébrale grave, rapidement mortelle, ne se comprend guère sans lésions, et c'est avec raison que Prescott Hewett, dans son excellent article du *System of Surgery* de Holmes, en a révoqué en doute la réalité; car, si dans quelques cas on n'a rien trouvé dans le cerveau qui expliquât le coma et la mort, il ne faut pas oublier que, dans ces cas mêmes, la cause de la mort pouvait se trouver ailleurs que dans le cerveau, le seul organe examiné.

Depuis 1705, le cas de Littre se trouve répété dans presque tous les articles sur la commotion cérébrale; mais si le cerveau du prisonnier avait été examiné, il n'en avait pas été de même de la moelle et des organes thoraciques. L'on peut en dire autant d'un semblable cas, rapporté par M. Denonvilliers, dans lequel un autre malheureux détenu se frappa ainsi la tête contre le mur et mourut presque sur le coup; l'autopsie ne rechercha que dans le cerveau et les organes splanchniques la cause de la mort.

Un homme tombe d'une hauteur de 40 pieds et meurt immédiatement; on trouve une luxation de l'atlas sur l'occipital (Holmes, *System of Surgery*, II, 143). En 1843, un homme est apporté à l'hôpital Saint-Antoine dans un état complet de coma; il venait de faire une chute d'une grande hauteur. Il meurt; on fait l'autopsie; on ne trouve aucune lésion cérébrale; nul doute, la commotion seule est la cause de sa mort. Mais M. Deville, qui se trouvait alors à l'hôpital, se rend à l'amphithéâtre; il a l'idée d'ouvrir le canal rachidien, et on le trouve complétement rempli de sang dans toute sa hauteur.

Un enfant, venant de faire une chute grave, meurt à l'hôpital Saint-Georges, presque aussitôt après qu'on l'y eut apporté; on ne trouve qu'un peu de sang épanché sous l'arachnoïde, mais on constate une rupture du cœur. La même lésion se rencontre dans les mêmes circonstances, sur un malade de M. Morel-Lavallé; M. Trélat trouve, chez un blessé ayant succombé rapidement après une chute, une rupture de la rate. Certes, chez tous ces malades si l'autopsie n'eût pas été faite complétement, on aurait pu soutenir que la mort était due à la commotion du cerveau, et cependant rien n'eût été moins vrai; aussi, je crois pouvoir dire que la science ne possède pas un seul cas authentique démontrant la possibilité de la mort par commotion simple du cerveau, c'est-à-dire sans lésion de cet organe ou des autres viscères.

Dans les cas mortels, on trouve ou des lésions graves du cerveau suffisantes pour expliquer la mort, ou des épanchements, des enfoncements qui ont fait succéder les symptômes d'une compression mortelle à une commotion qui n'eût été que passagère.

L'examen des faits va nous montrer la valeur symptomatologique des phénomènes de sidération.

Dans 20 cas où l'opération du trépan a été pratiquée pendant la période de coma, 15 fois la mort a suivi la trépanation. Sur ces 15 cas :

3 fois l'autopsie ne fut pas faite.

1 fois le malade est mort de méningite le sixième jour, mais il avait repris connaissance après l'opération.

5 fois il y avait fracture de la base du crâne: 4 fois avec dilacération étendue du cerveau; 1 fois avec caillots sanguins dans les ventricules.

3 fois il existait des dilacérations du cerveau sans fracture de la base du crâne.

3 fois il y avait eu des hémorrhagies graves: 2 fois par rupture de l'artère méningée moyenne; 1 fois par rupture du sinus longitudinal supérieur.

Le coma, persistant après un coup ou une chute sur la tête, est donc un symptôme grave, car il indique presque toujours une lésion profonde du cerveau ou d'un organe splanchnique. Lorsqu'il est profond, accompagné de résolution complète des membres et de stertor, il faut s'abstenir. S'il est moins grave, s'il n'y a pas sidération complète, si les symptômes de paralysie sont limités à un seul côté, il peut être permis d'intervenir activement; mais il est souvent convenable de différer de quelques heures jusqu'à ce que la cessation des symptômes propres à la syncope cérébrale laisse place à ceux qui révèlent une lésion ou une compression limitée du cerveau. Il ne faut pas oublier d'ailleurs, d'une part, que le trépan, pratiqué dans ces conditions, n'a pas empêché une mortalité de 75 p. 100; d'autre part, que l'expérience démontre, dans quelques cas, la possibilité de la guérison sans intervention chirurgicale directe.

2° *Symptômes actifs : fièvre, délire, mal de tête, convulsions épileptiformes.* — Ces symptômes me paraissent les plus importants au point de vue des indications thérapeutiques que je cherche à établir, car ils ont trop souvent été considérés comme des signes de compression.

Dans une observation de M. Johnson (1863), je lis : « les symptômes de compression sont fortement marqués. » Cependant il n'y avait que des convulsions. Le malade meurt, et l'on trouve une lacération de l'hémisphère gauche.

« Les symptômes de compression sont survenus, » dit M. Tatum (1863), et il ajoute : il n'y a pas de paralysie. On trouva à l'autopsie les lobes antérieurs réduits en bouillie.

Je lis encore dans l'observation de M. Ollier : « 20 mai, premier accès épileptiforme, puis un second; délire... M. Ollier diagnostique une compression de l'hémisphère gauche. » Que trouve-t-on à l'autopsie? Une méningo-encéphalite purulente.

L'examen des faits va nous montrer que le délire, l'agitation et surtout les convulsions sont l'indice soit d'une lésion limitée du cerveau, soit d'une inflammation localisée ou généralisée de l'organe, quelquefois des deux choses simultanément, la seconde, étant la conséquence de la première.

27 malades ayant présenté de l'agitation, du délire ou des convulsions, mais sans hémiplégie, ont subi l'opération du trépan : 2 ont guéri; 25 sont morts.

Les causes de la mort se répartissent de la manière suivante :

2 fois une méningite aiguë.

7 fois une méningite purulente.

4 fois une déchirure du cerveau.

2 fois une désorganisation étendue de tout un lobe.

1 fois une contusion cérébrale.

2 fois un abcès dans l'intérieur du cerveau.

1 fois une congestion cérébrale (mort après quatre heures).

1 fois le cerveau était anémié (*sic*) (mort dans les vingt-quatre heures).

1 fois une fracture de la base du crâne (sans autre détail).

4 fois l'autopsie ne fut pas faite; l'un des malades était mort à une date non spécifiée, le second pendant l'opération, le troisième dans les vingt-quatre heures qui la suivirent, le quatrième mourut le quatrième jour.

Parmi les deux malades guéris, l'un avait une fracture comminutive du crâne avec issue et perte de substance cérébrale; l'opération ayant eu lieu le même jour que l'accident, les convulsions, quoique généralisées, s'étaient donc montrées aussitôt après la chute; de plus, il y avait des esquilles enfoncées dans le cerveau, et les convulsions perdaient ici leur signification grave, car elles indiquaient, non plus une encéphalite ou une méningite au début, mais l'irritation du cerveau par la présence d'un corps étranger. Comprimez suffisamment un point du cerveau chez un animal, vous aurez de la paralysie; au lieu de cela, enfoncez dans le cerveau de cet animal un stylet, un clou, un corps étranger peu volumineux, vous déterminerez des convulsions. Il est donc évident que dans le cas du premier malade, en présence de convulsions survenues aussitôt après l'accident, et pouvant être attribuées à l'enfoncement d'esquilles, en présence de l'issue, par la plaie, de substance cérébrale, il n'y avait nul doute sur l'urgence d'une intervention active, en même temps qu'il y avait espoir de la voir couronnée de succès, puisqu'il ne pouvait y avoir alors d'encéphalite, et qu'on pouvait espérer de s'en garantir par l'enlèvement des esquilles.

Le second malade avait été pris de convulsions huit jours après avoir reçu des coups de hache sur la tête, mais ces convulsions étaient limitées aux membres supérieurs. Pendant l'opération, l'artère méningée fut ouverte, et cet accident faisant ainsi l'effet d'une saignée involontaire et copieuse, fut peut-être salutaire.

Si, en face des cas où l'opération a été pratiquée, je place les cas analogues, mais dans lesquels aucune opération n'a été faite, je trouve pour la même période et dans les mêmes recueils 11 observations.

De ces 11 malades : 1 n'avait que du délire; 3 du délire et une violente agitation; 7 avaient des convulsions. 10 malades moururent; 1 seul guérit.

La mort était due :

2 fois à un abcès de l'hémisphère communiquant avec le ventricule.

1 fois à une déchirure de l'hémisphère allant jusqu'au ventricule.

3 fois à une déchirure étendue du cerveau.

2 fois à des abcès du cerveau accompagnés de méningite.

2 fois il n'y eut pas d'autopsie, mais de ces deux malades, l'un avait un lobe mis à découvert, et chez l'autre, on retira avec une pince, après la mort, un morceau de plomb logé dans le cerveau.

Le seul malade qui guérit devait probablement ses convulsions à une inflammation localisée dans une partie de l'hémisphère, à la suite de l'issue d'une certaine quantité de substance cérébrale, par la fracture comminutive dont il était atteint.

La date même de l'apparition du délire et des convulsions, montre qu'il s'agit le plus souvent d'inflammation développée autour de lésions traumatiques.

Parmi les blessés non opérés, les accidents parurent 2 fois après deux jours; 5 fois après trois jours; 1 fois après treize jours; 1 fois après dix-sept jours; 1 fois après quelques jours; 1 fois après quelques mois.

Parmi les blessés ayant subi l'opération du trépan : 4 avaient éprouvé des convulsions le jour même de l'accident (2 avaient repris connaissance avant le début des convulsions); 1 les avait eues après un jour; 4 après trois jours; 1 après quatre jours; 2 après cinq jours; 1 après douze jours; 2 après quinze jours; 1 après dix-neuf jours; 1 après vingt-neuf jours; 1 après quarante et un jours; 1 à une date non spécifiée.

La mortalité pour les non-opérés fut de 90 p. 100. Elle fut de 94 p. 100 pour les opérés du trépan. Ce résultat, la nature des lésions trouvées à l'autopsie, montrent donc que les convulsions constituent un symptôme extrêmement grave, et que dans ces cas il faut presque toujours s'abstenir. Que peut faire le trépan contre des lésions matérielles graves, ou contre une méningite ou une encéphalite?

3° *Hémiplégie seule ou accompagnée de convulsions limitées aux membres paralysés.* — L'hémiplégie est pour tous les chirurgiens un signe de compression limitée du cerveau. Elle peut tenir parfois à la contusion cérébrale, le plus souvent elle est produite par des épanchements qui pressent sur un point du cerveau et en arrêtent la fonction.

Cette question des épanchements dans la cavité crânienne, soit entre la dure-mère et les os, soit à la surface même du cerveau, a été le grand cheval de bataille de Malgaigne, dans la guerre acharnée qu'il faisait au trépan. A l'aide du raisonnement et de quelques expériences, il a cru pouvoir démontrer que la compression du cerveau ne pouvait pas déterminer d'accidents sérieux.

Les plus célèbres de ses expériences sont celles dans lesquelles après avoir perforé, avec un poinçon, le crâne d'un chien ou d'un lapin, il injectait par doses successives dans la cavité crânienne de l'animal une certaine quantité d'eau tiède. D'après ces expériences, il fallait injecter une quantité de liquide égale au sixième du volume du cerveau pour obtenir des effets évidents de compression. Or, la capacité du crâne étant en moyenne, chez l'homme, de 1 kilogramme 400 grammes, il eût donc fallu, pour qu'un épanchement comprimât dangereusement le cerveau, qu'il atteignît le poids de 233 grammes, quantité qu'on ne trouve que très-exceptionnellement, si même on la rencontre.

Mais une autre expérience de Malgaigne eut dû montrer combien la précédente était dénuée de valeur. Malgaigne injecte de l'eau tiède comme dans l'expérience précédente, l'animal est hémiplégique; mais bientôt l'hémiplégie ayant cessé, une nouvelle quantité de liquide est injectée et l'hémiplégie reparaît; bientôt elle cesse de nouveau, et, d'injection en injection, l'expérimentateur introduit dans le crâne de l'animal, sans qu'il succombe, une quantité de liquide supérieure à la capacité totale du crâne, vidé du cerveau qu'il renferme.

Que se passait-il dans cette expérience? Injecté entre la dure-mère et le cerveau, le liquide se répandait librement sur toute la surface de l'hémisphère, s'y étalait, en quelque sorte, pénétrait en partie dans le canal rachidien, mais était bientôt repris par l'absorption et disparaissait. Il ne pouvait donc produire qu'une compression légère et de courte durée qui, s'exerçant d'ailleurs sur toute la surface de l'hémisphère, ne pouvait avoir la gravité de la compression lorsqu'elle est due à un épanchement de sang siégeant entre la dure-mère et les os.

En effet, et je le montrerai tout à l'heure par des exemples de plaies cérébrales, les parties périphériques du cerveau n'ont pas l'importance physiologique de ses parties centrales. Or, quand un épanchement limité siége entre la dure-mère et les os, dans une région qui correspond à la fosse temporale, la saillie de la dure-mère, refoulée en dedans, comprime le cerveau sur un point; la pression se transmet aux parties plus profondes, aux corps striés, aux couches optiques, aux ventricules. De là des perturbations fonctionnelles qui n'existeraient pas si une quantité même plus considérable de sang, au lieu d'être rassemblée en un foyer limité, était disséminée largement et librement sur toute la surface de l'organe.

L'expérience de Malgaigne, si décisive en apparence, ne prouvait donc rien contre la réalité des accidents de compression, produits par les épanchements sanguins, siégeant entre la dure-mère et les os. Les expériences sur les animaux ont une valeur que je ne contesterai jamais; mais quand il s'agit de juger des faits de la pathologie humaine, quand des accidents, malheureusement trop fréquents et trop fréquemment suivis de mort, répètent nombre de fois l'expérience sur l'homme, on me permettra de placer l'observation clinique au-dessus et fort au-dessus de la pathologie expérimentale *in animâ vili*. Or, des faits aujourd'hui assez nombreux, parfaitement observés, démontrent incontestablement que les accidents sérieux d'hémiplégie observés dans ces circonstances sont dus à la compression du cerveau, et qu'il a suffi de faire disparaître la cause de la compression pour faire disparaître les accidents.

Il est rare que l'hémiplégie se montre au moment même de l'accident; elle survient le plus souvent quelques heures ou quelques jours après. Il ne s'agit donc pas d'une lésion traumatique directement déterminée par la chute. C'est là, pour moi, un point qui mérite une grande importance. Une hémiplégie complète survenue immédiatement après l'accident, surtout si elle est accompagnée de coma ou de perte complète de connaissance, indique une grave lésion d'un hémisphère cérébral. C'est dans la première classe que doit figurer ce cas, car l'hémiplégie perd sa signification et s'efface devant la présence des symptômes : coma, insensibilité, stertor.

Au contraire, s'il y a convulsions épileptiformes survenant après une hémiplégie, surtout si ces convulsions alternent avec la paralysie ou lui succèdent dans le membre d'abord paralysé, les convulsions

perdent de leur gravité symptomatique, car elles indiquent une irritation locale ou une inflammation localisée du cerveau, limitée au point où existait la compression.

L'importance de l'hémiplégie, celle de la limitation des convulsions, dominent la présence des phénomènes convulsifs, surtout quand ils sont généralisés. Aussi est-ce dans cette troisième classe que j'ai cru devoir faire rentrer deux cas dans lesquels il y eut à la fois hémiplégie et convulsions.

Sur le relevé que j'ai fait, dix malades avaient présenté de l'hémiplégie, mais deux d'entre eux avec quelques légères convulsions. L'hémiplégie avait paru chez trois malades le deuxième jour, chez un le quatrième jour, chez un le cinquième, chez un le neuvième, chez un le dix-neuvième, chez un la troisième semaine. Chez deux autres, elle était survenue immédiatement après l'accident; mais chez tous deux il y avait eu issue de matière cérébrale à travers l'ouverture faite au crâne par la fracture comminutive.

Les lésions observées lors de la trépanation montrent la relation qu'il y avait entre elles et les symptômes, et, de plus, le résultat immédiat de l'opération met hors de doute l'influence de la compression, influence niée à tort et démontrée réelle par l'observation même.

1 fois, il y avait hémiplégie à droite; on trouve un caillot volumineux entre la dure-mère et le pariétal gauche, caillot fourni par la rupture d'une branche de la méningée moyenne.

1 fois, il y eut hémiplégie droite; il y avait fracture du pariétal gauche avec issue de matière cérébrale.

1 fois, on avait observé une paralysie du bras droit; la moitié gauche du frontal était brisée comminutivement, et de la substance centrale était sortie par l'ouverture.

1 autre fois, l'hémiplégie était à droite; il y avait fracture avec enfoncement de l'écaille gauche de l'occipital, et compression limitée du cerveau par le fragment.

1 fois, l'hémiplégie, survenue le dix-neuvième jour, était due à la pression exercée par un séquestre mobile du pariétal du côté opposé; il y avait eu quelques convulsions.

1 fois, on trouve un caillot entre la dure-mère et les os; les accidents disparaissent deux heures après l'opération.

1 autre fois, le même résultat immédiat fut obtenu; mais il survint ultérieurement une méningite qui emporta le malade le septième jour.

1 fois, la guérison suivit l'opération, quoiqu'on n'eût trouvé aucun épanchement entre la dure-mère et les os.

1 fois, une hémiplégie gauche disparut après l'opération; mais un fongus cérébral enleva le malade trois mois après la trépanation.

1 fois, il y avait paralysie du bras gauche; on trouve un petit caillot adhérent à la dure-mère.

De ces dix malades, sept guérirent, trois moururent, l'un, après trois mois, de hernie du cerveau; l'autre d'infection purulente, le quatorzième jour; le troisième de méningite, le septième jour.

Mais ce résultat ne prouve rien contre la valeur et la signification du signe diagnostique, car chez tous ces malades l'hémiplégie disparut après l'opération.

L'hémiplégie n'est donc pas un symptôme aussi grave que les convulsions et que le coma. En outre, dans tous ou presque tous les cas où l'on a fait le trépan pour remédier à l'hémiplégie, on a trouvé dans la lésion anatomique la justification de l'opération.

Il n'en a presque jamais été ainsi dans les opérations de trépan pratiquées dans les cas de convulsions ou de coma persistant. La trépanation dans le coma nous donne une mortalité de 75 pour 100; après des convulsions, 94 pour 100; après l'hémiglégie, 36 pour 100.

En résumé, trois ordres différents de symptômes correspondent à trois genres de lésion, et commandent les indications et les contre-indications du trépan :

1° Le coma avec stertor répond soit à une lésion cérébrale grave, soit à un épanchement succédant à la commotion du cerveau. Dans ces cas, il faut s'abstenir ou du moins attendre.

2° Les convulsions indiquent soit une méningite ou une méningo-encéphalite, soit la blessure du cerveau par un fragment d'os. Dans le premier cas, il faut s'abstenir; dans le second (et il facile de s'assurer de la pénétration et de l'enfoncement), il faut se hâter d'opérer.

3° L'hémiplégie est le signe de la compression du cerveau tantôt par un fragment osseux, le plus souvent par du sang épanché. L'indication est de trépaner de suite. *(Sera continué.)*

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

261. Quelques considérations sur les membranes séreuses en général au point de vue anatomique, physiologique et pathologique, par M. Jules Galvani.

262. Étude sur le sous-nitrate de bismuth, et son emploi thérapeutique, par M. Louis Buisson.

263. Du diabète sucré, par M. Jean-Adolphe Kalinowiski.

264. De quelques considérations sur l'état sanitaire de la frégate *l'Andromaque*, pendant sa traversée de France en Chine (1859-1860), par M. Martial-Marie Oscard-Bernard de Lajartre.

265. Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la vératrine, par M. A. M. Fauchey.

266. Quelques considérations sur les affections cancéreuses, par Laurent-Hippolyte Mignot.

267. De l'anévrysme artérioso-veineux spontané, par M. Auguste-Léon Geandre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commune de Magné (Deux-Sèvres) est depuis fort longtemps privée de médecin. Dans une de ses séances, le Conseil municipal de cette commune a décidé qu'il offrirait au médecin qui viendrait s'établir à Magné une indemnité de logement pendant cinq ans. La commune de Magné possède près de 1,400 habitants. Plusieurs autres communes qui l'environnent, et où l'on parvient par de très-faciles accès, n'ont ni médecin ni sage-femme. C'est donc une très-bonne position à prendre. S'adresser, pour les renseignements, au maire de la commune de Magné, près Niort (Deux-Sèvres).

— M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, va reprendre son cours clinique des affections de la peau, qu'il fera suivre de leçons sur la thérapeutique des maladies chroniques, et spécialement sur l'emploi des eaux minérales dans la cure des affections cutanées. Il commencera ses leçons le mercredi 10 avril 1867, à neuf heures et demie du matin, et les continuera tous les mercredis à la même heure. Leçon clinique et visite des malades à huit heures et demie précises.

— M. le docteur Reliquet a commencé son cours des opérations des voies urinaires, le 2 avril, à quatre heures (amphithéâtre n° 1 de l'École pratique), et le continuera à la même heure les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le docteur Wecker a ouvert son cours de clinique le 5 avril, à une heure (18, rue Visconti). Le lundi, exercice de diagnostic; mercredi, opérations; vendredi, leçons sur les maladies de l'iris, de la choroïde et du cristallin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le docteur Chassaignac. 2 vol. grand in-8 compactes. Prix : 18 francs.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le docteur Chassaignac. 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière : 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le docteur Chassaignac. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par Fano, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Étude sur la physiologie de la première enfance, par M. le docteur Émile Allix. 1 vol. grand in-8° de 260 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis, par M. A. Hardy, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, chevalier de la Légion d'honneur, et M. A. de Montméja, ex-interne provisoire de hôpitaux, chef de clinique ophthalmologique. Un vol. petit in-4° avec environ 50 planches photographiées et coloriées. Mode de publication : l'ouvrage sera publié en dix ou onze livraisons, se composant chacune de huit pages de texte et de quatre planches photographiées et coloriées; il paraîtra une livraison chaque mois. La première livraison est en vente depuis le 1er mars dernier. Prix de la livraison : 4 fr. 50. — Paris, 1867, Chamerot et Lauwereyns.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 AVRIL 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

M. Charles Hoffmann vient d'adresser à l'Académie des sciences une note sur l'absorption cutanée.

On sait que cette absorption avait été niée par de nombreux expérimentateurs qui n'avaient pu retrouver, dans les urines du sujet en expérience, la moindre trace des médicaments contenus dans les bains qu'ils lui avaient fait prendre.

Cependant l'action des bains de mer chauds, additionnés d'eaux mères des salines, celle des bains fortement acidulés par des acides minéraux, etc., etc., semblait incontestable aux praticiens qui les avaient mis en usage.

M. Hoffmann a fait disparaître cette sorte de contradiction apparente entre les résultats de l'expérimentation proprement dite et ceux de l'observation clinique.

Voici un extrait de la note qu'il adresse à l'Académie :

« Les matières sur lesquelles mes expériences ont porté sont : la digitale, l'iodure de potassium et le chlorure de sodium.

« Pendant plusieurs semaines, mais avec des intervalles de deux à quatre jours, j'ai pris des bains composés avec ces substances, et après chaque bain j'ai eu le soin de laver tout mon corps avec de l'eau ordinaire tiède. Enfin, pendant tout le temps de mes expériences, mon épiderme n'a présenté aucune écorchure pouvant amener une absorption ou plus prompte ou spéciale.

« 1° Pendant quarante-quatre jours, j'ai pris seize bains composés chacun, pour 300 litres d'eau, de 250 grammes de feuilles de digitale. Après le troisième bain seulement, j'ai commencé à ressentir un malaise particulier, propre à l'action du médicament, en même temps que mon pouls subissait un ralentissement de 4 à 5 pulsations par minute, et cet état a persisté pendant plusieurs heures. Au huitième bain, le malaise a augmenté et mon pouls, qui à l'état ordinaire était à 68 pulsations, n'en a plus accusé que 61. Enfin, après le seizième bain, mon pouls était descendu à 48 pulsations à la minute. Donc, l'absorption des principes actifs de la digitale avait eu lieu, mais d'une manière lente et progressive.

« 2° Tous les trois jours, pendant un mois et demi, j'ai pris un bain dans lequel j'ai ajouté 50 grammes d'iodure de potassium. A partir du cinquième bain, j'ai reconnu sans peine la présence de l'iodure de potassium dans mon urine, et cet état a même persisté douze jours après tout traitement. Évidemment, si l'absorption avait été lente à se produire, l'excrétion se faisait non moins lentement.

« 3° D'après des dosages répétés pendant quatre jours de suite, mon urine du jour et de la nuit contenait en moyenne des chlorures correspondant à 2 gr. 15 de chlore par litre de liquide. Je me suis soumis pendant un mois, tous les trois jours, à une série de bains composés avec 5 kilogrammes de sel marin. Après le troisième bain, la dose du chlore dans mon urine était déjà de 2 gr. 58 ; après le septième bain, elle s'élevait à 2 gr. 98, et enfin, après mon dixième et dernier bain, elle était de 3 gr. 47 : d'après cela est-il possible de nier l'absorption des chlorures par la peau, lorsque les malades sont soumis à l'action, soit des bains minéraux, soit des bains de mer?

« Ces expériences, que je poursuis avec d'autres matières organiques et avec des sels minéraux, m'amènent aux conclusions suivantes : 1° les agents chimiques et autres, dissous dans l'eau, pénètrent très-lentement, mais d'une manière manifeste, dans l'économie par la voie du tégument externe, et c'est seulement lorsque le sang et les autres liquides en sont saturés que l'organisme les rejette au dehors; 2° tous les agents médicamenteux ne sont pas absorbés par la peau au même degré; 3° les résultats contradictoires obtenus jusqu'ici proviennent uniquement de ce que les expériences n'ont pas été poursuivies pendant un temps assez long. »

Vendredi dernier, la Société obstétricale de Londres a exclu de son sein M. Baker-Brown.

Les journaux anglais qui nous arrivent sont en très-grande partie remplis par le compte rendu de la discussion qui a précédé le scrutin.

Il en ressort principalement :

1° Que M. Baker-Brown aurait excisé le clitoris sur des femmes mariées sans prévenir leur maris, sur des jeunes filles sans prévenir leur entourage, et souvent même sur les unes ou sur les autres sans leur faire bien comprendre ce dont il s'agissait, et sans avoir constaté chez elles la moindre mauvaise habitude ;

2° Que les résultats de cette opération auraient été très-souvent pernicieux, tant pour la moralité que pour le caractère et les sentiments affectifs de celles qui l'auraient subie;

3° Que les soi-disantes cures proclamées bien haut, dans des cas de folie, d'épilepsie, etc., seraient loin d'être démontrées;

4° Que M. Baker-Brown aurait fait acte d'un charlatanisme immoral en développant devant des assemblées nombreuses, où des dames étaient présentes les motifs et les résultats de cette excision du clitoris.

A la suite du vote qui l'excluait de la Société obstétricale, M. Baker-Brown s'est retiré de la Société médicale de Londres.

On sait que M. Baker-Brown a dû sa réputation plus encore à la pratique de l'ovariotomie qu'à la clitoridectomie.

En France, si cette dernière opération n'a pas été reçue avec faveur, il n'en est pas de même de la première.

Hier dimanche, si nous sommes bien informé, une nouvelle ovariotomie aurait été faite à Paris.

Celle dont nous avons rendu compte lundi dernier s'est terminée comme la chose devenait probable d'après la nature de la tumeur. La malade est morte le troisième jour.

Nous avons parlé d'un malade qui devait être opéré par M. Richet, pour un exorbitis. On ne savait pas si l'on aurait affaire à une tumeur graisseuse ou à un kyste de l'orbite. C'est cette dernière affection qu'on a rencontrée. Le kyste, situé vers la paroi inférieure, chose très-rare, pouvait contenir une trentaine de grammes d'un liquide clair.

On peut étudier en ce moment, dans le service de M. Guéneau de Mussy, salle Saint-Bernard, n° 24, un bel exemple de rein mobile, chez une femme de cinquante-huit ans, dont les parois abdominales sont peu épaisses.

Lorsqu'on palpe cette femme avec précaution, on trouve dans l'hypocondre droit une tumeur que la percussion permet de limiter d'une manière plus exacte. Cette tumeur disparaît sitôt qu'on exerce une pression un peu forte d'avant en arrière et de bas en haut, pour reparaître lorsqu'on fait tousser la malade. Si l'on percute en arrière la région rénale, on constate une différence de sonorité très-accusée entre le côté gauche et le côté droit. De ce dernier côté, on ne retrouve plus la matité rénale. C'est le second cas de rein mobile qui se présente depuis quelque temps dans le service de M. Guéneau de Mussy.

Au n° 29 du service d'accouchement, à l'hôpital des Cliniques, se trouve une femme de vingt-trois ans, primipare, qui est accouchée le 28 février dernier et a été prise d'éclampsie un mois après.

Aucun antécédent d'affection nerveuse ou convulsive. La délivrance avait été naturelle, l'utérus était revenu sur lui-même dans le temps ordinaire, aucune complication sérieuse ne s'était présentée; et cette jeune femme, qui ne nourrissait pas, semblait aller bien, lorsque, le 30 mars, dans la matinée, elle se plaignit d'une violente céphalalgie avec cecité complète. Les urines contenaient à peine quelques traces d'albumine.

Le soir du même jour, à neuf heures, il survint un premier accès convulsif, qui fut bientôt suivi d'un second. Dès lors la vue ne fut plus que troublée, mais la céphalalgie persista.

On sait que M. Depaul considère les émissions sanguines comme souveraines contre l'éclampsie, et qu'il les emploie *largâ manu*. Mais, dans ce cas *d'éclampsie post-puerpérale*, la malade était très-anémique, et l'on se borna à faire poser quelques sangsues derrière les oreilles. Il ne se présenta plus d'autre accès.

Nous publierons bientôt l'observation d'une femme qui a succombé ce matin dans le service de M. Fauvel. Cette femme, par suite d'une tumeur située dans la région de l'estomac, ne pouvait plus s'alimenter, et elle est morte littéralement d'inanition. Chez elle comme chez les animaux qu'on laisse périr de faim, les deux cornées se sont ramollies dans leurs parties inférieures pendant les derniers jours de l'existence.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUCHUT.
Accidents vermineux causés par des lombrics. Guérison.

Il y a encore des médecins qui nient la réalité des accidents vermineux, et qui n'attribuent aux lombrics, au ténia et aux oxyures qu'une bien faible action morbifique. On a passé, à ce sujet, d'une crédulité excessive à un scepticisme trop absolu ; mais en médecine, comme dans toutes les sciences naturelles, il est rare que la vérité soit dans les opinions extrêmes. En dehors des sciences mathématiques, l'absolu est toujours faux. Sans professer que l'existence des vers au milieu des voies digestives soit toujours la cause d'accidents morbides, j'affirme que, dans un certain nombre de cas, ces vers sont l'origine de troubles quelquefois très-graves, et je vais le prouver de deux manières : 1° par le fait actuellement en observation dans mes salles ; 2° par le secours de la tradition.

Voici le fait :

Émilie S..., âgée de deux ans, entrée le 25 février 1867, au n° 39 de la salle Sainte-Catherine, est malade depuis quatre jours. Antérieurement elle n'avait jamais eu que des diarrhées de courte durée et sans conséquence.

Le 21 février, elle a été prise de fièvre, d'abattement, d'inappétence, avec difficulté d'aller à la garde-robe. Il y avait même de la constipation depuis deux jours. Son abattement était extrême et ressemblait à du coma. Le pouls, très-fréquent, petit, un peu irrégulier, battait 120 fois par minute.

Comme il n'y avait rien d'anomal dans les fonctions respiratoires, nous hésitâmes beaucoup dans notre diagnostic entre une fièvre typhoïde et une méningite à leur début. Mais l'ophthalmoscope n'indiquait aucune lésion de la rétine, et l'examen du ventre n'apprenait rien de ce qu'on pouvait désirer. Deux jours après, il y eut spontanément de la diarrhée avec persistance du même état de fièvre, de prostration, d'abattement et de coma. L'idée d'une fièvre typhoïde reprenait le dessus dans notre esprit, lorsque l'enfant expulsa deux vers lombrics par la bouche sans faire presque aucun effort de vomissement.

D'après cette indication, je prescrivis 10 centigrammes de santonine, dont l'ingestion quotidienne fit rendre d'autres lombrics, et tous les symptômes cessèrent rapidement. L'enfant se réveilla, sortit de sa torpeur et de son abattement; elle cessa d'avoir la fièvre, reprit de l'appétit, de la gaieté, et au quatrième jour du traitement par la santonine, elle était guérie (1).

En présence de ce fait curieux et important, il est impossible de ne pas admettre qu'il y ait des accidents occasionnés par les lombrics de l'intestin, et cela sans préjuger la fréquence relative de ces accidents. A l'hôpital, ces faits sont rares, et sauf les affections choréiques, épileptiformes et les diarrhées produites par les lombrics qu'on y observe, les faits de coma sont rares. Je n'ai encore vu qu'un fait analogue ; c'était en ville. On me demanda pour un élève en pharmacie qui avait une grande somnolence, de la céphalalgie, des saignements de nez, de l'inappétence, de la courbature et une grande fièvre. Je redoutais une fièvre typhoïde, et je prescrivis 5 centigrammes d'émétique qui firent vomir plusieurs lombrics et décidèrent une guérison immédiate.

Au reste, quelle que soit la fréquence et l'intérêt des affections vermineuses chez les enfants, il suffit que vous en ayez un exemple sous les yeux pour que j'aie le devoir de vous en parler. Vous connaissez le fait à l'occasion duquel je prends la parole, voyons maintenant s'il y eu a d'autres semblables dans la science, et ensuite je vous indiquerai les différents désordres que produisent les lombrics.

En consultant les recueils scientifique, vous y trouverez un grand nombre de faits bien observés, dignes de créance, qui attestent l'existence des maladies vermineuses lombricoïdes. La plupart d'entre eux ont été reproduits par M. Davaine, dans un livre justement estimé, et d'après lui, je les ai à mon tour publiés dans mon *Traité des maladies de l'enfance*. Que disent ces faits ? Écoutez-les bien, et vous verrez qu'il n'est pas une affection nerveuse que ne puissent produire les lombrics.

Prost a vu un enfant de onze ans, stupide et épileptique, qui, après un empoisonnement ayant provoqué l'expulsion

(1) Cette enfant est morte quinze jours après, d'une diphthérite contractée dans les salles.

d'un grand nombre de lombrics, recouvra l'intelligence et cessa d'avoir des convulsions.

Esquirol a raconté l'histoire d'une manie aiguë, produite par des lombrics et des oxyures.

Michel a publié le fait d'une fille de dix ans, épileptique et idiote, qui guérit par l'expulsion d'une grande quantité de lombrics.

P. Franck a vu un violent délire, guéri par la sortie de 80 lombrics.

Bourgeois a vu un enfant cataleptique, guéri par l'expulsion de 12 lombrics.

Crommelinck a raconté qu'une fille de sept ans, cataleptique, guérit par l'expulsion de 100 lombrics.

Gaultier de Claubry a cité plusieurs cas d'épilepsie chez des enfants guéris par l'expulsion de lombrics.

Mondière a vu des chorées guéries par l'expulsion de lombrics, et j'ai observé différents cas de ce genre, cités dans mon livre à l'article *Chorée*.

Mondière, Mangou, Hanne ont cité des cas de paralysies vermineuses lombricoïdes guéries par la sortie de ces entozoaires.

Mondière, Schleifer, Fred. Hoffmann ont vu des aphonies vermineuses lombricoïdes.

Itard, Houzelot, Giraudy ont fait connaître des cas dans lesquels la surdité était la conséquence des lombrics, et a été guérie par leur expulsion.

Il en est de même de l'amaurose, des palpitations, de la toux nerveuse, de la boulimie et d'un certain nombre d'autres accidents sur lesquels je n'ai pas le temps de m'arrêter.

Au point de vue de la tradition, rien n'est donc mieux établi que l'existence des affections vermineuses lombricoïdes, mais cela ne saurait nous suffire. Nos habitudes scientifiques ne sont plus celles d'un respect aveugle pour les enseignements du passé. Il ne suffit pas que les maîtres aient dit une chose pour qu'on y croie, il faut qu'ils l'aient dite avec raison, et c'est à notre expérience de décider si les vérités d'hier sont encore aujourd'hui des vérités. Eh bien, je puis le dire à l'honneur du passé, l'observation attentive et rigoureuse des faits confirme ce qui a été dit sur la possibilité des accidents vermineux lombricoïdes; mais il ne faut rien exagérer, car, dans beaucoup de cas, la présence des lombrics dans le tube digestif est parfaitement inoffensive.

Quels sont donc les accidents produits par les lombrics et comment les reconnaître?

Ces accidents sont de deux ordres : locaux ou mécaniques et généraux ou sympathiques.

Les phénomènes locaux dus à la présence des lombrics sont l'irritation des voies digestives et l'entérite avec diarrhée plus ou moins forte, déjections glaireuses quelquefois sanguinolentes, coliques sourdes et obstacles mécaniques au cours des matières intestinales, pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès vermineux ou d'étranglement interne. J'ai cité dans mon traité des faits de ce genre avec les observations à l'appui, et tous ces désordres, généralement admis, sauf leur degré de fréquence, sont incontestablement vrais.

Les phénomènes généraux ou sympathiques occasionnés par les lombrics sont moins aisément acceptés par quelques médecins. Cependant il faut se rendre à l'évidence, et reconnaître que dans certains cas l'inappétence, l'enduit blanchâtre de la langue, l'acidité de l'haleine, la pâleur du visage, la chorée, la surdité, les convulsions générales ou partielles, certaines paralysies et une foule de névroses du genre de celles dont nous avons parlé il n'y a qu'un instant, sont parfois le résultat des lombrics de l'intestin. J'ai publié plusieurs de ces faits, et il n'y a pas lieu de les récuser.

Chez la petite fille à l'occasion de laquelle je parle, nous n'avons eu qu'un état comateux fébrile avec diarrhée, et il a suffi de quelques centigrammes de santonine pour le faire disparaître.

Ce qui fait souvent douter de l'existence des maladies vermineuses, c'est l'embarras qu'on a de les reconnaître. Mais si autrefois cette difficulté était insurmontable et si le diagnostic ne reposait que sur des probabilités changées en certitude par l'expulsion d'un entozoaire, aujourd'hui la science a fait un progrès important auquel je dois vous initier. Grâce à l'intelligent emploi du microscope, le diagnostic des maladies vermineuses est devenu, dans les cas de doute, d'une certitude presque absolue, et, non-seulement je puis dire qu'il existe une maladie vermineuse, mais encore par quelle espèce d'entozoaire le malade est tourmenté. Voici comment.

Mettant à profit les recherches de M. Davaine, d'où il résulte que les excréments d'une personne qui a des entozoaires renferment une innombrable quantité d'œufs de cette variété d'entozoaire, il suffit, lorsqu'on suppose une maladie vermineuse, d'examiner les matières avec le microscope pour y rechercher des œufs d'helminthe. Si l'on y trouve des œufs de lombrics, ovales et frangés à la circonférence, des œufs de tricocéphales ovulaires, avec un mamelon à chaque extrémité, des œufs ovales et irréguliers d'oxyures, ou enfin des œufs arrondis de ténia, on peut affirmer qu'il y a dans l'intestin un entozoaire de cette nature. C'est une recherche qui n'est pas difficile et qui se fait assez promptement sur une parcelle de matière. On se sert d'abord d'un grossissement de 50 diamètres, et dès qu'on a trouvé un œuf, on change de lentille pour avoir un grossissement de 150 diamètres, et de cette façon, on est sûr de ne pas se tromper en prenant pour un œuf d'helminthe ce qui ne serait qu'une parcelle de détritus minéral ou organique. Je vous ai montré à plusieurs reprises la manière de faire cette recherche, pour vous familiariser avec la forme différente des œufs d'helminthe, et je n'insisterai pas davantage sur ce point.

Ce que je viens de dire suffit pour montrer que le diagnostic des maladies vermineuses est passé du domaine de l'incertitude dans celui de la précision, et que, grâce à l'emploi de nos procédés d'exploration et d'analyse, vous pourrez, mieux que vos devanciers, dire qu'une maladie est ou n'est pas une affection vermineuse.

Ce n'est pas tout de reconnaître les maladies, il faut les guérir, et ici vous verrez combien sont avantageuses à la science les notions de diagnostic dont je viens de vous entretenir. En effet, elles évitent des tâtonnements thérapeutiques toujours préjudiciables aux malades. Ne voyez-vous pas que, du moment où vous pouvez ne plus douter de l'existence d'entozoaires intestinaux, et, de plus, que vous arrivez à savoir l'espèce à laquelle vous avez affaire, votre thérapeutique en acquiert une précision plus grande. Supposons que vous soyez en présence de deux névroses convulsives vermineuses, l'une produite par des lombrics, et l'autre par un ténia. Le malade n'a rendu aucun fragment d'helminthe qui puisse vous mettre sur la voie du diagnostic et du traitement. Néanmoins, vous désirez essayer des vermifuges. Forcément, vous devrez essayer au hasard les remèdes usités en pareille circonstance, à moins que, vous étant éclairés dans le diagnostic par l'analyse excrémentitielle, vous ne soyez arrivés à savoir que l'un des malades ayant rejeté des œufs d'ascarides, et l'autre des œufs de ténia, vous devez prescrire sûrement, ici la santonine, et là le kousso.

Dans le cas soumis à votre observation, l'enfant n'avait que des lombrics, et le traitement a été des plus simples et des plus efficaces. J'ai donné la santonine, alcaloïde du semen-contra, à la dose de 10 centigrammes. C'est la dose exacte pour les enfants de deux ans. Passé cet âge, il faut augmenter de 5 centigrammes par année.

Les lombrics ne résistent pas à cet agent thérapeutique, et ils sont rapidement expulsés de l'intestin par le rectum. Mais dans la crainte qu'ils ne se reproduisent au moyen des œufs restés dans les voies digestives, il faut donner un purgatif comme le calomel ou l'huile de ricin faite à froid, aux doses convenables, et continuer pendant quelque temps l'usage de la santonine. Ce médicament se prescrit en poudre dans de la gelée de groseilles ou dans du miel, en dragées ou en pilules; mais je préfère le faire avaler en poudre. Administré dans les proportions voulues par l'âge des sujets, il ne m'a pas paru avoir d'inconvénient propre, et il ne cause point d'irritation des voies digestives. Il colore les urines en jaune foncé, de façon à tacher le linge, et quelquefois, s'il produit un effet semblable dans l'humeur vitrée, il fait que les malades voient les objets en jaune. C'est là un fait très-rare, et que je n'ai observé qu'une fois.

Si l'on n'emploie pas la santonine, on peut employer le semen-contra en poudre dans du miel, à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme, ou en biscuits que vendent tout préparés les herboristes et les pharmaciens. Toutefois, comme les biscuits ont une dose toujours la même et que vous ne connaissez pas, il n'est pas digne d'un bon médecin de les employer. C'est une forme d'emploi de ce remède qu'il faut laisser aux commères et aux empiriques.

A ces divers médicaments il faut joindre le calomel, dont l'action vermicide et purgative rend de réels services. Il peut remplacer la santonine et le semen-contra; mais s'il ne les remplace pas, il aide à leur efficacité, et peut servir à faire une médication mixte.

En dehors de ces agents thérapeutiques indispensables pour débarrasser les malades des lombrics qui les gênent, il n'y a pas de substance vraiment utile, et je n'accorde aucune importance à ce que l'on a dit du camphre, de la décoction d'ail ou de fougère, à l'assa fœtida et aux huiles de Dippel ou de Chabert.

CATARACTE CAPSULAIRE DE L'ŒIL DROIT.

Extraction. Indocilité de l'opéré. Issue de la moitié du corps vitré. Réussite.

Par M. le docteur RAIFFER (de Marie-Galante).

M. L..., âgé de soixante-quatre ans, borgne de l'œil gauche à la suite d'une opération à l'aiguille, présente à l'œil droit une opacité du cristallin qui, depuis trois ans environ, ne lui permet plus de se conduire.

L'état général de M. L... est parfait, et l'organe affecté se trouve dans d'excellentes conditions pour le procédé par extraction : l'ouverture palpébrale est plutôt grande que petite, le globe peu enfoncé, et les paupières ne sécrètent aucun produit qui puisse compromettre un lambeau.

L'opération est exécutée le 1er août, dans l'après-midi. Le globe oculaire avait été habitué au contact des instruments, et M. L..., qui jouait son dernier œil, m'avait promis un *courage de lion*. Je n'avais pas encore fait la contre-ponction, que toutes les fermes résolutions de mon patient s'étaient évanouies. L'œil, fortement comprimé par la contraction de ses muscles, menaçait de se vider si je terminais le lambeau, et j'attendais, pour l'achever, le repos de l'organe, lorsqu'un tremblement général saisit l'opéré; en même temps, la paupière supérieure s'échappant des doigts de l'aide, vint tomber sur le tranchant du couteau. Je pus enfin, malgré ces conditions fâcheuses, terminer le premier temps de l'opération, et ne point léser l'iris; mais le lambeau était taillé en biseau dans son tiers supérieur, et carré dans cette étendue.

L'œil fut maintenu fermé pendant vingt minutes. Au bout de ce temps, M. L... demanda à ce que l'opération fût continuée. Son émotion s'était dissipée : des reproches sur sa pusillanimité, des paroles d'espoir, les exhortations d'une fille bien-aimée, l'avaient rendu maître de lui-même.

La déchirure de la capsule était achevée, et le cristallin, engagé entre les lèvres de la plaie, allait terminer son mouvement d'ascension et se dégager, lorsque les convulsions de l'œil recommencèrent. La lentille fut expulsée, et avec elle la moitié au moins du corps vitré.

Je penchai rapidement la tête en arrière, contre la poitrine de l'aide, et bouchai l'œil avec un tampon d'ouate assujetti au moyen d'un bandeau; puis l'opéré fût mis au lit.

Une demi-heure après, j'examinai l'œil. Les deux lèvres de la plaie cornéenne étaient écartées par des débris de l'humeur vitrée. Je les repoussai dans la chambre antérieure, les y laissai, sans songer à les faire passer derrière l'iris, et m'empressai d'appliquer le taffetas, de la ouate et un bandeau. Je me retirai avec la triste, mais ferme conviction que je laissais aveugle celui que j'avais trouvé borgne.

Le soir, à neuf heures, le malade est calme; il espère, car il s'est aperçu qu'on a introduit une lumière dans sa chambre. Il n'éprouve du côté de l'œil ni douleur, ni sensation d'aucune sorte; le pansement est sec.

Les jours suivants, 2, 3 et 4 août, je laisse tout en l'état, quoique l'opéré ait ressenti, dans l'après-midi du 4, des picotements et comme des graviers.

Vu la docilité de M. L..., et les symptômes accusés ne prouvant que l'établissement de la conjonctivite des opérés, j'attends jusqu'au 6 pour lever l'appareil. Il est imbibé d'un muco-pus dont l'écoulement a été abondant dans la nuit du 5 au 6; la conjonctive est rouge cinabre, surtout aux paupières; la chambre antérieure est normale, l'iris sain. La réunion de la cornée est en bonne voie, mais elle se fait par seconde intention dans le tiers supérieur. A cet endroit, la cicatrice est dans le champ pupillaire, qu'elle obscurcit et par sa présence, et par ses lèvres, qui sont en biseau, et parce que ces lèvres sont blanchâtres dans l'étendue d'un millimètre environ. A ces dernières causes, je rapporte l'imperfection de la vue : elle distingue la lumière, la forme générale des corps, mais ne saisit aucun détail. Le malade dit, en effet, qu'il y a comme un nuage entre l'œil et l'objet observé. — Lavage à l'eau tiède, instillation de quelques gouttes d'un collyre au sulfate de zinc; les bandelettes sont remises.

La nuit du 6 au 7 se passe sans sommeil : la fièvre s'est déclarée; il y a eu sensation d'éclairs au fond de l'œil, sentiment de tension dans cette partie, douleur sus-orbitaire s'irradiant vers le nez. La cornée est brillante dans les parties éloignées de la cicatrice, qui suit sa marche sans avoir été influencée par l'inflammation qui vient d'arriver; la conjonctive palpébrale est le siége d'un léger chémosis; la pupille a conservé sa forme, et présente à sa partie inférieure comme un léger nuage; l'iris est jaunâtre en quelques points (irido-choroïdite). — Une bouteille eau de sedlitz, vingt sangsues à la tempe, onguent napolitain autour de l'orbite, instillation de sulfate d'atropine toutes les deux heures. Le soir, nouvelle application de vingt sangsues, bains de pieds à l'acide chlorhydrique.

La nuit du 7 au 8 a été assez bonne. Le 8 au matin, la fièvre est insignifiante; il y a encore quelques élancements dans le sourcil. — Boissons délayantes, sulfate d'atropine, onguent napolitain, bains de pieds.

Le 10, l'état de l'œil est satisfaisant. Reste la conjonctivite, à laquelle j'applique un collyre au nitrate d'argent. L'œil est maintenu sous un léger bandeau, et n'est fermé que le soir, pour la nuit.

Le 15, l'inflammation de la muqueuse oculaire est insignifiante; la plaie de la cornée est bien soudée, et la largeur de la cicatrice a diminué.

Aujourd'hui 1er décembre, M. L... dirige parfaitement, avec des verres nº 4 (il n'a pu s'en procurer d'autres) la culture de ses terres; il distingue la tête d'une épingle d'avec sa pointe; mais il ne peut lire couramment des caractères plus petits que ceux du nº 13 de l'échelle de Jæger.

Faut-il accuser la faiblesse des verres de cette imperfection de la vue appliquée à la lecture, ou faut-il plutôt la mettre sur le compte d'une traînée nuageuse qui traverse la pupille de haut en bas et de dehors en dedans? La bandelette cicatricielle, qui tend toujours à diminuer, permet de bien observer cette traînée. Ce doit être un filament de la membrane hyaloïdienne : elle part de l'extrémité externe de la cicatrice, à laquelle elle adhère en ce point; sort de la chambre antérieure en passant au-dessus de la petite circonférence de l'iris, qu'elle bride; traverse le champ pupillaire et disparaît en dedans, derrière la face postérieure de l'iris.

Cette observation me semble intéressante si je considère l'indocilité de l'opéré, qui eût pu causer des accidents irrémédiables, auxquels on a heureusement paré. La forme fâcheuse du tiers supérieur du lambeau, forme qui entraîne souvent sa suppuration, ou tout au moins une large bandelette, obstacle perpétuel à une netteté passable de la vision; enfin, cette irido-choroïdite survenue tardivement, sans cause appréciable, et qui a cédé si rapidement, laissant comme seule trace de son passage, qui aurait pu être désastreux, un trouble léger dans le filament hyaloïdien. Elle est intéressante aussi en montrant l'existence d'une vue sinon parfaite, du moins bonne, dans un œil privé de la moitié de son humeur vitrée. Ces cas sont rares.

Le corps vitré donne à l'œil sa forme générale, et permet à la rétine d'avoir une étendue convenable. Son organisation comme gélatineuse, sa densité, mettent les membranes qui reposent sur lui dans une tension nécessaire à leur circulation, et par suite à leurs fonctions. Ce dernier rôle fait comprendre qu'une autre matière plus fluide, comme l'humeur aqueuse, par exemple, ne pourrait être substituée au corps vitré; mais il ne répugne pas d'admettre que la vue puisse

être conservée, alors qu'une partie du corps vitré sera suppléé par de l'humeur aqueuse.

Ce corps est nécessaire à la vision, mais ne lui est pas indispensable. L'anatomie comparée nous montre, en effet, que l'organe visuel n'exige, comme partie fondamentale, qu'une rétine, une choroïde et un pigment. D'autre part, la physique nous apprend que le corps vitré n'exerce aucune influence sur la marche des rayons lumineux, dès qu'ils ont traversé le cristallin, puisque les indices de réfraction de ces deux masses sont dans le rapport de $\frac{1337}{1338}$, et que ce rapport est parfaitement négligeable.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 20 mars 1867. — Présidence de M. LEGOUEST. (Fin.)

M. LÉON LE FORT continue :

J'aborde maintenant la question principale : Dans quelles circonstances devons-nous recourir à la trépanation? Ce que j'ai exposé déjà a facilité et abrégera ma tâche; mais il me faut cependant examin r encore une question préjudicielle : celle du degré de nocuité de la trépanation envisagée d'une manière absolue; celle, en un mot, du danger que l'opération du trépan fait courir au malade.

M. Fischer a publié récemment, dans les *Archiv für klinische Chirurgie*, le résultat d'expériences faites par lui sur des animaux pour éclairer cette partie du problème. Aucun des animaux trépanés n'a succombé des suites mêmes de l'opération. Mais, je l'ai dit déjà, l'expérimentation sur les animaux peut aider l'observation clinique; elle ne doit pas s'y substituer.

Si nous nous bornions à examiner les résultats statistiques fournis par nos hôpitaux, il ne nous resterait peut-être qu'à proscrire le trépan : de 1835 à 1841, les 15 opérations faites dans les hôpitaux de Paris ont été toutes suivies de mort. Mais il ne faut pas oublier, d'une part, que l'état insalubre, la mauvaise hygiène de nos établissements hospitaliers, état qu'il ne nous est pas permis de changer, puisque l'omnipotence appartient à l'administration, tue beaucoup d'opérés que nous pourrions sauver si nous étions libres de régler directement l'hygiène de nos établissements; et d'autre part la répulsion, ou du moins l'éloignement que nous éprouvons pour le trépan, fait qu'on ne l'applique guère, à Paris, que dans les cas les plus graves, à la dernière extrémité et souvent trop tard.

Les résultats sont bien moins fâcheux ailleurs. Pendant la guerre de la sécession, il a été fait, dans l'armée des États-Unis, 107 opérations de trépan pour plaies d'armes à feu du crâne; il y eut 47 guérisons, 60 morts ou 56 pour 100 de mortalité.

Le relevé des observations anglaises de 1857 à 1866 me donne 134 opérés avec 58 guéris et 76 morts, ou 56 pour 100 de mortalité, chiffre identique au précédent.

Mais le trépan n'est pas la seule cause de la mort; nous avons vu que presque toujours elle était déterminée par des lésions naturelles sur lesquelles l'art n'a aucune prise. Il serait donc intéressant de savoir, pour un grand nombre d'accidents semblables, quelle est la mortalité de la trépanation et celle de l'abstention. J'ai relevé, parallèlement aux observations dont je vous ai parlé jusqu'à présent, celles dans lesquelles il n'y avait eu aucune intervention chirurgicale active. Ici encore, nous avons une puissante cause d'erreur : le petit nombre de faits publiés. Mais même en acceptant, ce qui me paraît juste, la plus grande fréquence de la publication des cas heureux, nous trouvons 57 observations de fracture du crâne donnant 32 morts et 15 guérisons, c'est-à-dire 68 p. 100 de mortalité, chiffre bien supérieur à celle du trépan.

Mais nous pouvons encore juger approximativement la gravité du trépan en examinant les résultats de l'opération, lorsqu'elle a été appliquée dans des cas où l'absence de phénomènes cérébraux indiquait l'absence de lésion grave et primitive du cerveau.

34 trépanations ont été faites dans ces conditions. Chez un malade encore en traitement lors de la publication de son observation, le résultat reste inconnu; il nous reste donc 33 opérés sur lesquels 24 ont guéri et 9 sont morts.

Mais, dans trois au moins des cas mortels, le trépan ne saurait être responsable.

Une fois le blessé mourut le jour même de l'accident et de l'opération; on trouva dans l'abdomen un vaste épanchement sanguin dû à la rupture de la veine rénale.

Une fois le blessé, écrasé par la chute d'une lourde pierre, mourut comme le précédent, le jour même de l'accident, avec un vaste emphysème thoracique dû à la rupture de plusieurs côtes et à une fracture de la clavicule.

Une fois la méningite fut attribuée, non sans raison, à la présence dans le cerveau d'un fragment osseux.

Si nous mettons tous les autres décès sur le compte du trépan, nous trouverons 24 guéris et 6 morts, ou 20 p. 100 de mortalité.

Mais là encore l'étude des observations diminue la responsabilité du trépan. Deux des opérés succombèrent le cinquante-troisième et le cinquante-huitième jour à un fongus cérébral; mais tous deux étaient atteints de fractures comminutives du crâne; l'un par coup de feu reçu à bout portant, l'autre par un coup de barre de fer, et la hernie cérébrale eût peut-être eu lieu, même sans l'opération. Deux moururent de méningite suppurée; un d'infection purulente après son passage dans un autre hôpital; une fois enfin l'autopsie ne fut pas faite.

Le trépan n'est donc pas une opération absolument innocente, et personne ne soutiendra qu'il soit indifférent de se faire ouvrir le crâne; mais la gravité de l'opération n'est que minime par rapport à celle des accidents qu'elle est appelée à combattre, et elle n'est pas par elle-même une cause suffisante de mort pour que l'on doive hésiter à la pratiquer non-seulement quand il y a indication, mais encore lorsqu'il y a doute.

Des indications à l'opération du trépan. — La question de l'opportunité de la trépanation peut être agitée dans des circonstances multiples et bien différentes.

1° Il n'existe pas d'accidents primitifs, et il y a : A, une fracture simple du crâne, B, une fracture avec enfoncement;

2° Il existe des accidents primitifs et il y a : C, absence de fracture; D, une fracture simple; E, une fracture avec enfoncement.

3° Il survient des accidents cérébraux plus ou moins longtemps après l'accident et il y a : F, absence de fracture; G, fracture simple ou fracture avec enfoncement.

Que faire dans ces circonstances?

1° *Il n'existe aucun accident cérébral*, mais on constate :

A. Une fracture simple du crâne. Dans ces circonstances il faut s'abstenir, et personne, je crois, ne voudra revenir au trépan préventif comme le pratiquaient Quesnay, Le Dran, J. L. Petit, P. Pott. Sur dix blessés atteints de fracture simple du crâne et ne présentant aucun accident, disait P. Pott, sept succombent à des accidents ultérieurement développés; il vaut donc mieux trépaner inutilement trois malades qu'en laisser mourir sept qu'on aurait pu sauver par une opération. Mais aujourd'hui que l'observation nous a appris que la fracture simple de la voûte crânienne est loin d'être, sept fois sur dix, suivie de mort, le raisonnement de P. Pott ne s'appuie plus sur aucune base solide; et personne de nous, atteint de fracture simple du crâne, mais ayant conservé l'intégrité de ses fonctions cérébrales, ne se montrera partisan du trépan préventif au point de courir par la ville pour aller trouver un ami qui veuille bien lui ouvrir la boîte crânienne. C'est là le critérium moral et scientifique de la chirurgie pratique.

B. S'il y a fracture avec enfoncement, la question est plus difficile et plusieurs cas peuvent se présenter :

L'enfoncement est léger et il n'y a pas de plaie. Il faut songer d'une part que le malade peut guérir sans accidents ultérieurs et, d'autre part, que l'incision du cuir chevelu, en laissant pénétrer l'air dans le foyer de la fracture, expose le blessé aux dangers de l'infection purulente : il convient donc de s'abstenir et d'attendre.

L'enfoncement est léger, et il y a une plaie; il faut mettre à nu le foyer de la fracture, tenter de relever les fragments avec l'élévatoire, mais s'il faut, pour arriver au résultat cherché, employer le trépan ou la scie de Hey, mieux vaut alors s'abstenir et attendre.

L'enfoncement est considérable, des fragments pressent sur le cerveau; qu'il y ait ou non une plaie il faut mettre à nu le foyer de la fracture, et malgré l'absence de symptômes cérébraux il faut relever les fragments par la scie, l'élévatoire ou le trépan, car la présence des fragments aura pour résultat à peu près certain d'amener de l'irritation cérébrale d'abord, et peut-être de l'encéphalite.

2° *Il existe des accidents primitifs*. S'il n'y a pas de plaie, il faut débrider sur le siége de la contusion, ou à l'endroit où l'on suppose qu'a porté le corps vulnérant; car il faut s'efforcer de connaître la cause des accidents.

C. Il n'existe pas ou l'on ne trouve pas de fracture. Nous sommes ici en présence d'un des cas les plus difficiles de la pratique, et certainement sur ce point nous serons divisés d'opinion, car beaucoup de chirurgiens croient devoir faire ici application de la doctrine : « dans le doute, il faut s'abstenir. » J'ai déjà dit plus haut que pour ce qui regarde le trépan, la conduite inverse me semble la meilleure : « dans le doute il faut agir. »

Lorsque, sans être scientifiquement fixé sur la valeur particulière de chaque groupe de symptômes cérébraux, sans tenir compte de la nature, de l'espèce d'accidents observés mais en n'ayant égard qu'à leur siége, on trépanait à gauche parce qu'il y avait prédominance de symptômes à droite, ou mieux encore lorsqu'on trépanait alternativement à droite et à gauche quand les accidents tels que coma, convulsions, paralysies, étaient généralisés, on pouvait dire que le hasard seul faisait tomber sur le siége de la lésion; mais aujourd'hui il ne doit plus en être de même. Certes s'il y a du coma, des convulsions épileptiformes générales survenus quelques jours après l'accident, ce qui, pour moi, doit rentrer dans la classe des accidents primitifs, il faut s'abstenir pour les raisons que j'ai données tout à l'heure; mais s'il existe une hémiplégie complète ou partielle, soit seule, soit accompagnée de convulsions du côté affecté, si surtout cette paralysie est survenue quelques heures ou quelques jours après la chute, mais après que le malade avait repris connaissance, il faut observer avec soin le côté du crâne opposé à la paralysie, et quand bien même un examen attentif ne ferait pas soupçonner le siége précis de la contusion, il faut trépaner sur ou vers la bosse pariétale. En effet, l'examen des faits nous apprend que le blessé atteint ainsi d'accidents est presque fatalement voué à la mort si l'on n'intervient pas; sans doute on m'opposera des cas de guérison, mais ils sont exceptionnels; le trépan, nous l'avons vu, n'ajoute que peu à la gravité de l'état du malade, et c'est ici le cas d'appliquer le raisonnement de P. Pott; sur dix de ces malades, sept mourront si l'on n'intervient pas, qui pourront guérir par notre intervention; sur trois malades notre intervention sera intempestive, mais comme elle n'ajoutera que peu à la gravité de son état, il vaut mieux risquer de faire trois opérations inutiles, que s'abstenir dans sept cas où l'intervention active aurait pu sauver le malade.

S'il y a des convulsions généralisées, du délire, de l'agitation, des douleurs de tête violentes, faut-il, puisqu'on ne doit pas trépaner, abandonner le malade à lui-même. Je suis loin de le croire, et j'ai à vous proposer un mode de traitement auquel je dois deux guérisons de fractures de la base du crâne accompagnées de délire, d'agitation, de fièvre, en un mot de symptômes d'encéphalite ou de méningite généralisée, mais encore à son début. Ce mode de traitement, c'est l'usage de l'opium à hautes doses.

Le premier malade était un étudiant en médecine, M. S... qui, en 1862, fit une chute dans un escalier; je le trouvai le lendemain matin avec un écoulement séreux par l'oreille gauche, une hémiplégie faciale du même côté, et de plus il sentait, quand il serrait fortement les mâchoires, une crépitation dont il ne soupçonnait ni le point de départ, ni la cause, ni la gravité. Deux heures après la chute, il avait repris connaissance, et ne présenta aucun symptôme cérébral sérieux pendant trois jours; mais le quatrième, il survint de la fièvre, une extrême agitation, d'horribles douleurs de tête qui poussaient le blessé à vouloir se jeter par la fenêtre. Je lui administrai 2 centigrammes d'extrait d'opium toutes les heures, et sous l'influence de cette médication, le délire, l'agitation disparurent, et le malade guérit, n'ayant rien perdu de ses facultés intellectuelles ou physiques.

Le second malade est un homme de quarante-trois ans, qui, le 14 août 1864, avait fait un chute du haut de l'impériale d'un wagon de chemin de fer. J'avais été témoin de l'accident; le malade fut relevé dans le coma le plus profond, mais il reprit bientôt une semi-connaissance.

Transporté chez lui par ses amis, il me fut rapporté, le 19 août, à l'hôpital de la Charité.

Des troubles graves étaient survenus dans la sensibilité, la motilité et l'intelligence; de temps en temps le malade tombait dans un état semi-comateux, mais le lendemain se montrèrent des convulsions générales, accompagnées et suivies de cris, d'agitation extrême : je prescrivis des bains et l'usage de l'opium, 2 centigrammes toutes les deux heures. Les accidents cérébraux disparurent en quelques jours, et le malade fut envoyé à l'asile de Vincennes.

Il vint me voir un mois après voulant, dit-il, m'exprimer de vive voix ses remercîments, car il ne s'était souvenu qu'à la maison de convalescence de son accident, de son séjour à la Charité et des soins que nous lui avions donnés.

M. Nathaniel Alcock, médecin à Mooltan (Indes), a publié récemment un succès analogue obtenu par l'injection sous-cutanée de un tiers de grain de morphine.

D. Il existe une fracture simple, il faut attendre s'il existe du coma, employer les opiacés s'il existe des symptômes d'encéphalite généralisée; il faut trépaner s'il existe de l'hémiplégie ou si la nature des accidents convulsifs laisse croire qu'il s'agit de l'irritation limitée du cerveau par un fragment détaché de la table interne, ou une contusion localisée à la surface de l'hémisphère.

E. Il existe une fracture avec enfoncement. Que l'enfoncement soit léger ou considérable, le doute n'existe plus sur la conduite à tenir dans le cas où il y a des accidents; il faut trépaner si l'on ne peut autrement relever les fragments.

3° *Les accidents se développent ultérieurement.* — Si un certain nombre de jours ou même de mois après une contusion du crâne avec ou sans plaie, avec ou sans fracture, il se développe des accidents ultérieurs, il faut mettre à nu le siége supposé de la lésion. Le signe donné par Pott et par Le Dran, c'est-à-dire la sécheresse d'un point de la voûte crânienne correspondant à un point où le péricrâne est détaché de l'os sous-jacent, peut servir à indiquer l'endroit où le trépan doit être appliqué. Cette apparition tardive des accidents a toujours une extrême gravité, car le plus souvent elle tient au développement d'une méningo-encéphalite qui se traduit alors par du coma ou des convulsions, rarement par de l'hémiplégie. Les insuccès nombreux obtenus dans les cas qui figurent dans mon relevé (7 morts sur 7 opérés), cas où il n'y avait aucun signe indiquant le siége de la lésion, ne prouvent pas d'une manière absolue la nécessité de l'abstention, car le plus souvent la trépanation a été faite lorsqu'elle eût pu ou dû ne pas l'être, c'est-à-dire lorsqu'il y avait du coma ou des convulsions généralisées. Dans ces cas, je le répète, il faut s'abstenir. L'abstention est moins rigoureusement indiquée s'il y avait fracture, surtout s'il y avait fracture avec enfoncement; dans ce dernier cas surtout je crois qu'il faut opérer.

S'il y a hémiplégie tardive ou convulsions limitées, mais trace d'une fracture, il faut agir; dans cette circonstance on sait où doit être la lésion, et deux opérations dans ces circonstances ont donné deux guérisons.

Si des convulsions épileptiformes surviennent longtemps après une fracture, on doit encore intervenir puisqu'il reste l'espoir de guérir le malade.

Mais une circonstance grave vient se présenter à nous. Des accidents éloignés sont survenus, on a trépané sur le siége de la fracture, et l'on ne trouve rien ni entre la dure-mère et les os, ni entre le cerveau et la dure-mère; mais, d'autre part, il existe des symptômes locaux indiquant la possibilité de l'existence d'un abcès dans la substance cérébrale, que faut-il faire? Le chirurgien doit-il porter le bistouri dans le cerveau? C'est là une question grave. Plusieurs chirurgiens, entre autres Lapeyronie, Roux, après avoir incisé la dure-mère, se sont arrêtés devant l'incision de la substance cérébrale; l'examen ultérieur a montré que l'abcès était, à l'endroit même où la dure-mère avait été incisée, recouvert par une couche mince du cerveau. J. L. Petit, Dupuytren, plus hardis, ont plongé le bistouri dans le cerveau, et le succès a couronné leur audace.

Detmold, cinq semaines après la trépanation, ayant vu survenir des accidents, pratique dans le cerveau une incision de 1 pouce et demi qui donne issue à du pus; il y a amélioration. Trois semaines plus tard, le malade perd la mémoire; le chirurgien rouvre la plaie, et, n'y trouvant rien, il enfonce un stylet à 4 pouces de profondeur vers les ventricules; sept semaines plus tard, nouvelle incision qui donne issue à du pus; le malade meurt et, à l'autopsie, on trouve les deux ventricules remplis de matière purulente.

Certes, je ne veux pas donner comme un exemple à suivre la conduite de Detmold, je serais moins hardi, si l'on peut appliquer ici le mot de hardiesse. Être hardi à ses risques et périls rien de mieux; mais dans ces cas les risques ne sont pas du côté du chirurgien.

Je crois cependant qu'il ne faut pas hésiter dans certaines circonstances à inciser le cerveau; des faits nombreux ont prouvé l'innocuité fréquente des lésions traumatiques du cerveau, quand elles portent sur la périphérie des hémisphères; ils doivent inspirer aux chirurgiens une certaine assurance qui les engage à ne pas reculer devant la nécessité d'intéresser avec le bistouri les couches superficielles de la substance cérébrale.

Larrey, David Rice (de Boston), Gibbs de Perry (Ohio), Hennen, etc., ont cité des faits de biscaïens et de balles gardés longues années dans le cerveau. M. Guyot (de Rennes) en a retiré avec succès des fragments de bois. Un malade dont le crâne est au musée de Santa-Maria Nuova, à Florence, eut pendant quatorze ans, dans le cerveau, un bout de stylet. Un homme observé par M. Bonnefous (de Rhodez) porta deux ans, dans l'encéphale, une lame de couteau. Selwyn (de Cheltenham), William Beaumont, le célèbre physiologiste, ont retiré de l'intérieur du crâne un couteau, une baguette d'artifice qui y avaient pénétré par l'orbite : les blessés guérirent. L'extrémité d'un bâton de chaise entra à une profondeur de 4 centimètres dans le cerveau d'un enfant de deux ans observé par Griswold (de Goodwimville) : l'enfant guérit. Un autre enfant de trois ans tombé sur la pointe d'une grille en fer, resta suspendu à cette grille par une pointe qui avait pénétré de 6 centimètres dans le crâne. Lorsque son père le retira de cette situation, plus terrible encore pour le père que pour l'enfant, des fragments de cerveau restaient adhérents à la tige de fer : le blessé, soigné par M. James Cooper, ne conserva que de la faiblesse dans un bras et dans les fléchisseurs d'une des cuisses.

Je vous ai présenté, il y a quelques semaines, une culasse de fusil retirée par M. Lejeal (de Valenciennes) du crâne d'un contrebandier aujourd'hui guéri, et cette culasse avait pu séjourner de longs jours dans le cerveau sans que les médecins qui virent le malade aient soupçonné la présence d'un corps étranger. Eh bien, je trouve dans la science quatre cas à ajouter à celui-là. Robert Hughes retira du cer-

veau d'un homme condamné à la détention avec travail forcé, une culasse de fusil que cet homme portait dans le crâne quatorze mois déjà avant sa condamnation. Comme M. Lejeal, vingt-six jours après une plaie du frontal avec issue de matière cérébrale, un chirurgien américain fut fort étonné de trouver une culasse de fusil dans le crâne de son malade, qui guérit sans autre accident que la perte de la vision dans l'œil gauche. Un jeune homme de quatorze ans fut moins heureux : il mourut le vingt-quatrième jour après une plaie du frontal. M. Cunningham trouva, appuyée sur l'occipital, une culasse de pistolet qui avait traversé le cerveau. Un officier anglais garda pendant huit ans une culasse de fusil logée dans son cerveau. Le blessé n'ignorait pas ce qu'il avait; mais il ne voulut pas se laisser extraire ce corps étranger, qui finit, au bout de huit ans seulement, par déterminer des accidents mortels. Phinéas Gage, âgé de vingt-cinq ans, travaillant au Rutland and Burlington railway en 1848, eut la tête traversée, de l'angle gauche de la mâchoire au centre du frontal, par un pic de fer pesant treize livres et long de trois pieds, lancé par l'explosion d'une mine. Soigné par MM. Williams (de Norfield) et Harlow, il guérit, et son observation, rapportée par M. Bigelow, est complétée depuis par M. Heny Trewit (de Valparaiso), qui, onze ans après, retrouva Gage conducteur de voitures au Chili.

Dans une exploitation agricole de l'Angleterre, un éclat de mine avait mis à nu le cerveau d'un individu. Deux chirurgiens appelés auprès du blessé, après avoir retiré la poudre et autres corps étrangers qui s'étaient incrustés à la surface de l'organe, ne craignirent pas, dans un but de curiosité scientifique criminelle et odieuse, d'enfoncer à plusieurs reprises une sonde cannelée à travers les couches superficielles de l'hémisphère dénudé, de manière à dilacérer la pulpe cérébrale. Cependant le malade guérit.

Dans tous ces faits, les parties centrales du cerveau furent respectées; les parties périphériques seules furent atteintes, et ils nous montrent que les blessures du cerveau, lorsqu'elles n'intéressent que la périphérie de l'organe, n'ont pas la gravité que l'on pourrait supposer *à priori*. Ils sont confirmatifs des résultats des expériences instituées par M. Flourens et par M. Vulpian sur les animaux. Mais ces observateurs ont démontré que les lésions des couches cérébrales profondes entraînent des accidents graves, et même la mort immédiate.

On peut donc plonger le bistouri dans la substance cérébrale lorsque l'on a lieu de croire à l'existence d'un abcès, à la condition, toutefois, de ne pas pénétrer dans les couches centrales, dans les cavités ventriculaires.

En résumé, trois ordres de phénomènes dominent la pathologie des coups et blessures de la tête, et les indications thérapeutiques des accidents, au point de vue de l'opération du trépan : ce sont le coma, les convulsions, l'hémiplégie.

Dans le coma, la règle est d'attendre.

Dans les convulsions, le principe est de n'opérer jamais ou presque jamais.

Dans l'hémiplégie simple ou compliquée de convulsions partielles, l'indication est d'intervenir toujours ou presque toujours, et d'intervenir de bonne heure.

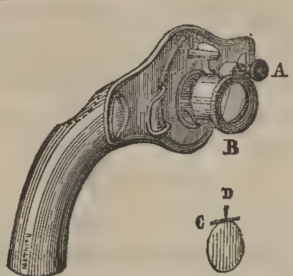
Dans le cas d'accidents tardifs, il faut intervenir si, à l'hémiplégie cérébrale, se joignent des signes de fracture avec dénudation du crâne; et si, à la suite du trépan, on ne trouve pas d'épanchement, il ne faut pas craindre de porter le bistouri dans les couches extérieures de cerveau présumées être le siége d'un abcès.

J'ajouterai enfin : dans tous les cas où le doute existe, il faut agir.

Dans ces conditions, le trépan est une opération excellente qui mérite de prendre, dans la pratique de la chirurgie française, une place honorable aussi éloignée de l'engouement dont elle fut l'objet au temps de l'Académie royale de chirurgie, que du discrédit profond où elle est tombée aujourd'hui.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. BROCA présente une nouvelle canule à trachéotomie construite sur ses indications par M. Mathieu.



Il est souvent difficile de savoir quand on peut sans danger retirer la canule trachéale. Si on la retire avant que la perméabilité du larynx soit rétablie, le malade est exposé aux dangers de la suffocation, car on replace quelquefois difficilement la canule que l'on vient d'enlever. Celle-ci est munie d'une ouverture sur la convexité de sa courbure, permettant à l'air de passer dans le larynx lorsque l'on bouche l'extrémité antérieure de l'instrument. A cette extrémité antérieure s'applique une pièce mobile renfermant une soupape dont l'occlusion est réglée par le mouvement d'une vis. En fermant plus ou moins cette soupape, on force l'air à passer plus ou moins par le larynx, et lorsqu'on a pu tenir cette soupape fermée pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, on a la certitude de pouvoir sans danger retirer la canule, puisqu'on s'est assuré que le passage de l'air par les voies naturelles est redevenu possible et suffisant.

Le secrétaire annuel, Léon LEFORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 6 avril 1867, M. Langellier-Bellevue, médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 16 mars, le docteur Alfred Guillon a été nommé chirurgien aide-major au 2e bataillon de la garde nationale de la Seine.

Par divers arrêtés ministériels :

I. — *Faculté de médecine de Paris.* — M. Polaillon, agrégé et aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours pratique d'opérations chirurgicales à l'école pratique de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Brousse, agrégé libre de la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences accessoires), est appelé à l'activité, à partir de ce jour, jusqu'au 1er novembre 1871.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Kœberlé, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg (4e section) est maintenu en activité jusqu'au 1er novembre 1868, en remplacement de M. Dagonet.

II. — *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Lecanu, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1866-1867, par M. Baudrimont, agrégé près ladite école.

III. — *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Meunier (Stanislas) est nommé aide naturaliste au muséum d'histoire naturelle.

M. Meunier est spécialement attaché à la chaire de géologie.

III. — La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 10 avril 1867, pour l'achèvement de leurs études médicales (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme), est accordée aux étudiants ci-dessous désignés, qui se sont distingués par leur dévouement au soulagement des malades atteints par l'épidémi cholérique.

Services rendus à Alger. — MM. Sourignac, Martin et Bonnet, élèves de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

Services rendus à Montpellier. — MM. Brousse et Kleinschmidt, étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier.

Services rendus à Marseille. — M. Roubaud, élève de l'école préparatoire de médecine de Marseille.

Services rendus à Roubaix (Nord). — M. Coinet, élève de l'école préparatoire de médecine d'Amiens.

Services rendus à Blois. — M. Canton, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

— Dans sa séance annuelle, la Société de chirurgie a décerné le prix Duval à M. Thomas (de Tours), et une mention à M. Desmarres (du Hâvre).

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercrdi prochain 10 avril, à huit heures du soir.

Ordre du jour : Esquisse d'un service de bureau de bienfaisance, par le docteur Machelard; — Observation d'hypermétropie, par le docteur Coursserant.

— Le bureau de la Société médicale du 10e arrondissement est ainsi composé ponr l'année 1867 :

M. Coizeau, président;

M. Demouy, vice-président;

M. Rastoul, secrétaire annuel;

M. Vée fils, trésorier.

— MM. Ranvier et Cornil commenceront un cours d'histologie normale et pathologique, le 11 avril, rue Christine, 2.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16
Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 AVRIL 1867

Séance de l'Académie de médecine.

C'est à ne savoir à qui entendre, tant les questions se pressent à l'Académie. A peine la discussion sur la mortalité des nourrissons est-elle close, M. Broca porte à la tribune la question beaucoup plus vaste, la plus générale que puisse embrasser l'hygiène publique, du mouvement de la population en France. Puis vient se placer à la traverse la question de la vaccine animale. Si bien que vaccine animale et mouvement de la population se sont rencontrés et trouvés côte à côte hier à la tribune.

Pour la vaccine animale, nous ferons comme l'Académie. Nous nous bornerons pour aujourd'hui à enregistrer les conclusions du rapport de M. Depaul, en réservant l'examen pour le moment où la discussion sera mise à l'ordre du jour, c'est-à-dire après la publication du rapport en entier dans le *Bulletin*.

Mais voilà que la discussion s'engage sur la communication de M. Broca, relative au mouvement de la population. Or, il est douteux que cette discussion, qui promet d'être intéressante, soit terminée pendant le délai que va exiger la publication du rapport sur la vaccine. C'est donc un ajournement assez lointain probablement que va subir ce dernier.

Quoi qu'il en soit, suivons le courant.

M. Bergeron, dont on connaît les travaux en hygiène publique et le goût prononcé pour ce genre d'étude, n'a pas voulu laisser échapper une aussi belle occasion de monter à la tribune; et il a eu grandement raison. Le sens général de son allocution, qui a été vivement goûtée de l'assemblée autant pour la forme que pour le fond, est une adhésion aux conclusions de M. Broca, mais avec quelques restrictions à l'optimisme dans lequel elles se résument. M. Bergeron, tout en croyant comme son collègue que la patrie n'est pas en danger, pense cependant qu'il ne faudrait pas s'endormir dans une sécurité trop absolue, et qu'il y a lieu de chercher mieux encore; ce qui lui a fourni le texte d'un programme de recherches et d'un appel au concours de l'Académie et de tous les médecins qui, par leur position spéciale, sont en mesure de lui procurer les éléments nécessaires à la vaste enquête qu'il s'agit d'instituer. C'est certainement un des plus beaux côtés du rôle de l'Académie de médecine. Nous espérons qu'elle ne le déclinera pas dans cette circonstance.

On entendra, dans la prochaine séance, sur la question, M. Larrey et probablement M. J. Guérin.

Avant et après l'allocution de M. Bergeron, l'Académie a entendu deux lectures : l'une de M. le docteur Delioux de Savignac, candidat pour la section de thérapeutique, sur les paralysies qui accompagnent ou suivent la dyssenterie; l'autre, de M. Bonnafont, correspondant de l'Académie, sur l'otorrhée. On trouvera un résumé de ces deux lectures dans le compte rendu de la séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Traitement des névroses saturnines par une nouvelle méthode (froid intus et extra).

(Leçon recueillie par M. le docteur L. MARTINEAU. — Médaille d'or des hôpitaux.)

Messieurs,

Après les quelques généralités sur les devoirs qui incombent à un professeur de clinique et aux élèves qui suivent la clinique, généralités qui ont fait le sujet de la dernière leçon et du commencement de celle-ci, je crois devoir entrer immédiatement en matière.

Et d'abord, vous trouverez actuellement dans le service des éléments féconds pour votre instruction. Il existe, ainsi que vous avez pu le voir, un certain nombre d'affections aiguës des organes respiratoires. Cinq malades atteints de pneumonie sont, dans ce moment, soumis à notre observation, et si vous voulez bien vous en donner la peine, il vous sera facile de voir que ces cinq pneumonies diffèrent totalement les unes des autres. Vous trouvez là la preuve de ce que j'avançais dans la dernière séance. Ce n'est, en effet, que dans une clinique que vous pouvez étudier les variétés que présente une maladie. Les érysipèles existent aussi en grand nombre. Tous ont pour siége la face, et pourtant tous présentent dans leur allure quelque chose de spécial, en vertu de quoi ils ne ressemblent nullement les uns aux autres. Les malades atteints de tuberculisation sont de même assez nombreux. Dans la prochaine séance, je vous ferai connaître les résultats que j'ai obtenus dans le traitement de cette affection à l'aide du tartre stibié. Enfin, vous avez pu voir plusieurs malades atteints d'intoxication saturnine. Vous avez dû remarquer que ces malades présentent des symptômes très-variés qui tous appartiennent à cette intoxication spéciale. C'est sur ces derniers malades que je veux aujourd'hui appeler plus spécialement votre attention. Je veux surtout vous faire connaître un mode de traitement qui m'est propre et que j'ai employé avec le succès le plus constant, pendant les six derniers mois, sur plus de quarante malades. Les affections saturnines, vous le savez probablement, se rencontrent en grand nombre dans cet hôpital. Les ouvriers saturnins s'y rendent, parce que tous savent qu'il existe contre la colique saturnine un mode particulier de traitement, connu sous le nom de traitement de la Charité, méthode empirique qui, il faut bien le dire, a été appliquée autretois avec un grand succès par les anciens Chartreux. Cette méthode, qui était employée indistinctement contre tous les phénomènes, pourtant si variés, de l'intoxication saturnine, consistait, vous le savez, dans l'emploi des évacuants. Cette méthode empirique n'a plus aujourd'hui aucune valeur. Il y a longtemps que les médecins l'ont abandonnée. Pour ma part, je n'y ai plus recours depuis bien longtemps.

L'intoxication saturnine est, de toutes les intoxications, la plus fréquente. Elle est due le plus souvent à l'absorption des sels de plomb, du minium, du sous-carbonate de plomb, etc. Ce n'est pas ici le lieu de faire ressortir les différentes causes de cet empoisonnement. De même, aujourd'hui, mon intention n'est pas de vous exposer les phénomènes qui caractérisent cette intoxication. Je vous dirai seulement que ces symptômes sont très-variés, qu'ils viennent parfois lentement, d'autrefois assez rapidement, et de sources très-différentes. Les ouvriers éprouvent d'abord des douleurs vagues dans l'abdomen; le système nerveux est atteint. On observe des troubles du côté de la sensibilité et surtout de la motilité, troubles qui se traduisent d'abord par de la faiblesse, puis par de la paralysie. Les malades qui sont actuellement dans le service présentent ces modifications à des degrés divers. Au bout d'un temps variable, les douleurs abdominales, les coliques deviennent très-violentes; elles s'accompagnent d'une constipation des plus opiniâtres. C'est alors que les malades entrent à l'hôpital. Je vous ferai remarquer que le redoublement des coliques, leur plus grande acuité, sont dus le plus souvent à un excès de boissons. Cet excès est caché par le malade. Mais il n'en est pas moins vrai que c'est là un fait d'observation; je vous engage à vous en assurer. Je me borne à ce court exposé, car j'aurai malheureusement trop souvent l'occasion de vous décrire, dans le cours de ces leçons, les phénomènes de cet empoisonnement et sa marche.

Comme les autres médecins, je traitais ces accidents par les évacuants, lorsque, il y a huit à neuf mois environ, j'eus l'idée de leur appliquer un traitement rationnel, de considérer les symptômes principaux comme des névroses de la sensibilité et de la motilité, et de les traiter par le froid *intus* et *extra*. Le froid, vous le savez, exerce une grande action sur le système nerveux, directement ou par l'intermédiaire des capillaires. Il modifie les sécrétions. Or, je me suis demandé si, au lieu de modifier les sécrétions intestinales, la sensibilité intestinale à l'aide des évacuants, ainsi qu'on le faisait et que je le faisais moi-même, on ne pourrait pas obtenir le même résultat à l'aide du froid.

Cette expérimentation pouvait être essayée sans inspirer aucune crainte; elle ne compromettait en rien la vie du malade. Aussi ai-je cru devoir l'aborder sans scrupule. Du reste, je fus aidé dans cette voie par le directeur de l'une des usines de Clichy. A ma recommandation, et suivant les indications que

---

FEUILLETON.

LES CURES DE PETIT-LAIT,

En Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.

XI. — SYNTHÈSE THÉRAPEUTIQUE DU PETIT-LAIT.

(Suite et fin.)

L'eau minérale organique, appelée petit-lait, possède, ai-je déjà dit, des propriétés thérapeutiques et des propriétés hygiéniques.

Comme eau minérale thérapeutique, elle s'adresse, selon les doses auxquelles elle est administrée, tantôt à l'émonctoire rénal, tantôt à l'émonctoire intestinal.

Son action est faible, lente, mais continue, comme celle de toutes les eaux peu minéralisées.

Il est inutile de chercher ailleurs l'explication de l'action thérapeutique du petit-lait, et la pratique allemande va témoigner en ma faveur.

Dans le catalogue des eaux minérales qui occupent les rayons de la trinkhalle d'Ischl, que voyons-nous? Des eaux purgatives (sulfatées), des eaux diurétiques (alcalines) et des eaux reconstituantes (salines et ferrugineuses).

Ces dernières sont, on se le rappelle, des eaux minérales hygiéniques; j'y reviendrai tout à l'heure.

Reste donc, en fait d'eaux thérapeutiques, des eaux purgatives et des eaux diurétiques, qui répondent précisément aux deux propriétés thérapeutiques du petit-lait.

On ne trouve dans ce catalogue, que j'ai publié à dessein, aucune eau sulfureuse, parce que le petit-lait ne s'adresse pas à l'émonctoire cutané, et que l'eau sulfureuse, agent de cet émonctoire, contrarierait par sa présence l'action du petit-lait sur les émonctoires rénal et intestinal.

Comme toutes les eaux faiblement minéralisées et dont l'action thérapeutique a, par conséquent, besoin d'une certaine continuité pour se faire sentir, le petit-lait jouit de propriétés hygiéniques remarquables, qui se passent facilement d'auxillaires.

Je veux parler de ses propriétés tempérantes, sédatives et adoucissantes.

En Suisse, où la médication séro-lactée se pratique sans aucune adjonction d'eau minérale, on n'agit que par les propriétés hygiéniques du petit-lait, et cela est si vrai que ces établissements ne sont guère fréquentés que par des maladies des voies aériennes : bronchite, laryngite et tuberculose au début.

Ces mêmes affections, ainsi que je le dirai tout à l'heure, sont combattues à Ischl de deux autres manières, selon les cas : quelquefois, comme en Suisse, on attend tout des propriétés hygiéniques de l'agent, et on fait la médication dans sa plus grande simplicité; dans d'autres circonstances, le praticien, comptant sur une action révulsive, accroît une des propriétés excrémentielles du petit-lait en ajoutant tantôt une eau sulfatée et tantôt une eau alcaline, conformément à ce qui a lieu à Gleichenberg avec l'eau de la source Constantin; enfin, dans d'autres occasions, adoptant les idées de Liebig sur le rôle du chlorure de sodium, le praticien mélange une eau chlorurée avec le petit-lait qui, dans ce cas, ne fait plus office que d'excipient, préférable à toute autre à cause de sa nature organique, et peut-être aussi à cause de ses propriétés générales. Ce mode d'administration du chlorure de sodium n'est pas le seul employé à Ischl : il y a les bains de Soole, dont le degré de concentration est variable, comme je l'ai dit, et les inhalations des vapeurs chlorurées que fournissent les salines adossées à l'établissement.

M. le docteur Carrière parviendra difficilement à faire croire que les médecins allemands veulent donner du soufre quand ils mêlent avec le petit-lait des eaux sulfatées; un sulfate n'a jamais eu, pas plus en chimie qu'en matière médicale, les propriétés de l'acide sulfhydrique. Rappelons-nous aussi la réponse négative que me fit le docteur Mulleitner, de Bade, près Vienne, quand je lui parlai du mélange du petit-lait avec les eaux sulfureuses de sa station.

Je le répète donc, dans les affections des voies aériennes le petit-lait, administré seul, n'agit que par ses propriétés générales, et rentre par conséquent dans le cadre des eaux minérales hygiéniques.

Associé avec une eau sulfatée ou alcaline, le petit-lait voit s'effacer sans les perdre entièrement, ses propriétés hygiéniques, et devient alors une eau minérale thérapeutique, dont l'action sur l'émonctoire intestinal ou rénal est décidée par celle de l'eau minérale dont on a fait choix.

Enfin le petit-lait peut, comme dans la méthode préconisée par M. Amédée Latour, ne plus être qu'un excipient préférable aux autres, je le répète, à cause de sa nature organique et de ses propriétés adoucissantes.

Après ce premier groupe nosologique, qui occupe une large place dans le cadre de la médication séro-lactée, se place un second groupe non moins important et plus nombreux que le précédent, je veux parler des obstructions et engorgements des organes du bas-ventre.

Ici l'explication va de soi, et il n'est pas besoin de recourir à la théorie de l'azote en excès formulée par Beneke. Il n'y a qu'une révulsion sur le tube intestinal ou l'appareil urinaire; et cette dépuration, pour employer l'expression du docteur Carrière, quoique lente et faible, n'en est pas moins réelle. Le petit-lait est analogue, ne l'ou-

je lui ai données, il a institué un traitement hydrothérapique préventif, auquel sont soumis les ouvriers qui commencent à ressentir les premières atteintes de l'intoxication saturnine. Depuis cette époque, il a obtenu de nombreux succès; les accidents sont moins fréquents. Moi-même j'ai appliqué, dans mon service, cette méthode à plus de quarante cas, et je dois vous dire qu'elle m'a paru souveraine. Mais avant de vous exposer les résultats que j'ai obtenus, je veux vous donner les règles qui doivent présider à son administration.

Dès que le malade est soumis à l'observation, je lui prescris une boisson froide, glacée, une limonade, par exemple. Cette boisson est très-agréable aux malades; elle n'est jamais repoussée par eux; elle convient à leurs habitudes, tempérées ou non tempérées; parfois j'y ajoute une certaine quantité de vin. En même temps, trois fois par jour, je fais donner au malade des lavements d'eau froide. Il est nécessaire que ces lavements restent dans le rectum aussi longtemps que possible, afin que le calorique puisse être cédé à l'organisme. Outre les boissons froides, les lavements froids, le malade est soumis à l'hydrothérapie, deux fois par jour, le matin et le soir, et, suivant les circonstances, une troisième fois à midi, dans quelques cas, on donne au malade des douches en jet et en pluie. Ces douches ne doivent durer qu'une minute, jamais au delà. L'effet de ces douches est connu de vous. Ce n'est pas seulement, vous le savez, une action réfrigérante qui se produit, mais une action plus profonde et générale. Il se produit une stimulation des vaisseaux périphériques; ceux-ci se contractent, le sang se trouve refoulé; puis ils se dilatent, leur volume augmente même; la peau devient plus rouge; parfois même l'action des glandes augmente; une légère sueur recouvre la peau. Ces effets de l'hydrothérapie, que je ne fais qu'énumérer en ce moment, et sur lesquels je me propose d'insister plus longuement dans d'autres occasions, sont, vous le voyez, très-manifestes, très-actifs, et l'on comprend sans peine que l'activité des tissus soit renouvelée. A ces différents moyens, j'ajoute l'application sur l'abdomen d'un cataplasme froid, afin de produire constamment la réfrigération. A ce propos, permettez-moi, messieurs, de vous indiquer la manière de faire un cataplasme froid. Je ne crains pas de descendre dans la banalité, lorsque je crois que vous devez en retirer quelque profit. La plupart d'entre vous peut-être ignorent la manière de faire ce cataplasme. Pour ma part, je vous l'avoue sans honte, je l'ai ignoré pendant longtemps. Vous prenez un linge assez large, sur lequel vous étendez un lit de farine de graine de lin sèche. Cette couche doit avoir une épaisseur de 1 centimètre environ. De distance en distance, vous placez des morceaux de glace du volume d'un œuf d'oiseau; puis vous mettez un autre lit de farine de graine de lin; vous renversez les bords des linges, afin que le tout soit emprisonné, et vous l'appliquez sur l'abdomen. Sous l'influence de la chaleur, la glace se fond graduellement, l'eau se mêle peu à peu avec la farine, et au bout de trois heures le froid existe encore. Par conséquent, pendant tout ce temps, l'abdomen reste soumis à la réfrigération. C'est là, vous le voyez, un moyen puissant que j'emploie non-seulement contre la colique de plomb, mais encore dans tous les cas où il est nécessaire d'obtenir cette action : dans la fièvre typhoïde, dans la péritonite, par exemple. Cette manière, à mon avis, est préférable à celle qui consiste dans l'application de la glace renfermée dans des vessies, application qui est parfois tellement douloureuse, que les malades ne peuvent la supporter. Quoi qu'il en soit, à l'aide du traitement ordonné ainsi que je viens de vous le décrire, vous mitigerez très-vite les accidents de l'intoxication saturnine. J'en ai obtenu des effets rapides. Dans l'espace de deux à trois jours, voire même cinq à sept jours, j'ai vu guérir totalement la maladie. Je peux dire que sur les quarante cas que j'ai observés, sauf deux exceptions, j'ai vu disparaître comme par enchantement tous les accidents de la névrose. Voici ordinairement comment les choses se passent. D'abord, ne vous attendez pas à ce que les évacuations alvines reprennent leur cours immédiatement. La constipation persiste, et, pendant les deux ou trois premiers jours, les malades rendent le lavement sans aucune matière; mais les douleurs disparaissent. Ce n'est que vers le cinquième ou sixième jour que les matières fécales, plus ou moins ramollies, reprennent leur cours. La guérison est complète. On ne pourrait pas citer une médication plus rapide, plus facile dans les grands établissements, et à meilleur compte.

Pendant longtemps, messieurs, cette méthode me paraissait si simple que je la considérais comme purement palliative. Aujourd'hui, je n'hésite pas à dire que son action est plus grande, qu'elle s'attaque à la névrose saturnine.

L'intoxication saturnine est une maladie générale, qui porte avant tout et d'abord sur le sang, action qui se révèle à nous par une anémie des plus prononcées. Les quatre malades qui sont en ce moment dans les salles, présentent tous les caractères de cette anémie : souffles cardiaques vasculaires, teinte particulière de la peau, etc. Parfois on observe des troubles fonctionnels du foie; je dis troubles fonctionnels, car je n'ai pas constaté jusqu'à présent des lésions de la glande hépatique dans l'état aigu. Le plus ordinairement aussi, on voit des symptômes qui tiennent à des lésions fonctionnelles du rein, à des lésions de la vessie, à des névroses diverses, à des altérations du système nerveux. Quoi qu'il en soit, l'altération du sang me paraît être le fait fondamental de cette intoxication. Cette altération consiste dans une diminution des globules. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet. Pour toutes ces raisons, le traitement par le froid, par l'hydrothérapie, convient en tout point à l'intoxication saturnine. En effet, qu'il me suffise pour le moment de dire que cette méthode est des plus puissantes parmi celles qui composent la médication dite tonique, reconstituante; toutefois, en même temps que vous l'emploierez, vous devrez donner un traitement corroborant : le vin, les ferrugineux, les préparations de quinquina.

Ainsi donc, en terminant, je vous dirai que pour moi le traitement de l'intoxication saturnine par le froid *intus* et *extra* est non-seulement une médication palliative très-active, mais que, jusqu'à un certain point, on peut le regarder comme un moyen curatif puissant, qui, par l'action qu'il exerce sur les capillaires sanguins, sur le système nerveux vaso-moteur, met en jeu les sécrétions et excrétions normales, les relève de leur état spasmodique, et, en rétablissant le cours de leurs fonctions, les rend aptes à délivrer assez rapidement l'organisme de l'intoxication grave qui s'exprime surtout par un trouble profond du système nerveux. C'est en lui rendant en grande partie son activité et ses actions moléculaires que le froid est surtout curatif.

CAS REMARQUABLE DE LUXATION SPONTANÉE

Du cristallin et de sa capsule dans la chambre antérieure,

Par M. Gouriet (de Niort), docteur en médecine et docteur ès sciences.

Le 25 janvier 1861, je fus appelé pour donner des soins à M. C..., marchand de grains, âgé de quarante ans, atteint de phthisie pulmonaire au second degré.

Cet homme m'était connu depuis longtemps pour la particularité suivante : il semblait avoir à l'œil gauche une tache d'un blanc éclatant, qui était visible à cinq ou six pas de distance, et qui donnait à son visage une expression sinistre.

Après m'être occupé de l'affection principale, j'examinai l'œil de M. C... Je reconnus que cette blancheur si vive avait son siége dans l'appareil cristallinien; la teinte en était uniforme et ne pouvait mieux se comparer qu'à celle de la neige ou du linge très-blanc. D'après les dimensions de l'ombre projetée par l'iris, je jugeai que cette cataracte devait être solide et je l'attribuai à la transformation crétacée du cristallin et de ses annexes. Le malade me dit que de cet œil il avait perdu la vue vers l'âge de dix ans, indépendamment de toute cause appréciable, traumatique ou interne. Du reste, la pupille était parfaitement ronde et contractile, la cornée très-saine, le globe oculaire sans rien de spécial à noter quant au volume. L'œil droit était dans un état parfait.

Je ne m'occupais que du traitement de la phthisie pulmonaire, lorsque le 11 février, en abordant M. C..., il me sembla que la blancheur de l'œil était bien plus étendue que d'habitude; en l'examinant de plus près, je reconnus que le cristallin et sa capsule étaient passés dans la chambre antérieure. Quelques lambeaux de capsule, que l'on distinguait au pourtour, paraissaient tout à fait rigides et offraient la même coloration que le reste de la capsule et que le cristallin. Le contour bien circulaire du corps déplacé, sa forme non élargie vers le bas, confirmaient ce que j'avais cru reconnaître tout d'abord quant à la solidité de cette cataracte.

Chose singulière, M. C... ressentait si peu de gêne, qu'il ne s'était même pas aperçu de cette luxation du cristallin; lorsque je lui en parlai, il témoigna beaucoup de surprise et alla de suite s'examiner devant une glace.

Craignant, d'après tous les auteurs, que la présence du cristallin dans la chambre antérieure ne devînt la cause d'accidents phlegmasiques fort graves, j'offris au malade d'en faire l'extraction; il ne refusa pas d'une manière absolue, mais me proposa de différer. Contre mon attente, il ne se manifesta pas le moindre symptôme inflammatoire. Les mois se succédant de la sorte à mon grand étonnement, d'autre part, la phthisie pulmonaire suivant impitoyablement son cours, il va sans dire que je ne songeai même plus à reparler d'opération.

Enfin le 30 mai 1862, M. C... fut enlevé par sa terrible maladie, sans que l'appareil cristallinien eût perdu la moindre parcelle du volume qu'il avait au moment de sa luxation, sans qu'il se fût développé, soit dans l'œil, soit à la surface de cet organe, la moindre trace d'inflammation ou même d'injection.

Il semble extraordinaire qu'un cristallin et sa capsule soient demeurés pendant plus de quinze mois dans la chambre antérieure sans y déterminer le moindre accident; c'est la singularité de ce fait qui m'a donné l'idée de le publier.

ÉTUDE

Sur la localisation dans le cerveau de la faculté du langage articulé (1).

Par M. le docteur Albert Carrier.

1° La faculté spéciale du langage articulé peut être localisée dans le cerveau.

2° Elle a pour siége, selon toute probabilité, la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale, seulement il y a lieu de rechercher si ce siége ne pourrait pas être étendu à une plus grande portion de la circonvolution d'enceinte, et même au lobe de l'insula.

3° L'organe du langage articulé est double et symétrique; et si la lésion de l'organe du côté gauche est celle qui est le plus souvent suivie de l'abolition de cette faculté, on peut expliquer ce phénomène par le développement précoce de l'organe de ce côté, le premier dont nous nous servons pour apprendre le langage articulé. Les preuves manquent toutefois encore à l'appui de cette assertion, c'est donc dans ce but que devront être faites les recherches nouvelles sur cette question.

4° Enfin les lésions du côté gauche sont souvent le résultat de troubles dans la vascularisation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 avril 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné

(1) In-8°. Prix : 2 fr. Paris, 1867, Germer Baillière.

---

blions pas, à cette classe fort nombreuse d'eaux minéralisées à peine, que, à l'exemple des auteurs allemands, on désigne en France sous le nom d'*eaux indifférentes*, et dont les fastes thérapeutiques n'ont rien à envier aux eaux le plus richement dotées.

Les établissements de Suisse et celui de Méran voient quelquefois venir au milieu de leur clientèle habituelle des engorgements soit du foie, soit de la rate, soit des veines hémorrhoïdales, et nos confrères d'Appenzell, de Horn et du Tyrol m'ont assuré qu'après une cure prolongée pendant un mois ou un mois et demi, ces affections étaient heureusement modifiées et quelquefois même guéries.

Cette opinion est conforme à tout ce qui a été écrit sur la matière, quelle que soit la théorie que l'on adopte : « Les propriétés les plus connues de cette liqueur organique, dit le docteur Carrière, celles qui sont en général admises sans contestation, consistent à modifier favorablement et même à guérir les affections du système spléno-gastrique, ou, en d'autres termes, la pléthore abdominale et les formes pathologiques qui dépendent de cette condition particulière de l'économie. Le docteur Lersch comprend dans l'une et l'autre des catégories qui renferment, selon lui, les affections curables par le petit-lait (les affections par excès d'azote, les affections par transport de l'alcal dans les divers organes), il comprend celles qui se rattachent à l'état pathologique des viscères renfermés dans l'abdomen. Le professeur de l'école de Vienne (le docteur Mojsisovicz) exprime également la favorable influence du sérum du lait dans ces diverses maladies, en disant que ce moyen médical augmente les sécrétions abdominales et améliore les humeurs pathologiques. Cette phrase laisse voir, en effet, l'action dérivative et bienfaisante que le remède produit sur le tube intestinal, et les bons effets qui résultent de son emploi dans quelques affections spléniques, dans les écoulements hémorrhoïdaires, dans quelques formes de la diarrhée, dans les hydropisies et dans les sécrétions vésicales et vaginales. Le docteur Bénéke fait un tableau des maladies qui ont la pléthore abdominale pour origine, et ne résistent pas, suivant les monographes, à l'influence de la médication séro-lactée » (1).

On le voit, sauf l'explication toute chimique que je ne puis accepter, tous les auteurs qui ont de longue main recueilli des observations sur les cures de petit-lait arrivent aux conclusions que ma théorie assigne : comme agent de l'émonctoire intestinal, le petit-lait agit sur quelques maladies de cet émonctoire (certaines diarrhées) ; comme agent de l'émonctoire urinaire, il produit *de bons effets sur les sécrétions urinaires* ; enfin comme agent dérivatif, il exerce une influence heureuse sur les affections *qui se rattachent à l'état pathologique des viscères renfermés dans l'abdomen.*

Comme on le voit, si les explications diffèrent, tous les auteurs notent les mêmes résultats.

A Ischl, à Bade, à Gleichenberg, on hâte ces résultats en mélangeant avec le petit-lait une eau minérale appropriée au but qu'il s'agit d'atteindre ; mais je l'ai dit en parlant de chacune de ces stations, la quantité de l'eau minérale est tous les jours diminuée, et l'on arrive en peu de temps à la seule médication séro-lactée.

Un troisième groupe morbide, non moins intéressant que les deux premiers, rentre encore dans le cadre de la même médication ; c'est celui des affections nerveuses : névralgies, névroses et névropathies, dont la présence, en cette place, se justifie par les propriétés sédatives, généralement reconnues au petit-lait.

Cependant les succès obtenus par ce moyen dans l'hypocondrie et l'hystérie sont expliqués, de l'autre côté du Rhin, par les propriétés thérapeutiques de la liqueur séro-lactée. « Le docteur Lersch, dit M. Carrière qui se fait l'historien des théories allemandes, préconise le petit-lait contre l'hypocondrie et l'hystérie. Cela se comprend jusqu'à un certain point pour la première ; elle tient un peu, comme son nom l'indique, à l'état des organes gastro-spléniques, et puisque le petit-lait est dérivatif et fondant par ses qualités laxatives, il dégage les organes qui ont quelque influence sur le développement de cette affection. »

Je n'aurais pu dire mieux, si j'avais voulu rappeler mes opinions précédemment émises.

Pour l'hystérie, les explications varient : les uns, rattachant cette affection à l'appareil générateur, la font bénéficier de l'influence heureuse que le petit-lait exerce sur cet appareil, ainsi que l'a mis hors de doute le professeur à l'université de Vienne, le docteur Mojsisovicz ; les autres, s'appuyant sur l'analogie que d'aucuns ont établie entre l'hystérie et l'hypocondrie, en tirent, comme conséquence, l'analogie de médication, et pensent que la physionomie imprimée à l'*hypocondrie chez la femme* par l'état du système utérin, n'exige pas une modification notable dans la thérapeutique, bien que la pathologie ait cru devoir appeler hystérie cette forme de l'hypocondrie.

Quoi qu'il en soit de ces explications, il est incontestable que le petit-lait exerce une influence salutaire sur cette névrose, comme sur tous les états nerveux où l'éréthisme prédomine ; qu'elle agisse par ses propriétés dérivatives, ainsi que cela a lieu pour l'hypocondrie, ou par ses propriétés sédatives, comme dans les névropathies, toujours est-il que la liqueur séro-lactée doit prendre place dans la thérapeutique de ces affections rebelles, et qui trop souvent, hélas ! font le désespoir des malades et des médecins.

En ces circonstances, les Allemands emploient la médication séro-lactée dans toute sa simplicité ; ils n'appellent à leur aide aucune

(1) Docteur Carrière, *Molkenkur*, pages 76 et 77.

dans les départements de l'Orne, la Vienne, la Drôme et de l'Aveyron. (Commission des épidémies.)

2° Deux demandes d'avis sur des sources minérales, situées l'une à Villefranche de Rouergue (Aveyron), l'autre à Sail-sous-Couzan (Loire); et des renseignements sur les sources d'eaux minérales et thermales de la Bosnie. (Commission des eaux minérales.)

3° Un mémoire de M. Vito-Interno, médecin à Montemisolo (Italie), sur la vaccine. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Chauffard et Hérard, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. (Renvoi à la section.)

2° Un pli cacheté, adressé par M. Alliot, de Jouy-sur-Marne (Seine-et-Marne). Le dépôt est accepté.

— **M. VIGLA** dépose sur le bureau un travail manuscrit intitulé : *Études toxicologiques sur la digitaline, expériences comparatives sur les herbivores et les carnivores,* par M. le docteur L. Fournier (d'Angoulême) et M. P. Boisnard, vétérinaire pour les épizooties du département de la Charente. (Comm. : MM. Poggiale et Raynal.)

M. Vigla présente, en outre, au nom de M. le docteur Fournier, une brochure intitulée : *Quelques considérations à propos d'une opération de hernie étranglée,* à l'appui de la demande qu'il adresse à l'Académie pour être compris sur la liste des candidats au titre de correspondant.

— **M. CERISE** présente, au nom de M. Daremberg, une brochure intitulée : *Recherches sur l'état de la médecine durant la période primitive de l'histoire des Indous.*

— **M. VELPEAU** présente, au nom de M. Joulin, un mémoire sur l'emploi de la force en obstétrique.

— **M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL** met sous les yeux de l'Académie plusieurs ouvrages provenant de la bibliothèque de l'Empereur :

1° Trois brochures de M. le docteur Pauly (de Landaw) : l'une sur l'hypertrophie de la prostate, la seconde sur le croup, et la troisième sur l'ophthalmie d'Égypte;

2° Un travail en allemand, intitulé : *Du cercle dynamique ou étude naturelle des éléments qui constituent les corps,* par M. Ch. Bell;

3° Un album photographique des appareils pour le service des ambulances qui sont à l'Exposition universelle, par M. Fischer (d'Heidelberg).

— **M. LE PRÉSIDENT** invite M. Larrey à prendre connaissance de cet album et à en entretenir l'Académie s'il le juge convenable.

RAPPORT.

Vaccine animale. — **M. DEPAUL** termine la lecture de son rapport officiel sur la vaccine animale.

Voici les conclusions qui résument l'ensemble de ce rapport, et que M. Depaul propose, au nom de la commission, de présenter au ministre.

Monsieur le Ministre, l'importance du sujet que nous avions à étudier ne nous a pas permis d'être aussi courts que nous l'aurions désiré. Il était de notre devoir de faire passer sous les yeux de Votre Excellence les résultats des nombreuses expériences qu'elle nous a mis à même d'entreprendre. Arrivés à la fin de notre tâche, il ne nous reste plus qu'à formuler, dans une série de conclusions, les faits qui découlent de nos recherches sur les divers points qui intéressent la vaccination animale :

1° La transmission de cowpox par inoculation de génisse à génisse, s'obtient sans difficulté;

2° Les génisses ont toutes été successivement inoculées par nous et toujours avec succès;

3° La méthode par incision primitivement employée n'a aucun avantage sur celle par piqûre;

4° Aucune des bêtes qui ont servi à nos expériences n'a présenté d'accidents par le fait de l'inoculation;

5° Quelques-unes seulement ont été prises de diarrhée, sous l'influence probable du changement d'habitation et de nourriture;

6° C'est le cowpox de Naples qui a servi aux trois premières, et celui de Baugency qui a servi aux quatre dernières génisses;

7° Ces deux cowpox ont donné des résultats identiques;

8° Les transmissions successives du même cowpox ne lui ont rien fait perdre de ses propriétés;

9° La marche de l'éruption a été plus rapide chez les génisses que dans l'espèce humaine;

10° Le bouton paraissait le troisième jour, et suppurait dans le courant du septième au huitième;

11° Les génisses malades ont offert des pustules moins développées que les génisses saines;

12° L'éruption s'est exclusivement montrée aux points inoculés;

13° La réaction générale a paru nulle ou presque nulle. Sur quelques génisses seulement, nous avons eu à constater un peu d'abattement et de chaleur à la peau;

14° Il résulte de nos expériences qu'il serait facile, dans les grands centres surtout, d'organiser un service de vaccination animale;

15° Le cowpox spontané n'est pas aussi difficile à rencontrer qu'on le croit généralement : deux occasions se sont présentées pendant le cours de nos expériences;

16° Le cowpox dont nous nous sommes servi a une origine dont l'authenticité n'est pas contestable;

17° La quantité de cowpox que peut fournir chaque génisse peut suffire aux exigences du service le plus étendu;

18° D'après nos expériences, la syphilis n'est pas inoculable à l'espèce bovine;

19° Pris dans de bonnes conditions, le cowpox réussit aussi souvent que le vaccin d'enfant;

20° Pris après le septième jour, il produit des résultats moins satisfaisants;

21° Le cowpox de Naples a réussi aussi souvent que celui de Baugency;

22° Il n'est pas rare, à la suite de l'inoculation du cowpox aux enfants, de voir la période d'incubation se prolonger, et l'éruption ne se manifester qu'entre le neuvième et le dixième jour;

23° Parfois, sur le même individu, les pustules ont une marche irrégulière;

24° Les pustules obtenues par le cowpox l'emportent en volume sur celles obtenues par le vaccin humain;

25° L'inoculation du cowpox produit dans toute l'économie une réaction générale plus sensible, surtout à la période de suppuration;

26° Toutefois, cette réaction n'a produit aucun accident sérieux sur aucun des enfants inoculés par nous;

27° Au point de vue du nombre des pustules, les résultats ont été les mêmes avec le cowpox qu'avec le vaccin humain;

28° A la suite de l'inoculation du cowpox, une seule piqûre a quelquefois donné lieu à deux, trois et même quatre pustules;

29° Ce phénomène est beaucoup plus rare à la suite de l'inoculation du vaccin humain;

30° Tous les modes d'inoculation réussissent quand le cowpox est pris au moment opportun;

31° Le cowpox conservé échoue souvent comme le vaccin d'enfant;

32° Sous ce rapport, le vaccin humain nous semblerait avoir quelques avantages sur le cowpox;

33° Toutefois, nous avons inoculé avec succès du cowpox conservé depuis un mois dans des tubes;

34° Nous en avons même envoyé, en province et à l'étranger, qui a donné des résultats satisfaisants;

35° On ne peut savoir encore si l'action du cowpox sera plus durable et plus complète que celle du vaccin d'enfant;

36° Nous avons fait trop peu de revaccination pour en pouvoir rien conclure;

37° On pourrait, en temps d'épidémies, envoyer dans les pays infectés une ou plusieurs génisses inoculées qui fourniraient tout le cowpox nécessaire pour les vaccinations et revaccinations.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la discussion de ce rapport sera ajournée jusqu'après l'impression et après la clôture de la discussion actuellement engagée sur la communication de M. Broca.

La parole est à M. Delioux de Savignac pour une lecture.

LECTURE.

Paralysies à la suite de dyssenterie. — **M. DELIOUX DE SAVIGNAC**, candidat pour la section de thérapeutique, lit un mémoire intitulé : *Des paralysies qui accompagnent et suivent la dyssenterie et les coliques sèches, et de leur traitement par la noix vomique.*

Après avoir rappelé que des observations récentes ont appelé l'attention sur les paralysies de la motilité qui accompagnent ou suivent diverses maladies aiguës, l'auteur signale la fréquence de paralysies dépendant des coliques sèches et de la dyssenterie, dont il a observé de nombreux exemples. Pour lui, elles sont l'extension d'une lésion paralysante de la moelle épinière qui, dans ces deux maladies, rejaillit sur l'intestin ; et par cette paralysie intestinale, il explique les principaux phénomènes de la dyssenterie et de la colique sèche ou nerveuse endémique des pays chauds, entre lesquelles il pense qu'il existe plusieurs connexions, la paralysie toutefois ne se comportant pas exactement de la même manière dans les deux cas.

M. Delioux de Savignac produit une observation relative à un ramollissement de la moelle épinière, au niveau des renflements brachial et crural, lésion trouvée à l'autopsie chez un sujet atteint de dyssenterie chronique, compliquée d'une paralysie progressive qui, envahissant en dernier lieu les muscles du thorax, a déterminé la mort par suffocation. Il y voit, sinon une preuve, au moins une forte présomption en faveur de son opinion sur la lésion réelle de la moelle dans la dyssenterie, surtout lorsque celle-ci entraîne la paralysie des membres du tronc. Il rapporte deux autres observations d'une paralysie semblable et rapidement mortelle, survenue à la suite d'attaques de coliques sèches dans les régions tropicales.

M. Delioux de Savignac propose particulièrement contre les accidents les préparations de noix vomique, à l'intérieur et à l'extérieur. La noix vomique s'est montrée utile, non-seulement contre les paralysies extérieures, mais aussi contre les lésions intestinales de la dyssenterie chronique, où elle a souvent contribué à modifier favorablement les évacuations.

L'auteur estime que les médicaments strychniques, après essais comparatifs de sa part, ont plus d'efficacité que l'électro-thérapie dans le traitement des paralysies en question ; il l'attribue à la continuité des effets de la noix vomique, et à son électivité d'action sur la moelle épinière. Il réserve l'électricité pour les cas d'insuffisance de la noix vomique.

Enfin, si ces deux modes de traitement échouent, il conseille les eaux thermales sulfureuses, mais avec beaucoup de ménagements pour la paralysie dyssentérique, dans la crainte d'exaspérer ou de faire récidiver la maladie primitive. Contre les paralysies qui succèdent aux coliques sèches, nerveuses ou saturnines, il recommande spécialement les sources de Barèges, dont il a souvent constaté l'heureuse et remarquable influence. (Renvoi à la section.)

La parole est à M. Bergeron pour la discussion sur la communication de M. Broca.

Discussion sur le mouvement de la population en France.

M. BERGERON. En applaudissant le discours de M. Broca, l'Académie n'a pas seulement rendu un légitime hommage au talent de notre confrère, elle a entendu témoigner aussi par là sa satisfaction de lui avoir entendu établir ces trois propositions : que la population française, loin de décroître, comme on l'avait avancé, suit, au contraire, un mouvement ascensionnel; que la taille moyenne a augmenté en France, ainsi que l'aptitude au service militaire; que le mouvement ascensionnel de la population française est dû moins à l'accroissement du nombre des naissances qu'à la diminution de la mortalité dans l'enfance et dans la jeunesse, et à l'accroissement de la vie moyenne.

De ces trois faits, les deux premiers sont, à mes yeux, hors de conteste. Le troisième est discutable, non en lui-même, mais peut-être dans les conclusions qu'on en pourrait tirer. Pour moi, je les tiens pour vrais tous les trois.

Il était bon que ce fût de l'Académie que s'élevât une voix pour protester contre des erreurs accréditées non-seulement à l'étranger, mais encore en France même. Aussi le discours de M. Broca lui fera-t-il honneur. Cependant cet optimisme est-il pleinement justifié? A considérer l'ensemble des choses du point de vue général, oui; mais si l'on entre dans les détails, peut-être il y a-t-il des raisons d'être un peu moins satisfait. Je vais être obligé de faire descendre le débat des hauteurs où l'a placé M. Broca. Je pense cependant qu'il ne perdra pas pour cela tout son intérêt.

La patrie n'est pas en danger, nous a dit M. Broca. Je le crois bien, et je m'en félicite avec lui. Mais la situation est-elle tellement satisfaisante, qu'elle ne laisse rien à désirer? Je ne le crois pas. Pour bien apprécier cette situation, il faut moins regarder ce qui est accompli que ce qui reste à faire. Je vais reprendre l'un après l'autre les trois points qu'a traités M. Broca.

La taille. J'avoue que je n'attache pas une très-grande importance à la hauteur de la taille. La race celtique, toute petite que soit sa taille, n'en continue pas moins à faire bonne figure en France, et à porter avec honneur son nom. Un peu plus ou un peu moins d'élévation dans la taille n'est pas, à mes yeux, d'une très-grande valeur.

La population française s'accroît. Oui, mais lentement, et M. Broca nous a montré que cet accroissement tendait à diminuer encore avec

---

eau minérale, et on comprend, sans que je m'y arrête, combien cette pratique est rationnelle et conforme à ce que nous savons sur le mode d'action des cures hydro-minérales.

Il n'en est pas tout à fait de même de l'usage simultané du petit-lait et des bains. A Neuhaus, dans la Styrie, les deux médications marchent presque toujours ensemble, et l'on n'a peut-être pas oublié le soin avec lequel j'ai noté que les névropathies, les hystéries et les maladies de l'utérus à forme éréthique étaient les affections les plus nombreuses qui se rendaient à cette station.

A Schlangenbad, la même observation est à faire.

Mais dans les établissements privés d'eaux thermales et peu minéralisées, on fait moins usage de bains que dans ces localités de la Styrie et du Taunus ; quand on y a recours, les uns, comme à Ischl, donnent des bains de petit-lait, soit entièrement purs, soit coupés avec de l'eau ; et les autres se contentent de bains d'eau de son, de tilleul ou de gélatine.

Mais cette pratique est loin d'être généralisée ; elle ne domine à Neuhaus et à Schlangenbad que parce que les eaux de ces stations hydro-minérales sont essentiellement calmantes et sédatives, comme le sont, en France, les eaux thermales de Néris.

Enfin et pour finir ce trop long chapitre, les auteurs qui ont traité le sujet qui nous occupe placent un quatrième et dernier groupe pathologique dans le cadre de la médication séro-lactée. Ce dernier groupe est entièrement rempli par des affections générales, la scrofule, la chlorose et l'anémie.

L'action du petit-lait dans la scrofule s'explique par ses propriétés dépuratives, et il n'est pas besoin de recourir à la théorie de Beneke, qui, encore ici, ne voit qu'un excès d'azote à combattre. A Ischl, où les scrofuleux se rencontrent en nombre assez grand, le petit-lait est ordinairement associé à une eau légèrement laxative, ou à celle de Hall qui, de toutes les eaux d'Allemagne, contient la plus forte proportion d'iode ; preuve évidente que la pratique ne se conforme pas aux idées chimiques et purement spéculatives de Beneke.

Quand la tuberculose ne se cache pas sous les scrofules, la médication séro-lactée est singulièrement favorisée à Ischl, tantôt par des bains de soole et tantôt par les bains froids et les douches.

Mais je n'ai point à m'appesantir sur ces moyens généralement employés en dehors même du petit-lait, ainsi que sur l'hygiène et l'exercice prescrits aux scrofuleux.

J'arrive à la chlorose et à l'anémie.

Dans ces affections, le petit-lait ne me paraît avoir une application réelle que dans les cas où l'éréthisme nerveux prédomine, ou dans ceux qui sont caractérisés par une irritabilité excessive de l'appareil digestif ; ces phénomènes d'innervation se rencontrent si fréquemment dans la chlorose et l'anémie, qu'il ne faut pas s'étonner de trouver ces dernières dans le catalogue des maladies tributaires de la médication séro-lactée ; ces phénomènes jouent d'ailleurs un rôle si considérable dans ces états morbides, que leur persistance entrave toute thérapeutique, et met obstacle au succès des moyens les mieux combinés de l'hygiène et de la matière médicale.

Dans beaucoup de cas on peut dire qu'au point de vue du traitement, l'accessoire devient le principal.

N'est-ce donc pas une ressource précieuse que cette médication qui permet la possibilité d'une thérapeutique appropriée, et qui amène la tolérance des ferrugineux, d'une nourriture substantielle, des douches et des bains froids ?

Le degré d'éréthisme soit général, soit de l'estomac, inspire au médecin la conduite qu'il doit tenir ; quand l'éréthisme est peu prononcé, on peut commencer d'emblée par le mélange du petit-lait et d'une eau ferrugineuse ou d'une eau alcaline gazeuse ; quand, au contraire, l'excitation nerveuse est excessive, le petit-lait est administré pur et continué seul jusqu'au moment où un peu de calme permet une intervention plus active.

Je termine en signalant une maladie notée par tous les observateurs comme modifiable par le petit-lait, et que je m'étonne de trouver seule en cette rencontre.

Je veux parler de la goutte.

Beneke, Lersch et l'historien de leur théorie chimique, le docteur Carrière, ont, comme toujours, recours à l'excès d'azote qu'il faut combattre ; le docteur Kuhn lui-même marche, pour cette fois, sous la bannière de la doctrine allemande, et dit : « La goutte, qui, comme on sait, est caractérisée par un excès de principes azotés, semble déjà, par cela même, indiquer l'emploi du petit-lait, et l'observation, d'accord avec la théorie, n'a fait que constater la justesse de cette manière de voir. »

Et, au milieu de ces belles théories chimiques, que devient l'observation médicale qui, de tout temps, a imposé à la gravelle la qualité de sœur consanguine de la goutte? Si le petit-lait exerce réellement, comme il est probable, une action favorable sur cette dernière, il faut, sous peine de bouleverser toutes les notions acquises jusqu'aujourd'hui, que la même action bienfaisante se fasse sentir sur la gravelle.

La théorie l'indique, et je me réserve de faire connaître plus tard, par mes propres observations, si la pratique justifie ces prévisions heureuses de la théorie.

FÉLIX ROUBAUD,

Directeur-médecin des eaux minérales de Pougues.

Historique de l'art des accouchements, par le docteur VERRIER. In-8° de 30 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1867, F. Savy.

l'augmentation de l'aisance. Pour atténuer les effets de cette tendance, il faudrait chercher les moyens de diminuer la mortalité. Pour avoir le plus grand nombre d'individus productifs, il faut s'attacher à diminuer la mortalité dans la série des individus improductifs aujourd'hui, mais qui deviendront bientôt productifs à leur tour : les enfants.

Pour arriver à ce résultat il faudra un jour reprendre sérieusement l'étude de ces grandes questions de prophylaxie, dont parlait M. Pidoux il y a deux ans dans son rapport général sur les eaux minérales et dont j'ai dit quelque chose moi-même dans mon dernier rapport sur les épidémies. Il faudra s'attacher à rechercher les grands foyers de mortalité et à les faire connaître, afin de provoquer l'étude des moyens propres à les combattre. Pour cela il faut étudier la géographie médicale, à peine ébauchée jusqu'ici. Si l'on veut se donner la peine d'en chercher les premiers éléments, on les trouvera dans une mine inépuisable, dans les comptes rendus des opérations de recrutement. On a reproché à ces documents de n'être point centralisés, d'être restés jusqu'à présent circonscrits à chaque département. C'est précisément parce que ces comptes rendus sont circonscrits par département, qu'ils sont d'une grande valeur à ce point de vue.

Ici M. Bergeron, entrant dans les détails du sujet, analyse divers documents, notamment ceux qu'ont fournis M. le docteur Bertrand pour les départements de l'Indre et du Cher, et M. le docteur Costa pour le Pas-de-Calais. Il résulte des documents de M. Bertrand que le département de l'Indre est un des plus maltraités dans le tableau de la géographie médicale de la France. Tandis que le chiffre moyen de l'aptitude militaire en France est de 670, il n'est que de 610 pour ce département. La taille moyenne y est également inférieure à la moyenne générale, tandis que le nombre des cas de réforme y est plus élevé. Enfin l'accroissement de la population s'y est fait dans une proportion moindre que dans le reste de la France. Ce département, en somme, présente une situation inférieure. En décomposant la population de ce département par arrondissements, on arrive à constater d'assez grandes inégalités que l'on peut s'expliquer par la nature même du sol et de ses productions. Cette étude montre que là où les conditions primitivement mauvaises ont été améliorées par les progrès de l'agriculture, les conditions de la population se sont aussi améliorées.

Le département du Cher est placé pour l'aptitude militaire à peu près au même niveau que l'Indre. Mais ici les inégalités entre les diverses circonscriptions sont encore plus grandes. Elles s'expliquent par les mauvaises conditions hygiéniques d'une partie de la Sologne, d'une part, qui pèse sur l'aptitude militaire de tout le département, et de l'autre, par l'établissement dans l'un de ses cantons, sous le règne de Charles VI, d'une colonie d'Écossais dont on retrouve encore les caractères ethniques chez les habitants qui contrastent par leur taille élevée et leurs cheveux blonds avec le caractère général des habitants du Berry.

Dans le département du Pas-de-Calais, on trouve des éléments ethniques très-complexes. M. le docteur Duchenne (de Boulogne) y a trouvé dernièrement des traces de la race ibérienne. J'avais déjà été frappé, moi-même, de la beauté des femmes de ce pays. Quant aux hommes, ils donnent les plus beaux contingents de la marine. Il est probable qu'à une époque qui est restée inconnue, une colonie de navigateurs espagnols a dû s'établir sur ces côtes....

Ces faits, ajoute M. Bergeron, suffisent pour montrer que la situation est bonne quand on regarde de haut, mais qu'elle l'est moins quand on regarde à terre et devant soi. Cette situation s'est améliorée depuis quelques années et elle tend à s'améliorer encore. Mais on peut voir par les quelques exemples que je viens de citer, et par les faits surtout qui ont été mis en lumière lors de la discussion sur la mortalité des nourrissons, combien il y a d'imperfection encore. Faut-il tout attendre du progrès naturel des choses? Non, il faut aller au-devant et combattre le mal partout où on le découvrira. Mais pour cela il faut recueillir des documents précis. Les médecins militaires et les médecins des épidémies sont à même de nous les fournir. Je crois, pour moi, que le jour où l'Académie aura jeté quelque lumière sur ces plaies, elle pourra se féliciter d'avoir accompli une œuvre d'utilité publique. J'espère que l'Académie ne verra dans ces paroles autre chose que le désir de la voir poursuivre l'œuvre de progrès qui lui est échue en partage. (Applaudissements et marques d'approbation.)

LECTURE.

M. BONNAFONT lit un travail intitulé : *Considérations sur l'otorrhée particulièrement chez les enfants, et sur un nouveau mode de traitement.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'otorrhée constitue une affection d'autant plus grave, que les lésions locales qui produisent l'écoulement s'allient à une constitution lymphatique ou viciée par un principe strumeux, herpétique ou syphilitique.

2° C'est une grande erreur de croire que, chez les enfants, le temps en amènera la guérison sans danger pour l'ouïe. La preuve, c'est que dans tous les établissements de sourds et muets que j'ai visités, tant en France qu'à l'étranger, un cinquième au moins doivent leur infirmité à des otorrhées abandonnées aux seuls effets de la nature, dont la plupart essent été guéries sous l'influence d'un traitement rationnel approprié.

3° Que des différents moyens employés contre les lésions locales du conduit auditif et de la membrane du tympan, les insufflations de poudres caustiques et astringentes méritent la préférence. Les injections de même nature ont l'inconvénient de porter leur action sur des parties saines qui doivent être respectées ; et les caustiques solides très-efficaces pour toucher une partie limitée deviennent insuffisants lorsque les ulcérations sont très-étendues.

4° Mais pour que cette médication soit appliquée d'une manière rationnelle il est essentiel de voir les parties lésées ; car il n'est pas indifférent de cautériser les tissus sains, le tympan surtout. C'est afin de faciliter cet examen à un plus grand nombre de médecins, que j'ai fait confectionner un nouvel otoscope très-simple, qui n'exige le concours d'aucune lampe et que sa forme rend très-portatif.

Cet instrument pourra trouver également d'heureuses applications dans l'examen d'autres lésions organiques, telles que celles du col de l'utérus, etc., etc.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous venons de rendre les derniers devoirs à l'un de nos confrères les plus estimés de Paris, M. le docteur Joseph Moynier, qui vient de succomber à l'âge de 79 ans.

M. Joseph Moynier s'était acquis, comme accoucheur, une réputation très-méritée.

Puissent les regrets unanimes de ceux qui l'ont connu, porter un peu de soulagement à la douleur de son fils, M. le docteur Eugène Moynier, ancien chef de clinique de la Faculté.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le 12 avril prochain. Lecture d'une observation de M. Meuriot ; élection à deux places de membres titulaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeparebordа, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies des yeux, par Fano, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

De la périostite phlegmoneuse diffuse, par le docteur Louvet, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 68 pages. Prix 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Étude sur la localisation dans le cerveau de la faculté du langage articulé, par M. le docteur Albert Carrier, ancien interne des hôpitaux de Lyon. In-8° de 77 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Germer Baillière.

La lame spirale du limaçon de l'oreille de l'homme et des mammifères. Recherches d'anatomie microscopique par M. B. Lœvemberg. Gr. in-8° de 56 pages avec une planche lithographiée. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Germer Baillière.

Manuel d'opérations chirurgicales, par le docteur Dubrueil, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. Premier fascicule. Opérations qui se pratiquent sur l'appareil circulatoire (artères). In-18 de 36 pages de texte et 8 planches coloriées. Prix : 1 fr. 50. L'ouvrage sera publié en six fascicules. — Paris, 1867, F. Savy.

Recueil des travaux du conseil départemental d'hygiène publique et de salubrité du Bas-Rhin, de 1858 à 1865, tome II, 1 vol. in-8° de 488 pages. Prix : 5 fr. — Paris, 1865, J.-B. Baillière et fils.

Médecine physiologique, maladies des voies respiratoires, maladies des fosses nasales, de la gorge, du larynx et de la poitrine, par le docteur Moilin. Un vol. in-8° de 320 pages. Prix : 4 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Note sur la cicatrisation des os et des nerfs, par le docteur Dubrueil, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 7 pages. Prix : 50 cent. — Paris, 1867, F. Savy.

Des névralgies, leurs formes et leur traitement, par M. le docteur Van Lair (ouvrage couronné par la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles). Un vol. in-8°. — Bruxelles, 1866, Henri Manceau.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le docteur Chassaignac. 2 vol. grand in-8 compactes. Prix : 18 francs.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le docteur Chassaignac. 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8° avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le docteur Chassaignac. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 44. — SAMEDI 13 AVRIL 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 13 AVRIL 1867. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16. Un an. . . . 30.

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Group laryngo-bronchique. — Trachéotomie. — Impossibilité d'enlever la canule après seize mois.

M. Paris a observé le fait suivant, qui prouve que certains opérés de trachéotomie peuvent être forcés de conserver la canule pendant un temps souvent très-long.

Jean B..., âgé de cinq ans et demi, de bonne santé habituelle, bien développé pour son âge, né de parents sains, ayant le teint blême, mais n'ayant jamais présenté de symptômes de scrofule, fut atteint de toux, d'enrouement puis d'aphonie, vers le 10 novembre 1865. Le 13, lors de ma première visite, gonflement des amygdales, nulle apparence de fausses membranes; les jours suivants, les accidents de suffocation se prononcent de plus en plus, malgré les vomitifs ; le 18, suffocation imminente ; trachéotomie *in extremis*.

Cette opération, pratiquée avec l'assistance de mes confrères Binaut et Godefroy, ne présenta aucun incident particulier. La trachée ayant été mise à découvert, j'y implantai mon airigne double, cannelée, à crochets mobiles, dont je me sers habituellement pour fixer la trachée et l'attirer vers le menton ; je l'incisai exactement sur la ligne médiane, dans une grande étendue, en laissant intacts ses deux ou trois premiers anneaux. Les bords de l'incision trachéale, écartés par le mécanisme de l'airigne, nous pûmes voir et enlever de fausses membranes tapissant ce conduit. Une canule double, d'assez grand calibre, y fut introduite sans la moindre difficulté, vu la longueur de l'incision. La respiration se rétablit immédiatement, large et bruyante.

Point d'accidents. La voix se rétablit vers le quatorzième jour; la canule fut enlevée plusieurs fois et replacée immédiatement. Diverses expériences, répétées chaque jour, nous ayant montré que l'air pénétrait largement par le larynx, la canule fut enlevée le 19 décembre, à dix heures du matin. La plaie se ferma très-promptement, si bien qu'au bout de deux heures, elle ne livrait plus passage à l'air. Celui-ci pénétrait librement dans la poitrine; la voix était forte et claire ; la journée fut excellente ; mais la nuit fut moins bonne : la respiration devint très-gênée pendant le sommeil. Le lendemain 20, la respiration était gênée et sifflante; cependant il n'y avait pas de menaces de suffocation. Je résolus d'attendre, espérant que les accidents n'iraient pas croissant, et que je ne serais pas obligé de replacer la canule. Mais la nuit fut très-mauvaise; la respiration devint presque aussi sifflante qu'avant l'opération; le sommeil était très-agité; en réveillant l'enfant, la respiration devenait beaucoup plus libre. Le 21, je le trouvai dans un état de suffocation imminente, et je m'empressai de replacer la canule.

La suffocation cessa immédiatement. Le bruit inspiratoire, complétement nul, redevint à l'instant large et sonore. Cependant il resta pendant plus de quinze jours de la fièvre, de l'enrouement et une expectoration muqueuse abondante.

Durant le mois de janvier, supposant que des bourgeons charnus exubérants faisaient saillie dans la trachée, une cautérisation légère fut faite avec le crayon de nitrate d'argent, introduit dans la plaie après avoir enlevé la canule. Une seconde cautérisation plus étendue fut pratiquée au moyen du porte-caustique uréthral de Lallemand. Ces cautérisations furent assez douloureuses et suivies d'une recrudescence passagère de la sécrétion muqueuse bronchique.

Le 20 février, trois mois après l'opération, j'enlève de nouveau la canule : mêmes phénomènes. Voyant la suffocation aller en augmentant, je ne crus pas devoir attendre aussi longtemps que la première fois, et je replaçai la canule au bout de vingt heures.

Le 28 mai, nouvelle expérience : au lieu d'enlever la canule le matin, j'attendis que l'enfant fût endormi, et je l'ôtai à dix heures du soir; il ne se réveilla pas. Deux heures après, la plaie étant fermée, il y avait 21 aspirations par minute, et 80 pulsations. Mais l'inspiration était un peu plus sifflante. La journée du 29 se passa assez bien, quoique la gêne de la respiration fût de plus en plus marquée; mais la nuit suivante cette gêne devint telle, que je dus remettre la canule au bout de trente-deux heures.

Rétabli de cette expérience, Jean B... fut conduit à Paris (12 juin) et présenté à M. Trousseau, à M. Marjolin et à M. Ozanam. M. Trousseau nous rassura, et nous fit espérer qu'un jour viendrait où il serait possible d'enlever définitivement la canule. Dans sa vaste pratique, il avait rencontré plusieurs cas semblables; il nous cita entre autres le fils du général B..., lequel avait porté la canule pendant cinq ans, et était aujourd'hui parfaitement guéri.

M. Marjolin ne fut pas moins rassurant que M. Trousseau. Il en fut de même de M. Ozanam, qui voulut bien, à ma prière, soumettre l'enfant à l'examen laryngoscopique. Malgré l'extrême bonne volonté et le courage du jeune patient, qui supporta l'introduction du miroir laryngoscopique plus de vingt fois, malgré la patience et l'habileté de l'observateur, il ne lui fut pas possible de constater l'état de la trachée au niveau de la plaie, là où je supposais l'existence de bourgeons fongueux. Mais il put constater l'intégrité du larynx et des cordes vocales.

Jean B... est, aujourd'hui 25 mars 1867 (seize mois après l'opération), dans l'état où il se trouvait lors de son voyage à Paris, c'est-à-dire que sa santé générale est très-bonne, aussi bonne qu'elle eût pu être s'il n'eût jamais été trachéotomisé. Il porte une canule double fort petite (la canule enveloppante pénètre d'un centimètre dans le n° 18 de la filière Charrière). Cette canule est fermée d'un bouchon de liége pendant toute la journée; mais le bouchon est enlevé pour la nuit. Il a cependant passé plus d'une fois la nuit entière en conservant le bouchon, mais avec une gêne plus grande de la respiration. Il parle beaucoup, à voix haute et forte, que la canule soit ouverte ou fermée. Dans le premier cas, il est forcé de respirer plus fréquemment et d'entrecouper sa phrase. Il peut courir, sauter, jouer comme un enfant de son âge; mais alors il est plus essoufflé. Chose curieuse, la respiration est beaucoup plus gênée la nuit que le jour, même la canule étant ouverte. Si l'on ferme la canule pendant qu'il dort, la respiration ne tarde pas à devenir plus bruyante, plus gênée, et l'on voit l'enfant changer brusquement de position, s'agiter, sans s'éveiller cependant. Tous ces phénomènes sont plus prononcés lorsque l'enfant est un peu enrhumé, ce qui arrive assez facilement, mais dure peu. On remarque aussi que, pendant les jours humides, la respiration, toutes choses égales d'ailleurs, est plus bruyante et plus gênée. L'enfant sort par tous les temps, même les plus froids; mais alors il porte un voile et souvent un *respirateur*.

Divers traitements ont été suivis : les sirops de quinquina, de tolu, de goudron, d'iodure de fer, d'iodure de potassium; les inspirations de vapeurs variées, les gargarismes astringents, les insufflations d'alun dans la gorge et dans l'incision trachéale. L'enfant a passé un mois aux eaux de Pierrefonds, où il a été traité par M. le docteur Sales-Girons. Depuis, il a respiré une atmosphère chargée de goudron, etc.

Quant à la plaie de la trachée, j'ai dit déjà qu'elle avait été cautérisée légèrement avec le nitrate d'argent en crayon, et au moyen du porte-caustique de Lallemand. J'ai diminué successivement le volume de la canule; j'ai varié la longueur, afin d'éviter que son extrémité répondît toujours au même point de la trachée. J'ai essayé aussi une canule fenêtrée, laquelle a été douloureuse et mal supportée, sans doute parce que les bourgeons charnus s'engageaient dans la fenêtre.

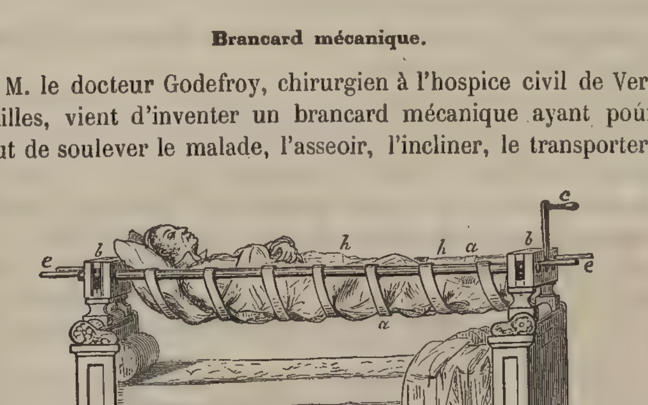
Lorsque la température sera plus favorable, je me propose de faire quelques essais nouveaux, guidé par certaines idées théoriques auxquelles le raisonnement m'a conduit.

Le problème à résoudre est toujours celui-ci : Pourquoi l'opéré peut-il respirer facilement avec une canule hermétiquement fermée, tandis qu'il ne le peut plus lorsqu'on enlève cette canule?

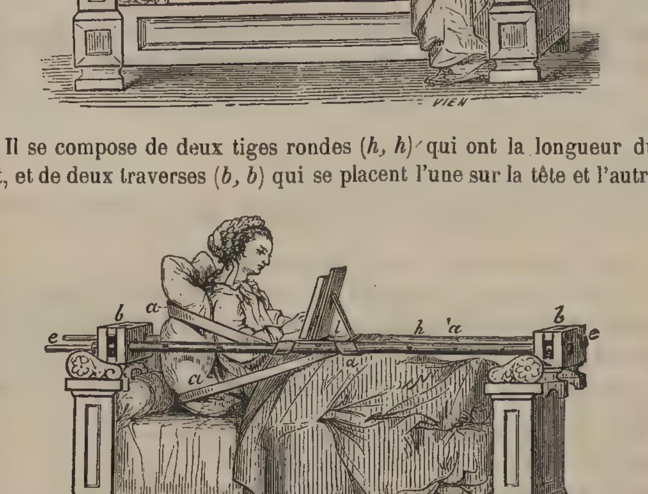
Beaucoup d'hypothèses ont été proposées pour expliquer ces phénomènes singuliers; j'en ai fait moi-même plusieurs. Mais comme je n'en ai pas encore trouvé qui m'aient entièrement satisfait, je m'abstiendrai de les rapporter et de les discuter ici, pour ne pas allonger outre mesure, et sans profit sans doute, cette observation déjà bien longue.

Brancard mécanique.

M. le docteur Godefroy, chirurgien à l'hospice civil de Versailles, vient d'inventer un brancard mécanique ayant pour but de soulever le malade, l'asseoir, l'incliner, le transporter.



Il se compose de deux tiges rondes (*h, h*) qui ont la longueur du lit, et de deux traverses (*b, b*) qui se placent l'une sur la tête et l'autre



sur le pied du lit. Cette dernière est munie d'une manivelle (*c*) pour faire tourner les deux tiges rondes sur elles-mêmes. Des sangles (*a, a*) placées sous le malade viennent se fixer à ces tiges pour s'y enrouler. Quatre petits bâtons (*e, e*), formant les bras du brancard, servent à porter l'appareil, soit à bras, soit sur les épaules.

Ce brancard remplit toutes les indications des appareils construits dans le même but, et il a sur eux quatre avantages importants :

1° De pouvoir transporter le malade dans une autre chambre, attendu que sa largeur a été calculée pour lui permettre de passer par toutes les portes ;

2° De soulever le malade sans le courber ni lui imprimer de mouvements, le plan de l'appareil étant parallèle à celui du lit ;

4° De pouvoir être livré à très-bas prix ; c'est, du reste, la raison principale qui a engagé à le faire construire ;

4° Enfin de ne pas être encombrant, ni susceptible de se détériorer.

De l'application du trépan.

La Société de chirurgie est saisie en ce moment d'une discussion très-importante sur le trépan.

M. le docteur Legouest a communiqué à cette Société les observations suivantes :

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction d'esquilles à l'aide du trépan. — Guérison.

C... (19e bataillon de chasseurs à pied), blessé, le 30 janvier, à Sébastopol, reçu à l'hôpital, le 5 février, à Constantinople.

Coup de feu au milieu et à la partie supérieure du front, à la racine des cheveux. État général bon ; aucun phénomène de compression. La balle restée engagée dans l'os, au dire du blessé, a été extraite immédiatement. Fracture et destruction irrégulière de la table externe ; la table interne forme le fond de la plaie et paraît immobile.

Le 12, un peu d'injection des conjonctives, pesanteur de tête, suppuration abondante de la plaie. Je constate la mobilité de la table interne : essais infructueux d'extraire l'esquille. — Trépanation dans la journée; extraction de 13 esquilles ; hémorrhagie abondante par le sinus longitudinal supérieur. — Pansement simple, bouillons, laxatif.

Le 17, tuméfaction notable du front, des yeux et des joues ; suppuration très-abondante ; sortie de quelques fragments d'os.

Le 22, les accidents locaux disparaissent rapidement. Il n'y a jamais eu d'accidents généraux. Le malade dort et mange bien. La plaie est comblée par des granulations de bonne nature. Départ pour France.

Je ne prétends pas arguer de cette observation pour dire qu'une fois les esquilles extraites, le malade doit guérir : la violence qui fracture les os ne s'épuise pas sur eux tout entière, et agit souvent encore sur le cerveau. Dans l'observation qui suit, l'extraction des esquilles n'a pas enrayé les accidents ; elle présente cette particularité que la paralysie siégeait du même côté que la blessure et les désordres les plus graves du cerveau.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction d'esquilles à l'aide du trépan. — Mort.

C... (39e de ligne), blessé le 26 janvier devant Sébastopol.

Je le reçois le 1er février. Coup de feu en arrière de la bosse frontale droite. La balle, primitivement engagée dans la table externe irrégulièrement fracturée, a été retirée, au dire du blessé, ainsi que quelques esquilles. Le doigt reconnaît que la table interne formant le fond de la plaie est mobile : il m'est impossible de décider cet homme à se laisser extraire l'esquille interne ; il prétend se porter admirablement.

Le 15 février, je sens l'esquille plus mobile, néanmoins je ne puis l'enlever ; le blessé se décide à se laisser appliquer une couronne de trépan (sans chloroforme). Extraction de huit esquilles formant une surface grande comme la deuxième phalange du pouce.

Le 16 et le 17, bon état.

Le 18, fièvre, tuméfaction des paupières ; le blessé se lève, tombe en syncope et fait une chute à la renverse sur le derrière de la tête.

Le 19, fièvre et céphalalgie modérées. — 30 sangsues aux oreilles, purgatif.

Le 20, paralysie de l'avant-bras et de la main à droite, refroidissement, sensibilité conservée, assoupissement prononcé ; le malade est tombé de sa paillasse, la nuit, sans en avoir conscience.

L'examen de la plaie n'offre rien à signaler, sinon que les bords osseux semblent devoir se nécroser. — Saignée de 500 grammes, purgatifs, etc.

Le 22, mort, sans cris, sans convulsions, dans l'assoupissement le plus prononcé et l'insensibilité générale.

Autopsie. — Un peu au delà et en avant de la couronne de trépan et de la perte de substance osseuse résultant de la blessure, on trouve la dure-mère déchirée et couverte d'un pus noir-verdâtre.

Incisant la dure-mère de ce côté, on rencontre, immédiatement au-dessous d'une couche très-mince de matière cérébrale, un abcès du volume d'un gros œuf, qui laisse échapper un liquide séreux, jaune-verdâtre, mêlé de stries brun-roux et de grumeaux, d'une odeur détestable. Incisant les parois de l'abcès, on constate qu'il a envahi les lobes antérieur et moyen à droite, et que le liquide qu'il renferme remplit tous les ventricules et particulièrement la corne du ventricule gauche où il s'est accumulé, qu'il a passé dans le quatrième ventricule par l'espace sous-arachnoïdien postérieur, s'est répandu en nappe

sous le lobe postérieur gauche, sur toute la surface du cervelet, la moelle allongée, pour s'arrêter à la hauteur de la quatrième vertèbre cervicale.

Par contre, le fait suivant prouve que la présence d'esquilles peut être supportée sans donner lieu à aucun symptôme, comme je le disais tout à l'heure.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction de la balle et de quelques esquilles. — Sortie spontanée d'esquilles abandonnées dans la plaie. — Guérison.

B... (39e de ligne), blessé le 31 janvier devant Sébastopol.

Coup de feu un peu en arrière de la bosse frontale droite; la balle reste engagée dans l'os. Je la retire, le 3 février, avec quelques esquilles, à l'aide de l'élévatoire et des pinces. On constate les battements du cerveau à travers la dure-mère.

Suppuration abondante, mais de bonne nature; état général très-bon.

Le 13, deux petites esquilles se présentent spontanément et sont extraites.

La suppuration diminue.

Le 22, le malade, considéré comme guéri, est évacué sur Nagarah pour rentrer en France.

Depuis le moment où, deux heures après l'accident, le sujet est revenu à lui, il n'a présenté aucun trouble physique ou intellectuel.

Enfin, voici un cas où l'extraction de la balle et de quelques esquilles a été suivi d'un rétablissement complet pendant deux mois; la persistance de la suppuration indiquait néanmoins la présence d'une dernière esquille qui a déterminé un abcès du cerveau et amené la mort.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction de la balle et des esquilles. — Encéphalite survenue trois mois après l'accident. — Incision du cerveau. — Mort.

G... (20e de ligne), blessé le 20 septembre à l'Alma. Coup de feu sur la bosse pariétale gauche; entré le 23.

Plaie aux tégumens, de forme ronde sur le sommet d'une tuméfaction très-forte; le doigt ne peut être introduit : incision.

Perforation du crâne comme à l'emporte-pièce; toute la troisième phalange de l'indicateur est introduite et rencontre une masse pulpeuse, trop dure pour être le cerveau, et constituée par un caillot.

Pas de fièvre, pas de pesanteur ni de douleur de tête; pouls normal, appétit, selles régulières, intelligence nette, mais oubli des noms communs. Impossibilité de tirer la langue, dilatation de la pupille droite, vision intacte, intégrité des mouvements.

Cet état se continue jusqu'au 28; je sonde la plaie et rencontre le projectile que j'amène un peu difficilement au dehors. Le soir même, la pupille droite est moins dilatée; la langue peut sortir de la bouche; intelligence nette.

Le 29, état très-satisfaisant; le malade se rappelle le nom des aliments et de son pays natal.

Jusqu'au 10 octobre, l'état va s'améliorant; la mémoire revint peu à peu; suppuration abondante de bonne nature; le blessé mange la demi-portion, fume, se lève et se promène.

Au 28, le bien continue; la plaie se ferme progressivement; elle laisse sortir une esquille grosse comme une lentille, le 25; quelques gouttes de pus par jour. On perçoit distinctement les soulèvements du cerveau.

Jusqu'au 6 novembre, tout va bien, le malade se rend utile dans les salles.

Le 7, suppuration abondante.

Le 15, elle a presque disparu.

Le 16, elle est très-abondante. Incision des téguments et des parties cicatrisées; extraction de quatre esquilles, égales au diamètre d'une pièce d'un franc, venant de la table interne.

Au 8 décembre, la plaie est presque fermée; trajet fistuleux. Le blessé se considère comme guéri.

Le 20, suppuration abondante; face vultueuse; pouls large et lent; intelligence nette. Je sonde la plaie : esquille très-petite et très-mobile que je ne puis saisir; je l'abandonne dans l'espoir qu'elle se présentera seule. — Diète, purgatifs, glace sur la tête.

Le 21, à mon arrivée à son lit, le blessé se dresse rapidement. Face plus vultueuse que la veille, conjonctives sanglantes, pouls lent et large, intelligence nette, mais impossibilité de prononcer d'autres paroles que *oui* ou *non*, que le malade répète plusieurs fois de suite et avec une vive impatience de ne pouvoir répondre à mes questions.

L'esquille sentie la veille se présente à l'orifice du trajet fistuleux; elle est extraite. — 30 sangsues derrière les oreilles, purgatif, glace sur la tête, sinapismes, vésicatoires.

Le 22, état aggravé : stupeur légère, perte de la parole, immobilité, décubitus dorsal. — 90 sangsues aux oreilles, purgatif, nouveaux vésicatoires.

Le soir, paralysie du côté droit. Incision des téguments et de la cicatrice, mise à nu, de la dure-mère. Il me semble que cette membrane est tendue, et que les battements perçus par le doigt appliqué sur elle ne sont pas en rapport d'intensité avec les battements du pouls. Présumant un abcès du cerveau, j'incise la dure-mère en croix : le cerveau vient immédiatement faire hernie dans la perte de substance osseuse; je l'incise à la profondeur de 2 centimètres, sans résultat.

Le blessé a perdu une grande quantité de sang par la division de l'artère temporale.

Le 23, le malade est resté dans la position où nous l'avions mis la veille. Refroidissement des pieds et des mains, pâleur du visage, siccité de la conjonctive, quelques cris, perte complète du sentiment : paralysie du côté droit de la face, alternant avec des contractions rapides et fréquentes (70 fois à la minute) du coin de la bouche, du peaucier; mouvements convulsifs ascensionnels du larynx.

Mort dans la journée.

Autopsie. — Un trait de scie circulaire enlève la calotte crânienne.

On aperçoit la dure-mère incisée en croix dans l'étendue de 2 centimètres. A travers l'incision, le cerveau, incisé également l'avant-veille, est d'un rouge livide et fait une saillie de 15 millimètres environ.

Épanchement de pus en nappe sous l'arachnoïde, s'étendant sur les deux hémisphères cérébraux.

Une coupe du cerveau, pratiquée sur l'incision faite pendant la vie, ouvre un foyer purulent de la forme et du volume d'un haricot, situé à 2 ou 3 millimètres plus profondément.

Deux coupes horizontales du cerveau montrent l'engorgement sanguin des vaisseaux et de la masse encéphalique.

Ainsi donc, laissant de côté l'extraction immédiate des corps étrangers et des esquilles mobiles, dont l'indication est toujours présente, on peut dire que l'extraction consécutive est indiquée, sans parler des paralysies, par l'abondance de la suppuration, par la céphalalgie persistante, par l'injection persistante aussi des conjonctives, par la somnolence, par des fourmillements dans les membres, par les accès épileptiformes avec remittence, enfin par tous les signes d'irritation cérébrale, ou, si l'on veut bien me permettre de m'exprimer ainsi, d'encéphalite latente.

Examinons maintenant quelques indications de ce que l'on devrait exclusivement appeler la trépanation du crâne, c'est-à-dire la perforation de la boîte crânienne ayant conservé sa solidité, bien que fracturée.

On pose généralement en principe que, dans les enfoncements modérés du crâne, il ne faut pas trépaner quand il n'y a pas d'accidents immédiats, et surtout quand il n'y a pas de plaie, parce que, dit-on, le cerveau peut s'habituer à la compression, et la boîte crânienne se relever. On admet que les symptômes immédiats et persistants de compression sont des indications du trépan.

Pour moi, messieurs, je pense qu'il faut trépaner dans tous les cas d'enfoncement, avec ou sans accidents immédiats, avec ou sans plaie du cuir chevelu. C'est, me dira-t-on, faire le trépan préventif. Je ne dis pas non. C'est de la chirurgie préventive au même titre qu'on enlève des parties molles, une balle qui ne détermine pas d'accidents, et qui peut-être, *peut-être*, je le répète, pourrait sortir seule. Si des observations condamnent ma manière de voir, permettez-moi de vous en citer d'autres qui militent en sa faveur.

La première est relative à un cas d'enfoncement de la table interne de l'os, sans mobilité. Malgré les symptômes indiquant la trépanation, cette opération ne fut pas faite, en raison de l'état général du sujet.

Coup de feu à la tête. Enfoncement du pariétal. Pas d'opération. Mort.

J... (3e bataillon de chasseurs à pied), blessé le 1er novembre devant Sébastopol.

Entré le 19 novembre. Coup de feu sur la bosse pariétale gauche : fracture du crâne, perte de substance à la table externe faite comme à l'emporte-pièce, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Le cuir chevelu est labouré d'avant en arrière au delà de la lésion de l'os. La table interne ne présente aucune perte de substance, ni mobilité. Dilatation considérable des pupilles, immobilité générale, paralysie incomplète du membre supérieur droit, sensibilité conservée, langue non déviée, somnolence, cris, diarrhée considérable.

Je crois à l'opportunité du trépan, et je consulte quelques confrères, qui le rejettent en raison de l'état général préexistant à la blessure. — 60 sangsues aux apophyses mastoïdes, sinapismes, vésicatoires aux mollets, glace sur la tête, purgatif.

Le 20, amélioration notable, sommeil calme. — Même prescription.

Le 21, retour de l'intelligence, un peu de loquacité, pupilles moins dilatées, pas de douleur, pouls lent et large, selles régulières, escharres étendues au sacrum.

Les choses marchent ainsi jusqu'au 30. Réapparition de la diarrhée, progrès des escharres du sacrum. Appel sans motifs des gens de service. Paralysie augmentée du bras droit, mouvements des membres abdominaux difficiles, douleurs vives dans les talons.

L'intelligence reste intacte, pas de douleurs de tête, amaigrissement rapide, diarrhée tenant le malade dans un bain de matières fécales, malgré tous les soins de propreté.

Le 3 décembre, dans la nuit du 2 au 3, somnolence, cris continuels. Mort à cinq heures du matin.

Autopsie. — La muqueuse du rectum d'un rouge violet, épaisse comme le doigt et chagrinée.

Perte de substance à la table externe de la partie antérieure et interne du pariétal gauche. La table interne est enfoncée, mais immobile dans l'étendue d'une pièce de 1 franc. Pas d'épanchement entre l'os et la dure-mère; celle-ci est déchirée au niveau de la fracture par une esquille de la grosseur du bec d'une plume qui pénètre dans le cerveau. Sur la partie moyenne et supérieure du lobe antérieur, dans l'étendue et le volume d'une noix, la pulpe cérébrale est réduite en bouillie d'un noir roux. Un trajet rempli de pus sanieux et gros comme un crayon, se dirige profondément vers la scissure de Sylvius.

Injection peu considérable des vaisseaux et de la masse encéphalique.

La seconde observation, dont je ne possède que les notes non rédigées, est celle d'une fracture avec enfoncement de la bosse pariétale gauche par la balle, accompagnée de plaie du cuir chevelu.

Somnolence, fourmillements dans les doigts de la main gauche, injection des conjonctives.

Trépanation douze jours après la blessure.

Disparition graduelle des accidents.

Cicatrisation incomplète, mais prochaine, après vingt et un jours. Guérison.

Dans ces deux cas, il y avait indication de trépaner.

Dans le troisième, aucune des indications exigées ne se présenta : il a trait à un enfoncement sans plaie, des deux tables du pariétal, par un biscaïen. Je l'ai rapporté dans mon *Traité de chirurgie d'armée*, et j'en ai déposé la pièce, recueillie par moi, au musée du Val-de-Grâce.

Les deux tables de l'os, enfoncées, sont néanmoins très-solides. Le blessé est tombé sous le coup; mais revenu à lui peu de temps après, il est resté trente jours sans présenter le moindre accident. Il est pris tout à coup d'une encéphalite mortelle en huit heures. A l'autopsie, je trouve un épanchement de sang coagulé, que j'évalue à plus de 500 grammes, entre la dure-mère et l'os; une attrition du lobe moyen et un abcès du volume d'une noix.

Si je n'avais été imbu des préceptes régnants, j'aurais immédiatement trépané ce blessé, et peut-être eût-il échappé à l'encéphalite. Aussi suis-je d'avis qu'il faut trépaner dans tous les cas d'enfoncement du crâne, parce qu'il est impossible de prévoir que le cerveau supportera la compression.

J'avoue qu'il est plus difficile de se décider à opérer lorsqu'il s'agit de fractures ou de fissures du crâne simplement. Si les accidents sont immédiats ou s'ils apparaissent peu de temps après la blessure, je crois cependant qu'il faut opérer, bien que M. Perrin nous ait cité un fait contradictoire, bien que je puisse citer moi-même l'observation d'un zouave blessé à Solférino en 1859, d'un coup de feu sur l'apophyse orbitaire externe du frontal, et qui vint mourir en 1862, au Val-de-Grâce, de phthisie pulmonaire. Je trouvai à l'autopsie, entre la dure-mère et le cerveau, une cuillerée de matière jaune safranée et de consistance pâteuse, vestiges d'un épanchement en voie de résolution qui avait comprimé et atrophié le lobe antérieur droit, sans donner lieu au moindre trouble fonctionnel. Je crois qu'il faut trépaner, parce que ici encore on ne peut prévoir la terminaison qu'auront les accidents, et que ce serait être doué d'un optimisme mal fondé, que de compter souvent sur leur heureuse issue.

Bien que l'on ne puisse inférer de la gravité des accidents immédiats que l'encéphalite est plus ou moins menaçante, je pense cependant que l'intensité des symptômes est une indication de trépaner. Voici deux faits à l'appui de ma manière de voir.

Fracture du crâne par éclat d'obus. — Guérison sans opération.

Thomas, sergent au 46e, blessé le 28 septembre 1854 devant Sébastopol, par un éclat d'obus, sur la bosse pariétale droite.

Je vois le malade le 2 novembre : il présente assez de somnolence pour ne pas répondre à mes questions; mal de tête. La plaie, longue d'un pouce et demi et verticalement dirigée, est fermée. — Saignée du bras de 300 grammes; eau de Sedlitz; cataplasme pour rouvrir la plaie.

Le 3, plaie rouverte; os dénudé. Une incision cruciale fait voir l'os dénudé dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et une félure longue d'un pouce ayant la même direction que la plaie des téguments. Un peu de somnolence; réponses difficiles; douleurs de tête. — Saignée de 500 grammes; purgatif.

Le 5 et le 6, amélioration; un peu de strabisme.

Le 15, l'état s'est graduellement amélioré; le malade ne conserve plus qu'un peu de taciturnité.

Le 24, douleurs de tête intenses. — Purgatif; trente sangsues derrière les oreilles.

Le 5 décembre, retour à l'état normal, sauf la tristesse. — Le stylet reconnaît que l'os est nécrosé. — Sulfate de soude, 10 grammes tous les matins et jusqu'au 15.

Le 23, état général excellent; le séquestre, gros comme une pièce de vingt centimes, se détache : il appartient à la table externe.

Le 26, cicatrisation de la plaie.

Le 5 janvier 1855, départ pour France, guéri.

En découvrant la fracture, je fus tenté de trépaner, mais j'en fus détourné par le peu de gravité des symptômes et par leur sédation graduelle.

Dans le cas suivant, j'aurais très-certainement dû trépaner, si je n'avais été dominé par le doute qu'on s'est plu à répandre sur cette question.

Contusion du cerveau (coup de feu). — Saignées générales. — Sangsues en permanence. — Purgatifs. — Méningo-encéphalite consécutive. — Mort.

H..., chasseur au 9e bataillon, reçut le 3 août, à la représentation de la pièce militaire *la prise de Puebla*, à l'Hippodrome, un coup de feu à poudre, sur la bosse pariétale gauche. Chute, perte de connaissance immédiate; le blessé est transporté au Val-de-Grâce.

Décubitus sur le côté droit; assoupissement profond; immobilité sans paralysie; respiration normale; pouls plein et fort. Pas de réponses aux questions; mouvements provoqués dans tous les membres lorsqu'on remue le malade.

Sur la bosse pariétale gauche, plaie irrégulière, dirigée d'avant en arrière et de bas en haut, noircie par la poudre; périoste rouge, un peu infiltré de sang, parfaitement adhérent.

Une saignée de 500 grammes fait immédiatement recouvrer la parole et diminue l'assoupissement. — Sangsues en permanence derrière les oreilles (84 en 24 heures); sinapismes promenés sur les membres inférieurs; lavement purgatif; glace sur la tête.

Le lendemain 4, retour complet de la connaissance; encore un peu de somnolence et de lenteur dans les mouvements; réponses nettes, faciles et promptes aux questions; céphalalgie générale. — Orge émétisée; sinapismes promenés sur les membres inférieurs et supérieurs; trente sangsues en permanence (deux par deux) derrière les oreilles; glace sur la tête.

Le 5, mieux très-sensible, intelligence très-lucide; lenteur persistante des mouvements; peu de douleur de tête. — Lavement purgatif. Bouillon.

Le 6, le malade s'assoit sur son lit pour répondre aux questions, pour se faire panser et laver. Physionomie triste; encore un peu de mal de tête; selles abondantes. — Émétique en lavage; vésicatoires aux mollets.

Le 7, et dans la matinée du 8, état très-satisfaisant, dont le blessé s'applaudit.

Le 8 à une heure trois quarts, accès épileptiforme très-violent, durant dix minutes; nouvel accès à deux heures un quart, durée cinq minutes; deux heures et demie, troisième accès, durée, une minute; ces trois accès sont suivis de dix autres, à trois heures et demie, durée, dix minutes; à quatre heures un quart, même durée; à cinq heures; à cinq heures et demie; à six heures et demie; celui-ci est le dernier un peu violent; les autres se succèdent de plus en plus faibles : à huit heures trois quarts le malade tombe dans un état de demi-coma, et n'a plus que quelques mouvements irréguliers du cœur, appréciables seulement à l'auscultation la plus attentive. — Mort à neuf heures et demie.

Autopsie le 9. — En regard de la plaie des téguments : périoste non décollé, mais se détachant facilement; fracture en fente du temporal, longue de six centimètres. Entre l'os et la dure-mère, épanchement de sang coagulé, un peu plus long que la fracture et en regard d'elle, large de deux centimètres et demi, épais de cinq millimètres.

Sous la dure-mère, épanchement de sang en nappe, semi-liquide, peu considérable à droite, plus abondant à gauche.

La portion de cerveau en rapport avec la blessure, dans l'étendue

du volume d'une noisette, est réduite en bouillie, d'un rouge presque noir. Une coupe verticale de l'organe montre que la contusion porte sur une étendue du volume d'une noix.

Congestion vasculaire et parenchymateuse considérable.

Pendant la période des sept premiers accès, de une heure trois quarts à cinq heures et demie, le chirurgien de garde avait renouvelé les sinapismes, appliqué vingt sangsues derrière les oreilles, saigné la saphène à droite (200 grammes de sang), ouvert les deux temporales (300 grammes de sang), mis trente ventouses sèches sur la poitrine, etc.

Appelé à six heures, je reconnus la contusion et l'encéphalite : je pensai un instant à pratiquer le trépan, mais je fus retenu par la rapidité des accidents, leur succession de plus en plus rapprochée, et l'état général du sujet que j'eus véritablement opéré *in extremis*.

TRAITEMENT DES ENTORSES PAR LA COMPRESSION.

Par M. le Dr DANDREAU,

Médecin-major au 10e bataillon de chasseurs à pied.

Pour guérir une entorse, sans complication, dans cinq à six jours, il suffit d'y faire une forte compression de la manière suivante. Prenez :

1° Une compresse de toile assez grande pour faire, en la pliant plusieurs fois sur elle-même, *un rouleau-tampon* de 20 centimètres de long sur 4 de diamètre.

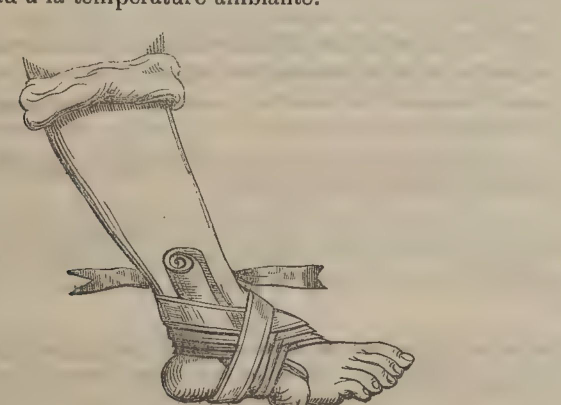
Avec une compresse ordinaire de 70 centimètres de long sur 40 de large, on arrive à former un rouleau de dimensions convenables.

On passe un fil tout autour du rouleau pour qu'il conserve sa forme pendant qu'on fait la compression.

Les mesures ci-dessus s'appliquent à une entorse du pied chez un homme adulte. Ces mesures doivent varier suivant les cas.

2° Une bande de toile de 3 mètres 50 centimètres de long sur cinq centimètres de large.

3° De l'eau à la température ambiante.



Les indications à remplir sont :

1° Appliquer le *rouleau-tampon* sur le beau milieu de la tumeur;

2° Serrer fortement avec la bande (appliquée en *spica* chaque fois que la partie le permet);

3° Mouiller le bandage, une fois appliqué, et le tenir humecté pendant tout le temps qu'il reste en place.

Observations. — Il ne faut pas s'inquiéter de la douleur éprouvée par le malade; elle se calme et diminue peu à peu, de manière à disparaître entièrement dans vingt-quatre heures.

On visite le bandage une fois par jour. Il ne faut y toucher que pour le serrer de nouveau dans le cas où il ne comprimerait plus.

Au commencement du quatrième jour, on enlève l'appareil. On laisse reposer un jour, et si, au commencement du cinquième jour, il reste encore quelque tumeur dans la partie, on la comprime de nouveau, toujours de la même manière, en appliquant le tampon sur le beau milieu du gonflement.

Il survient toujours un peu d'œdème à l'extrémité du membre; mais il est modéré, si le tampon est assez fort pour laisser (une fois appliqué) un vide de chaque côté. Les parties correspondant à ce vide ne sont pas comprimées, et la circulation s'y faisant librement, empêche l'œdème d'être inquiétant. Dans tous les cas, il disparaît rapidement une fois que l'appareil est levé.

Les personnes qui ont l'habitude du massage arriveront promptement à faire cette compression avec succès, car elles savent que le massage ne réussit qu'autant qu'on le fait suivre d'une compression bien faite.

Ce procédé est applicable aux entorses du pied, du poignet, du genou, etc.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 27 mars 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

MM. Gurlt (de Berlin) et Loir, membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATION.

Suture sous-cutanée des tendons.

M. DUBREUIL fait part à la Société que, dans de nombreuses expériences sur les animaux, il a exécuté la suture sous-cutanée des tendons. Ce mode de réunion lui aurait permis d'obtenir des cicatrices presque linéaires.

ÉLECTION DE MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Sont élus au scrutin, MM. Van Buren, Spencer Wells, John Simon, Zeis et Deroubaix.

Discussion sur le trépan. (Suite.)

M. LEGOUEST. Je doute que personne ait été plus heureux que moi de voir s'ouvrir, dans le sein de la Société de chirurgie, une discussion sur l'opération du trépan. Mis en demeure, chaque année, dans mon cours sur les blessures par armes à feu, de formuler les indications de cette opération, j'espérais trouver dans les opinions de nos collègues des données plus précises que celles qui sont généralement répandues. Mais, jusqu'à présent, il me semble que l'incertitude est la même qu'avant la communication de M. Broca.

Cependant on peut faire deux parts de ceux de nos honorables collègues qui ont pris la parole sur la question : ceux qui nous ont apporté le tribut de leur expérience personnelle, et ceux qui nous ont fait part du résultat de leurs lectures et de leurs méditations. Ces derniers me paraissent être restés dans le *statu quo*; les autres, chose assez singulière, ceux qui se sont trouvés aux prises avec les difficultés de la pratique, me paraissent incliner davantage vers l'opération.

Cela prouve, à mon sens, que la trépanation du crâne est un point de chirurgie qui n'est pas encore jugé pour tout le monde, qui doit être remis à l'étude, et qui ne peut être résolu que par des observations nouvelles, relevées avec soin et sans opinion préconçue.

Je dis sans opinion préconçue, parce que, quand Desault repoussait la trépanation du crâne, sous prétexte que cette opération n'avait jamais donné un succès à l'Hôtel-Dieu, la pourriture d'hôpital était encore en permanence dans cet établissement qui ne devait pas offrir aux chirurgiens beaucoup plus de sécurité pour les autres opérations; que de plus, Desault était l'adversaire déclaré des opinions de l'Académie royale de chirurgie, dont il ne faisait pas partie.

Et lorsque plus tard Gama et surtout Malgaigne, après lui et d'après lui, condamnèrent le trépan, ils se fondèrent sur l'opinion de Desault, sur quelques observations favorables à leur manière de voir, et sur des expériences d'une valeur aujourd'hui contestée, à savoir : des injections d'eau faites impunément dans le crâne des animaux.

Quoi qu'il en soit, ce fait signalé par M. Deguise que le trépan n'est pas en honneur en France, subsiste; et cependant la trépanation du crâne est toujours acceptée en Angleterre; elle a été largement pratiquée pendant la guerre de la sécession des États-Unis.

Je puis mettre sous les yeux de la Société les résultats qui ont été obtenus de cette opération dans les armées américaines et que je lui ai déjà signalés, en les comparant aux résultats de la pratique des chirurgiens anglais et français, dans les plaies de tête, pendant la guerre de Crimée.

En Crimée, toutes les blessures de la tête, sans distinction, ont été, dans l'armée française, au nombre de 2,774 et ont donné 764 morts ou 27,5 morts pour 100. Dans l'armée anglaise, elles ont été de 901, et elles ont donné 180 morts ou 20 morts pour 100. On peut en conclure légitimement que les chirurgiens anglais ont été plus heureux que nous dans le traitement des plaies de la tête en général, sans affirmer cependant que l'avantage qu'ils ont obtenu soit dû à la pratique du trépan, plus étendue chez eux que parmi nous.

En Amérique, pendant la guerre de la sécession, sur 5,046 plaies de tête, on a relevé 3,942 cas de contusions ou plaies du cuir chevelu, qui ont donné 103 morts ou 2,6 pour 100; et 1,104 cas de fractures du crâne avec perforation, pénétration ou enfoncement, de fractures sans enfoncement, et de contusions compliquées de lésions de l'encéphale, dont les résultats ne sont pas encore tous connus.

Mais 114 cas connus, dans lesquels on a enlevé des esquilles ou des corps étrangers, sans trépanation, ont donné 53,5 morts pour 100; et 107 cas de trépan ont donné 50,6 morts pour 100. D'où il résulte que l'ensemble des cas traités par une opération, trépan, extraction d'esquilles ou de corps étrangers avec les pinces ou l'élévatoire, ont donné 54 morts pour 100; tandis que sur 483 cas connus, traités par l'expectation ou médicalement, les morts se sont élevés à 80,5 pour 100. En d'autres termes, la différence des guérisons en faveur de l'intervention chirurgicale est de 26 pour 100 environ.

Bien que ces chiffres n'aient pas une valeur absolue, puisqu'ils ne représentent pas les résultats des 1,104 cas connus des fractures avec ou sans enfoncement, et des fractures avec lésion de l'encéphale, nos confrères d'Amérique n'en concluent pas moins à la réhabilitation du trépan.

Pour nous, l'impression générale qui nous reste de ces documents, puisés dans les statistiques chirurgicales des armées française, anglaise et américaine, pendant les dernières guerres, c'est que les chirurgiens qui ont volontiers pratiqué la trépanation du crâne paraissent avoir été plus heureux que les chirurgiens qui ont pratiqué peu ou point cette opération.

Mais les faits qui sont en contradiction avec les idées généralement reçues et dont nous n'avons pas été témoins, laissent toujours un certain doute dans l'esprit; il faut, pour qu'ils soient acceptés, qu'ils se soient passés sous nos yeux ou qu'ils nous soient directement rapportés et qu'ils puissent être soumis à la discussion.

C'est pourquoi, en présence de l'indécision qui me paraît encore générale sur la question, il convient que chacun de nous expose ici les circonstances dans lesquelles il a pu se trouver en situation de pratiquer le trépan, les péripéties qu'il a traversées, la conduite qu'il a tenue, les motifs de sa détermination, enfin les résultats qu'il a obtenus. Ainsi se trouveront soumises à un examen contradictoire les indications du trépan qui, dans un temps plus ou moins éloigné, pourront être arrêtées dans la mesure que comporte la variété si grande des manifestations des lésions de l'encéphale.

MM. Broca, Deguise et Perrin sont déjà entrés dans cette voie, où je me propose de les suivre.

Et d'abord il faut s'entendre sur ce que l'on doit appeler la trépanation du crâne. Pour moi, messieurs, l'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan pour extraire des esquilles mobiles ou des corps étrangers voisins de la lésion du crâne, ne constitue pas une opération de trépan.

On ne fait une véritable opération de trépan qu'autant que l'on agit sur les os fracturés, enfoncés ou non enfoncés, mais immobiles et fermant solidement encore la boîte crânienne, qu'autant que l'on agit sur les os dénudés ou non dénudés, altérés ou non altérés; en un mot, qu'autant que l'on fait une perforation au crâne pour combattre des accidents à redouter ou déjà déclarés.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'extraire les esquilles mobiles et les corps étrangers : il n'est pas de chirurgien de quelque pratique qui n'ait fait cette opération; et parce qu'ils se sont servis de l'instrument trépan à cet effet, beaucoup pensent avoir fait la trépanation du crâne. Ce qui prête à cette confusion, c'est qu'en pareil cas, les opérations sont faites à deux époques différentes : immédiatement, lorsqu'en explorant la plaie on rencontre les esquilles mobiles ou les corps étrangers; consécutivement, lorsque des accidents persistent ou surviennent, qui décèlent la présence des corps étrangers ou des esquilles qu'on n'a pas trouvés tout d'abord. Dans l'un comme dans l'autre cas, on n'a pas véritablement trépané, on n'a fait qu'élargir la solution de continuité faite aux os du crâne.

Mais il n'en est pas moins vrai que, pour élargir consécutivement la plaie des os afin d'extraire les esquilles, il faut y être autorisé par certains signes. Or, ces signes sont variables, peuvent disparaître ou même ne pas exister. Les accès épileptiformes ont fourni une indication à M. Broca; il a opéré; son malade a guéri; rien de mieux. Mais chacun sait que les accès épileptiformes, qui ne sont pas rares dans les plaies de tête, disparaissent quelquefois; et chacun sait aussi qu'ils signalent fréquemment le début de l'encéphalite. Dans l'un et l'autre cas, le trépan est donc inutile, pourront dire les adversaires de cette opération : je répondrai qu'il est au moins innocent et qu'il peut être utile, surtout si les accès épileptiformes apparaissent peu de temps après la blessure et sont assez éloignés les uns des autres pour n'indiquer qu'une irritation et non pas une inflammation de l'encéphale.

Je me suis décidé à opérer sur des signes moins marqués, et j'ai obtenu des succès. Voici un cas où, sans aucun phénomène autre que l'abondance de la suppuration et l'injection des conjonctives, j'ai appliqué le trépan pour extraire consécutivement des esquilles. (Voir plus haut.)

M. LEGOUEST continue en ces termes :

Ainsi, j'avais pris, au début, une contusion pour une commotion, et lorsqu'après l'apparition des accidents je diagnostiquai une contusion, je fondais mon opinion sur ce seul signe, les convulsions épileptiformes : aussi n'était-elle pas très-assurée.

Quel chirurgien de l'école actuelle eût osé trépaner aussitôt après la blessure? Qui de nous eût opéré alors que la saignée avait rappelé le malade à lui? Lequel eût trépané dans les jours d'amélioration progressive qui précédèrent l'explosion de l'encéphalite?

Fallait-il trépaner, comme l'a fait M. Broca, dès l'apparition du premier accès épileptiforme? J'ai la conviction que l'opération eût été inutile, parce que le malade fut pour ainsi dire foudroyé; mais je pense aussi qu'elle n'eût rien ajouté à la gravité de son état.

Je trépanerais donc aujourd'hui, avec tout le monde, je crois, dans les cas de fissures ou fractures : 1° lorsque les accidents immédiats sont graves, c'est-à-dire immédiatement; 2° lorsque les accidents, bien qu'amendés, persistent néanmoins, c'est-à-dire consécutivement.

Quant à l'opération faite pour arrêter la reprise ou le développement d'accidents sérieux qui sont la plupart du temps le signal de l'explosion de l'encéphalite, je la pratiquerais encore volontiers, bien qu'elle offre peu de chances de succès; mais je la pratiquerais, parce qu'au lieu d'une encéphalite diffuse, on peut mettre à découvert un foyer d'encéphalite localisée, parce qu'il faut tout tenter pour sauver ses malades, sans être retenu par la crainte de se compromettre comme on l'a dit ici. Les chirurgiens ne sont compromis qu'autant qu'ils ne font pas tout ce qu'il est possible de faire pour arracher leurs malades à la mort.

Restent deux derniers points à examiner, celui où les os ont été contus ou simplement dénudés, et celui où les téguments sont restés intacts. Je les crois résolus par les considérations précédentes. Ce n'est pas la lésion des os ou des téguments qu'il importe de considérer; ce sont les symptômes révélateurs de la souffrance du cerveau. Quand ces symptômes existent avec ou sans lésion des os, avec ou sans intégrité des téguments, je crois qu'il faut opérer : d'autant que je considère la trépanation du crâne comme une opération peu grave en elle-même; les expériences faites sur les animaux le prouvent surabondamment.

Enfin, pour exprimer en quelques mots toute ma pensée, je dirai, si singulière que puisse paraître ma formule, qu'il y a très-probablement indication de trépaner, toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire.

M. TRÉLAT. Je me propose de répondre succinctement à MM. Legouest et Le Fort. M. Legouest veut ranger les chirurgiens en deux catégories : les uns, qui sont trop portés en faveur du trépan, les autres, qui se tiennent dans une réserve exagérée. Cette distinction n'est pas absolument exacte; pour ma part, j'ai dit que le trépan serait une opération fréquemment utile, mais que bien rarement les indications étaient nettement formulées; tout ce qu'ont dit nos collègues vient confirmer cette manière de voir. M. Legouest veut qu'on trépane dans tous les cas douteux; c'est bien avouer que l'indication n'est pas précise.

Il est une distinction capitale sur laquelle je désire attirer l'attention de la Société; parmi les blessures du crâne, il y en a qui sont produites par les corps petits, mus par une grande vitesse, ce sont les projectiles de guerre; il en résulte des accidents bien localisés et bien limités comme expression symptomatique; on sait toujours dans ces cas de quoi il s'agit. Dans nos hôpitaux, ce ne sont point des blessures semblables que nous observons : il s'agit toujours de chutes d'un lieu élevé ou bien encore de blessures de tête par des corps pesants, volumineux; en général, les phénomènes sont vagues et le diagnostic des lésions est douteux. Dans les blessures de guerre, la lésion est souvent bien limitée; dans les cas auxquels je viens de faire allusion, la désorganisation du cerveau est ordinairement très-étendue. Cette distinction entre les blessures du crâne, suivant la nature du traumatisme, permet d'expliquer bien des dissidences plus apparentes que réelles qui existent entre les chirurgiens civils et les chirurgiens militaires. Je serais pour le trépan quand il s'agit de lésions locales, mais je veux rester dans le doute pour les contusions vagues de la surface du crâne.

M. Legouest a présenté la statistique relative aux blessures du crâne, observées pendant la guerre d'Amérique; les blessés qui ont été trépanés ont fourni une plus grande proportion de guérison que ceux qui ont été traités par l'expectation. Notre collègue prend acte de ces résultats numériques en faveur de l'opération du trépan; on peut cependant faire une objection : on a trépané lorsqu'il y avait indication, c'est-à-dire dans les cas favorables. Au nombre des individus qui n'ont point été trépanés, devaient figurer ceux qui avaient

es blessures les plus graves; on comprend d'après cela que la statistique puisse être en faveur du trépan; il en serait probablement tout autrement si l'on avait groupé les malades suivant la nature de leurs blessures du crâne.

J'ai peu de chose à répondre à M. Le Fort; il a réparti les indications du trépan suivant que les blessés présentaient tel ou tel groupe d'accidents cérébraux; il a rejeté le trépan dans le cas de convulsions et cela parce qu'il rattache les convulsions à l'inflammation de l'encéphale. Je n'admets point cette manière de voir; j'ai déjà dit qu'il résultait de recherches que j'ai faites, que les accès convulsifs reconnaissaient des causes nombreuses de production; c'est tantôt la pointe d'un instrument, une esquille, une contusion cérébrale, etc., etc., si bien qu'on peut dire que la convulsion trahit l'irritation cérébrale: mais comme il y a des causes mécaniques, il n'est pas juste d'éloigner le trépan dans tous les accès convulsifs.

M. Le Fort a préconisé le trépan dans les hémiplégies: la proportion des succès est favorable à l'intervention. Il s'agit là d'un accident consécutif, et l'opération remédie à une cause persistante d'irritation; elle doit donc être utile.

J'accepte assez volontiers les indications générales qui résument la communication faite par M. Le Fort, j'ai cependant quelques mots à ajouter. M. Le Fort dit fractures simples, sans accidents, pas de trépan; remarquez que M. Legouest dit exactement le contraire. Il est certain qu'un grand nombre de blessures du crâne, simples en apparence, ont été suivies d'accidents funestes qui eussent peut-être été évités si l'on avait eu recours au trépan.

M. Le Fort parle d'accidents persistants, sans plaies, et il conseille le trépan; je lui demanderai dans quel point il appliquera la couronne de trépan. Si le coup n'a point laissé de traces, c'est au hasard que vous agirez.

M. Le Fort a bien démontré que les expériences de Malgaigne, relatives aux épanchements sanguins, étaient sans valeur physiologique; cependant, il faut avouer qu'il y a des faits qui ne laissent point que d'être embarrassants. Par exemple, à la suite d'un accident, M. Voillemier observe une hémiplégie croissante; il trépane au hasard du côté opposé, il ne trouve rien, et à l'autopsie on rencontre un épanchement en nappe et de l'arachnitis; dans ce cas, le trépan qui paraissait indiqué a été absolument inutile. Dans un autre cas, Michon trépane pour des accidents très-graves à marche croissante, il ne trouve rien, le malade meurt, et à l'autopsie, les lésions sont si légères que quelques personnes se demandent si le malade ne serait pas mort des suites de l'opération.

Je pourrais multiplier les faits et démontrer toutes les incertitudes de la pratique; je me résumerai en disant que l'opération du trépan serait fort souvent utile, mais que les chirurgiens seront toujours exposés à l'employer trop ou trop peu.

M. LE FORT. Je viens confirmer la valeur de la distinction qui a été établie par M. Trélat entre les diverses blessures du crâne, suivant la nature des corps contondants. Cette distinction est justifié par l'étude des faits nombreux que j'ai pu réunir à l'occasion de cette discussion.

J'ai rejeté le trépan dans les cas de convulsions; j'entends parler des convulsions généralisées, car lorsqu'il s'agit d'une irritation bien localisée, les accidents convulsifs sont partiels et le trépan est indiqué.

Pour les cas d'hémiplégie persistante sans lésions extérieures, je conseille le trépan. M. Trélat me demande où j'appliquerai l'instrument; j'opérerai du côté opposé à la paralysie et je chercherai la lésion, bien convaincu que l'opération est sans danger et que le malade succomberait si on l'abandonnait à lui-même. C'est le trépan explorateur dans les cas douteux.

COMMUNICATION.

M. MARJOLIN. Dans la dernière séance et à propos de la communication de M. Broca, j'ai déjà mentionné des faits qui démontrent que, dans certains cas, les opérés de trachéotomie ont été dans l'obligation de conserver la canule pendant plusieurs années; à ce sujet, je vais donner lecture à la Société d'une observation qui nous est adressée par notre correspondant M. Paris. (Voir plus haut.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibreuse développée sur le trajet des vaisseaux cruraux chez un enfant.

M. MARJOLIN présente une pièce et relate l'observation suivante :

Il y a quelque temps, le jeune R... L., âgé de quatorze ans, grand, fort, ayant toutes les apparences d'une bonne constitution, occupé à de gros travaux dans un laboratoire, entra dans mon service pour une tumeur volumineuse, s'étendant de la partie supérieure et interne de la cuisse jusque un peu au dessous de la partie moyenne. Il y avait environ deux ans, qu'à la suite d'un coup, le malade avait senti, dans la région indiquée, un noyau dur, de la grosseur d'une petite noix; à cette époque, il s'était présenté à la consultation de l'hôpital, avait pris quelques bains et n'était plus revenu. Lorsque je l'ai revu dernièrement, le volume de la tumeur avait considérablement augmenté: elle était dure, inégale, bosselée, ne présentant de fluctuation dans aucun point. D'après la forme, la consistance et le développement de cette tumeur, on pouvait croire à l'existence soit d'un enchondrôme, d'une exostose ou d'un tissu fibreux, comme on en rencontre dans la glande mammaire. R... n'avait à aucune époque ressenti de douleurs lancinantes; seulement, de temps à autre, il éprouvait un peu d'engourdissement dans la cuisse et la jambe. En examinant avec une grande attention la tumeur, je ne sentis aucun soulèvement, bien que par sa situation elle me parût être en rapport avec les vaisseaux cruraux; j'ajouterai que le pied et la jambe n'ayant jamais présenté d'œdème, il était probable que les vaisseaux n'étaient nullement comprimés. Avant de prendre un parti décisif, je voulus voir si le repos, les bains, joints à l'emploi des préparations d'iode à l'intérieur et à l'extérieur, amèneraient un peu de diminution.

Pendant près de deux mois, le traitement indiqué n'ayant amené aucune amélioration, je pensai qu'il fallait recourir à l'extirpation et je priai notre collègue M. Larrey, qui avait présenté il y a quelques années à la Société un cas analogue, de vouloir bien m'assister de ses bons conseils. Une incision de plus de 15 centimètres, commençant un peu au-dessous du pli de l'aîne et se prolongeant en dedans et parallèlement à la direction du muscle couturier, mit à découvert la partie la plus saillante de la tumeur. Je croyais, au premier abord, que l'énucléation serait facile, mais lorsque je voulus soulever la tumeur, je rencontrai des adhérences tellement intimes avec les muscles voisins, que la dissection avec le bistouri devint indispensable. Plus je pénétrais profondément, plus les adhérences étaient fortes, et je dus, par prudence et sur l'avis de M. Larrey, me contenter de diviser le pédicule de la tumeur, laissant au fond de la plaie une petite portion adhérente aux vaisseaux ou les entourant, ce qui est plus probable. La coupe de la tumeur présentait, à l'œil nu, l'aspect des tumeurs fibreuses du sein, examinées au microscope par MM. Cornil et Ranvier; elle a paru formée d'éléments fibro-plastiques, ce qui peut faire craindre une récidive. La suppuration prolongée pourra-t-elle modifier la portion de tissu morbide que j'ai été obligé de laisser, c'est ce que nous verrons plus tard. Dans les premiers jours, il est survenu un peu d'érysipèle autour de la plaie, mais aujourd'hui, l'état général et local est très-satisfaisant.

M. DESPRÈS fait observer que la tumeur présente tous les caractères d'un névrôme.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. DOLBEAU, secrétaire de la Société de chirurgie, présente, au nom de M. le docteur Godefroy, chirurgien à l'hospice civil de Versailles, un brancard mécanique, ayant pour but de soulever le malade, l'asseoir, l'incliner, le transporter, etc. (Voir plus haut.)

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

CORRESPONDANCE.

Rennes, 9 avril.

Monsieur le directeur,

Permettez-moi de réclamer de votre bienveillance une rectification à deux passages du discours de M. Léon Lefort, sur le trépan.

Par suite d'une confusion que je ne puis m'expliquer, notre honorable confrère attribue à M. Guyot une opération que j'ai pratiquée en 1845, et qui a été publiée dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie du 30 mars 1864.

Agréez, etc.

J. AUBRY,

Docteur-médecin, membre correspondant de la Société de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par une délibération de l'administration des hospices de Lyon, en date du 12 décembre 1866, et approuvée par l'autorité préfectorale le 21 décembre 1866, il a été arrêté, qu'à partir du 1er janvier 1867, le traitement des médecins des hôpitaux de Lyon sera porté de 1,200 fr. à 2,000 fr. Cette réforme a été provoquée par un rapport remarquable de M. le docteur Garin, qui a prouvé que les émoluments des médecins des hôpitaux n'étaient plus en rapport avec l'augmentation de la valeur du numéraire, la cherté croissante des choses nécessaires à la vie et les émoluments des fonctionnaires dans les principales administrations.

— A la suite d'un brillant concours, M. Serre vient d'être nommé interne des hôpitaux de Montpellier.

— M. le docteur Caisso, ancien chef de clinique de la Faculté de Montpellier, vient de recevoir le premier prix (médaille d'or) du concours ouvert par la Société de médecine de Bordeaux (année 1866).

Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse, par le docteur Léon TRIPIER. 1 volume in-8° de 122 pages, avec une planche. Prix : 3 fr. — Paris, 1866, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 45. — MARDI 16 AVRIL 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 16 AVRIL 1867. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 AVRIL 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

La dernière séance de la Société médicale des hôpitaux a été moins intéressante qu'on ne l'espérait. M. Peter, étant souffrant, avait écrit au président pour demander de remettre à quinzaine la discussion sur les bruits vasculaires.

M. Besnier, dans son rapport mensuel, a signalé quelques cas de choléra, et, à cette occasion, M. Chauffard a rapporté l'histoire d'un homme qui venait de mourir en quelques heures dans son service.

Les embarras gastriques, les diarrhées, catarrhales ou autres, sont très-fréquentes. Nous avons vu, dans le service de M. Bernutz, à la Pitié, salle St-Michel n° 9, un cas type de gastro-entérite, aiguë simulant un empoisonnement par des substances irritantes, et survenue brusquement chez un jeune homme à la suite d'un repas pris en commun avec une autre personne qui n'éprouva rien d'insolite.

Des ictères plus ou moins graves se sont aussi montrés en grand nombre dans les divers services.

En outre de ceux qui sont signalés dans le rapport, nous en avons vu toute une série dans les salles de M. Fauvel à l'Hôtel-Dieu.

Les fièvres éruptives tendent à se multiplier. Nous avons observé plusieurs rougeoles à forme abdominale, caractérisée soit simplement par une diarrhée très-abondante, soit par des vomissements survenant le second jour de l'éruption. M. Guéneau de Mussy, dans ses leçons cliniques, insiste sur ces vomissements du second jour, qui ne sont pas extrêmement rares, quoique n'étant pas même indiqués dans la plupart des traités classiques.

Après le rapport de M. Besnier, la séance s'est terminée par une courte discussion sur les aphasies passagères.

A la Société médicale et chirurgicale de Londres, M. Samuel Gee a lu un travail sur le gonflement de la rate dans la syphilis héréditaire, et dans certaines cachexies mal déterminées de l'enfance.

Suivant cet auteur, la rate est très-notablement augmentée de volume dans au moins le quart des cas de syphilis héréditaire; quelquefois il existe en outre un gonflement semblable du foie et des glandes lymphatiques. Lorsque l'enfant ne meurt pas, à mesure qu'il guérit de la syphilis la rate diminue de volume, mais lentement.

On savait déjà que, dans la syphilis constitutionnelle, la rate était souvent augmentée de volume. Dans son *Traité historique et pratique de la syphilis*, p. 375, après avoir décrit les lésions trouvées par Virchow dans les ganglions lymphatiques, à la suite de cette maladie, M. Lancereau ajoutait : « Les glandes lymphatiques ne sont pas seules soumises à ce mode d'altération; *il y a tout lieu de croire* que la rate et le corps tyroïde n'en sont pas précisément exempts. Il est de fait que l'augmentation de volume de ces derniers organes est très-fréquente dans le dernier stade de la syphilis, puisqu'elle se trouve notée dans la plupart de nos observations. » Cependant le travail de M. Gee aura rendu un réel service, en appelant davantage l'attention sur les altérations de la rate chez les enfants.

En dehors de la syphilis, en dehors de l'influence paludéenne, dans des cas où il n'existait ni leucémie, ni anémie lymphatique, ni scrofule, ni purpura idiopathique, ni maladie primitive du foie, M. Samuel Gee a observé chez certains enfants une cachexie profonde, à laquelle ne répondait aucune lésion organique, si ce n'est le gonflement de la rate. Comparant ces faits à ceux d'anémie lymphatique (adénie de M. Trousseau), il a proposé de les ranger sous le nom de *cachexie splénique simple*.

Ce sujet demande de nouvelles recherches.

Nous avons parlé précédemment d'une malade qui était alors couchée au n° 14, maintenant au n° 11 du service d'accouchement, à l'hôpital des Cliniques.

Cette malade présente, dans l'excavation pelvienne, une tumeur qui fait saillie dans le vagin et dans le rectum, et qu'on avait pu regarder d'abord comme constituée par l'utérus gravide en rétroversion. Aujourd'hui cette tumeur paraît bien évidemment extra-utérine; elle s'abaisse de plus en plus par une de ses extrémités, à mesure qu'elle s'accroît, et on trouve dans l'hypogastre un corps qui semble être l'utérus refoulé en avant et en haut; deux brides saillantes qu'on sent sur les côtés doivent être les ligaments larges. Le col peut être difficilement atteint avec le doigt.

Les règles se sont arrêtées depuis quatre mois, et M. Depaul attribue la présence de la tumeur à une grossesse extra-utérine.

Comme la femme est dans un état de santé déplorable; comme on n'a point à craindre de tuer un fœtus qu'il faudrait sans doute sacrifier dans tous les cas, M. Depaul est résolu à vérifier son diagnostic au moyen de l'hystéromètre. Cet instrument une fois introduit dans la cavité utérine, la situation réelle et la vacuité de la matrice ne seront plus douteuses pour personne.

Maintenant quelles seront les indications par rapport à la tumeur extra-utérine ?

A propos d'un fait analogue, le professeur Greenhalgh, de Londres, discutait récemment dans la *Lancette* la conduite à suivre en pareil cas.

Lorsqu'on soupçonne une grossesse extra-utérine, la première indication est de tuer le fœtus, car si on le laisse vivre la tumeur s'accroîtra probablement jusqu'à ce qu'elle se rompe. Pour arriver à tuer le fœtus, lorsque le kyste fait saillie dans le vagin ou dans le rectum, il n'est guère de moyen plus simple que d'introduire un trocart explorateur. Si on s'est trompé, ce qui est arrivé plus d'une fois aux chirurgiens et aux accoucheurs les plus habiles ; si la tumeur se trouve être un abcès pelvien, un hématocèle, une tumeur fibro-kystique, un kyste du ligament large ou de l'ovaire, comme cela s'est présenté dans un cas qui nous était raconté récemment par M. le professeur Laugier, on n'a pas nui à la malade par une ponction exploratrice ; et s'il existe bien réellement un fœtus vivant, le trocart peut suffire pour le tuer, comme dans le cas du docteur Greenhalgh.

Les éclampsies ont été très-fréquentes depuis quelque temps dans le service d'accouchement de la clinique ; mais les autres affections puerpérales ont été rares et généralement sans gravité.

Dans sa dernière leçon, M. Depaul a raconté un fait trop curieux pour n'être pas signalé ici, bien qu'il se soit présenté en dehors de la pratique hospitalière.

M. Depaul provoquait l'accouchement prématuré chez une dame qui était entrée dans le neuvième mois de sa grossesse. Cette dame avait eu précédemment deux enfants, dont un avait vécu ; mais les accouchements avaient été excessivement laborieux, par suite d'un rétrécissement du bassin, dont le détroit supérieur ne mesurait que 8, centimètres et demi de diamètre antéro-postérieur.

Cette fois on espérait que l'enfant, n'étant pas arrivé à son complet développement, aurait la tête moins volumineuse. Cependant déjà deux fois M. Depaul avait introduit les branches du forceps sans parvenir à saisir la tête, qui restait au dessus du détroit supérieur, lorsqu'en faisant une troisième tentative, il entendit des cris semblables à ceux d'un enfant nouveau-né, qu'on exciterait en le fouettant. Tout étonnés, M. Depaul et un médecin de ses amis, qui était présent, regardèrent d'abord de tout côté s'il n'y avait pas d'enfant dans la chambre. Puis, comme les cris continuaient, ils s'assurèrent, en auscultant le ventre de la mère, que ces bruits se produisaient bien dans l'intérieur de la matrice. La tête n'était point encore engagée. Cette fois, M. Depaul parvint à la saisir entre les branches du forceps et par des tractions énergiques, pour lesquelles il dût se faire aider, il amena un enfant vivant. M. Depaul, jusqu'alors, se refusait à croire aux observations d'enfants criant avant que la tête ne fût sortie ; maintenant, il les explique tout naturellement par l'entrée de l'air dans l'utérus, lorsque les parois de cet organe ont été d'abord écartées par les manœuvres de l'accoucheur.

Au n° 56 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, se trouve un malade qui a été récemment opéré par M. Richet. Cet homme avait eu les paupières de l'œil droit détruites par une pustule maligne. Le globe oculaire était à découvert, et menaçait de se perdre lorsque M. Richet pratiqua la blépharoplastie.

Nous ne décrirons pas cette opération, qui fut faite suivant le mode classique. La peau, disséquée en haut et en bas, fut rapprochée de manière à constituer deux nouvelles paupières qui furent réunies par leurs bords libres. L'œil doit ainsi rester couvert pendant plusieurs mois.

Mais voici ce qu'il y a de particulier dans le procédé de M. Richet : la rétraction des tissus cicatriciels tendrait à écarter l'une de l'autre les nouvelles paupières, une fois qu'elles ne seraient plus cousues ensemble; et la guérison ne serait pas durable, si l'on se bornait à rapprocher ainsi de part et d'autre, la peau disséquée. Pour écarter cette cause d'insuccès, M. Richet taille sur la peau du front un lambeau qu'il ramène ensuite obliquement en dessous de la paupière inférieure; de telle sorte que la rétraction de ce lambeau aura pour effet de relever cette paupière.

C'est à ce point de vue surtout que le malade que nous indiquons mérite d'être examiné.

L'arthrite blennorrhagique chez la femme semble être moins rare qu'on ne le supposait, car depuis quelque temps nous en avons vu dans les hôpitaux plusieurs exemples. Au n° 33 de la salle Sainte-Marthe, à la Pitié, service de M. Bernutz, on peut encore en observer un cas chez une femme de dix-sept ans, entrée le 5 avril; il s'en trouvait un autre dans le même service ces jours derniers.

Signalons, avant de terminer, une malade couchée au n° 7 de la salle Sainte-Geneviève, à la Pitié, service de M. Matice. A la suite d'une thoracentèse, cette malade a rendu et rend encore journellement par la plaie des coques hydatiques. Il s'agit de savoir si ces hydatides viennent du poumon, de la plèvre ou du foie. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉHIER.

Cancer du poumon et du médiastin.

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'un exemple d'une maladie assez rarement observée, dans lequel plusieurs des symptômes qui auraient dû nous éclairer sur la nature de la maladie nous ont fait complétement défaut. Le diagnostic de ce cas, assez obscur tout d'abord, a cependant été formulé pendant la vie et vérifié après la mort. J'espère que vous suivrez avec intérêt la série de déductions qui nous a permis d'arriver à la vérité. Vous apprendrez déjà, par ce fait, que vous pouvez reconnaître la maladie à laquelle vous avez affaire, bien que les symptômes généralement attribués à cette maladie ne soient pas tous perceptibles dans l'exemple particulier. Vous reconnaîtrez ainsi qu'il est des signes qui peuvent être considérés comme suffisants à permettre le diagnostic, et que d'autres sont nécessaires, d'autres accessoires et presque surabondants. Ces nuances, en effet, sont importantes à bien saisir et à bien conserver dans l'étude et dans l'appréciation des signes pathologiques.

Au n° 25 de la salle Saint-Charles, vous avez pu voir une ouvrière de 35 ans environ, qui s'était présentée à l'hôpital avec une dyspnée intense et rapidement croissante. La maladie avait débuté cinq mois avant son entrée dans nos salles. Avant cette époque, elle jouissait d'une santé parfaite; mais elle avait éprouvé, dans ces derniers temps, des chagrins sérieux et de nombreuses privations.

D'après les renseignements que nous a fournis la malade, une bronchite caractérisée par de la toux et de l'oppression, s'est déclarée il y a cinq mois; il existait en même temps de la céphalalgie, des vomissements, de la fièvre; enfin la malade a subi un amaigrissement rapide. Mais dans cet ensemble symptomatique qui, au lieu de s'améliorer, n'a fait que s'aggraver de plus en plus ; le phénomène dominant, c'était la dyspnée. Elle se manifestait surtout avec intensité le soir et pendant la nuit.

Bientôt de vives douleurs névralgiques se sont montrées du côté droit du corps. D'abord localisées au coude, elles se sont étendues vers la main et les doigts, pour remonter ensuite le long du dos, et atteindre le long du bras jusqu'à l'épaule, et descendre enfin jusqu'à la région lombaire.

Le 24 janvier, date de son entrée à l'hôpital, nous avons trouvé cette femme dans un état fort grave. La face était amaigrie, les yeux excavés; il existait une dyspnée extrême, allant jusqu'à l'orthopnée. Les douleurs qui occupaient le membre supérieur et tout le côté droit la privaient complétement de sommeil : elles commençaient à quatre ou cinq heures du soir, et se prolongeaient jusqu'à huit heures du matin. Cette influence de la nuit semblait si positive à la malade, qu'elle cherchait à retarder le coucher le plus longtemps possible. La marche aggravait l'intensité de ces souffrances.

En cherchant à nous rendre compte de la cause qui pouvait donner naissance à de si vives douleurs, nous avons constaté la présence d'un ganglion engorgé, du volume d'une petite noix, occupant le creux sus-claviculaire, vers l'angle interne du triangle qui dessine les limites de cette région. L'époque de son apparition n'a pu être précisée. Rien de semblable n'existait aux parties latérales du cou, à la région sous-maxillaire, ni dans les aisselles. Vous verrez tout à l'heure le parti que nous avons tiré de cette indication au point de vue du diagnostic.

La toux offrait un caractère bizarre : elle était quinteuse, et ressemblait presque à de la coqueluche. Il n'y avait point d'expectoration, et jamais, à aucun moment, la malade n'a éprouvé d'hémoptysie.

J'ai dit, messieurs, qu'il existait une orthopnée habituelle : en effet, la malade gardait presque toujours la position assise, les jambes relevées; quand le décubitus était possible, elle se jetait sur le côté droit, ne pouvant s'appuyer sur le côté gauche, à cause des douleurs déjà indiquées, que le décubitus, sur ce côté, exagérait sensiblement.

A la surface de la peau, il existait une moiteur généralisée, conséquence évidente de la dyspnée. Le mouvement fébrile, d'ailleurs assez modéré, était plus intense pendant la nuit.

Du côté de l'abdomen, on ne constatait que quelques douleurs vagues vers l'épigastre et l'ombilic. Les urines, dont l'émission se faisait sans aucune difficulté, étaient troubles et rougeâtres, sans sucre ni albumine. Il n'existait aucun symptôme morbide du côté des reins.

C'est donc vers la cavité thoracique que notre attention a dû se porter tout d'abord. Une ampliation manifeste du côté droit de la poitrine était accusée par le cyrtomètre : on trouvait 38 centimètres à droite, et seulement 35 1/2 du côté opposé. Au reste, cette ampliation de la poitrine était régulière, et nulle part on ne constatait de bosselures ni de saillies intercostales.

La percussion donnait, dans toute l'étendue du côté droit, une matité absolue, sans élasticité au doigt. Du côté gauche, au contraire, la sonorité était exagérée.

L'auscultation faisait entendre dans tout le côté gauche, tant en avant qu'en arrière, de la respiration puérile. A droite, on trouvait un souffle tubaire sec, presque amphorique, surtout en avant et en haut. Nulle part il n'existait de râles de quelque sorte que ce fût. En faisant parler la malade, on percevait un retentissement presque amphorique de la voix dans toute l'étendue du thorax. Les vibrations thoraciques étaient très-exagérées. Enfin l'inspiration et l'expiration donnaient lieu au phénomène décrit par les vétérinaires sous le nom de *cornage*.

Le cœur, qui conservait sa position normale, n'offrait aucun bruit de souffle; mais il existait un murmure doux, dans les vaisseaux du cou.

Tels étaient, messieurs, les principaux phénomènes que nous présentait cette malade. Il nous restait à déterminer la lésion dont ces symptômes étaient la conséquence.

La première idée qui devait naturellement s'offrir à notre esprit était celle d'une *pleurésie*, siégeant à droite, et donnant lieu à la matité, à la dilatation, aux douleurs, à la dyspnée, que nous venons de décrire. Sans doute, la douleur ne siégeait pas au lieu d'élection; mais il en est souvent ainsi dans la pleurésie, et il n'est pas rare de trouver la douleur pleurétique beaucoup plus bas que le lieu indiqué comme siége d'élection de cette douleur. Mais remarquez-le bien, messieurs, presque jamais, sinon jamais, la douleur pleurétique ne s'étend dans le bras du côté correspondant, et c'est surtout dans une des régions latérales du tronc que ces déviations se remarquent. En outre, si vous vous reportez à la marche que la douleur a suivie dans son développement chez notre malade, vous voyez que c'est par le bras droit et non par le côté de la poitrine qu'elle a commencé. Ce n'est que consécutivement, tardivement pour ainsi dire, qu'elle s'est étendue à cette dernière région. Il n'y a donc dans le signe douleur, tel qu'il est exprimé chez cette femme, rien qui puisse venir en aide à l'idée de l'existence d'une pleurésie.

Après la douleur, la matité absolue perceptible depuis la base jusqu'au sommet de la cavité pleurale droite pouvait faire croire à l'existence d'un épanchement, mais cette matité veut dire seulement que les conditions de densité du contenu de la poitrine à ce niveau sont changées; elle est par conséquent commune à plusieurs maladies de la plèvre ou du poumon. Le souffle doux, l'œgophonie, signes spéciaux de l'existence d'un épanchement liquide, n'existent pas. On observait, au contraire, un souffle rude, presque amphorique, un retentissement broncho-amphorique de la voix. Il est vrai que dans un certain nombre de cas de pleurésie MM. Relliet, Barthez, Landouzy et moi-même avons signalé l'existence d'un souffle amphorique et d'un retentissement amphorique de la voix. Pour le répéter en passant, cette remarque avait été faite avant nous par M. Lebert devant la société anatomique. Mais faites-y bien attention, messieurs, dans ces cas de pleurésie avec souffle et voix amphoriques, c'est seulement vers la partie supérieure et interne de la fosse sus-épineuse que ces signes sont perçus. Chez notre malade, ils étaient perçus dans toute l'étendue du côté droit, depuis le haut jusqu'en bas, aussi bien à la base qu'au sommet.

Enfin, l'augmentation des vibrations thoraciques ne permettait pas non plus de songer ici à un épanchement liquide dont la présence détruit ces vibrations, loin de les exagérer. Enfin l'ampliation de la poitrine était uniforme et ne résultait point de la dilatation des espaces intercostaux, dilatation qu'on rencontre au contraire habituellement en cas de pleurésie.

Il n'y avait donc pas de liquide dans la cavité pleurale. Pouvait-on songer à un dépôt pseudo-membraneux consécutif à un épanchement, et produisant, en tant que corps solide, ces signes de densification pulmonaire? Mais il y aurait eu, dans ce cas, après cinq mois de maladie, un retrait de la poitrine, au lieu d'une ampliation, car on sait qu'en semblable occurrence les fausses membranes qui garnissent la plèvre dans une certaine épaisseur agissent comme un véritable tissu matériel et, en se retractant, dépriment la poitrine, loin de la dilater; c'est donc encore là une hypothèse impossible à accepter.

Chez les sujets lymphatiques, et sutout chez les enfants, on voit quelquefois, par suite d'une pleurésie, la plèvre remplie d'une exsudation jaunâtre, caséeuse, qui comprime et refoule le poumon : c'est ce qu'autrefois on appelait la tuberculisation des fausses membranes. Avions-nous sous les yeux un cas de ce genre? Ils sont rares chez l'adulte, surtout quand il n'existe point de tubercules pulmonaires.

S'agissait-il donc d'une pleurésie, chez une femme tuberculeuse? J'ai déjà, par l'étude des antécédents et de la marche des accidents, éloigné l'idée d'un épanchement, ce qui me dispense de discuter cette nouvelle hypothèse.

Quant à la possibilité d'une pneumonie chronique ayant amené la densification de tout le poumon, il n'est pas besoin d'y insister, car une telle lésion ne saurait persister cinq mois sans entraîner plus de symptômes graves et même sans déterminer ou la mort, ou tout au moins des phénomènes graves et très-différents de ceux que présente la femme dont nous étudions la maladie.

Je prononçais tout à l'heure le mot de tubercule, cela me ramène à une hypothèse qui pouvait être et qui avait même été acceptée, savoir : l'infiltration tuberculeuse du poumon droit tout entier. Les divers phénomènes qui ont signalé le début de la maladie étaient favorables à cette opinion; la toux persistante, les vomissements signalés parmi les signes de la phthisie commençante par mon collègue et ami, M. le Dr Bourdon, l'amaigrissement, la fièvre pouvaient évidemment justifier cette manière de voir. Mais deux objections sérieuses se présentaient ici, et j'insiste vivement sur ce point. D'abord il est rare que les tubercules envahissent si complètement et si absolument le poumon, qu'un souffle et une voix amphorique puissent se montrer depuis le sommet jusqu'à la base de la poitrine; ensuite la marche bien connue du tubercule nous aurait évidemment fait rencontrer avec une infiltration tuberculeuse occupant le poumon du haut en bas, des lésions plus avancées à la partie supérieure, car c'est toujours par cette partie de l'organe que commence l'altération et que, par conséquent, elle offre son développement le plus avancé: nous devions donc trouver du ramollissement sur ce point; or il n'existait nulle part de râles, de souffle, d'altération de la voix qui pussent être considérés comme des signes d'excavation. Il serait à peu près sans exemple qu'après cinq mois de maladie ce ramollissement des tubercules du sommet n'ait pas eu lieu chez une malade offrant une semblable tuberculisation. Il n'est pas jusqu'à la forme même de la poitrine qui ne permette pas d'accepter chez notre malade l'existence d'une lésion tuberculeuse du poumon, car d'habitude cette affection, loin d'entraîner une dilatation uniforme de la cavité thoracique, produit une dépression du côté malade de la poitrine, surtout dans le creux sus-claviculaire : or, nous avions ici une augmentation de volume de tout le côté droit. Enfin, autre renseignement, l'absence de toute lésion du côté gauche était encore une présomption contraire à l'idée d'un développement de tubercules du côté droit; car il est rare que la tuberculisation soit unilatérale, lorsqu'elle est aussi avancée qu'il aurait fallu l'admettre chez notre malade.

Enfin nous n'avions point eu d'hémoptysies; nous ne trouvions point la bronchite concomitante, qui manque si rarement chez les tuberculeux, surtout lorsqu'un poumon tout entier se trouve envahi. Il nous a donc été impossible, pour ces divers motifs, d'admettre ici l'existence d'une phthisie pulmonaire.

Après avoir écarté toutes ces différentes hypothèses, nous restions toujours en présence de ce fait, l'existence d'une tumeur solide, qui pouvait appartenir au poumon lui-même ou aux organes voisins.

S'agissait-il d'un anévrysme aortique? Une pareille supposition ne pouvait guère s'accorder avec le volume énorme de la partie dense qui occupait la cavité pleurale; d'ailleurs, un anévrysme de l'aorte n'aurait pu arriver à être d'une telle dimension, en supposant qu'il fût possible, sans user les côtes et sans venir se montrer au dehors. Autrement, il aurait indubitablement déchiré le poumon ou perforé la plèvre: c'est au moins la marche ordinaire quand les anévrysmes de l'aorte ne se portent pas en avant et ne se font pas jour à travers les parois thoraciques.

Nous pouvions encore songer à une tumeur du médiastin, ayant refoulé et comprimé le poumon, et c'est ici que viennent se placer la constatation et l'appréciation de deux signes importants que nous allons étudier successivement :

1° Le *cornage*. (Sous ce nom il faut comprendre une gêne de la respiration qui est alors sèche et bruyante, mais qui diffère essentiellement de ce que l'on observe dans l'œdème de la glotte dont je vous présentais un exemple unique dans le cornage, en ce que la voix a conservé son timbre, et que l'expiration est gênée aussi bien que l'inspiration). Ce signe particulier, désigné sous le nom de cornage, nous apprenait que la trachée était comprimée. Ce phénomène coïncide souvent avec l'existence des tumeurs médiastines. Les exemples de ce genre sont assez nombreux : M. le professeur Nélaton, entre autres, en a rapporté un cas à la Société anatomique (1).

On aurait donc pu songer à une phthisie ganglionnaire, avec compression de la trachée par des masses de nature tuberculeuse; mais d'après la loi posée par M. Louis, au-dessus de seize ans il n'existe point de tuberculisation bronchique sans tuberculisation pulmonaire, et vous avez vu que, par les divers motifs que j'ai pris soin de vous déduire, on devait repousser l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse du poumon même, en présence des divers signes relevés chez notre malade.

2° Venait maintenant le second signe que je voulais vous indiquer d'une façon plus spéciale, la présence du ganglion sus-claviculaire (dont l'existence expliquait les douleurs s'irradiant le long du plexus brachial). Ne pouvait-il pas être de nature tuberculeuse? Je ne l'ai pas cru le moins du monde, non-seulement par les motifs que je vous donnais tout à l'heure pour repousser l'existence d'une affection tuberculeuse, mais encore par l'étude même du siége de ce ganglion. En effet, c'est dans la région sous-maxillaire, c'est au devant du sterno-mastoïdien que se rencontrent surtout et même presque exclusivement, les ganglions tuberculeux, c'est là leur lieu habituel d'élection. Au contraire, toutes les fois que vous rencontrerez dans le creux sus-claviculaire un engorgement du genre de celui que nous observons, c'est à une altération cancéreuse que vous devez la rapporter. Cette circonstance établira pour vous la présence d'une altération de cette nature dans l'un des organes thoraciques, que ce soient les ganglions du médiastin ou toute autre partie intra-thoracique (l'œsophage par exemple). J'insiste sur la valeur de ce signe important, l'engorgement des ganglions sus-claviculaires; il m'a déjà permis de porter une diagnostic précis dans des cas analogues. Ainsi, chez une femme de trente-sept ans, observée à la Charité, nous avons trouvé un ganglion tout semblable occupant le creux sus-claviculaire du côté gauche. La malade avait, il est vrai, subi l'amputation du sein gauche pour une tumeur cancéreuse en voie de récidive. Les ganglions du creux de l'aisselle, du même côté, étaient également engorgés. En outre, elle présentait dans tout le tiers supérieur du poumon gauche, un souffle tubaire mêlé de râles éclatants. La même région était le siége d'une matité considérable, et on pensait, autour de moi, que la malade offrait un exemple du développement simultané de deux diathèses différentes : cancer à la mamelle, tubercules au poumon. Par la présence des ganglions sus-claviculaires engorgés, je fus conduit à affirmer l'existence d'un cancer du poumon, diagnostic que l'autopsie confirma peu après.

De même chez un homme de trente-cinq ans, qui toussait depuis quelque temps, et qu'on avait cru phthisique, j'ai affirmé, en vertu du même symptôme, l'existence d'un cancer pulmonaire, et là encore le diagnostic n'a été que trop confirmé.

Les deux faits que je viens de citer prouvent encore que cette affection peut se développer chez des sujets jeunes encore, comme l'était notre malade, âgé seulement de trente-cinq ans. Au reste, les cas de cancer chez des sujets jeunes sont loin d'être très-rares; j'ai vu, par exemple, un jeune homme de vingt-trois ans, atteint de cancer de l'estomac.

Le cancer a été aussi rencontré même chez *des enfants en bas âge*. Aussi, Earle rapporte que, chez un petit garçon de vingt et un mois, un froissement du testicule avait provoqué le développement d'une énorme tumeur encéphaloïde; il fut opéré et guérit des suites de l'opération; mais trois mois plus tard, il succombait à des lésions cancéreuses fort étendues du cerveau et des poumons (2). Chez un enfant de sept mois, qui était mort d'une hydrocéphale aiguë, M. le professeur Lebert (3) a trouvé les deux poumons remplis de noyaux encéphaloïdes. L'âge peu avancé de notre malade n'était donc pas un motif pour exclure l'idée de l'existence d'un cancer, à laquelle nous étions conduits après des exclusions successives, et je vous ai annoncé que cette femme était atteinte d'un cancer du poumon et du médiastin.

Le pronostic d'une affection semblable était des plus graves et ne permettait aucun espoir. Désarmés que nous étions, le traitement s'est donc borné à des frictions calmantes sur le trajet du plexus brachial, et à une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine au niveau des mêmes points.

L'asphyxie n'ayant pas cessé de faire des progrès, la mort est survenue. L'autopsie n'a que trop justifié le diagnostic que nous avions porté.

Nous plaçons sous vos yeux les pièces, et nous allons vous en donner une description succincte. Le poumon droit, dont le volume est, comme vous le voyez, notablement augmenté, est infiltré, presque dans toute son étendue, de masses blanchâtres très-dures, qui siégent plus spécialement dans l'épais-

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 30 mai 1833.
(2) H. Earle. London, *Medico-chirurg. trans.*, t. III, p. 30.
(3) *Bull. de la Soc. anat.*, t. XVIII, p. 87.

seur du lobe moyen. Elles constituent dans ce lobe une masse totale irrégulière dans sa forme, dont le volume arrive bien à celui du poing. Elle semble avoir son point de départ dans la partie interne et moyenne du poumon droit. Lorsqu'on presse entre les doigts ces parties blanchâtres, il s'en écoule un liquide laiteux dans lequel, à l'aide du microscope, on constate, comme vous allez le vérifier vous-mêmes, l'existence de grosses cellules à plusieurs noyaux munis de leurs nucléoles, et qui ne permettent aucun doute sur la nature cancéreuse d'abord fort évidente de l'altération. Sur plusieurs points existent des stries et des îlots noirâtres que vous pouvez y voir et qui ne sont que des vaisseaux oblitérés, et remplis par de petits caillots modifiés dans leur coloration par l'altération qu'a subie consécutivement la matière colorante du sang.

Sous la plèvre il existe de larges plaques cancéreuses, qui semblent épaissir considérablement la séreuse. Les ganglions dans l'un et dans l'autre médiastin sont volumineux, durs et cancéreux. Deux ou trois d'entre eux entourent plus spécialement la trachée à trois travers de doigt au-dessus de la division des bronches. Leur existence force le conduit à se replier sur lui-même par suite de la compression qu'il subit, ce qui explique le cornage que nous avions observé pendant la vie. Il n'existe aucune lésion de l'œsophage ni des troncs nerveux voisins.

Nous avions donc bien affaire, comme je vous l'avais annoncé, à une dégénérescence cancéreuse du poumon et du médiastin. C'est là la cinquième forme admise par Stockes (1), la deuxième et la troisième de Laennec (2), dans les maladies de ce genre. Vous savez que, pour ce dernier auteur, il existe trois formes de cancer pulmonaire : 1° le cancer enkysté ; 2° le cancer en masse, sans kystes ; 3° le cancer infiltré.

La classification de Stockes, à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, est plus détaillée ; elle admet cinq formes distinctes. Dans la première, on trouve des tubercules cancéreux isolés au milieu d'un tissu sain. Dans la seconde, ce sont des masses isolées, irrégulières. Dans la troisième, il y a des tubercules squirrheux et encéphaloïdes, mêlés à de la matière noire. Dans la quatrième, on rencontre une dégénération de la totalité ou d'une partie du poumon. Dans la cinquième, qui répond au cas que nous avons sous les yeux, il existe à la fois une altération du poumon et du médiastin.

Cette multiplicité de variétés, quoique correspondant à des nuances réelles, est peut-être trop grande, et à tout prendre la classification de Laennec est fort suffisante.

Walshe a fait observer que c'est surtout dans le lobe moyen que se rencontrent ces altérations ; c'est, comme vous le voyez, un cas de ce genre qui se présente ici, et il peut être ajouté à ceux qui ont été cités.

Du reste, Heyfelder a décrit aussi (3) un cas analogue au nôtre ; seulement chez son malade il existait de plus une communication avec les bronches. Enfin pour compléter le tableau je dois vous dire que l'on voit quelquefois des tumeurs se rattacher au poumon par un pédicule très-distinct. Bérard, entre autres auteurs, en a présenté un cas à la Société anatomique (4).

Un point très-important pour arriver au diagnostic dans les cas de ce genre, c'est de bien étudier la forme que la maladie a présentée à son début. Un signe précieux, par exemple, c'est la disproportion que la dyspnée présente généralement tout d'abord avec les autres symptômes.

Une seule maladie pourrait déterminer une gêne aussi grande et aussi brusque de la respiration : c'est l'emphysème pulmonaire ; or, il ne peut pas y avoir de méprise prolongée, puisque, dans l'emphysème, la sonorité à la percussion est exagérée. Chez notre malade, au contraire, on trouvait une matité absolue, sans aucun signe de l'existence d'un épanchement pleural ou de tubercules pulmonaires.

Je laisserais ma tâche incomplète si je ne vous faisais pas encore remarquer que, chez le malade que, nous étudions, certains symptômes donnés par les auteurs comme tout à fait habituels dans les cas de cancer du poumon, et présentés comme des signes véritables de cette affection, ont fait complétement défaut. Ainsi, nous n'avons point trouvé, chez notre malade, d'épanchement pleural. Cette complication est cependant fréquente, et alors on trouve, dit-on, souvent que le liquide qui constitue l'épanchement est sanguinolent. Cette complication, avec l'apparence spéciale du liquide qui la caractérise, existe surtout dans les cas où le cancer du poumon est superficiel ; mais souvent aussi, sachez le bien, il n'en est rien. La cavité pleurale oblitérée fait corps avec la masse cancéreuse qui adhère aux côtes, et détermine une voussure des points correspondants. Telle est la remarque de Syms (5), qui contredit sur ce point les assertions de Hughes et de Stockes.

Walshe prétend que, lorsqu'il existe une infiltration cancéreuse du poumon, il n'y a jamais une dilatation, mais bien seulement un élargissement des espaces intercostaux (6). Je ne saisis pas bien ce que l'auteur anglais a voulu dire ; à ce sujet, il faut convenir qu'il ne s'est pas bien clairement expliqué.

On rencontre souvent, au dire des auteurs, un œdème unilatéral de la face et du membre supérieur, dans les cas de cette espèce. Rien de semblable n'existait chez notre malade, ce qui tient à ce que, par le fait même de la disposition des lésions, les troncs vasculaires étaient libres de toute compression. Par la même raison, nous n'avions point ici ces varices sous-cutanées sur lesquelles Hughes et Stockes ont tant insisté.

On a signalé aussi, parmi les signes presque nécessaires du cancer du poumon, des hémoptysies dans lesquelles le sang rejeté se coagule sous forme de gelée. Mais ce signe n'est pas aussi fréquent qu'on le croit. Je l'ai vu manquer quelquefois : il faisait défaut chez le jeune malade dont je vous citais l'histoire, et M. Gallard a présenté à la Société des hôpitaux (1) deux faits dans lesquels l'hémoptysie n'a pas existé.

Encore un mot. Notre malade offrait encore cette particularité, que le poumon et les ganglions du médiastin étaient les seuls organes affectés. Or, le cancer du poumon est assez rarement une affection primitive. Le plus souvent il existe un cancer d'un autre organe, par exemple de l'utérus. D'autres fois la mamelle est affectée (M. Géry) ; il peut y avoir un cancer du rein (Bérard, MM. Cruveilhier, Barth), du foie (M. Cruveilhier), du testicule, de la glande thyroïde (M. Dubourg) (2). Je n'insisterai donc pas ici sur la valeur que peut offrir, au point de vue du diagnostic, le fait d'une opération pratiquée antérieurement pour remédier à une affection cancéreuse. J'ajouterai seulement que vous trouverez des documents intéressants, à ce sujet, dans l'excellente thèse inaugurale que M. Aviolat a consacrée à l'étude de cette question (3). Il a réuni dans ce travail 48 cas de cancer du poumon, et, dans ce nombre, l'affection ne s'est développée primitivement que douze fois. Ce serait donc une fois sur quatre.

Comme vous avez pu le voir, messieurs, c'est en procédant par exclusion que nous sommes arrivés au diagnostic dans ce cas assez difficile et assez insolite. Après avoir constaté, pour les motifs que j'ai mis en lumière, qu'il ne pouvait exister de tubercules pulmonaires, que tout épanchement liquide faisait défaut, rappelez-vous le parti que nous avons tiré de l'existence du cornage et surtout de la présence d'un engorgement des ganglions sus-claviculaires, comme indice d'une lésion cancéreuse intra-thoracique. Ces deux signes vous rendront, s'ils se trouvent réunis, de grands services. J'insiste donc, en terminant, sur leur valeur.

Ceux d'entre vous, messieurs, qui désirent approfondir cette question, trouveront moyen de compléter leurs connaissances dans la thèse inaugurale de M. H. Gintrac, qui a réuni tous les faits de tumeurs cancéreuses du médiastin et des parois thoraciques (Paris, 1845, n° 15) ; dans celle de M. Aviolat, que nous avons déjà citée, et dans la précieuse collection des bulletins de la Société anatomique de Paris.

(1) *Recherches sur la pathologie et le diagnostic du cancer du poumon et du médiastin. Archives de médecine*, t. XIX, p. 314. 1842.
(2) *Traité d'auscultation*, t. II.
(3) *Archives de médecine*, t. XIX ; 1837.
(4) *Bulletin de la Société anatomique*, t. III, p. 13.
(5) D. Syms, *Méd. chir. trans.*, t. XVIII. — Un cas analogue a été présenté par M. Géry à la Société anatomique en 1852.
(6) *Physical diagnosis of diseases of the lung*. London, 1843.

(1) Soc. des hôp. 25 juillet 1860.
(2) *Bull. Soc. anat.* 1826.
(3) Thèses de Paris. 1er février 1861.

DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL,

Par M. le Dr H. Soulier, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

Nous venons de recevoir de M. Soulier une étude critique sur le ramollissement cérébral. L'auteur de ce travail le résumant lui-même sous forme de propositions, nous ne saurions mieux faire que de les reproduire textuellement.

1° Le ramollissement cérébral spontané n'est pas de nature inflammatoire :

a. — Parce que la coloration du ramollissement rouge est simplement le résultat d'une dilatation vasculaire ou d'une infiltration de matière colorante du sang.

b. — Parce que la coloration du ramollissement jaune n'est pas produite par une infiltration purulente, mais par des éléments graisseux mélangés de matière colorante du sang.

c. — Parce que les éléments figurés, pris pour des globules de pus, sont de nature graisseuse ou des cellules nerveuses pigmentées, c'est-à-dire des éléments de régression.

d. — Parce que les adhérences méningées ne sont pas la conséquence d'un exsudat inflammatoire.

e. — Parce que la chaleur animale ne s'élève jamais au-dessus de la température normale chez les malades atteints de ramollissement.

2° Le ramollissement cérébral est une nécrobiose produite par la cessation de l'action physiologique du sang : oblitération par embolie, par thrombose, par rétrécissement ou oblitération due à l'athérome, oblitération veineuse.

3° Une oblitération artérielle peut produire une congestion au delà de l'oblitération ; ainsi paraît devoir s'expliquer la congestion et l'hémorrhagie capillaire du ramollissement aigu (apoplexie capillaire de Cruveilhier) ; le ramollissement rouge n'a rien d'inflammatoire.

4° Les corps granuleux du ramollissement pulpeux jaune sont un produit de régression ou de nécrobiose.

5° Les troubles mis sur le compte de la congestion cérébrale doivent plutôt être mis sur celui de l'anémie ou de l'ischémie cérébrale.

6° La contracture permanente est un symptôme tardif et appartient à la deuxième période de la dégénérescence secondaire (fausse sclérose) de la moelle.

7° N'oublions pas, enfin, le fait anatomo-pathologique, signalé par M. Laborde, de coïncidence entre des lésions périphériques (circonvolutions cérébrales) et des lésions centrales du cerveau (corps optostriés.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 avril 1867. — Présidence de M. Bourdon.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Rapport sur les maladies régnantes.

M. Besnier, au nom de la commission des maladies régnantes, lit un rapport sur les affections qui ont prédominé pendant le mois de mars.

Élément catarrhal. — L'élément catarrhal a joué un certain rôle dans la plupart des maladies du mois dernier. Plus des deux tiers des malades atteints qui se sont présentés à la consultation du bureau central, étaient atteints de diarrhée catarrhale ou d'état bilieux, etc. ; de telle sorte que, parmi les médicaments mis à la disposition des médecins du bureau central, pour consoler au moins ceux que le défaut de lits empêche de recevoir, l'ipécacuanha presque seul a dû être employé avec grand avantage.

En dehors de cet élément catarrhal signalé par M. Isambert à l'Hôtel-Dieu, etc., M. Moissenet a observé un état adynamique très-prononcé, qui nécessitait l'emploi des toniques. Quoique M. Vulpian ait noté moins de pneumonies et de pleurésies qu'il ne s'en présente en général à cette époque de l'année, cependant le nombre de ces affections a été plus considérable dans le mois de mars que dans les précédents. Les caractères étaient les mêmes.

Les broncho-pneumonies et pleuro-pneumonies étaient surtout fréquentes. M. Chauffard, comme précédemment, se loue beaucoup de l'administration, en pareil cas, de l'infusion d'ipécacuanha à haute dose.

Mais lorsqu'on aborde cette question de thérapeutique, on arrive à cette conclusion, qu'il existe deux catégories bien distinctes de pneumonies : 1° les unes sans gravité aucune ; 2° les autres inévitablement mortelles, quel que soit le traitement employé.

Les seuls cas où la médication semble pouvoir être véritablement efficace sont ceux où la pneumonie doit sa gravité, non point à sa nature intime, mais à l'étendue des lésions, comme on l'a vu chez un enfant de dix ans guéri par M. Barthez. Lorsque, au contraire, la maladie offre cette malignité particulière dont la cause n'est pas encore bien expliquée, rien ne l'empêche de devenir fatale.

Il faut peut-être en dire autant de la pleurésie. Ainsi, M. Isambert a guéri par des moyens très-ordinaires, deux vésicatoires, etc., un épanchement considérable qui déplaçait le cœur à droite. M. Séridey, après une seule thoracentèse, ayant évacué de la plèvre une grande quantité de liquide qui s'est coagulé presque aussitôt, a vu son malade guérir sans que l'épanchement se reproduisît ; et cependant il n'avait employé qu'un looch contenant 30 gouttes de teinture de digitale. Chez ces malades, il semble que la nature ait été encore plus efficace que la médication employée.

Diphthérie. — Les cas de croup ont été moins nombreux. M. Roger en a eu deux qu'il a fallu opérer et qui sont morts. M. Barthez, sur trois, en a déjà perdu deux, et le troisième semble devoir aussi succomber. M. Bergeron, plus heureux, ayant dû aussi en opérer trois, en a vu deux guérir ; le troisième, resté à l'hôpital pour une paralysie généralisée, y est mort de rougeole quelque temps après. M. Labrie a fait aussi deux trachéotomies, dont l'une a eu pour résultat la guérison.

Une angine couenneuse a eu pour suite une paralysie généralisée, dans les salles de M. Barthez. Dans celle de M. Bergeron, une autre angine couenneuse s'est terminée par une mort subite que l'autopsie n'a point expliquée.

Rhumatismes. — On a signalé un grand nombre de douleurs dites rhumatismales ; mais les rhumatismes articulaires ont été plus rares que dans le mois précédent. Ils ont été généralement traités par le sulfate de quinine à hautes doses.

Affections éruptives. — D'après la marche actuelle des affections éruptives, il est probable que leur nombre doit s'élever en avril et en mai. Déjà on signale dans la pratique civile la création de foyers partiels, et, bien que MM. Empis et Villemin en aient eu à traiter un petit nombre, M. Moutard-Martin les a vus reparaître.

M. Roger, sur dix-huit rougeoles, dont quatorze chez des garçons et quatre seulement chez des filles, a eu quatre morts ; M. Labric, six morts sur treize ; M. Barthez en a observé quatre compliquées sur six ; M. Bouché, de la Ville-Jossy, en a traité en ville quatre boutonneuses.

La variole a fait encore quelques victimes, entre autres un jeune étudiant en médecine, attaché aux salles de M. Bouillaud, qui y a pris auprès d'un malade le germe d'une petite vérole, dont il est mort le vingt-deuxième jour, dans le service de M. Chauffard. A ce sujet, il ne serait pas hors de propos de réclamer que la revaccination devînt sinon absolument obligatoire, du moins fortement recommandée aux jeunes élèves en médecine qui s'exposent à la contagion dans les salles des hôpitaux.

La scarlatine, assez rare dans les services hospitaliers, a été au contraire assez commune dans la pratique civile.

Fièvres typhoïdes. — Les fièvres ont été, dans le mois de mars, en même temps plus nombreuses et plus graves. M. Empis a signalé un exemple de granulie à forme typhoïde, guérie. M. Gubler, à Lariboisière, a modéré, par la digitale, chez un autre malade atteint de fièvre typhoïde, le pouls, qui s'élevait au chiffre énorme de 254 à la minute. Ce malade a guéri.

Stomatite ulcéreuse. — La stomatite ulcéreuse est une affection commune chez les soldats, et qui s'accompagne d'une grande fétidité de l'haleine. On la regarde comme contagieuse, et c'est une des principales raisons qui ont fait abandonner l'usage de la gamelle commune à cinq ou six soldats. Mais il est probable que, si en effet elle est communicable, ce n'est point par le contact. Quoi qu'il en soit, M. Villemin en a traité 15 cas pendant le mois de mars.

Embarras gastriques. — Ils ont été nombreux, ainsi que les ictères. Dans le service de M. Moissenet, à l'Hôtel-Dieu, un malade est mort d'embarras gastrique compliqué de symptômes bilieux graves. A la Maison de santé, M. Chauffard a vu mourir un malade atteint d'ictère hémorrhagique essentiel et a traité deux autres ictériques.

Choléra. — Cette année, comme l'année dernière, il n'est pas de mois pendant lequel on n'ait observé quelque cas de choléra. La plupart du temps, les observations de ce genre sont présentées sous le nom de *choléra nostras* ou *sporadique*, bien qu'elles ne diffèrent en rien de celles de véritable choléra asiatique, puisque la mort survient dans un cas comme dans l'autre.

Pendant le mois de mars, M. Villemin a vu un malade qui présentait tous les symptômes du choléra : déjections riziformes, voix éteinte, etc. ; c'était un soldat qui habitait la caserne de l'Hôtel de Ville.

A la Charité, M. Bourdon a su qu'un cas de choléra avait été reçu dans le service de M. le professeur Monneret.

A Saint-Louis, M. Féréol a observé trois cholérines assez accentuées, dont l'une, la plus grave, chez l'interne du service; en outre, en ville, il a traité plusieurs diarrhées qui ressemblaient absolument à des cholérines; le 24 mars, étant au bureau central, il a reçu pour l'Hôtel-Dieu une femme de soixante-dix ans, malade depuis dix jours, et qu'il considérait comme convalescente de choléra. Le 1er avril, il a envoyé également à l'Hôtel-Dieu un homme de trente ans, qui, lui aussi, avait été atteint de choléra.

M. Moutard-Martin, à Beaujon, a soigné quatre cas de choléra parfaitement caractérisés : début brusque, crampes, diarrhée, etc.

M. Bergeron a vu aussi trois cas de choléra non douteux.

Affections puerpérales. — Une petite épidémie de fièvres puerpérales s'est déclarée et a enlevé cinq femmes en couches dans le service de M. Potain. Cette épidémie s'est dissipée après qu'on eut changé de salle les accouchées; mais, comme après ce changement, il y a encore eu quelques métrites, moins graves que les précédentes, M. Potain croit que l'épidémie se serait apaisée d'elle-même dans tous les cas.

A l'Hôtel-Dieu, M. Moissenet a eu deux éclampsies et deux péritonites.

A la Pitié, M. Empis n'a pas eu une seule mort sur quarante-neuf accouchées.

M. Bourdon, à la Charité, n'a perdu qu'une seule femme; mais un certain nombre de nouveau-nés ont été enlevés par des entéro-colites compliquées de muguet.

Enfin M. Gallart, sur quatre-vingt-quatre accouchements, a eu un seul décès.

DISCUSSION.

M. CHAUFFARD. Je n'ai pas parlé, dans les documents que j'ai envoyés à la commission pour le rapport sur les maladies régnantes pendant le mois de mars, d'un fait qui s'est passé dans le mois d'avril, et qui prouve que l'influence cholérique se fait sentir de nouveau parmi nous.

Il y a trois jours, j'ai reçu dans mon service un homme atteint d'un choléra algide parvenu à sa dernière période et des plus graves. Depuis une quinzaine de jours cet homme souffrait d'une diarrhée légère, dont il ne s'était pas préoccupé, lorsque tout à coup il fut pris de vomissements; la diarrhée devint extrêmement abondante, la voix éteinte; les urines furent supprimées; bref, le malade, lorsqu'il entra à la maison de santé, était atteint du choléra le mieux caractérisé. Il mourut en six heures.

M. BOUCHER DE LA VILLE-JOSSY. A propos du rapport qui vient d'être lu, je ferai remarquer que les cas malheureux de variole ont presque tous commencé dans les hôpitaux. La revaccination devrait pouvoir se faire régulièrement, mais la vache qui devait être amenée à cet effet a passé si rarement que, pour ma part, je ne l'ai vue encore que deux fois depuis le 1er janvier 1865.

COMMUNICATIONS.

Aphasie momentanée par suite de névralgie faciale.

M. GUYOT. J'ai observé récemment chez une dame de ma clientèle un cas d'aphasie qui me semble rare. Depuis quatorze ans cette dame, âgée actuellement de trente-quatre ans, souffrait de névralgie faciale, lorsqu'il y a trois mois, elle fut prise d'une aphasie subite qui dura une demi-heure. L'aphasie cessa, puis se reproduisit encore dans de semblables circonstances, et, comme la névralgie elle-même, céda au sulfate de quinine.

M. RAYNAUD. J'ai vu un cas analogue chez un malade qui présentait une névralgie symptomatique.

Cet homme, qui touchait à la soixantaine, était atteint depuis quelques années d'une névralgie, parfaitement limitée, qui s'étendait à toute la région animée par le naso-lobaire. Dans le mois de juin dernier, étant à Trouville, il fut pris d'une aphasie subite, et le mois dernier, à Paris, d'une attaque de paralysie qui dévia la figure à droite, et amena, du même côté, un affaiblissement très-notable du bras.

Une saignée fut pratiquée, et au bout de quarante-huit heures ces phénomènes s'étaient dissipés en grande partie.

M. GUYOT. Il y a une grande différence entre le fait que j'ai signalé et celui de M. Raynaud. Chez la dame que je soignais, la névralgie n'était nullement symptomatique; et je considérais l'aphasie comme tout à fait exceptionnelle en pareil cas, lorsque j'appris qu'une amie de cette dame était devenue aussi trois ou quatre fois aphasique à la suite de névralgies faciales.

M. CHAUFFARD. Votre malade était-elle hystérique?

M. GUYOT. En aucune manière. Elle souffrait d'une névralgie faciale, avec les points normaux, sus et sous-orbitaires.

M. BUCQUOI. J'aurais posé la même question que M. Chauffard; car chez les hystériques l'aphasie n'est pas rare. Tout récemment encore j'en ai vu un exemple chez une dame atteinte d'un ulcère simple de l'estomac, et en outre hystérique. A la fin d'une attaque elle resta aphasique pendant plus d'un quart d'heure.

M. BERGERON. J'ai vu un jour une aphasie passagère chez un homme de quarante ans dans les circonstances suivantes :

Cet homme, très-fort et très-replet, d'excellente constitution, n'ayant jamais été malade, devait ce soir-là dîner en ville. Une fois en route il s'aperçut qu'il avait oublié de mettre un caleçon; l'heure du repas approchait, et quoiqu'il se sentît frissonnant, il ne voulut pas rentrer chez lui. Le salon où il entra était fortement chauffé, bientôt il se sentit pris d'une névralgie sus-orbitaire assez violente, et s'aperçut qu'il ne pouvait plus trouver les mots. Cette aphasie dura une heure environ. Le soir, en rentrant chez lui, mon client devint de nouveau aphasique pendant une demi-heure. Il m'envoya chercher. Je lui trouvai la face colorée, le pouls plein. Je pratiquai une saignée, et depuis lors, il y a trois ans, rien d'extraordinaire ne se présenta.

M. DUMONTPALLIER. Je voudrais savoir à quelle altération M. Raynaud rattache en même temps la névralgie de la face, la paralysie du côté droit de la face, et la névralgie du bras droit?

M. RAYNAUD. Nous n'en savons pas encore assez sur la localisation des lésions encéphaliques pour qu'il soit possible de tout expliquer. Seulement lorsque nous voyons une paralysie survenir au bout d'un certain temps chez un malade qui souffrait antérieurement de névralgie, il nous est permis de conclure que la névralgie était symptomatique.

M. DUMONTPALLIER. Je ne sais vraiment pas si, dans le cas cité par M. Guyot, il ne s'agissait pas d'une hystérique. Chez les hystériques, les névralgies faciales et les aphasies sont fréquentes.

M. GUYOT. La malade dont il s'agit n'est pas hystérique. C'est un membre de ma famille, je la vois tous les jours.

M. DELASIAUVE. Un confrère de mes amis, très-robuste de constitution, n'ayant jamais été malade, était allé l'année dernière à Saint-Germain, passer la journée du dimanche chez des personnes de son intimité. Il se sentit pris tout à coup d'une hémiplégie très-légère, et pendant un quart d'heure fut aphasique. Il revint à Paris, dormit bien, le lundi dans la soirée fut repris de phénomènes analogues, qui se reproduisirent le mardi soir, et ainsi de suite pendant huit jours.

Hier encore j'ai vu un homme qui, depuis quinze jours, éprouve de ces troubles d'intelligence et de parole. Chez les épileptiques, ces aphasies momentanées sont très-connues.

M. MOREAU, de Tours. En effet, chez les épileptiques et chez les hystériques, l'aphasie est loin d'être rare. Mais à la suite de névralgies faciales, je n'en ai pas encore vu d'exemple. Cependant une fois, chez une dame qui n'était pas hystérique, j'ai vu un état d'aliénation mentale bien caractérisé, succédant à une névralgie faciale, et après plusieurs mois, cessant tout à coup au moment où cette névralgie se reproduisit.

M. DELASIAUVE. Une de nos épileptiques présente des phénomènes très-singuliers. Pendant huit jours elle est aphasique; l'accès d'épilepsie arrive, elle reprend la parole, mais est prise de paralysie de vessie; puis elle redevient aphasique, et ainsi de suite.

La séance est levée à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebord, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'ophthalmie glaucomateuse, son origine et ses divers modes de traitement, par le docteur Léon Belloc. In-8° de 138 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires, par le docteur Leroy d'Étiolles fils, lauréat de l'Académie de médecine. Un vol. in-8° avec 120 figures dans le texte. Prix : 8 francs. — Paris, 1866. J.-B. Baillière et fils.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, par le docteur Bazin, médecin de l'hopital Saint-Louis. Deux volumes in-8°. Prix : 11 fr. franco. — Paris, 1867.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur Garrod. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8° accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. — Paris, 1867. — Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 46. — JEUDI 18 AVRIL 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 18 AVRIL 1867. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 AVRIL 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a sursis à la discussion sur le mouvement de la population pour laisser la parole aux candidats et aux médecins inscrits pour des lectures. MM. Oulmont et Marrotte, candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique, ont lu : le premier, un mémoire sur la digitale ; le second, une note sur l'emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans les affections catarrhales; et M. le docteur Durand (de Lunel) médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy, momentanément à Paris, a exposé la statistique des résultats consécutifs du traitement thermal de Vichy.

Un mot sur chacune de ces lectures.

On connaît les expériences qui ont été faites dans ces derniers temps, tant en Allemagne qu'en France, sur l'action physiologique et thérapeutique de la digitale. Les résultats de ces expériences tendent à multiplier et à généraliser, beaucoup plus qu'on ne l'avait fait jusque-là, les applications de ce précieux agent thérapeutique. M. Oulmont a voulu, pour son compte, soumettre quelques-uns de ces résultats à une nouvelle épreuve clinique. Il a expérimenté la digitale dans les maladies fébriles en général et particulièrement dans le rhumatisme articulaire aigu. Il paraît résulter de ses expériences, autant que nous avons pu saisir le sens de son travail à une simple audition, que l'action de la digitale sur l'élément fébrile y aurait été très-nettement accusée, au point que la disparition de l'état fébrile entraîne celle du rhumatisme lui-même, quand il est simple et sans complication, mais que le rhumatisme diathésique n'en serait que médiocrement influencé. C'est là, du reste, un sujet d'étude trop important pour nous borner à ce simple énoncé; nous y reviendrons, soit après la publication textuelle du mémoire de M. Oulmont, soit à toute autre occasion.

La question de thérapeutique qu'a choisie M. Marrotte pour sujet de sa lecture, si elle n'a point la portée physiologique de la précédente, ne lui cède en rien au point de vue pratique, si l'on a égard surtout au rôle considérable des affections catarrhales en pathologie. Elle a, en outre, un intérêt tout d'actualité, en présence de la constitution médicale catarrhale qui règne depuis quelque temps avec une si persévérante ténacité. M. Marrotte avant de formuler les indications de l'hydrochlorate d'ammoniaque commence par mettre en regard les affections catarrhales et les fièvres maremmatiques, qui présentent entre elles plus d'un point de contact, au point de se confondre même quelquefois pour le type fébrile ; confusion peu grave, du reste, au point de vue pratique, puisque du fait même de leur ressemblance se déduit une indication thérapeutique analogue. Mais là où la ressemblance symptomatique cesse, où l'affection catarrhale se manifeste sous le type continu au lieu de revêtir la forme périodique, l'analogie d'indication thérapeutique cesse aussi; et c'est ici que commence le rôle thérapeutique spécial de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

C'est là le point de médecine pratique que M. Marrotte s'est principalement proposé d'établir dans ce travail.

M. le Dr Durand (de Lunel) dont on connaît déjà les travaux estimés sur la médication thermale de Vichy, doit particulièrement à sa position spéciale de médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Vichy, d'être mieux à même que la plupart des médecins civils qui exercent auprès de cette station, d'apprécier les résultats consécutifs du traitement thermal. En effet, il a été établi, dans le service des hôpitaux thermaux militaires, un très-bon mode de statistique. Tous les ans les médecins majors des corps de l'armée visitent les militaires qui ont été traités dans les hôpitaux thermaux l'année précédente et envoient aux médecins en chef de ces établissements, par l'intermédiaire du ministère de la guerre, des certificats individuels constatant l'état sanitaire actuel de ces militaires. Les médecins en chef des hôpitaux thermaux joignent ces renseignements à chaque observation de malade et en font ensuite la récapitulation. C'est, grâce à cet excellent concours, que M. Durand a pu réunir, pour une période de trois années, 1863, 1864 et 1865, les résultats consécutifs des traitements qu'il a eu à diriger à l'hôpital militaire de Vichy, et dont on verra l'énoncé dans le compte-rendu.

Il n'y a peut-être qu'une restriction à faire à l'égard du résultat de cette enquête ; et cette restriction c'est M. Durand lui-même qui la fait. Le délai de six à dix mois, fixé entre le départ des malades de Vichy et la constatation ultérieure faite par les médecins des corps est un peu court en ce qui concerne certaines affections diathésiques représentées par un accès ou des crises qui se reproduisent à de longs intervalles, telles que la goutte, la gravelle, les coliques hépathiques, etc. M. Durand exprime avec raison le désir que, pour ces affections, une seconde constatation soit faite après deux ans. Nous ne mettons pas en doute que sur la seule expression de ce désir, cette lacune dans la statistique de l'hôpital militaire de Vichy, ne soit promptement comblée. Avec cette utile addition on reconnaitra que le mode d'enregistrement mis en usage dans les établissements thermaux militaires constitue un véritable progrès. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. MOUTARD-MARTIN

Leçons sur la thoracentèse,

(Rédigées par M. LOLLIOT, interne du service.)

Messieurs,

Je vous ai parlé, dans notre dernière réunion, d'un malade atteint de pleurésie aiguë, et chez lequel la suffocation fut assez intense pour m'autoriser à pratiquer la thoracentèse au quatrième jour de la maladie.

Vous avez été frappés de la disparition rapide des accidents et vous avez pu voir, ce matin encore, que pas une goutte de liquide ne s'était reproduite dans la plèvre. L'état général est excellent et le malade ne conserve plus, comme symptôme local, qu'un souffle amphorique présentant, comme particularité, une persistance peu commune et ne reconnaissant évidemment pas d'autre cause qu'un certain degré de compression du poumon, que n'a pu vaincre encore son élasticité. État signalé déjà par Landouzy,

A propos de ce malade, je désire, messieurs, vous entretenir aujourd'hui de la thoracentèse, de ses indications, de ses contre-indications, de ses accidents possibles soit pendant, soit après l'opération, toutes choses sur lesquelles les médecins ne sont pas encore parfaitement d'accord.

Pour ce qui concerne l'opération en elle-même, vous savez tous ce qu'elle est ; elle consiste à faire, dans la cavité thoracique, au niveau du cinquième ou sixième espace intercostal, une ponction ayant pour but l'évacuation d'un liquide qui s'y est anormalement accumulé, tout en ayant soin de s'opposer à l'introduction accidentelle de l'air atmosphérique. En cela, elle diffère essentiellement de l'opération de l'empyème, dans laquelle on pratique à l'aide du bistouri, une ouverture plus ou moins large, sans chercher à mettre obstacle à l'entrée de l'air dans la cavité pleurale.

Autrefois, on ne pratiquait que l'empyème, et il y a vingt-cinq ans, M. Gendrin a encore pratiqué un certain nombre de fois cette opération dans des cas de pleurésies séreuses, pour lesquelles on n'emploie plus aujourd'hui que la thoracentèse, car l'introduction de l'air dans la plèvre a plusieurs inconvénients dont les deux principaux sont de ne pas permettre au poumon qui a été comprimé de revenir à son état primitif et, par-dessus tout, de favoriser la sécrétion purulente de la séreuse.

Examinons maintenant les cas où l'on doit pratiquer la thoracentèse; quelles sont, en un mot, les indications de cette opération? Autrefois, on la conseillait dans tous les cas où l'épanchement était excessif, ou lorsque sans être excessif il était long à se résorber. Aujourd'hui, quoique encore assez nombreuses, ces indications sont plus précises et mieux limitées.

Pour plus de simplicité, il est bon de distinguer deux cas, selon qu'il s'agit d'un épanchement séreux ou d'un épanchement purulent.

Dans le cas d'un épanchement séreux, nous trouvons une première indication dans la quantité même du liquide épanché : lorsque, par exemple, la matité existe dans toute la hauteur de la poitrine, que l'on n'entend pas de respiration, que par suite du refoulement des organes, du cœur, du diaphragme, etc., la respiration et la circulation se trouvent gênées et qu'il en résulte, pour le malade, des accès de suffocation plus ou moins graves. L'indication est plus formelle encore quand l'épanchement se trouve du côté gauche, car la mort subite a été souvent la conséquence du déplacement du cœur. Cet accident n'est pas rare, mais on le voit survenir bien plus fréquemment

---

FEUILLETON.

GRAND PRIX DE CHIRURGIE.

CONSERVATION DES MEMBRES PAR LA CONSERVATION DU PÉRIOSTE.

(Commissaires : MM. Cl. Bernard, Rayer, Longet, Serres, Ch. Robin, Cloquet, Coste, Milne Edwards, Velpeau, rapporteur.)

Rapport sur le concours de l'année 1866.

Des faits nombreux de physiologie ont prouvé que le périoste a la faculté de produire l'os. Déjà même quelques faits remarquables de chirurgie ont montré, sur l'homme, que des portions d'os très-étendues ont pu être reproduites par le périoste conservé.

Le moment semble donc venu d'appeler l'attention des chirurgiens vers une grande et nouvelle étude qui intéresse à la fois la science et l'humanité.

En conséquence, l'Académie met au concours la question *de la conservation des membres par la conservation du périoste.*

Les concurrents ne sauraient oublier qu'il s'agit d'un ouvrage pratique, qu'il s'agit de l'homme, et que par conséquent on ne compte pas moins sur leur respect pour l'humanité que sur leur intelligence.

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attache à la question proposée, a décidé que le prix serait de dix mille francs.

Informé de cette décision, et appréciant tout ce que peut amener de bienfaits un si grand progrès de la chirurgie, l'Empereur a fait immédiatement écrire à l'Académie qu'il doublait le prix.

Le prix sera donc de vingt mille francs.

En présence d'une pareille récompense, d'une semblable perspective, l'Assemblée devait s'attendre à de nombreux, à d'importants travaux.

Il y a longtemps déjà, du reste, que cette question est agitée au sein de l'Académie. De 1739 à 1745, Duhamel a publié sur elle les premiers travaux que possède la science.

Fondé sur ce qui se passe dans les végétaux, il se livra à des recherches, à des expériences sans nombre sur les animaux et sur l'homme, pour démontrer que le périoste nourrit, engendre les os. L'ancienne Académie de chirurgie reprit la question où Duhamel l'avait laissée. Alors on vit Dethleft, Troja, Bordenave, etc., se mettre à l'œuvre et discuter la question avec soin. Les chirurgiens du temps se divisèrent en deux camps : les uns pour la négative, les autres pour l'affirmative.

L'expérience en était là, lorsque M. Flourens vint reprendre les recherches de Duhamel par la base. Il y a une trentaine d'années, le célèbre expérimentateur multiplia ses recherches de mille façons sur les animaux, au point d'ébranler vigoureusement et de nouveau la chirurgie expérimentale de son temps. C'est dans le but de faire ressortir la justesse de ses aperçus que l'Académie a remis la question au concours.

Aujourd'hui nous en sommes là, et ce sont les travaux qui s'y rapportent que l'Académie des sciences est appelée à juger en ce moment.

Les ouvrages qu'elle a reçus sur ce sujet ont tous une certaine importance. Mais en cas pareil, il ne peut pas suffire d'invoquer quelques observations plus ou moins intéressantes.

Ainsi la commission a été obligée de rejeter une note sur la régénération des os de la face par la membrane muqueuse périostique, que lui a adressée M. Desmeaux (de Puy-Lévêque), bien que cette observation soit digne de considération, mais parce qu'elle rentre exclusivement dans la question des nécroses.

Nous en dirons autant de M. Millo-Brulé et du mémoire de M. Chrétien, qui ne se rapportent qu'à des faits antérieurs, qu'à des faits déjà signalés par Vigaroux.

M. Mottet nous a adressé un mémoire de 82 pages, et une pièce anatomique qui n'est évidemment qu'un séquestre extrait d'un étu osseux garni de son périoste.

Ces différents travaux, qui auraient eu de la valeur au commencement du siècle actuel, restent en dehors de la question, et nous sommes obligés de les mettre de côté pour nous arrêter à deux grands ouvrages, deux œuvres de longue haleine remplies d'expériences, de faits de toute sorte recueillis sur les animaux et sur l'homme, de faits physiologiques et de faits pratiques. Ces deux ouvrages sont sortis de la plume de deux hommes remarquables.

dans le cours d'un épanchement à marche lente, que dans le cours d'une pleurésie aiguë.

Ainsi, par exemple, on voit des malades n'accusant qu'un simple malaise, un peu d'affaiblissement, d'oppression, de difficulté dans la marche, ayant un peu perdu l'appétit, ne dormant qu'à la condition d'être élevés dans leur lit, mais pouvant cependant sortir, continuer leurs affaires et qui, à un moment donné, sont pris d'un accès de suffocation et meurent subitement. Or, que trouve-t-on à l'autopsie? Un hydrothorax avec refoulement du cœur et du diaphragme.

Vous verrez encore des malades venir vous consulter pour un simple malaise accompagné d'un peu d'oppression, et si vous examinez la poitrine, vous serez tout étonnés de trouver dans l'un des côtés, une dilatation énorme, une matité complète et une absence totale du murmure vésiculaire.

C'est dans ces cas d'épanchements survenus d'une manière latente, que la thoracentèse est surtout indiquée; et il ne faudrait pas, messieurs, vous laisser tromper par la bénignité apparente des symptômes, car ces malades-là sont sous le coup d'une mort subite.

Il est des pleurésies aiguës avec frisson initial, dans lesquelles un épanchement abondant s'est formé d'une manière tellement rapide, que les organes voisins n'ont pas eu le temps de s'accoutumer au déplacement, et que le poumon sain n'a pas pu s'habituer à suppléer le poumon comprimé; il en résulte une oppression considérable, et les malades sont obligés, pour respirer, de rester debout ou de se coucher sur le côté de l'épanchement, où l'on remarque une dilatation considérable. Le pouls, au lieu de diminuer de fréquence comme cela s'observe habituellement après les premiers jours d'une pleurésie aiguë qui suit son cours régulier, le pouls devient plus rapide, l'état fébrile persiste, entretenu par la gêne apportée dans les mouvements du cœur et des poumons. Dans ce cas encore, il y a indication de pratiquer la thoracentèse.

Cependant je dois vous dire qu'à ce sujet il existe deux opinions bien différentes : les uns veulent qu'avant d'opérer l'on attende la disparition de l'état fébrile; les autres, au contraire, conseillent l'opération dès qu'il se manifeste des symptômes graves de suffocation, même lorsque l'appareil fébrile persiste avec tout son cortége. Or, qu'arrive-t-il dans les deux cas? Si l'on attend, on est bien exposé à attendre trop et à trouver le malade mort dès le lendemain ; on en a cité des exemples. Si, au contraire, on opère, on est souvent étonné de la rapidité de la guérison.

Dans un cas de pleurésie aiguë accompagnée de symptômes de suffocation, je pratiquai la thoracentèse au cinquième jour, je retirai 2800 grammes d'un liquide très-fibrineux, comme il l'est habituellement dans de semblables circonstances. Or que se passa-t-il chez le malade? Dès le lendemain, le pouls était descendu de 132 à 92 pulsations, la peau n'était plus chaude, la respiration était entièrement rétablie, le poumon, grâce au peu de densité des fausses membranes, se dilatait facilement, et dans la suite il ne se reproduisit pas de liquide.

Il y a deux ans, dans cet hôpital, un jeune homme vigoureux, entre au quatrième jour d'une pleurésie franchement aiguë, avec oppression considérable. J'ai voulu patienter, j'ai attendu deux jours, mais voyant que, loin de diminuer, l'oppression était tout aussi considérable et que l'état fébrile persistait, je me décidai, au sixième jour, à faire la thoracentèse. Il sortit 3000 grammes d'un liquide également très-fibrineux.

Comme dans le cas précédent, l'épanchement ne se reproduisit pas, et au bout de huit jours, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Je pourrais vous citer bien d'autres exemples analogues. Jusqu'à ce jour, j'ai pratiqué la thoracentèse sur 43 malades ; 6 fois pour des épanchements purulents, 37 pour des épanchements séreux. Sur les 37 cas, 12 malades portaient leur pleurésie depuis moins de dix jours; 8 fois l'épanchement ne s'est pas reproduit du tout; 4 fois il se reproduisit en petite quantité, mais pour disparaître ensuite très-rapidement. Chez les autres malades opérés, où l'épanchement datait de vingt jours, trente jours, deux mois ou plus, chez eux presque constamment l'épanchement s'est reproduit, mais ordinairement peu considérable. Dans quelques cas seulement de pleurésies anciennes ou plutôt d'hydrothorax, il a été nécessaire, par suite de la reproduction du liquide, de pratiquer deux, trois ou quatre thoracentèses.

La séreuse, en effet, contracte pour ainsi dire l'habitude de sécréter, et ce n'est plus une pleurésie qui se produit, mais bien un hydrothorax.

De tout ceci, il résulte donc, pour moi, qu'une des indications principales de la thoracentèse est l'abondance de l'épanchement, quelle que soit la durée de la maladie, toutes les fois cependant qu'il n'existe pas certaines complications sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure.

Il y a des cas exceptionnels où, malgré le peu d'abondance du liquide, on peut être parfaitement autorisé à pratiquer la thoracentèse. Permettez-moi de vous en citer un exemple assez remarquable.

Il y a trois ans, j'avais dans mon service, au nº 8 de la salle Saint-François, un homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'une péricardite.

Au bout de très-peu de jours, la fièvre redouble, le malade est pris de point de côté, de toux, les deux plèvres s'étaient enflammées.

Trois ou quatre jours après le début de cette pleurésie double, la suffocation était extrême, et cependant l'épanchement n'occupait que la moitié de la poitrine du côté gauche, et les deux tiers du côté droit. Malgré cela, je me suis décidé à opérer, afin de donner au malade la faculté de respirer plus librement. Je fis la ponction à droite où l'épanchement était le plus considérable, je retirai tout ce que je pus du liquide, c'est-à-dire 600 grammes. Le résultat obtenu est digne d'intérêt.

Du côté opéré, il ne se reproduisit pas de liquide, et du côté opposé non-seulement il n'augmenta pas, mais il disparut très-rapidement. Le soir même je revis le malade; il se trouvait dans un état de bien-être considérable, la respiration était facile et la suffocation avait entièrement disparu.

Vous comprenez facilement que, sous l'influence de la gêne respiratoire, l'épanchement avait une grande tendance à augmenter rapidement ; sous l'influence de la thoracentèse, au contraire, la respiration devenant facile, la résorption du liquide du côté opposé, était singulièrement favorisée.

Donc, dans les cas d'épanchement double, alors même que cet épanchement est peu considérable, il peut y avoir indication de la thoracentèse, s'il se déclare des symptômes de suffocation.

Voyons maintenant de quelle façon la nature purulente du liquide peut modifier les indications que je viens de vous tracer. Devez-vous attendre que l'épanchement soit aussi considérable? Assurément non. Toutes les fois que, soit par les symptômes généraux, soit par des ponctions antérieures, vous n'aurez pas de doutes sur la purulence, vous devrez opérer, quelque peu abondant que soit le liquide.

On pourrait discuter s'il est préférable de faire l'empyème, ou la thoracentèse. A mon avis, il y encore avantage à faire une simple ponction, et voici pourquoi : lorsque vous pratiquez l'empyème, vous mettez au contact de l'air atmosphérique une surface assez considérable, de là des phénomènes de putridité, aussi au bout de très-peu de jours l'écoulement devient-il fétide, malgré des injections détersives, et, le plus souvent, vous voyez survenir des accidents qui entraînent la mort. Je ne veux pas dire pour cela que toutes les fois que vous ferez la thoracentèse vous n'aurez pas de mort; mais voici ce qui se passe fréquemment.

Si, après une première ponction, vous vous contentez de retirer la canule en abandonnant la cavité à elle-même, il arrive souvent que celle-ci se rétrécit, qu'il se forme des adhérences, et que l'épanchement qui se reproduit est moins considérable que le premier. Vous faites une seconde ponction qui amène le même résultat et, au bout d'un certain nombre de ponctions, il s'établit une fistule sinueuse permettant bien la sortie du pus, mais s'opposant à l'entrée de l'air, et, après un temps plus ou moins long, la guérison peut enfin arriver.

Si, au lieu de vous borner à une simple ponction, vous faites, dans la cavité pleurale, des injections iodées dans le but de produire une détersion de la surface malade, vous favorisez ainsi la formation d'adhérences, et la guérison survient beaucoup plus rapidement. Ces injections sont faciles à faire après l'opération de la thoracentèse qui a ainsi les avantages de l'empyème, sans en avoir les inconvénients.

Ainsi donc, pour nous résumer, il y a utilité et indication de la thoracentèse dans les épanchements séreux abondants, quelle que soit l'époque de leur apparition, et toutes les fois aussi que sans être abondants, ils peuvent donner lieu à des symptômes graves de suffocation. Pour les épanchements purulents quel que soit leur peu d'abondance, il y a toujours indication, toutes les fois qu'il n'y a aucun doute sur la nature purulente du liquide.

Mais ce n'est pas tout, il faut tenir compte encore de l'état simple ou compliqué de la maladie, car on ne peut pratiquer l'opération en toute sécurité que quand la maladie est simple. Il faut étudier, en un mot, les contre-indications.

KYSTE OVARIQUE DROIT PROBABLEMENT UNILOCULAIRE

Volumineux, non ponctionné, chez une demoiselle de quarante-trois ans. — Oxyde d'or, diurétiques, frictions résolutives, compression méthodique avec la ceinture Bourjeaud. — Guérison.

Par M. le professeur COURTY.

En septembre 1863, je fus consulté par une demoiselle du département du Tarn, atteinte d'un kyste de l'ovaire. Voici les renseignements que M. le docteur Moziman (de Lacaune) a bien voulu me transmettre sur cette malade, et sur les effets du traitement que je lui conseillai ;

« Mlle C..., âgée de quarante-trois ans, d'un tempérament lymphatique, fut affectée dans sa jeunesse d'une chloro-anémie que les préparations ferrugineuses firent disparaître rapidement. Sa santé était habituellement bonne. Elle ne fut réglée qu'à l'âge de vingt ou vingt-cinq ans. Jusqu'à l'époque dont nous parlerons tout à l'heure, elle ne se rappelle pas que sa menstruation ait été dérangée, qu'elle ait été plus ou moins abondante, plus ou moins avancée ou retardée; elle croit, en un mot, qu'elle s'est constamment faite dans des conditions normales.

« Il y a quatre ou cinq années que Mlle C... remarqua que les menstrues se manifestaient régulièrement aux époques accoutumées, mais que la quantité de sang qu'elles donnaient était notablement diminuée; elle est certaine que cette diminution dura plusieurs mois, sans pouvoir en préciser le nombre, avant d'éprouver tout autre dérangement. Elle ressentit ensuite de la lassitude, du malaise, de la faiblesse; elle perdit une partie de son embonpoint et de sa fraîcheur, son appétit diminua, elle ne perçut de sensation douloureuse dans aucune des régions de l'organisme. Cependant elle ne tarda pas à s'apercevoir que son abdomen prenait du développement, qu'il augmentait lentement de volume, et que les symptômes ci-dessus énumérés progressaient proportionnellement.

« Elle eut recours aux conseils d'un médecin, qui lui prescrivit l'emploi du laitage, de l'oignon cru, d'un régime alimentaire presque exclusivement composé de viandes rôties; il lui prescrivit aussi le vin de Debreyne. Cette médication fut sans résultat. Il en fut de même des eaux alcalines de Rieumajou, qui furent prises pendant une année; l'appétit augmenta cependant sous l'influence de ces eaux.

« Mlle C... était dans ces conditions lorsqu'elle réclama nos conseils. Nous constatâmes alors les caractères suivants : faiblesse musculaire très-prononcée, lassitude générale, malaise, découragement, inappétence, pâleur de la peau, décoloration des muqueuses, essoufflement, pulsations artérielles insolites pendant la marche, surtout lorsqu'il s'agissait de monter un escalier ou de gravir un plan incliné, mouvement fébrile nul au début; postérieurement, fréquence et élévation du pouls, normalité de bruits du cœur, régularité des battements de cet organe; abdomen proéminent, globuleux, s'étendant vers la

---

L'un est dû à M. Sédillot, placé aujourd'hui à la tête des chirurgiens d'armée et de la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'autre est de M. Ollier, chirurgien beaucoup plus jeune, mais d'un grand mérite, actuellement à la tête du grand hôpital de Lyon.

Travaillant tous deux à élucider la question, depuis une dizaine d'années, avec une ardeur sans pareille, ils ont multiplié les faits sans se ralentir.

Ces deux savants ont abordé franchement la question, mais en la prenant à l'inverse l'un de l'autre.

M. Sédillot soutient, veut prouver que le périoste régénère les os, à l'aide d'expériences qui vont de l'intérieur à l'extérieur, de ce qu'il appelle l'évidement.

L'autre soutient que le périoste reproduit les os de toutes pièces par sa face interne.

Si nous n'avions écouté que l'un des deux auteurs, nous aurions dû rejeter complétement tous les travaux de l'autre. Mais en y regardant avec attention, il n'est point difficile de ramener leur divergence d'opinions à un résultat commun.

Ainsi M. Sédillot creuse les os malades, les transforme en coque jusqu'à ce qu'il arrive à une couche saine, et prouve surabondamment, dans son *Traité de l'évidement*, que le reste de l'os, sain, animé par le périoste qui reste au dehors, suffit pour rétablir un os nouveau, une couche de tissu osseux vivant. C'est de la sorte qu'il est parvenu à rétablir, à régulariser une méthode ancienne, et qui permet de sauver les membres dans un grand nombre de cas. Il a ainsi creusé avec succès les condyles du tibia, du fémur, le calcanéum, etc.

M. Ollier, dont les expériences ont été aussi nombreuses que variées, s'est attaché à prouver qu'en détachant le périoste d'un os sain, en le laissant fixé aux ligaments et aux tendons, on pouvait extraire les os du membre avec chance de voir l'os se reconstituer. Il est parvenu à reséquer ainsi des articulations entières, à extraire l'humérus, par exemple, en conservant le membre, qui s'est reconstitué d'une manière à peu près complète. Avant d'en venir là, M. Ollier avait vu sur les animaux les os du métatarse, du métacarpe, le radius, etc., se reproduire de toutes pièces après le décollement du périoste. Bien plus, il a vu, et nous avons montré en son nom ici, des lambeaux de périoste transportés dans des régions, dans l'aine, la cuisse, y prendre vie et devenir le siége d'une sécrétion osseuse.

La chirurgie militaire de ces derniers temps lui a donné la preuve que, dans les blessures par armes de guerre, on obtient des résultats importants.

MM. Langenbeck, Esmarch, etc., ont eu de nombreuses occasions en Prusse, comme on en avait eu dans les guerres du Sleswig, de confirmer la justesse du principe émis par M. Ollier. Ils ont vu qu'à la place des amputations on pouvait sauver les membres par la résection sous-périostée. Il n'est pas contestable non plus que, pour la fabrique d'un nez nouveau, que pour la fermeture de trous de la voûte palatine, on puisse aussi tirer parti de la conservation du périoste.

M. Sédillot, qui s'est attaché à creuser les os de l'intérieur à l'extérieur, est arrivé, de son côté, à de merveilleux résultats. S'il combat M. Ollier, c'est dans la crainte d'une rivalité redoutable; mais il n'a pas vu qu'en dehors des points malades des os, M. Ollier conservait toute la gaîne périostée avec un soin extrême.

Il est d'ailleurs manifeste que la méthode de l'évidement des os convient mieux que la méthode purement sous-périostée aux hommes adultes ou avancés en âge, et qu'en somme les deux méthodes viennent au secours l'une de l'autre au lieu de s'exclure. C'est ce qui a conduit votre commission à vous proposer de partager le prix entre les deux auteurs d'une manière égale.

L'Académie adopte cette proposition. VELPEAU.

La goutte, sa nature, son traitement, et le rhumatisme goutteux, par GARROD, professeur de matière médicale et de thérapeutique à King's college, ouvrage traduit de l'anglais par le docteur Auguste Ollivier, chef de clinique et sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage annoté par le docteur Charcot, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, etc. Un vol. in-8º de 730 pages accompagnées de 26 figures et de 8 planches, dont 6 coloriées. Prix : 12 francs; avec un joli cartontonnage en toiles, 13 francs. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique considéré dans ses formes et ses accidents secondaires (épidémies 1865 et 1866), par le docteur Jules BESNIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8º de 192 pages avec tracés sphygmographiques. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

région lombaire droite; fluctuation manifeste par la percussion, pas d'infiltration de la face ni des membres supérieurs et inférieurs : ces derniers s'infiltrèrent néanmoins après un laps de temps considérable; menstruation régulière relativement aux époques de son apparition, irrégulière en ce sens qu'elle était de moitié moins abondante environ, et que le sang était faiblement coloré; pas de trace appréciable d'une tumeur solide quelconque dans la cavité abdominale.

« Nous diagnostiquâmes une hydropisie enkystée, compliquée d'un état chloro-anémique.

« Deux indications principales nous parurent devoir être d'abord remplies : combattre l'état chloro-anémique, obtenir en même temps la résorption de l'épanchement séreux, ou tout au moins en prévenir l'augmentation. Nous satisfîmes à la première par l'administration de la limaille de fer associée à la cannelle et à l'aloès. Nous remplîmes la seconde par des boissons diurétiques, par l'usage interne et externe des préparations de scille et de digitale. Nous prescrivîmes en même temps un régime alimentaire réparateur, de l'exercice en plein air proportionnellement à l'état des forces, ainsi qu'une ceinture abdominale, qui ne fut pas employée.

« Ce traitement fut suivi d'un heureux résultat. La menstruation devint plus abondante, sans atteindre néanmoins sous ce rapport ce qu'elle était dans l'état normal; la coloration du sang devint plus prononcée; les forces se relevèrent, l'appétit reparut, le malaise, la lassitude se dissipèrent; la face reprit de l'animation, les muqueuses se colorèrent; l'essoufflement, les pulsations artérielles insolites disparurent. La malade avait une telle confiance qu'elle se croyait en voie de guérison. Il n'en était rien pourtant; le pouls conservait une certaine fréquence, et si l'épanchement abdominal paraissait avoir éprouvé quelque diminution, celle-ci était si peu notable que nous ne pouvions compter sur un succès complet.

« L'état, tel que nous venons de le décrire, se maintenant stationnaire, nous eûmes alors recours à l'iodure de potassium, dans le but d'agir sur l'épanchement, et de provoquer la résolution du kyste. Il ne produisit aucun résultat, la maladie n'ayant été ni aggravée ni améliorée. Nous ne pouvons préjuger cependant quelle en eût été l'action, parce que nous le donnâmes d'abord à faible dose, avec l'intention de l'élever progressivement; mais il fut abandonné par la malade après un temps assez court, de sorte qu'il est impossible d'apprécier l'influence qu'il aurait exercée s'il avait été administré plus longtemps et surtout à des doses plus élevées. Nous perdîmes ensuite de vue la malade. Elle vint réclamer plus tard nos conseils, en septembre 1863. Voici à peu près le texte de notre consultation :

« Kyste ovarique, paraissant uniloculaire, probablement à contenu séreux, probablement aussi développé du côté droit, ayant commencé il y a quatre ou cinq ans, et ayant amené un amaigrissement notable, sans empêcher pourtant l'accomplissement de la menstruation, quoique la malade ait quarante-trois ans. L'utérus est légèrement dévié à gauche et paraît n'avoir de connexion avec la tumeur que par un long pédicule. Il est probable aussi qu'il n'existe pas d'adhérence entre la tumeur et la paroi abdominale ou les viscères, pas plus qu'entre cette même tumeur et l'utérus.

« *Traitement.* — 1° A l'intérieur, prendre tous les matins une tablette composée de la manière ci-dessous :

Oxyde d'or.	0,05 centigrammes.
Chocolat de santé.	q. s.

« Mêlez et divisez en dix parties égales. Quand les dix pastilles seront épuisées, on en fera dix autres dans lesquelles l'oxyde d'or sera porté à 10 centigrammes pour dix pastilles. La troisième fois, 15 centigrammes pour dix pastilles, et ainsi de suite jusqu'à ce que la dose d'oxyde d'or ait atteint 0,50 centigrammes pour dix pastilles. Alors on fera part de son état, pour aviser au moyen de poursuivre le traitement. — En même temps prendre pour tisane trois tasses par jour de décoction légère de chiendent à laquelle seront ajoutés un peu de lait et une pincée de sel de nitre pour chaque tasse. Le lait, autant qu'il sera toléré, devra entrer pour une bonne part dans l'alimentation, afin de profiter de ses propriétés diurétiques. Du reste, le régime devra être tonique.

« 2° A l'extérieur, des frictions seront faites sur le bas-ventre, les aines, la face interne des cuisses, matin et soir, avec la pommade suivante :

Axonge.	60 grammes.
Iodure de plomb.	6 —
Hydriodate de potasse.	2 —

« Mêlez.

« Plus tard, on pourra essayer de badigeonner ces parties avec la teinture d'iode affaiblie et même pure. Sur tout le reste du corps, des frictions sèches seront pratiquées journellement. On pourra imbiber le morceau de molleton de laine qui servira à les faire, de teinture de scille et de digitale, quand la friction portera sur les mollets, la face interne des cuisses, l'épigastre et les lombes, afin de provoquer la sécrétion urinaire. Enfin, comme prescription de la plus grande importance, exercer constamment, nuit et jour, une compression douce et uniforme sur le ventre, par une ceinture abdominale du docteur Bourjeaud, recouvrant un linge fin, ou même un morceau de toile cirée ou de caoutchouc mince destiné à entretenir la transpiration cutanée.

« Ce traitement a été suivi pendant un mois. Mlle C... a pris dix tablettes à 5 centigrammes d'oxyde d'or, 1/2 centigramme par tablette; elle en a aussi pris dix à 10 centigr. (1 centigramme par tablette), mais elle a partagé ces dernières, de sorte qu'en définitive elle n'a absorbé par jour que 1/2 centigramme d'oxyde; elle a appliqué la ceinture abdominale et pratiqué les frictions avec l'axonge, l'iodure de plomb et l'hydriodate de potasse; elle a fait usage de la tisane de chiendent nitrée.

« Sous l'influence de ce traitement, la sécrétion urinaire a été notablement augmentée, l'abdomen a diminué rapidement de volume; il ne reste plus aucune trace de l'épanchement. Mlle C... prétend éprouver seulement une plus grande faiblesse musculaire. Cependant l'appétit est bon; la physionomie est animée, les muqueuses sont colorées, il n'y a pas de mouvement fébrile. L'abdomen, palpé avec le plus grand soin, n'a montré dans toute l'étendue de sa capacité ni tumeur, ni kyste, ni engorgement d'une nature quelconque. L'aorte abdominale donne des pulsations très-prononcées; son calibre nous a paru d'un développement insolite. Mlle C... voulait renoncer au traitement prescrit, parce que, lorsqu'elle eût pris quelques tablettes à 1 centigramme d'oxyde d'or, ses menstrues, qui s'étaient montrées depuis peu de jours, reparurent immédiatement après. Nous lui avons conseillé de le continuer pour consolider la cure, sans porter néanmoins l'oxyde d'or à des doses plus élevées. »

Trois ans se sont écoulés depuis que ce traitement a été terminé, et la guérison ne s'est pas démentie. Il n'y a plus de tumeur dans la cavité abdominale; toutes les fonctions s'exécutent bien, l'amaigrissement a disparu, les forces sont revenues, la santé générale est florissante. (*Montpellier médical.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 avril 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Maurin sur le service des épidémies de l'arrondissement de Nice en 1866 ;

2° Un rapport de M. le docteur Bigot sur une épidémie de coqueluche dans l'arrondissement de Dinan en 1866 ;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques du département des Alpes-Maritimes en 1866 (Commission des épidémies) ;

4° Un rapport de M. le docteur Finaz sur le service médical des eaux minérales de Charbonnières (Rhône) en 1865 (Commission des eaux minérales) ;

4° Un rapport de M. le docteur Lépic sur le service de la vaccine dans le département du Calvados en 1866 (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de MM. Nonat et Woillez, qui se présentent comme candidats pour la section de pathologie médicale ;

2° Un travail de M. le docteur Mignaud (de Chantelle) sur l'emploi du crochet pour faciliter la version dans les présentations de l'épaule ;

3° Une note de M. le docteur Guillaume Hubelski (de Varsovie) sur l'emploi de l'éther sulfurique pulvérisé dans les affections nerveuses.

M. BÉCLARD présente, de la part des éditeurs, la première partie du tome sixième du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Les principaux articles que renferme ce demi-volume, sont : ARSENIC (chimie, toxicologie et thérapeutique), par MM. L. Orfila et D. de Savignac ; ARTÈRES (anatomie, pathologie et chirurgie), par MM. M. Sée, Lancereaux et Legouest ; ARTHRITE, par M. Ollier, etc.

— **M. LARREY** présente : 1° de la part de M. le docteur Felice Baroffio, une brochure intitulée : *Les cas d'instruction en Italie en 1865 ;* 2° le catalogue en anglais des articles contenus dans le muséum de chirurgie militaire de Londres ; 3° de la part de M. le docteur Fossion, une brochure ayant pour titre : *De la dérivation du sang ;* 4° de la part de M. le docteur Mouillié, médecin major au 46° de ligne, un mémoire manuscrit sur les causes d'exemption du service militaire dans le département de la Haute-Loire en 1865, avec carte et tableaux statistiques. (Commission : MM. Larrey, Broca et Bergeron.)

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie que MM. les professeurs Martins, Filhol et Favre assistent à la séance.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce ensuite à l'Académie que, d'après une décision du conseil, il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de pharmacie.

LECTURE.

Action de la digitale. — M. OULMONT, candidat pour la section de thérapeutique, lit un mémoire sur l'action de la digitale dans l'état fébrile et en particulier dans le rhumatisme articulaire aigu.

L'auteur s'est proposé dans ce travail de vérifier les expériences thérapeutiques faites sur la digitale, en Allemagne par Traube, et en France par M. Hirtz. Il a eu occasion d'administrer ce médicament dans un grand nombre de maladies fébriles et en particulier dans le rhumatisme articulaire aigu. L'action de la digitale dans cette dernière maladie se manifeste par des phénomènes caractéristiques. Au bout de trente-six à quarante-huit heures, le pouls et la température commencent à baisser; vers le troisième et généralement le quatrième jour, il survient des nausées et des vomissements. A ce moment la chute du pouls se prononce davantage et tombe rapidement de 20 à 30 pulsations et la température diminue de 1 à 2 degrés. En même temps, les manifestations morbides du rhumatisme disparaissent graduellement et quelquefois avec une surprenante rapidité; la guérison peut avoir lieu en cinq ou six jours, mais le plus ordinairement vers le douzième ou quinzième jour, quand la maladie est simple et sans complications ou avec des complications peu graves. Chez les individus diathésiques ou chez ceux qui ont déjà eu des attaques antérieures, la guérison rapide est rare, la maladie résiste, il y a des rechutes plus ou moins nombreuses sur lesquelles la digitale n'a plus d'action.

M. Oulmont conclut de ces faits que la digitale exerce son action sur l'élément fébrile, dont la disparition peut entraîner celle de la maladie, mais qu'elle est sans influence sur l'élément rhumatismal.

M. Oulmont n'a jamais vu survenir chez ses malades de complications cardiaques accidentelles ou métastatiques. Les maladies du cœur anciennes ont été améliorées. Bien qu'il ait existé assez souvent du délire et d'autres phénomènes cérébraux, jamais ces accidents n'ont acquis de gravité, ils ont toujours promptement disparu. Enfin la sécrétion urinaire n'est pas augmentée.

La digitale a été administrée à tous les malades d'une manière uniforme. Elle était donnée à la dose de 1 gramme d'herbes pulvérisées en infusion dans 120 grammes d'eau sucrée à prendre par cuillerées d'heure en heure. Le médicament doit être suspendu quand les phénomènes gastriques se manifestent, pour n'être repris que dans les rechutes. Dans ce dernier cas, il a été donné à la dose de 50 centigrammes.

Emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans le traitement des affections catarrhales. — M. MARROTTE, candidat pour la section de thérapeutique, lit une note sur l'emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans le traitement des affections catarrhales comme succédané du sulfate de quinine.

L'auteur résume cette note dans les propositions suivantes :

Les affections catarrhales affectent, dans l'immense majorité des cas, une marche périodique qui prend, selon les épidémies et les cas particuliers, les types continus-rémittents ou intermittents, quotidiens, double-tierces ou hémitritées.

La connaissance de ce caractère se retrouve à l'origine de leur histoire traditionnelle, elle n'a donc rien de nouveau et d'inusité. Il n'y a également rien de nouveau dans l'assimilation qu'on en a voulu faire avec les maladies paludéennes.

Les causes expérimentales, c'est-à-dire appréciables par l'observation, sous l'influence desquelles elles se développent, ne permettent pas de les confondre avec ces dernières.

Ces causes particulières expliquent comment les affections catarrhales, tout en étant habituellement justiciables du quinquina, spécialement du sulfate de quinine, par leur marche périodique, ne le sont pas aussi nécessairement ni aussi facilement que les affections d'origine maremmatique.

Elles peuvent imprimer aux affections catarrhales des caractères de ténacité et de fixité, qui leur donnent quelquefois une marche continue, qui résiste au quinquina, lors même qu'elles ont les apparences de la périodicité. L'histoire des constitutions médicales et même des épidémies générales le prouve surabondamment.

Les affections catarrhales n'ont donc pas une méthode de traitement spécifique uniforme; on les guérit en remplissant les indications simultanées ou successives qui se présentent dans leur cours.

L'épidémie que nous traversons prouve qu'une des conditions qui rendent les affections catarrhales moins impressionnables et quelquefois même réfractaires au sulfate de quinine, peut consister dans un éréthisme inflammatoire qui a sans doute pour origine la prédominance générale du froid au milieu des autres conditions propres à les engendrer.

Quelle que soit la valeur de cette détermination morbide, de cette indication du sel ammoniac et sans rien préjuger sur ce qu'apprendra l'observation ultérieure, il résulte des faits observés dans la constitution médicale actuelle que l'hydrochlorate d'ammoniaque peut devenir un succédané utile du sulfate de quinine dans le traitement des affections catarrhales. (Renvoi à la section de thérapeutique.)

Traitement thermal de Vichy. — M. LE Dr DURAND (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy, expose la statistique des résultats consécutifs du traitement thermal de Vichy, d'après les documents de l'hôpital militaire de cette station, pendant les années 1863, 1864 et 1865.

Cette statistique, dit l'auteur, est un résumé des statistiques dressées à l'hôpital thermal militaire de Vichy depuis 1863, époque à laquelle nous avons pris la direction médicale de cet établissement.

L'hôpital thermal militaire de Vichy a admis au traitement, pendant les années 1863, 1864 et 1865, 2,040 malades appartenant aux armées de terre et de mer. Il n'a été reçu de renseignements ultérieurs que sur 1,550 d'entre eux. C'est sur ce dernier chiffre que s'établit la statistique.

Les maladies traitées sont, dans leur généralité, divisées en affections du tube digestif, affections des annexes de ce tube, en affections de l'appareil urinaire et en affections de l'appareil locomoteur.

Affections du tube digestif, dyspepsies gastriques. — Elles se sont présentées au nombre de 394, avec les résultats suivants : guérisons, 88; grandes améliorations, 110; améliorations, 102; faibles améliorations, 42 ; résultats nuls, 44 ; aggravations, 2; décès, 6, dont 5 depuis le départ de Vichy.

Les formes ont été acescente, flatulente, vomitante, vertigineuse et gastralgique. Mais elles se sont très-souvent trouvées enchevêtrées sur un même malade....

Presque toutes ces affections ont été traitées par les eaux de la source de l'Hôpital, à des doses gradatives proportionnées aux susceptibilités des malades. Cependant l'eau du puits Lardy, donnée après les repas, a souvent singulièrement facilité les digestions et favorisé le traitement. . . . .

Gastralgies par crises. — Sur 86 cas, se présentent 26 guérisons, 22 grandes améliorations, 14 améliorations, 11 faibles améliorations, 13 résultats nuls. Emploi de la source de l'Hôpital.

Entérites chroniques et entéralgies, 56 cas : 13 guérisons, 19 grandes améliorations, 17 améliorations, 5 faibles améliorations, 1 aggravation, 1 décès. Emploi de la source de l'Hôpital.

Dysenteries et diarrhées chroniques, provenant, pour la plupart, des campagnes d'Afrique, 16 cas : 1 guérison, 5 grandes améliorations, 3 améliorations, 2 faibles améliorations, 3 résultats nuls, 1 décès.

Le tâtonnement a été nécessaire contre ces affections; quant au choix des sources, ce sont les eaux de l'Hôpital, de la Grande-Grille ou du puits du Parc qui ont eu le plus de succès.

Affections des annexes du tube digestif; engorgements des viscères abdominaux, consécutifs aux fièvres intermittentes, de provenance africaine ou coloniale, 157 cas : 37 guérisons, 41 grandes améliorations, 37 améliorations, 17 faibles améliorations, 18 résultats nuls, 1 aggravation, 6 décès, dont 3 après le départ de Vichy.

Ces affections ont été traitées par les eaux de la Grande-Grille, ou, dans les cas de cachexie paludéenne, par les eaux du puits Lardy ou de la source Mesdames. L'application des douches chaudes ou froides

a paru singulièrement aider l'action des bains et des boissons. L'imminence des accès de fièvre intermittente nous a souvent forcé d'associer à l'emploi de l'eau minérale l'usage préventif du sulfate de quinine.

Hépatites chroniques et engorgements du foie, 261 cas, parmi lesquels 40 guérisons, 67 grandes améliorations, 75 améliorations, 26 faibles améliorations, 26 résultats négatifs, 1 aggravation, 4 décès, dont 2 depuis le départ de Vichy. Emploi des eaux de la Grande-Grille et, dans les cas concomitants de cachexie paludéenne, de celles de Lardy ou de Mesdames.

Coliques hépatiques, 67 cas : 15 guérisons, 21 grandes améliorations, 18 améliorations, 7 faibles améliorations, 6 résultats négatifs. Emploi à peu près exclusif des eaux de la Grande-Grille.

Engorgements chroniques de la rate, 12 cas, parmi lesquels 4 guérisons, 3 grandes améliorations, 1 amélioration, 2 faibles améliorations, 2 résultats nuls. Emploi des eaux de la Grande-Grille et du puits Lardy; usage fréquent des douches locales.

Affections de l'appareil urinaire : gravelles, néphrites chroniques, coliques néphrétiques, 197 cas : 53 guérisons, 62 grandes améliorations, 50 améliorations, 16 faibles améliorations, 14 résultats négatifs, 2 décès, dont 1 depuis le départ de Vichy. Ce sont généralement les eaux des Célestins qui ont été mises en usage.

Diabètes sucrés, 26 cas, parmi lesquels les médecins-majors des corps signalent 3 guérisons, 8 grandes améliorations, 4 améliorations, 2 faibles améliorations, 3 résultats négatifs, 1 aggravation, 5 décès, dont 4 depuis le départ de Vichy.

Les eaux des Célestins, de la Grande-Grille et, dans les cas d'anémie, celles de Mesdames et de Lardy, nous ont paru les mieux appropriées à ces affections, toujours traitées en même temps par le régime de M. Bouchardat.

Cystites chroniques et catarrhes de la vessie, 123 cas, à l'occasion desquels nous notons 24 guérisons, 31 grandes améliorations, 29 améliorations, 19 faibles améliorations, 15 résultats négatifs, 1 aggravation, 4 décès, dont 2 depuis le départ de Vichy.

Ces affections ont été traitées par les eaux de la source des Célestins pures ou coupées avec de l'eau commune, coupées quand se sont présentés les moindres phénomènes de chaleur ou de spasme de la vessie, très-souvent exaspérés, d'après notre expérience, par l'action excitante des eaux pures.

Affections de l'appareil locomoteur : rhumatisme articulaire chronique, 12 cas : 4 guérisons, 3 améliorations, 5 résultats négatifs. Emploi des eaux de la Grande-Grille ou du puits Thomas.

Gouttes et rhumatismes goutteux, 123 cas. Les médecins-majors signalent 31 guérisons, 30 grandes améliorations, 26 améliorations, 16 faibles améliorations, 19 résultats négatifs, 1 décès, depuis le départ de Vichy.

Sous l'influence de l'excitation produite par les eaux et de la fièvre thermale, les accès de goutte récidivent avec la plus grande facilité à Vichy même; depuis deux ans, nous avons tâché de nous opposer à ces récidives, en faisant couper par moitié l'eau minérale avec de l'eau commune, tout en donnant cependant les quantités ordinaires de la première. Voici quels ont été à cet égard nos résultats :

Pour les années 1864 et 1866, époques où nous ne faisions pas couper l'eau, nous conformant en cela à l'usage, nous avons observé, sur 107 cas, 48 récidives.

Pour les années 1865 et 1866, époques où nous avons fait généralement couper l'eau, nous n'avons, sur 119 cas, observé que 25 récidives.

Ainsi, grâce à cette simple méthode, les récidives ont diminué de moitié.

C'est ordinairement l'eau des Célestins et souvent celle de la Grande-Grille que nous avons opposée à la goutte et au rhumatisme goutteux.

Enfin, il s'est présenté à l'hôpital militaire de Vichy 25 cas d'affections variées, non usuellement traitées dans cette station, qui n'ont pas offert de résultats notables.

En résumé, nous avons traité à l'hôpital militaire de Vichy, pendant les années 1863, 1864 et 1865, 1550 malades sur le compte desquels il nous est parvenu, de six à dix mois après le traitement, des renseignements officiels. Sur ce nombre, les renseignements nous ont signalé 352 cas de guérison, 444 cas de grande amélioration, 375 cas de simple amélioration, 164 cas de faible amélioration, 169 résultats négatifs, 8 cas d'aggravation et 30 décès, dont 12 avaient eu lieu à l'hôpital militaire de Vichy.

Parmi les 12 malades qui sont morts dans cet établissement, 11 avaient présenté un état désespéré à l'arrivée, et avaient à peine pu faire usage des eaux; le douzième est mort frappé de syncope dans un bain.

Les résultats statistiques que nous venons de signaler ne laissent aucun doute sur l'efficacité des eaux de Vichy dans les diverses affections dont l'Académie impériale de médecine et le conseil de santé des armées ont recommandé le traitement dans cette station; ils commencent à préciser le degré de cette efficacité dans chacune de ces affections; mais de nouveaux résultats de ce genre sont encore nécessaires pour couronner l'œuvre d'investigation commencée. (Renvoyé à la commission des eaux minérales.)

M. LE PRÉSIDENT appelle M. F. Voisin à la tribune pour une lecture. M. Voisin ayant la voix fatiguée demande l'ajournement de son tour de parole.

L'ordre du jour est épuisé.

La séance est levée à 4 heures un quart.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

268. Bachelot-Villeneuve. Résumé analytique des principales opinions sur l'origine et la nature du tubercule.

269. Rougedemontant. Étude sur les fractures indirectes du péroné.

270. Goubert. De la perceptivité normale et surtout anormale de l'œil pour les couleurs spécialement; de l'achromatopsie ou cécité des couleurs.

271. Le Play. De l'anesthésie locale par la pulvérisation de l'éther, et description d'un nouveau pulvérisateur par le gaz acide carbonique.

272. Granier Saint-Aubin. De l'hémorrhagie intestinale survenant dans la fièvre typhoïde.

273. Bouteillier. Des oreillons et de leur métastase chez la femme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 19 avril, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : 1° scrutin sur les candidatures de MM. Gallard et Viennois; 2° communication sur la péritonite spontanée, par M. Blachez; 3° discussion sur les rapports de MM. Charrier et A. Martin.

— M. Foucher commencera son cours de clinique ophthamologique le jeudi 25 avril, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera tous les jeudis, à la même heure.

Il s'occupera spécialement des opérations qui se pratiquent sur l'œil.

Les élèves seront exercés aux manœuvres opératoires.

Les exercices ophthalmoscopiques ont lieu tous les lundis et tous les vendredis, de deux à quatre heures, au bureau central, Parvis Notre-Dame, 2.

— On désirerait acheter les premières années de la *Gazette des Hôpitaux* (1828-1840).

On pourrait vendre séparément une série de volumes (1840-1866). S'adresser au bureau du journal.

— Plusieurs de nos confrères nous demandent où l'on peut se procurer des thèses soutenues aux facultés de médecine de France. Ils peuvent s'adresser à M. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30, qui depuis plusieurs années centralise chez lui toutes les thèses médicales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebonda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau, par le docteur Bazin, médecin de l'hopital Saint-Louis. Deux volumes in-8°. Prix : 11 fr. franco. — Paris, 1865.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur Garrod. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8° accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr.; avec cartonnage en toile : 13 fr. — Paris, 1867. — Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye.

Étude critique sur la nature et le traitement de l'éclampsie puerpérale, par le docteur Maugenest. In-8° de 102 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, Imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 47. — SAMEDI 20 AVRIL 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 20 AVRIL 1867. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Création d'un musée pathologique à l'hôpital Saint-Louis.

L'administration de l'Assistance publique s'occupe de la création, à l'hôpital Saint-Louis, d'un musée pathologique qui promet d'être un jour à la fois une exposition très-intéressante des cas les plus curieux des maladies cutanées, et un moyen d'instruction très-précieux pour les élèves en médecine des hôpitaux de Paris, et pour les élèves et médecins étrangers qui visitent en grand nombre cet hôpital spécial.

Voici à quelle occasion cette utile création a pris place dans les institutions hospitalières de Paris.

M. Devergie, médecin honoraire des hôpitaux, a fait hommage à l'administration de la collection d'aquarelles exécutées sous sa direction pendant son temps d'exercice à l'hôpital Saint-Louis.

Elle représente toutes les formes élémentaires des maladies de la peau.

Notre confrère a prié M. Husson d'exposer cette collection, afin qu'elle pût servir à l'enseignement des élèves.

Il y a joint le grand ouvrage de M. le professeur Hebra, de Vienne, dont il a fait placer sous verre les planches grand in-folio.

M. le directeur de l'Assistance publique a accepté, avec reconnaissance, l'offre de M. le Dr Devergie, et désireux de faire tout ce qui peut contribuer à l'avancement de la science et être utile aux élèves, il a fait disposer à l'hôpital Saint-Louis une galerie où les dessins donnés par M. Duvergie sont exposés dans des vitrines établies pour cette destination.

Les médecins en exercice de l'hôpital Saint-Louis ont déjà enrichi ce musée naissant de dessins et moulages qui sont en leur possession, et l'Administration des hôpitaux fera elle-même les frais de reproduction des cas qui auront paru aux chefs de service mériter le plus d'intérêt.

On assure que lorsque l'Administration pourvoira à la reconstruction des bains externes de l'hôpital Saint-Louis, comme elle l'a fait déjà pour les bains internes qui constituent aujourd'hui un établissement remarquable, elle réservera un emplacement convenable pour le musée pathologique.

Les modèles, alors nombreux, seront accompagnés de registres contenant les observations développées des médecins ; une bibliothèque spéciale contenant les ouvrages et les dessins les plus rares sur la pathologie cutanée formera une annexe du musée et présentera de précieux moyens d'instruction pour les élèves de Paris et les médecins français et étrangers.

En attendant, la galerie qui sert aujourd'hui de musée provisoire sera ouverte tous les jours de la semaine, le dimanche excepté, de 8 à 11 heures du matin, à partir du jeudi 25 avril.

De l'endocardite varioleuse.

M. Bouillaud, dans son *Traité de nosographie médicale*, partage les endocardites en deux grandes séries : l'une comprenant celles que l'on rencontre chez les individus atteints de fièvre continue dite grave ou typhoïde, de fièvres éruptives violentes; l'autre, comprenant celles qui accompagnent souvent l'arthrite rhumatismale généralisée, la pleurésie et la pleuro-pneumonie ordinaire.

M. le docteur Duroziez, ayant eu l'occasion de rencontrer quelques cas d'endocardite varioleuse que nous exposerons tout à l'heure, s'est proposé de rechercher dans les auteurs qui se sont plus spécialement occupés de l'histoire des affections cardiaques, les faits qui peuvent se rapporter à cet ordre de complications.

Il a trouvé d'abord, dans le *Traité du rhumatisme articulaire aigu*, de M. Bouillaud, une observation qui fait en quelque sorte coup double, le malade ayant été atteint successivement de rhumatisme articulaire aigu et de variole.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, garçon limonadier, malade depuis cinq jours lorsqu'il entre à la Charité, le 11 août 1838, pour un rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Le 11 septembre, on constate un souffle bien marqué au premier temps, surtout au niveau de l'orifice aortique et un bruit de diable dans la carotide droite. Pouls à 100.

Le 12, bruit de souffle dans toute la région précordiale, se prolongeant dans la région de l'aorte sous-sternale, où il est très-prononcé et sec, surtout vers l'orifice aortique; il accompagne le premier bruit valvulaire.

Le 13, pouls à 80. Le premier bruit du cœur est toujours accompagné de souffle.

Du 14 au 18, le souffle, au premier temps, est toujours bien marqué; il est râpeux et occupe toute la région précordiale.

Le 18, pouls à 48-52. Souffle du cœur un peu moins fort et moins râpeux.

Le 21, le souffle diminue.

Le 22, souffle au premier temps bien marqué dans toute la région de l'aorte sous-sternale; le second bruit consiste en un claquement pur.

Le 23, un bruit de souffle râpeux au premier temps, rude, sec, se fait entendre dans la région des cavités gauches; le second bruit lui-même est un peu rude. Souffle pur dans la région sous-sternale. Pouls, 96-100, plus fort et redoublé. Une variole se manifeste; le sujet n'a été ni vacciné ni variolé.

Le 26, pouls, 64, toujours bien redoublé.

Le 4 octobre, le malade succombe.

Le péricarde contient une petite quantité de sérosité jaunâtre; son feuillet cardiaque offre une teinte légèrement opaline, et on y trouve à peine quelques plaques laiteuses; le ventricule droit contient quelques caillots en partie décolorés, fibrineux; sa membrane interne offre une rougeur générale, mais plus marquée sur les valvules pulmonaires, qui sont en même temps comme légèrement boursouflées ; la rougeur est plus foncée dans l'oreillette droite et sur la valvule tricuspide, dont les lames sont évidemment boursouflées, principalement sur leur bord libre, qui est recouvert d'une traînée de granulations qui paraissent de formation assez récente. La membrane interne de l'artère pulmonaire n'offre qu'une teinte très-légèrement rosée, sur laquelle tranche la teinte plus rouge des valvules. Les valvules de l'aorte sont parfaitement suffisantes; elles offrent une rougeur foncée, tandis que la membrane interne de l'aorte n'offre qu'une teinte rosée semblable à celle de l'artère pulmonaire; ses valvules sont en même temps légèrement boursouflées. Le ventricule gauche contient deux caillots, dont l'un, formé par la fibrine, ferme et décoloré, s'engage dans l'orifice mitral; la membrane interne de ce ventricule offre une teinte d'un rouge assez foncé ; les lames de la bicuspide, plus rouges encore que les valvules de l'aorte, sont fortement boursouflées, et leur bord libre est parsemé de végétations assez récentes. La membrane interne de l'aorte, en contact avec du sang liquide, offre cependant dans toute sa longueur sa teinte blanc-jaunâtre à peu près normale, tandis que la membrane interne de la veine cave, également en contact avec du sang liquide, offre, dans presque toute son étendue, une teinte d'un rouge foncé.

« Je pense, dit M. Bouillaud dans les réflexions dont il fait suivre cette observation, que les granulations valvulaires, et l'épaississement des valvules étaient les restes de l'endocardite rhumatismale, tandis qu'on peut, selon toutes les probabilités, mettre sur le compte de l'endocardite variolique, et la rougeur, et le léger boursouflement récent des valvules, et les concrétions fibrineuses adhérentes, fermes et blanches, que contenaient les cavités du cœur. »

M. le docteur Martineau, dans sa thèse d'agrégation (*Des endocardites*, 1866), dit n'avoir rencontré, depuis 1863, qu'un seul cas d'endocardite dans la variole.

Il s'agit d'un malade couché dans la salle Sainte-Jeanne, n° 59, service de M. le professeur Trousseau (1865). Cet homme était en pleine éruption variolique, lorsque M. Trousseau, en auscultant la région cardiaque, constata, pour la première fois depuis l'entrée du malade, un bruit de souffle rude intense, ayant son maximum d'intensité à la pointe, et couvrant le premier bruit du cœur. A la base, les bruits étaient normaux. Ce bruit de souffle persista avec la même rudesse, la même intensité pendant quinze jours environ, puis il disparut progressivement, de telle sorte qu'il n'existait plus lorsque le malade quitta l'hôpital au bout de six semaines.

M. Duroziez accepte le diagnostic de M. Trousseau et de M. Martineau, et s'appuie sur cette observation pour donner comme des exemples d'endocardite varioleuse des observations non suivies d'autopsie, dans lesquelles il a constaté des souffles semblables à celui indiqué par ces médecins.

Nous arrivons aux faits observés par M. Duroziez. Nous commençons par les autopsies.

OBS. I. *Endocardite varioleuse.* — Femme de vingt-neuf ans. Un peu de développement du cœur. Sur le péricarde, on aperçoit quelques plaques laiteuses au niveau du ventricule droit. Sur l'oreillette droite, les dépôts blancs sont plus granulés, ressemblent à de la poussière. A la réunion des artères et des ventricules, on trouve des lamelles membraneuses de nouvelle formation.

Une rougeur générale a envahi la tricuspide, les sigmoïdes pulmonaires, la bicuspide et les sigmoïdes aortiques. L'endocarde des cavités présente une coloration irrégulière ; çà et là sont des plaques blanches. L'épithélium se détache par endroits en lamelles très-minces; l'épithélium, surtout dans les oreillettes, est chagriné; le trou ovale est largement ouvert; le doigt y passe facilement, mais la valvule fermée. La tricuspide est bridée par endroits, épaissie, insuffisante.

Les sigmoïdes pulmonaires sont rouges, épaissies, suffisantes.

La biscupide, épaissie, recroquevillée, rouge, desquammée par endroits, présente des granulations blanches, récentes, et est insuffisante.

Les sigmoïdes aortiques, rouges, épaissies, présentent des granulations rouges et blanches, et sont insuffisantes.

OBS. II (Hôtel-Dieu, novembre 1863). *Variole confluente.* — Cœur un peu plus gros que normalement. Toutes les valvules sont plus ou moins rougies. Les sigmoïdes aortiques sont rouges, épaissies, et tranchent sur la teinte jaune blanche de l'aorte. La bicuspide, rouge, épaissie, présente comme des grains de millet mous tout le long du bord de la valvule, à 1 millimètre de ce bord. Il y a là une endocardite évidente.

OBS. III. — D..., vingt et un ans, employée dans le commerce.

Éruption le troisième jour. Dessiccation commençante le dixième jour, P. 84. Vingt-huitième jour : cœur un peu gros, second claquement dédoublé à gauche, froissements péricardiques, souffle au premier temps au niveau de la mitrale. Trente-septième jour : accouchement, fièvre puerpérale. Mort le quatre-vingt-treizième jour. — Autopsie : opalescence, inégalités à la surface du péricarde, cœur ferme, revenu sur lui-même, un peu d'épaississement de la bicuspide et des sigmoïdes de l'aorte, aorte très-étroite.

OBS. IV. — L..., dix-neuf ans, ouvrière en tabac. Variole. Mort le onzième jour.

Nous n'avons trouvé rien de notable au cœur. Poumons sains, foie gras.

Voilà, dit M. Duroziez, tout notre bagage comme autopsie. Sans doute, il est bien léger. Mais ne peut-on l'augmenter des observations qui présentent des bruits anomaux au second temps, ou même un souffle intense au premier temps à la pointe ?

Nous renvoyons l'exposé de cette seconde série de faits à la Revue prochaine.

Éclampsie avant l'accouchement. — Lésion de la langue déterminant une hémorrhagie grave de l'artère linguale. — Accouchement spontané. — Guérison.

Si, en général, les morsures de la langue, produites pendant les accès d'éclampsie, n'offrent pas de gravité, il n'en a pas été ainsi chez une femme qui fut apportée sur un brancard, le 21 mars dernier, dans le service d'accouchement de M. le professeur Depaul, à l'hôpital des Cliniques.

Cette jeune femme, Victorine P..., âgée de vingt-cinq ans, avait eu déjà, en ville, plusieurs accès (six environ) avant le début du travail ; la grossesse était d'environ six mois et demi. Un médecin appelé dans cette circonstance pratiqua une saignée du bras ; il plaça entre les dents de la malade, pour éviter les lésions de la langue, une grosse cheville qu'il fit à la hâte, et la femme fut dirigée sur la Clinique. Mais en chemin la cheville fut déplacée, et elle était dirigée dans le sens antéro-postérieur de la bouche.

A l'arrivée de la malade à la salle d'accouchement, la grosse cheville, ensanglantée, sortait de la bouche de quelques centimètres seulement. Le visage, le menton, le cou étaient inondés de sang qui était projeté en pluie à chaque expiration. Les lèvres étaient recouvertes de caillots durs et épais ; dans la bouche il y avait d'autres caillots mous que l'on put enlever.

A quatre heures et demie du soir survint le premier accès constaté dans le service ; il fut assez violent pour que du sang artériel jaillit par saccades.

M. le professeur Depaul, informé de la gravité de la situation, vint à sept heures du soir. A ce moment, un énorme caillot, simulant un lambeau de la langue, sortait de la bouche de la malade. M. Depaul attira la langue au dehors à l'aide d'une pince à polype ; il enleva les caillots, et il put s'assurer que la langue avait été déchiquetée par les dents de la malade dans

toute sa partie antérieure et inférieure, et que l'hémorrhagie en nappe provenait d'une large entaille profonde de l'extrémité de l'artère linguale droite.

M. Depaul appliqua, à l'aide d'un pinceau, du perchlorure de fer étendu d'eau, afin de le rendre plus hémostatique. Le sang cessa de paraître, mais le pouls était petit, fréquent; les mains étaient couvertes de sueur froide; la face était pâle, diaphane, les lèvres décolorées; tout semblait annoncer une fin très-prochaine.

Les membres inférieurs n'étaient pas infiltrés; quelques gouttes d'urine, extraites de la vessie, firent constater une notable quantité d'albumine. L'auscultation donna la certitude que l'enfant avait cessé de vivre.

Cette femme, qui avait eu environ six accès en ville, en eut encore huit à la Clinique. En tout quatorze accès. (A la Clinique, quatre heures et demie du soir, cinq heures vingt minutes, six heures vingt minutes, sept heures dix minutes, huit heures dix minutes, dix heures, dix heures trois quarts, onze heures trois quarts du soir.)

Le travail d'accouchement se déclara nettement à dix heures du soir, le 21 mars, et marcha rapidement. Les membranes se rompirent spontanément à trois heures du matin, le 22 mars, et quelques instants après le fœtus fut expulsé. C'était une petite fille, mort-née, non macérée, du poids de 1,090 grammes, et dont la longueur était de 32 centimètres.

A la visite du matin, à huit heures, la malade parlait bien, son pouls était bon, mais les idées n'étaient pas bien nettes. Les jours suivants, il survint du délire.

Aujourd'hui 11 avril, cette jeune femme est complétement guérie. Sa langue est encore tuméfiée; son intelligence est bonne, mais elle ne se souvient pas d'avoir été enceinte. On remarquera que la saignée pratiquée au début de l'éclampsie et la notable déperdition de sang produite par l'hémorrhagie n'ont pas eu le résultat funeste que quelques médecins auraient pu appréhender.

Nouveaux exemples de réunion de parties complétement détachées du corps.

Voici deux nouveaux exemples de réunion de parties détachées du corps, que nous transmet M. H. Crérard, étudiant en médecine à l'université de Louvain.

Premier fait. — Il s'agit d'un maréchal-ferrant, le nommé M..., qui était un jour occupé à couper le sabot d'un cheval pour lui appliquer un nouveau fer.

Il n'est pas besoin de décrire la position ni la situation respective des mains, les lecteurs se le figureront aisément. Toujours est-il que, pendant qu'il pressait un peu fort sur l'extrémité opposée au tranchant de l'instrument, le tranchant emporta le bord de la corne du sabot du cheval et une partie assez épaisse, de la grandeur d'une pièce de cinq centimes, de l'éminence thénar. Cette partie tout à fait détachée de la main, puisqu'elle se trouvait par terre, mais sur le côté cutané, fut réappliquée immédiatement par sa surface saignante sur la plaie, et un appareil *ad hoc*, fait avec des bandelettes agglutinatives, maintint le tout en contact, si bien que quelques semaines plus tard il était tout à fait impossible d'y voir autre chose qu'une petite ligne circulaire, à peine perceptible, indiquant qu'une réunion par première intention avait eu lieu.

Deuxième fait. — Ce second fait s'est présenté dans la clinique de M. le professeur Michaux.

Un garçon meunier, occupé à mener sa charrette chargée de farine, voulut sauter sur le cheval qui se trouvait en avant, quand tout à coup il perdit l'équilibre et tomba sur le dos au devant des pieds de devant du cheval. Celui-ci lui mit le pied sur le plein de la face et lui emporta la totalité du nez, de telle sorte que quand on apporta la victime à la clinique le nez était détaché à sa racine et le long de ses bords, ainsi que la surface muqueuse de la lèvre supérieure, et le tout pendait renversé au devant de la bouche. M. le professeur Michaux nettoya, releva et réajusta le tout. Quelques points de suture métallique furent appliqués; la réunion se fit on ne peut mieux, de telle façon que le jeune homme put, au bout de trois semaines, reprendre ses occupations. J'ai revu cet homme plusieurs fois depuis, dans la rue, et je puis assurer que la cicatrice n'est pas très-apparente. L'histoire de cet homme se trouve conservée dans les archives de la clinique chirurgicale de l'hôpital.

— Puisque nous venons de parler de greffes ou de réunions de parties détachées du corps, c'est le cas de dire un mot d'une note sur la cicatrisation des os et des nerfs que vient de publier tout récemment M. le docteur A. Dubrueil, à qui nous devons la première communication qui nous a donné l'occasion de rappeler quelques faits analogues et d'en enregistrer de nouveaux, y compris ceux qu'on vient de lire.

M. Dubrueil a fait, en 1861, et il a répété en janvier dernier une expérience qui conduit à cette conclusion : que du tissu osseux peut être engendré en l'absence du périoste (cette expérience a consisté à exciser une certaine étendue d'un os long chez un lapin, en enlevant le périoste; un mois après, l'os était reproduit). M. Dubrueil n'entend pas dire par là que ce fait dépossède le périoste de la propriété ostéogène qui a été si bien démontrée d'ailleurs, mais il démontre du moins, à ses yeux, que cette propriété n'appartient pas d'une manière exclusive au périoste. Les expériences de M. Ollier, elles-mêmes, montrent, dit M. Dubrueil, que le périoste transplanté ne peut produire de l'os qu'à la condition d'être doublé d'une couche de blastème qui présente déjà des éléments organisés, qui, a été pendant un certain temps en contact avec l'os ancien, qui en un mot, a subi une sorte d'imprégnation et en transportera l'influence dans un milieu nouveau.

M. Dubrueil trouve encore un argument dans ce qui se passe dans les régénérations nerveuses. C'est chose acquise aujourd'hui que les cicatrices qui réunissent deux segments de nerfs subissent la substitution nerveuse. Ainsi, quand on relègue une portion d'os ou de nerf, la perte de substance est comblée par un tissu qui, au bout de quelque temps, subit la substitution osseuse ou la substitution nerveuse, sans qu'il soit nécessaire pour cela que l'étui normal de la portion excisée, périoste ou névrilème, soit demeuré en place. C'est donc aux segments osseux ou nerveux situés au-dessus et au-dessous du point de section qu'appartient le rôle de présider à l'évolution du blastème interposé. Les portions de ce blastème en contact immédiat avec l'os ou le nerf subissent les premières l'organisation qui est le dernier terme de leur évolution, et les parties ainsi métamorphosées deviennent à leur tour un centre d'action.

Il existe donc, conclue M. Dubreuil, pour les tissus osseux et nerveux, une force qui produit de l'os et du nerf quand on en excise une portion, et qu'il propose de désigner par le nom de force rayonnante d'assimilation ou force homeo-plastique.

DE LA RÉSECTION SOUS-CAPSULO-PÉRIOSTÉE

De l'articulation du coude (1)

Par M. le Dr MARDUEL, ancien interne des Hôpitaux de Lyon.

CONCLUSION. — Nous avons rapporté et examiné avec soin les observations des résections sous-capsulo-périostées du coude qui se sont pratiquées en France depuis huit ans, depuis le mois de janvier 1859. On voit que de la première, celle de M. Verneuil, à la seconde (obs. 2, M. Ollier), quatre années se sont écoulées, quatre années pendant lesquelles l'opération qui nous occupe n'a pas été pratiquée en France. Pendant ce temps, le terrain se préparait pour ainsi dire. M. Ollier continuait la série de ses expériences commencées en 1858, et démontrait surabondamment, non-seulement la régénération des os par le périoste, mais la reproduction des articulations par la gaîne périostéo-capsulaire.

A partir de 1863, la résection du coude par la méthode nouvelle s'établissait définitivement à Lyon, et depuis cette époque, de novembre 1863 à septembre 1866, en moins de trois ans, elle y était pratiquée douze fois, et par quatre chirurgiens différents. Bien qu'elle n'y soit pas encore acceptée par tout le monde, nous n'hésitons pas à penser qu'elle y ait acquis désormais droit de cité.

A Paris, la méthode nouvelle rencontrait plus d'adversaires encore; et, si elle a été soutenue par MM. Broca et Verneuil, à la Société de chirurgie, le plus grand nombre de leurs collègues la rejettent encore.

En 1862, dans le rapport que nous avons déjà si souvent cité, M. Trélat disait : « Le périoste est la membrane nourricière et la principale source de régénération des os. On peut donc se proposer, en le ménageant, d'obtenir une sorte de reconstitution plus ou moins parfaite des saillies articulaires. Quels que soient les progrès de cette intéressante question envisagée en général, notre expérience est bien légère pour ce qui est en particulier de la résection du coude. L'avenir seul peut nous renseigner à cet égard. »

Il nous semble que depuis cette époque l'expérience a commencé et bien commencé, et que cet avenir sur lequel se reposait le rapporteur de la Société de chirurgie a commencé ses révélations.

Pourtant en 1865, M. Painetvin écrivait encore, que les résections sous-capsulo-périostées doivent être susceptibles de bien peu d'application en chirurgie. Nous espérons avoir démontré le contraire par les faits réunis dans ce travail.

Pendant que chez nous la résection du coude par la méthode sous-périostée reçoit un accueil si peu empressé, l'Allemagne admet et applique la conservation de la gaîne capsulo-périostique. Aujourd'hui la majorité des esprits y est entièrement favorable; depuis plusieurs années Langenbeck marche dans cette voie, et dès 1862 Hueter, son élève, écrivait : « On doit donner du poids à cette conservation (du périoste), parce que la technique de l'opération devient beaucoup plus simple, les blessures des parties molles impossibles, la ligature des artères articulaires non exigée le plus souvent; parce qu'enfin, d'un autre côté, on a une formation nouvelle d'os bien plus étendue, et avec elle la formation bien plus complète d'une articulation nouvelle. J'ai souvent eu l'occasion de constater chez des réséqués la reproduction non douteuse de l'olécrane. L'articulation nouvelle ne manque pas davantage de synovie; car dans la résection sous-périostée on conserve toujours d'assez grands lambeaux de membrane capsulaire. Dans quelques cas, j'ai vu l'ouverture au moment où elle allait se fermer, laissant couler de la synovie; et chez un jeune garçon que j'avais laissé guéri il y a quelques années, après une résection du coude, j'ai dû combattre l'hydropisie de sa nouvelle articulation. »

Nous avons vu que, dans la dernière guerre du Schleswig (1864), il avait été pratiqué six résections sous-périostées du coude et avec succès, ainsi que le rapportent Neudorfer et Lucke (*Arch. für Klin. chir.*, 1864 et 1865).

En somme, en Allemagne, la résection sous-capsulo-périostée de l'articulation du coude se pratique sur une grande échelle, ainsi qu'on peut s'en convaincre en parcourant les journaux allemands, et nous saisissons ici l'occasion de remercier notre collègue dans l'internat de Lyon, M. Pochoy, qui, grâce à sa connaissance de la langue allemande, nous a mis au courant de ce qui s'était fait sur ce sujet de l'autre côté du Rhin.

En Angleterre, on n'en est pas encore venu à la pratique, mais on a déjà maintes fois discuté la valeur de la conservation du périoste dans les résections articulaires en général et celle du coude en particulier. Nous ne reviendrons pas ici sur les travaux de Syme, qui, après avoir fait, dès 1841, des expériences probantes, n'a pas indiqué depuis s'il a cherché à obtenir les mêmes résultats chez l'homme.

Après avoir à peu près nié, dans une note, la possibilité d'exécuter la résection sous-capsulo-périostée du coude (*System of surgery*, t. III, p. 803), T. Holmes dit que, dans les cas de carie, le périoste se détache souvent avec facilité, qu'on peut alors le laisser, tout en enlevant l'os qu'il recouvrait, et qu'en agissant ainsi on a des chances d'avoir une reproduction osseuse considérable.

Butcher ne mentionne pas la conservation du périoste dans le long chapitre qu'il a consacré à la résection du coude (*Essays and reports on opérative and conservative surgery*; Dublin, 1865). Les détails manquent sur les 315 résections du coude faites pendant la guerre d'Amérique.

Arrivé au terme de ce travail, nous croyons pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

La méthode sous-capsulo-périostée appliquée à la résection du coude a sur la méthode ordinaire des avantages incontestables.

1° *Au point de vue opératoire*, elle constitue un véritable progrès; elle est d'une exécution facile et permet de ménager toutes les parties molles périphériques, surtout les insertions musculaires, qui sont plus ou moins intéressées dans la résection simple.

2° *Au point de vue des résultats*, elle a une grande supériorité, puisqu'elle fait obtenir la reproduction d'une articulation de même type que celle qu'on a enlevée, d'un ginglyme, en même temps qu'elle permet de regagner une bonne partie de la longueur d'os retranchée.

3° Ces résultats doivent être considérés chez les sujets qui n'ont pas franchi trente ans, et chez ceux qui ont dépassé cet âge. Chez les premiers, le raccourcissement est faible et l'on a à la fois : reproduction très-notable des os en longueur, et reproduction de l'articulation. Chez les seconds, on doit peu compter sur la reproduction en longueur, mais on a toujours la reconstitution d'un ginglyme.

4° Ce que l'on obtient dans tous les cas, à tous les âges, et que ne donne que très-exceptionnellement la résection simple, c'est :

Solidité latérale,
Extension active.

5° Les mouvements de pronation et de supination ont lieu toutes les fois qu'il n'y avait pas soudure des deux os de l'avant-bras avant l'opération.

6° Ces mouvements se produisent comme à l'état normal, c'est-à-dire qu'ils consistent dans une rotation du radius autour du cubitus immobile, et non dans un mouvement d'ensemble des deux os de l'avant-bras.

1. In-8°. Prix 3 fr. — Paris, 1867, Victor Masson et Fils.

DES RELATIONS

Entre les modifications de la température générale et des changements de volume de quelques organes internes.

RELATIONS ENTRE LES MODIFICATIONS DE LA TEMPÉRATURE LOCALE ET CELLES DE LA SENSIBILITÉ,

Par M. le Dr PETER.

(Conclusions d'un travail communiqué à l'Académie de médecine).

I. — Au point de vue des modifications de la température générale dans leurs relations avec les modifications de certaines fonctions ou les changements de volume de certains organes:

1° Il n'y a aucun rapport constant entre les variations de la température et celles de la circulation.

Ainsi, l'augmentation de fréquence du pouls dans les maladies n'entraîne pas nécessairement l'élévation de la température générale (prise dans l'aisselle), et quand celle-ci s'élève, alors que le pouls augmente de fréquence, il n'y a pas de rapport constant entre l'augmentation de fréquence du pouls et l'élévation de la température.

2° Il n'y a aucun rapport constant entre les variations de la température et celles de la respiration.

Ainsi, l'augmentation de fréquence de la respiration n'entraîne pas nécessairement l'élévation de la température, et quand celle-ci s'élève, alors que la température augmente de fréquence, il n'y a pas de rapport constant entre l'augmentation de fréquence de la respiration et l'élévation de la température.

3° Il n'y a aucun rapport constant entre les variations de la température et les changements de volume du foie.

Ainsi, l'augmentation de volume du foie ne concorde pas avec l'élévation de la température, et quand celle-ci s'élève, il n'y a pas de rapport constant entre cette élévation et l'augmentation du volume du foie.

4° Il y a un rapport constant entre les variations du volume de la rate et celles de la température.

Ainsi, toutes les fois que la température du corps s'élève dans les maladies, la rate augmente de volume, et il y a un rapport constant, ou à peu près constant et uniforme, entre l'élévation de la température générale et l'augmentation du volume de la rate. Pour un ou plusieurs degrés d'élévation de la température, par exemple, la rate augmente généralement d'un ou plusieurs centimètres dans son diamètre vertical.

Corollaire. — Il semble donc que la rate soit un organe d'hématopoïèse et qu'elle concoure activement à la production de la chaleur animale.

II. — Au point de vue de la relation entre les modifications de la température locale et celles de la sensibilité :

Il y a un rapport constant entre les variations de la sensibilité d'une partie et celles de la température, quand les altérations de la sensibilité dérivent d'une lésion matérielle des centres nerveux.

1° L'élévation de la température d'une région est, dans de certaines limites, inversement proportionnelle au degré de la sensibilité.

a. Quand la sensibilité diminue morbidement, la température s'élève.

Ainsi, quand un membre est anesthésié, il présente une température plus élevée que le membre homologue resté sain.

b. Réciproquement, quand la sensibilité s'exalte morbidement, la température diminue.

Ainsi, dans une partie hypéresthésiée, la température est plus basse que dans la partie homologue restée saine.

2° La température peut varier d'un demi-degré à 1 degré et demi et même 2 degrés centigrades. Souvent elle ne s'élève ou ne s'abaisse que d'un demi-degré.

C'est peut-être faute d'avoir distingué suffisamment les cas où, dans un membre paralysé à la suite d'une lésion matérielle des centres nerveux, il y avait altération ou intégrité de la sensibilité, qu'on a dit, que, dans la paralysie, il y avait tantôt altération en plus ou en moins de la température, et tantôt intégrité de celle-ci.

Conclusion. — I. Quand dans un membre paralysé du mouvement la sensibilité est intacte, la température est égale à celle du côté opposé.

II. — Quand dans un membre paralysé du mouvement la sensibilité est diminuée, la température est plus élevée.

III. Quand la sensibilité est augmentée, la température est plus basse que du côté sain.

(Parfois l'augmentation de la chaleur d'une partie paralysée du sentiment est perçue subjectivement par le malade, qui s'en plaint.)

Corollaire. — Ce qui prouve que la sensibilité à la chaleur est distincte de la sensibilité générale ou tactile.

(Le plus souvent cette augmentation de chaleur n'est pas assez considérable pour être constatée objectivement par l'observateur, sinon par un thermomètre finement gradué.)

IV. — Cette modification de la température est parfois accompagnée d'une perturbation correspondant dans les fractures des points anesthésiés. Ainsi, dans les sécrétions des glandes sudoripares dont les fonctions s'exaltent, d'où il suit que la sueur ruisselle à la surface des parties anesthésiées.

Corollaires. — Cette augmentation ou cette diminution de la température d'une région, dans les cas de diminution ou d'augmentation de la sensibilité de cette région, donne à supposer qu'il y a modification en ces points de l'innervation des vaisseaux capillaires :

a. Qu'il y a asthénie des nerfs vaso-moteurs, et, par suite, dilatation des vaisseaux capillaires, d'où afflux plus considérable du sang et augmentation corrélative de la température dans l'anesthésie.

b. Qu'il y a hypersthénie des nerfs vaso-moteurs, et, par suite, contraction des vaisseaux capillaires, d'où afflux moins considérable du sang et abaissement corrélatif de la température dans l'hypéresthésie.

Ce qui est d'accord avec les expériences de M. Cl. Bernard sur le grand sympathique.

Les expériences de M. Peter ont été faites sur des malades de la ville et de l'Hôtel-Dieu, en 1864.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 3 avril 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Discussion sur le trépan (suite).

M. GIRALDÈS. Une observation de plaie avec fracture du crâne, compliquée d'enfoncement ayant donné lieu à des accidents présentant des indications précises, habilement saisies et habilement exécutées, a été communiquée à la Société.

Cette communication a donné lieu à la discussion actuelle, laquelle, si elle a gagné en étendue en se généralisant et en s'éloignant de plus en plus de son point de départ, n'a pas gagné en précision. Quelques-uns de nos collègues semblent vouloir reviser les règles qui président à l'application du trépan, ils ont apporté à cet effet des éléments qu'il est bon de ne point laisser passer sans faire quelques réserves.

Je me demande si la pratique des chirurgiens qui s'appellent Abernethy, Astley Cooper, Brodie, Dupuytren, Larrey, Samson, Langenbeck et Graeffe, si, dis-je, la pratique de ces éminents chirurgiens doit être mise à néant, et si la physiologie expérimentale nous a fourni des renseignements nouveaux pour refondre complétement cette question. Je n'en suis pas convaincu.

Quelques-uns d'entre nous ont fait remarquer l'abandon dans lequel était tombée, en France, l'opération du trépan, et combien cette opération était usuelle dans la pratique anglaise. Il est certain que les chirurgiens anglais pratiquent plus souvent que nous cette opération, mais on ne peut pas dire qu'elle soit abandonnée en France. Les indications à cette opération me paraissent avoir été parfaitement établies par les travaux de Dupuytren et de Samson, et elles sont explicitement indiquées dans le *Compendium de chirurgie*, et de ce qu'on ne trouve ni dans les journaux de médecine, ni dans les registres des hôpitaux l'indication d'opérations de trépan, on ne doit pas affirmer que cette opération n'a pas été pratiquée. On sait très-bien qu'un grand nombre d'opérations pratiquées dans les hôpitaux n'ont pas été publiées, et l'on sait aussi que les registres des hôpitaux, jusqu'à ces derniers temps, ne pouvaient pas être invoqués comme témoignage. On ne doit donc pas annoncer des chiffres qui ne représentent pas la réalité.

D'ailleurs, s'il est vrai qu'en Angleterre on pratique plus souvent cette opération, on ne doit pas dire cependant qu'elle soit acceptée d'une manière générale. Là, comme chez nous, les opinions oscillent; on trouve des partisans et des antagonistes. Ainsi tandis que M. Erichsen pratique assez fréquemment le trépan, M. Adams, de London's hospital, est plus réservé et M. Syme, d'Édimbourg, l'admet exceptionnellement. Ce dernier chirurgien affirmait, en 1855, dans une leçon clinique, qu'excepté dans les cas de fractures par pénétration, l'opération du trépan n'avait pas donné de résultats satisfaisants, et d'autre part, M. Prescott Hewett, dans ses leçons au collége des chirurgiens, s'exprime ainsi : « Dans les fractures du crâne avec enfoncement et sans accident, les chirurgiens ne sont point d'accord ; ici on trouve école contre école, hôpital contre hôpital, chirurgien contre chirurgien, souvent dans le même hôpital. Cette dissidence vient assurément de ce que les règles de pratique ont été déduites d'une expérience trop restreinte. » Une seconde preuve se trouve encore dans le chiffre des opérations pratiquées dans les hôpitaux de Londres. Ainsi, dans l'espace de trois ans, 1863, 1864 et 1865, on a pratiqué, à London's hospital, 27 opérations de trépan, donnant le résultat suivant : 9 guérisons, 18 morts.

Opérations réparties ainsi :

1863,	8 opérations,	4 guéris,	4 morts.
1864,	11 —	2 —	9 —
1865,	8 —	3 —	5 —

Dans les autres hôpitaux, on pratiquait à peine la même opération.

A l'hôpital de Glascow, depuis sa fondation en 1794 jusqu'en 1855, on a pratiqué 67 opérations, donnant un total de 54 morts et de 13 guérisons.

Vous voyez que ces chiffres ne témoignent pas de cette grande tendance que M. Lefort attribue aux chirurgiens anglais à pratiquer l'opération du trépan. La même divergence d'opinion se rencontre dans la chirurgie militaire. Stromeyer, dans les campagnes du Sleswig de 1849 et de 1851, ayant pratiqué sans succès 8 trépans, repousse complétement cette opération pour les fractures du crâne, et d'un autre côté, Pirogoff ayant obtenu 3 succès sur 10 opérés est plus favorable à l'opération. Dans la même campagne de Crimée, le docteur Jeffson, chargé du soin des blessés au château de Balaclava, sur 11 opérations ayant obtenu 5 cas de succès, est très-favorable à l'opération du trépan. Mais il rencontra à son tour chez d'autres collègues qui, comme lui, avaient été en Crimée, une opinion opposée.

Dans la guerre d'Amérique, dans laquelle un grand nombre d'opérations de trépan ont été pratiquées, le docteur Aschhurt écrit que, du mois de septembre 1862 au mois de mars 1863, il a vu pratiquer 35 opérations de trépan, dont 28 sont morts, 5 guéris, 2 incertains; et il déclare qu'il n'a jamais vu un cas dans lequel l'opération ait été justifiée. Comme vous le voyez, la même incertitude existe dans la chirurgie civile et dans la chirurgie militaire.

Cette incertitude ne vient pas du défaut de règles bien formulées ; elles sont, au contraire, très-nettes et très-explicites, soit par les chirurgiens anglais, soit par les chirurgiens français, mais bien de ce que ces règles sont subordonnées à l'expérience clinique et à l'aptitude clinique des divers chirurgiens.

Or, devant des indications bien formulées et déduites de l'expérience de chirurgiens habiles, nous avons de la peine à comprendre les efforts de notre collègue M. Lefort pour reviser cette question, et c'est ici que nous sommes obligés de montrer le peu de solidité des documents sur lesquels il s'appuie. Notre collègue a cherché dans les journaux anglais les cas d'opérations de trépan pratiquées pendant les dix années qui viennent de s'écouler ; il a réuni ainsi 200 observations, mais on doit faire remarquer que des documents de cet ordre, dérivant de plusieurs sources, se rapportant à des choses quelquefois complétement différentes et fournis par des hommes dont on ne connaît pas la valeur, que des documents de cet ordre ne peuvent pas servir à établir des déductions pratiques. Ajoutez que ces faits se rapportent souvent à des individus d'un âge différent, à des blessures par des instruments différents, blessures ayant leur siége dans des régions également différentes. On sait qu'il y a une grande différence dans le degré de gravité des fractures du crâne qui atteignent la région frontale, les régions latérales, ou la région postérieure. Les premières sont moins graves que les secondes, les secondes que les troisièmes ; on comprend donc que notre collègue, se plaçant à ce point de vue, se soit trouvé forcément sur une base instable, et que les conséquences qu'il en a déduites ne puissent pas être admises.

On ne doit pas laisser passer les déductions pratiques qu'il en déduit sans quelques critiques. Ces déductions, en effet, se basant sur ce chiffre de 200 opérations, paraissent tellement imposantes qu'elles pourraient impressionner beaucoup de praticiens. Il est aujourd'hui de mode de faire de la statistique, et de faire précéder ou suivre tout travail de chirurgie de tableaux statistiques. Ce moyen est excellent, mais à la condition que la statistique soit bonne ; or la statistique chirurgicale, science d'aujourd'hui, n'est pas encore faite, et on peut adresser à celle qui a été publiée de très-sérieux reproches. Que signifie, en effet, une statistique comme celle qui a été publiée à l'occasion de la guerre d'Amérique ? Ainsi, on trouve dans la circulaire n° 6, publiée par la direction centrale du service de santé de l'armée de l'Union, les chiffres suivants : plaies de tête par armes à feu, 5046 divisés en deux séries ; première série, fractures et lésions du crâne y compris les contusions, les fractures par perforation et par enfoncement ; deuxième série, contusions simples, plaies des parties molles. Dans la première série on compte 1104 blessures sur lesquelles on n'a de renseignements que sur 604 cas. Dans ce nombre, 121 ont été trépanés, donnant 60 morts, 47 guérisons et 14 inconnus ; 133 autres cas de fractures du crâne ; les parties fracturées ont été relevées ou enlevées avec des pinces. Sur ce chiffre 61 sont morts, 53 sont guéris et 19 inconnus ; ensemble 254 cas dans lesquels le chirurgien est intervenu, dont 121 morts, 100 guéris et 33 inconnus. Mais pour atténuer ce résultat, il faut reconnaître que, plus loin, le même rapport s'exprime ainsi : Ce chiffre sera matériellement modifié lorsqu'on apprendra le résultat d'un grand nombre d'individus qui ont été trépanés sur le champ de bataille, et dont un grand nombre sont morts. Plus loin, le même rapport dit que 483 fractures du crâne, traitées par l'expectation, ont donné seulement 20 p. 100 de guérison ; mais il remarque encore que ce groupe comprend les cas les plus graves, et qu'on aurait tort d'exciper de ce chiffre au profit de l'intervention chirurgicale.

Que voulez-vous faire de pareils documents au point de vue des indications ? Ces statistiques à deux termes, pour me servir d'une expression de M. Verneuil, n'ont dans l'espèce aucune valeur. J'en dirai autant d'une statistique de Fritze, dans laquelle, sur un chiffre de 104 trépanés, on a noté 54 morts et 49 guérisons. Il en est de même de la statistique de Blasins, comprenant 422 trépanés, donnant 260 guéris. Des statistiques de même genre, que je pourrais encore citer, n'ont à mon sens aucune valeur pratique.

Mais vous pourrez me dire : Vos observations peuvent être bonnes, mais devant une opération de trépan que ferez-vous ? Si, comme Callisen le pensait, l'opération du trépan est une opération excessivement grave par elle-même, le chirurgien ne doit l'employer qu'à bon escient, mais si d'une manière générale elle ne présente pas cette gravité, on doit l'employer dans des cas déterminés.

Lorsque des épanchements surviennent à la suite de ces fractures, dans la grande majorité des cas, ainsi que l'ont démontré MM. Prescott, Hewett et Hutchinson, l'épanchement est accompagné de contusions du cerveau ; dans ces cas, le trépan ne doit être employé qu'avec une certaine réserve ; d'une manière générale il doit être employé, ainsi qu'il résulte de la pratique des chirurgien anglais et français, dans les plaies du crâne avec fractures accompagnées d'enfoncement et compliquées d'accidents de compression et d'irritation cérébrale. On doit l'appliquer encore dans les cas de plaies avec fractures par ponction. Dans ces cas, la blessure se faisant de dehors en dedans présente, à son côté interne, des esquilles qui irritent le cerveau et peuvent déterminer des accidents.

On doit l'appliquer encore dans les cas où, comme l'a indiqué M. Legouest, une balle ou un corps contondant frappe un point du crâne sans produire une fracture apparente. Dans ces cas, ainsi que Béranger de Carpi et Ambroise Paré l'ont démontré les premiers, la table interne de l'os est éclatée, séparée même complétement, et dans tous les cas forme des esquilles pointues qui irritent la surface du cerveau et produiront ultérieurement des accidents graves.

Personne, je le pense, ne formulera en règle générale l'application du trépan dans les cas de fracture des parties latérales accompagnées de convulsions. Cet accident est généralement produit par des fêlures des os du côté de la base du crâne, par des épanchements de sang à la base du cerveau, dans les ventricules ou autour du bulbe rachidien. Dans tous les cas, le chirurgien doit tenir grand compte de l'état de la circulation, de la respiration, de la sensibilté cutanée du blessé, de l'abaissement de la température, ainsi que de l'état de la dilatation ou contraction des pupilles.

M. LE FORT. M. Giraldès regrette les recherches que j'ai faites ; il déclare que la statistique que j'ai donnée est sans valeur comme toutes les statistiques à deux termes ; je répondrai à notre collègue que, suivant moi, un chirurgien ne peut faire la science à lui tout seul, et que dans les questions litigieuses, il faut tenir compte des observations de ses confrères. Certainement les chiffres ne disent rien, mais pour faire ma statistique j'ai non-seulement compté les faits, mais j'ai lu avec soin deux cents observations, en sorte que les tableaux que j'ai dressés sont constitués par des observations en raccourci.

M. GUÉRIN. Nous discutons depuis plusieurs séances la question du trépan, et cependant, il faut bien le dire, nous n'étions pas prêts à aborder ce difficile problème. La communication de M. Broca est instructive, elle renferme un enseignement, les discours de nos divers collègues sont remplis de documents utiles, mais il y aurait inconvénient à formuler des conclusions. Le public réclame une plus grande autorité de la part de la Société de chirurgie. Qu'avons-nous fait dans la question du trépan ? On a produit des statistiques, rappelé divers travaux, et cependant, l'un de nos maîtres a pu dire : J'attends en vain qu'on formule quelque chose qui ne soit pas dans ma thèse. Aucun document pouvant servir de règle n'a été produit, et tout ce qu'on peut dire, c'est que nous ne sommes pas absolument opposés au trépan.

On a dit qu'il fallait intervenir lorsque survenaient des phénomènes épileptiformes ; M. Broca a rapporté un succès. Presque à la même époque, j'avais, dans mon service, un enfant présentant des fractures multiples des membres ; on observait en plus, une plaie de la région temporale droite avec gonflement notable. L'état général était grave et, dès le second jour, nous constations du délire et des convulsions. Les avis étaient partagés sur l'existence d'un enfoncement ; je restai pour ma part dans le doute, et je n'appliquai point le trépan. Tous les accidents ont cessé, le malade a guéri et cependant, vous pourrez constater sur le jeune homme qui va vous être présenté que le crâne a subi un enfoncement considérable.

Un autre blessé, présentant tous les signes d'une fracture de la base du crâne, eut deux accès convulsifs ; je ne l'ai point trépané, et il a guéri.

En terminant, je suis d'avis qu'on peut clore la discussion, tout en prenant l'engagement réciproque d'étudier dans l'avenir la question si intéressante du trépan.

M. DESPRÉS. Messieurs, quand j'ai entendu M. Broca et M. Deguise parler des faits de leur pratique et discuter les indications du trépan, d'après leur expérience personnelle, j'ai écouté, me disposant à faire mon profit à l'occasion des réflexions dont ils ont fait suivre l'exposé de leur observation. Mais quand la discussion s'est généralisée, quand elle est devenue de la dialectique à propos des observations des autres, je me suis tenu prêt à contrôler les faits qui nous seraient présentés ; je me suis tenu prêt à faire du scepticisme scientifique à l'exemple de Malgaigne, dont l'ombre, j'en suis sûr, a dû se révolter plus d'une fois si elle a pu entendre cette discussion.

Je viens affirmer que les observations anglaises, qui sont le fondement de la statistique de M. Lefort, sont insuffisantes, et que les statistiques anglaises ne prouvent rien de plus que les statistiques anglaises reproduites dans la thèse de M. Velpeau il y a trente-trois ans, rien de plus que ce qu'ont dit Desault, Larrey et Malgaigne.

Voici mes preuves : Ceux de nos collègues qui voudront parcourir les recueils anglais verront que leurs observations sont la plupart des notes telles que, s'il nous en arrivait de pareilles à la Société de chirurgie, nous les prendrions en faible considération.

Je ne vous citerai pas les observations anglaises dont M. Trélat vous a parlé, vous connaissez leur peu de valeur, je vous citerai des observations de six ou huit lignes dans lesquelles, pour tout exposé de symptôme il y a, « le malade se plaignait seulement d'une douleur de genou ; » ou « les symptômes étaient ceux d'une légère contusion ; » ou « il n'y avait pas de symptômes (*no symptoms*), » et chaque fois cet exposé rapide des signes est suivi du mot trépan. Je renvoie mes collègues, pour la dernière de ces curieuses observations, à un journal publié il y a deux ans seulement (*Lancet*, 1865, t. I, p. 118). Dans d'autres observations on trouve ces mots : « le malade ne souffrait pas ; le malade vint seul à l'hôpital, etc. »

Mais je veux prendre une des observations les plus détaillées, et vous jugerez si l'on peut en tirer une indication précise.

J'emprunte ce fait au *Medical Times*, 1864, t. 1 ; l'opération a été pratiquée dans le service de M. Bickersteth et le fait a été publié par M. Rawdon, chirurgien résident.

« G. F., âgé de 29 ans, entre à l'infirmerie royale de Liverpool ; il avait une hémiplégie partielle, était incapable de se tenir debout et de marcher, et semblait hébété. Ses amis disaient que huit semaines auparavant le malade était tombé dans un trou de trois pieds de profondeur, ce qui avait causé une blessure à la tête. Néanmoins F. avait continué son emploi jusqu'au 2 mars, époque à laquelle il avait été pris, pendant son travail, subitement comme s'il avait été frappé sur tout le côté droit. La veille de son entrée, le malade avait eu des accès répétés (*fits*). A la visite la plaie de la tête, encore en suppuration, laissait voir une fracture de la partie inférieure du pariétal gauche. »

Voilà l'histoire du malade, la description de la plaie de tête et l'énumération des complications de la fracture du crâne. Voyons le traitement :

« Une incision cruciale est faite, et on emploie la tréphine du gros calibre ; une large pièce d'os est enlevée avec plusieurs fragments d'os en éclat. Dans la pensée qu'il y avait une collection de pus, une incision a été pratiquée à la dure mère, mais il n'est sorti qu'une très-petite quantité de sérum. Pendant quelques jours il n'y pas eu d'amélioration si ce n'est que les accès épileptiformes ne sont pas revenus, mais ensuite il y a eu du mieux, et cela continue, à part que dans la seconde moitié du traitement il y a eu deux accès. Le 2 avril, le malade était guéri et a pu reprendre son travail. »

Et voilà tout ! En vérité la science ne peut tirer d'éclaircissements de faits si incomplets.

Les statistiques qu'a produites M. Lefort ont leurs analogues dans les statistiques de Dease et d'Abernethy que M. Velpeau a exposées dans sa thèse. Je dirai plus, en compulsant les journaux anglais, on trouve, ce que ne nous a pas dit M. Lefort, des faits de fracture du crâne traitée sans trépan comparés à des faits de fracture traitée par la trépanation ; les chiffres ne prouvent rien de plus que ceux de Giraud reproduits dans la thèse de M. Velpeau. Rien de plus que les faits rassemblés par Malgaigne. La question n'a pas fait un pas de ce côté.

Parmi les indications que notre collègue M. Le Fort a tirées de sa statistique, il en est une qui m'a surpris. M. Lefort a dit : « Tout me porte à conclure qu'il ne faut pas trépaner quand il y a des convulsions. » Cette proposition dans sa forme est anglaise et elle a été émise par J. Russell, en 1865, dans un mémoire publié en deux articles dans le *British and foreign medical and chirurgical review*, 1865. Et cela n'est pas neuf, seulement l'idée est moins bien exprimée qu'autrefois. En effet, ce que veulent dire les Anglais, c'est qu'il ne faut point opérer quand il y a méningite ou encéphalite. Or, Pott avait dit, au siècle dernier, qu'il ne fallait pas trépaner quand il y avait de l'inflammation, et M. Velpeau, dans sa thèse précisant mieux les indications, écrivait en 1834 qu'il fallait s'abstenir quand il y avait des signes d'inflammation de l'encéphale, c'est-à-dire de la fièvre, du délire, des contractures ou des accès convulsifs.

Vous le voyez donc encore une fois, les statistiques d'origine anglaise ne nous ont rien appris de neuf.

Enfin, messieurs, voici le but de ces quelques mots : j'ai voulu, comme M. Giraldès, mettre les lecteurs de nos bulletins en garde contre des convictions honorables, mais puisées à des sources douteuses. On pourra peut-être m'accuser d'une sollicitude exagérée pour les opinions françaises de Desault et Malgaigne et, en général, pour les travaux qui se font dans notre pays, mais on m'accordera au moins que, dans cette discussion, il a été donné, sans profit pour la science, une place trop large aux étrangers.

M. MARJOLIN. Je crois que M. Le Fort a trop recommandé l'usage de l'opium dans les fractures avec accidents cérébraux. Il est préférable d'avoir recours aux émissions sanguines et aux purgatifs répétés. Il faut éviter, du reste, de confondre les accidents de la méningite avec le *delirium tremens*.

On a dit qu'il fallait trépaner dans les cas d'hémiplégie, je n'accepe pas cette conclusion ; les observations fournies par MM. Legouest et Perrin démontrent l'inutilité de l'intervention pour ces cas particuliers. Pour ma part, je réserverais le trépan pour les cas d'enfoncements du crâne avec accidents persistants.

M. VERNEUIL. Si les chirurgiens français ont jusqu'ici accueilli trop timidement le trépan, il est à craindre que la discussion actuelle ne les pousse dans une voie contraire.

On a conseillé ici le trépan pour remédier à des accidents que, pour ma part, j'ai vu céder à la médication antiphlogistique. Quant à l'opium je l'ai employé dans les cas de délire avec agitation et alors qu'il n'était plus possible de recourir de nouveau aux émissions sanguines ; j'ai obtenu des résultats satisfaisants. Les recherches modernes semblent démontrer que l'opium, loin de congestionner les centres nerveux, a une action tout inverse, la contraction des vaisseaux produisant une sorte d'anémie cérébrale.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

Séance du 10 avril 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

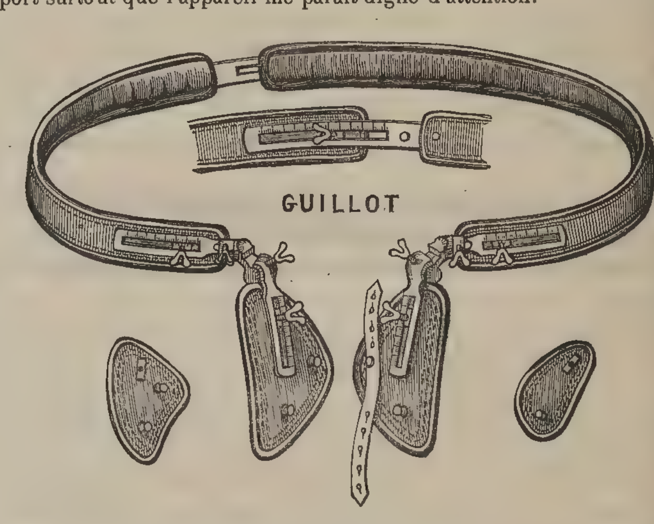
M. le docteur Symson assiste à la séance.

RAPPORT.

M. BOINET, au nom de d'une commission composée de MM. Huguier, Demarquay et Boinet, lit la première partie d'un rapport sur plusieurs observations d'ovariotomie qui ont été adressées à la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DINSTRUMENT.

M. LÉON LEFORT. J'ai l'honneur de présenter à la Société, de la part de M. Guillot, un bandage herniaire de son invention, pouvant servir de bandage contentif pour les malade affectés de hernie et en même temps d'appareil d'essai ou d'herniomètre. C'est sous ce rapport surtout que l'appareil me paraît digne d'attention.



Au moyen d'une triple articulation, on peut faire varier à l'infini l'inclinaison, la pression de la pelote qu'on peut aussi remplacer de suite par d'autres pelotes de formes et de volumes divers. On peut ainsi, dans les cas de hernie difficiles à contenir, au lieu de faire fabriquer un peu au hasard des appareils souvent insuffisants, trouver facilement et presque de suite la forme, l'inclinaison et la force du bandage nécessité par la hernie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr DOLBEAU.

M. Fano reprendra ses conférences sur l'ophthalmologie et la chirurgie, le mardi 23 avril à midi, à sa Clinique, rue Séguier 14, et les jours suivants à la même heure.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sociétés savantes et hôpitaux. — HÔPITAL BEAUJON (M. Moutard-Martin). Leçons sur la thoracentèse. — Observation d'un cas de rhumatisme du testicule gauche. — Opérations d'ovariotomie. — Considérations pratiques sur l'anesthésie obstétricale. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION. — Nouvelles.

PARIS, LE 20 AVRIL 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

Que faut-il entendre par le mot : tubercule ? Cette question vient d'être mise à l'ordre du jour par deux grandes sociétés anglaises de médecine.

Devant la *Société médicale et chirurgicale*, le docteur Dawson a développé sur ce sujet des théories qui découlent de celles de Virchow, bien qu'en différant quelque peu.

Pour lui, comme pour le célèbre micrographe de Berlin, la granulation semi-transparente est le tubercule proprement dit ; mais le rôle que Virchow fait jouer dans la production de ce tubercule à la division et à la prolifération des cellules du tissu conjonctif, il l'attribue à la multiplication et à l'hypertrophie des seuls noyaux.

A la Société pathologique, M. Simon et M. Clark ont raconté leurs expériences sur l'inoculabilité du tubercule.

M. Simon n'a point, comme MM. Villemin, Lebert, etc., inoculé la granulation semi-transparente. Il a chargé sa lancette de la matière contenue dans le tubercule cru, dans cette granulation jaune qui n'est plus même un tubercule aux yeux de Virchow et de son école ; et opérant comme il aurait fait s'il s'était agi de virus-vaccin, il a introduit une parcelle de cette matière sous la peau des animaux en expérience. Les lapins qui avaient subi cette opération moururent au bout de quelques mois, et leurs poumons furent trouvés farcis de produits morbides qui ressemblaient plutôt à des tubercules crus qu'à des granulations semi-transparentes.

Quant à M. Clark, ayant eu pour but de contrôler les expériences de Villemin, il a procédé comme lui. Prenant des lapins, il leur a inoculé sous la peau du cou des fragments de granulations semi-transparentes, et il a constaté, dans les poumons de ces animaux, des altérations qui, à l'œil nu, présentaient le même aspect que les granulations semi-transparentes.

Mais, malgré cette ressemblance, M. Clark les considère comme absolument différentes :

1° Parce qu'au microscope, on y constate une structure essentiellement cellulaire ; tandis que, suivant M. Clark, qui partage en cela l'opinion de M. Dawson, les granulations proprement dites, telles qu'on les rencontre chez l'homme, seraient toujours essentiellement nucléaires ou corpusculaires ;

2° Parce que ces prétendus tubercules du lapin seraient susceptibles de disparaître par résorption, ce qui n'arrive jamais pour ceux de l'homme ;

3° Parce qu'à leur suite on n'a pas observé les altérations secondaires : pneumonie, dégénérescence caséeuse ou graisseuse, etc., que la granulation grise amène presque fatalement.

D'ailleurs M. Clark en a récemment observés deux fois chez des lapins qu'il avait inoculés avec des matières non tuberculeuses : pus ou cancer.

Nous n'insisterons pas aujourd'hui sur l'examen des questions en litige devant l'une et l'autre Société. Nous aurons bientôt l'occasion d'y revenir, lorsque nous rendrons compte du remarquable ouvrage dans lequel MM. Hérard et Cornil ont tracé l'anatomie pathologique et l'histoire clinique de la phthisie pulmonaire.

Nous parlerons aussi alors d'un travail fort intéressant que le docteur Bastian vient de publier sur la méningite tuberculeuse dans le *Medical Journal* d'Edimbourg.

L'acupressure a été pratiquée samedi dernier, 13 avril, par M. le professeur Simpson, d'Édimbourg, chez une malade à laquelle M. Richet venait de faire l'amputation du sein.

Cette malade était couchée à l'Hôtel-Dieu, salle St-Maurice, n° 26. M. Richet avait à lui enlever le sein gauche cancéreux, et, comme le célèbre promoteur de l'acupressure était de passage à Paris, l'occasion parut favorable pour vérifier les avantages de cette méthode.

M. Simpson posa huit aiguilles, qu'on enleva le lendemain matin ; aucune hémorrhagie n'eut lieu ; mais il se déclara un érysipèle sur les bords de la plaie ; deux jours plus tard parurent quelques frissons, et le surlendemain, jeudi, la malade succomba.

Ceci ne prouve rien contre l'acupressure.

En Angleterre, et surtout en Écosse, cette méthode a des partisans enthousiastes.

On sait que M. Simpson, célèbre pour avoir inventé l'anesthésie par le chloroforme, eut, vers l'année 1859, l'idée de remplacer la ligature des artères par une compression indirecte exercée au moyen d'aiguilles.

Nous n'énumérerons pas les procédés qui ont été décrits comme les meilleurs pour pratiquer l'acupressure. Dans leur livre récent sur ce sujet, MM. Price et W. Keith en indiquent sept, et dans ses *Notes sur les progrès de l'acupressure*, M. Simpson en préconise encore un huitième.

Tous sont basés sur les mêmes principes : enfoncer une aiguille dans les tissus, en lui faisant décrire un trajet curviligne, de telle sorte que ces tissus soient fortement pressés contre elle par leur élasticité même, aidée ou non par une ligature entortillée, et que le calibre de l'artère qui s'y trouverait comprise fût effacé.

MM. Price et Keith donnent une statistique de 54 grandes opérations à la suite desquelles aucune artère ne fut liée, et qui eurent, pour la plupart, une terminaison très-favorable. L'acupressure suffit, dans tous les cas, pour empêcher toute hémorrhagie.

Dans le *Guy's hospital* de Londres, M. Forster emploie journellement l'acupressure, et le journal anglais *The Lancet* a publié, dans son numéro du 16 mars, trois succès récents obtenus par cette méthode.

Enfin, plus récemment encore, le docteur Lawson Tait, dans le *Medical Times and Gazette*, a raconté avec un certain enthousiasme combien il avait eu à se louer de l'acupressure dans des circonstances où l'absence de tout aide aurait rendu pour lui très-difficile la ligature des vaisseaux ouverts.

Le *Medical Journal* d'Édimbourg, dans son numéro d'avril, compare la découverte du professeur Simpson à celle d'Ambroise Paré, et les progrès que peut amener l'acupressure dans la pratique chirurgicale, à ceux qui ont été réalisés par la ligature des artères. Il serait bon que des gens impartiaux pussent faire la part des exagérations, et décider si le procédé nouveau a sur l'ancien des avantages qui doivent le faire préférer.

On peut observer en ce moment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Fournier, salle Saint-Antoine, n° 17, une petite fille âgée d'un an qui présente une lésion rare, et bien propre à induire en erreur dans un cas de médecine légale.

Cette petite fille était entrée pour une coqueluche. Le 1er avril elle fut prise d'une éruption de rougeole, qui dura quatre jours, sans aucune complication. Deux jours après la fin de cette éruption, le 6 avril, en examinant la vulve de cet enfant, on y trouva trois ulcérations, dont une siégeait sur le capuchon du clitoris, et les autres, sur les grandes lèvres, vers leurs extrémités supérieures.

Ces ulcérations, de forme arrondie, rougeâtres sur les bords, brunâtres vers le centre, reposaient sur un fond rénitent, induré, comme parcheminé ; elles s'accompagnaient d'un gonflement presque indolent des ganglions inguinaux, et ressemblaient, à s'y méprendre, à des chancres syphilitiques.

On comprend les conséquences graves que pourrait avoir cette ressemblance au point de vue médico-légal. Dans la belle leçon qu'il fit à ce sujet, M. Fournier les a mises en lumière ; après avoir montré que les lésions en question, suites de la rougeole, se rattachaient à ces gangrènes de la vulve qui deviennent parfois très-profondes et très-dangereuses en pareil cas.

On a déjà signalé souvent les métastases des oreillons sur les testicules, sur les ovaires, etc. ; mais sur la vulve, je ne sache pas qu'un pareil transport d'action morbide ait été décrit.

Le fait s'est pourtant présenté ces jours derniers, chez une malade qui occupe le n° 32 de la même salle Saint-Antoine.

Cette femme, âgée de trente-deux ans, avait été atteinte de syphilis ; elle avait eu antérieurement, aux parties génitales, des plaques muqueuses qui n'existaient plus lorsqu'elle entra à l'hôpital pour un double oreillon.

Un matin, le lendemain du jour où M. Fournier l'avait prise pour sujet d'une de ses leçons cliniques, cette malade se plaignit d'une ardeur très-pénible avec démangeaison presque insupportable à la vulve. On reconnut, à l'examen local, que les grandes et les petites lèvres étaient le siége d'un œdème phlegmoneux, caractérisé par un gonflement considérable avec chaleur, etc. Ces phénomènes durèrent trois jours, puis disparurent comme ils étaient venus.

Dans le même service, salle Saint-Antoine, n° 28, on peut observer un rhumatisme blennorrhagique, datant de quatre semaines, chez une femme enceinte de sept mois. Les articulations temporo-maxillaire et huméro-cubitale gauches, les tendons composant la patte d'oie au genou droit et ceux des extenseurs au poignet du même côté, sont surtout atteints. Comme la malade est enceinte, on se demande si l'on ne pourrait pas classer ce fait parmi les rhumatismes génitaux, dont on découvre maintenant un grand nombre.

Nous avons plusieurs fois parlé de la malade qu'on a fait passer du n° 14 au n° 11 du service d'accouchements, hôpital des Cliniques.

Nous avons dit combien le diagnostic de la tumeur présentée par cette femme était difficile. Les premiers jours, les avis étaient partagés sur la nature de cette tumeur ; mais comme elle se continuait en arrière avec le col de l'utérus, on tendait à y voir une rétroversion de la matrice gravide.

Un peu plus tard la tumeur, en se développant, s'était abaissée de plus en plus dans l'excavation pelvienne, en même temps que le col de l'utérus s'élevait de plus en plus, de telle sorte que ces deux parties semblaient se dégager l'une de l'autre. Au-dessus des pubis, on sentait une saillie pyriforme qui se continuait sur les côtés avec des espèces de brides saillantes, et qu'on abaissait légèrement, en même temps que le col utérin, par une pression sur l'hypogastre. On crut donc qu'on avait affaire à une grossesse extra-utérine, et que le kyste fœtal refoulait la matrice en avant et en haut.

Lundi dernier, après avoir endormi la malade, on introduisit dans le col utérin l'hystéromètre. Cet instrument pénétra de quelques centimètres dans une direction antéro-supérieure. Dès lors, on fut complétement convaincu que la tumeur suspubienne était constituée par la matrice vide.

Les choses restèrent ainsi jusqu'au vendredi. Il fallait toujours sonder la malade. Vendredi matin, on apprit qu'elle avait pu uriner seule, et en la palpant, on trouva l'hypogastre occupé par une tumeur dure, grosse comme la matrice gravide d'une femme enceinte de cinq mois. Dans la cavité pelvienne, il n'existait plus de tumeur, et le col utérin avait repris sa place.

Ainsi, c'était bien l'utérus gravide en rétrocession qui s'était réduit de lui-même. Jusqu'alors il était infléchi à angle aigu, et le segment inférieur formait, au-dessus des pubis, la tumeur d'abord constatée. L'hystéromètre avait pu pénétrer, sans préjudice pour l'enfant, dans le segment inférieur de l'utérus, jusqu'au niveau de l'angle produit par cette rétrocession excessive, et si le col n'avait plus semblé se continuer avec la tumeur, la cause en était dans cette inflexion qui s'accentuait tous les jours, à mesure qu'un des segments de la matrice, en s'agrandissant, prenait plus de place et faisait davantage basculer l'autre. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL BEAUJON. — M. MOUTARD-MARTIN

Leçons sur la thoracentèse (1),

(Rédigées par M. LOLLIOT, interne du service.)

Je vous ai dit, Messieurs, l'époque la plus favorable pour opérer, mais il est bon de savoir que, lorsque l'épanchement a été franchement inflammatoire au début, et qu'il a persisté ensuite pendant longtemps, il n'y a plus à ce moment d'indication, à moins d'accidents graves, parce que le poumon s'est recouvert de fausses membranes consistantes qui l'empêchent de se dilater, et que plusieurs ponctions successives seraient nécessaires. Or, les ponctions souvent répétées exposent à la purulence ; il vaut beaucoup mieux, dans ces cas-là, agir par les révulsifs cutanés, les purgatifs, les diurétiques qui suffisent

(1) Voir le numéro du 18 avril.

souvent pour faire disparaître le liquide. Vous trouvez donc une première contre-indication dans ces épanchements de longue durée qui ont été franchement inflammatoires au début.

Lorsqu'un hydrothorax se forme dans le cours d'une maladie du cœur, doit-on opérer?

A mon avis, non. D'abord parce que l'épanchement n'est jamais bien considérable; ce sont des épanchements généraux qui se forment, envahissant les plèvres, le péricarde, le péritoine, etc., et variant beaucoup dans leur développement. Si l'on opère, l'épanchement se reproduit constamment. D'ailleurs ne voit-on pas fréquemment dans les maladies du cœur des anasarques considérables disparaître spontanément?

On ne doit pas opérer davantage lorsque l'hydrothorax est symptomatique d'une affection cancéreuse de la plèvre, par exemple. On peut assurément, lorsque le liquide est en quantité considérable, remédier à certains accidents momentanés de suffocation dus au déplacement du cœur et des gros vaisseaux; mais, sachez-le bien, ce n'est que dans un but palliatif pour modérer des accidents, mais non dans un but curatif.

Ici se pose une question intéressante.

Lorsque la pleurésie reconnaît pour cause l'existence de tubercules pulmonaires, doit-on opérer? Disons tout d'abord que les pleurésies tuberculeuses deviennent rarement assez abondantes pour nécessiter l'opération, mais enfin le cas peut se présenter. Eh bien, à mon avis, lorsque l'on n'a aucun doute sur l'existence de tubercules, on ne doit pas, en général, opérer, et pour vous en rendre la raison plus saisissante, je vais vous citer un fait qui s'est passé sous mes yeux.

J'avais affaire à une jeune fille de vingt-deux ans, forte en apparence, mais toussant un peu depuis quelque temps, et issue de parents tuberculeux; cependant je dois dire qu'il n'y avait pas chez elle de signes évidents de tuberculisation.

Elle avait, à droite, un épanchement qui détermina des accès de suffocation; je fis la thoracentèse et, après l'issue de 1 litre 1/2 de liquide, la malade fut prise subitement d'un accès de toux très-violent, et au troisième éclat de toux la baudruche fut brusquement projetée, en donnant passage à un flot d'air venu de la cavité thoracique. J'avoue que je fus terrifié; j'appliquai promptement le doigt sur l'orifice de la canule pour me donner le temps de réfléchir sur la cause de cet accident, car j'avais la certitude qu'il n'était pas entré d'air. Je confiai la canule à un aide qui eût soin d'en boucher l'orifice avec le doigt, et j'examinai la poitrine de la malade. Au-dessus du niveau du liquide, je trouvai de la résonnance tympanique, du souffle et la voix amphorique; au sommet j'entendis du gargouillement dans un point très-limité. Il y avait donc là une petite caverne, et l'autopsie vint, quelques jours plus tard, vérifier notre diagnostic, car nous avons trouvé une caverne très-superficielle, sous-pleurale du volume d'un petit pois, et, dans son voisinage, quelques tubercules crus.

Or, voici ce qui s'était passé pendant l'opération.

Cette caverne superficielle, n'étant plus comprimée par le liquide, avait éclaté dans un effort de toux, et il s'était fait, sous nos yeux, un pneumothorax. Ce fait n'est pas unique; il s'est produit depuis entre les mains d'autres médecins, et je vous engage à n'en pas perdre le souvenir, car il vous prouve avec quelle circonspection il faut user de la thoracentèse chez les sujets tuberculeux.

Telles sont, messieurs, les principales contre-indications de la thoracentèse.

Je veux maintenant discuter avec vous un point très-délicat de l'opération, c'est la question de savoir si l'on doit ou non chercher à retirer tout le liquide. Des praticiens le veulent absolument, risquant même, par leurs tentatives prolongées, de déterminer chez le malade une fatigue telle que la syncope et d'autres accidents plus graves en ont été la conséquence. Une telle manière d'agir peut donc être très-préjudiciable au malade; je vais, de plus, vous montrer, par des exemples, qu'elle n'a pas une grande influence sur la marche ultérieure de la maladie.

Je venais de pratiquer la thoracentèse au vingtième jour d'une pleurésie, lorsqu'après la sortie de 800 grammes de liquide l'écoulement fut subitement interrompu par des fausses membranes qui bouchèrent l'orifice de la canule. Devais-je borner là l'opération, ou chercher au contraire à déplacer les fausses membranes? J'hésitai, mais en introduisant un stylet dans la canule, je m'exposais évidemment à laisser entrer en même temps une certaine quantité d'air; en laissant, au contraire, l'opération inachevée, je ne faisais courir aucun danger au malade, et par le fait seul d'avoir retiré une partie du liquide, je plaçais le malade dans des conditions plus favorables à l'absorption, tout en portant remède aux accidents immédiats.

C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai, et, ainsi que je l'avais prévu, l'épanchement disparut sept à huit jours après l'opération.

Depuis ce fait, je suis resté convaincu qu'il n'y avait qu'un médiocre intérêt à retirer la totalité du liquide, et que la seule chose dont il fallait se préoccuper, était d'enlever le trop-plein, de porter remède à la gêne respiratoire et de permettre ainsi une résorption rapide.

Une question importante est celle du procédé opératoire auquel on devra donner la préférence. Ces procédés sont nombreux. Je ne ferai que citer, pour que vous ne l'employiez pas, celui de Reybard, qui consiste à perforer une côte avec un trocart qu'on laisse à demeure. Je n'insisterai pas davantage sur celui de M. J. Guérin, qui a appliqué aux épanchements thoraciques l'emploi de la seringue qu'il avait inventée pour vider les abcès froids.

Cet instrument est d'un usage peu commode, d'un fonctionnement difficile, et je lui préfère de beaucoup un simple trocart que l'on plonge hardiment dans un espace intercostal. Mais tandis que les uns, dans le but de détruire le parallélisme, et dans la crainte que le trocart ne vienne arc-bouter contre une côte, préconisent de faire préalablement une incision de la peau à une certaine distance du point où la canule doit pénétrer dans la cavité thoracique, d'autres, et je suis du nombre, regardent cette précaution comme inutile, car cette incision est douloureuse; et plus on rendra l'opération douloureuse, plus on la rendra par cela même difficile. Le malade, en effet, l'appréhendera, et sera plus disposé à contracter ses muscles lorsqu'on enfoncera le trocart, qui éprouvera ainsi, pour pénétrer, des difficultés qu'il n'aurait pas rencontrées sans cela.

Mais, dira-t-on, le parallélisme n'est pas détruit; c'est vrai au moment même de la ponction; mais après la sortie du liquide il sera détruit par le fait seul du retrait de la poitrine et aussi par le changement de position du malade, qu'au moment de la ponction, on fait incliner sur le côté sain. Quant à l'inconvénient d'arc-bouter contre une côte, c'est un accident si rare, si peu grave, si facile à éviter, en faisant exécuter, lorsqu'on sent une côte, un léger mouvement de bascule à la pointe du trocart, que je ne m'y arrête même pas.

Le meilleur procédé pour nous consiste donc à enfoncer directement le trocart dans l'espace intercostal que l'on aura choisi.

Ce que l'on doit chercher avant tout, c'est d'éviter l'introduction de l'air, et, pour cela, le procédé le plus simple et le plus usité consiste à envelopper la canule de la baudruche que vous connaissez tous, et dont les parois mouillées, appliquées l'une contre l'autre par la pression extérieure, s'opposent au passage de l'air. Pour plus de sécurité encore, j'ai l'habitude de faire plonger le pavillon de la baudruche dans un vase rempli d'eau tiède, afin que, si un violent effort de toux se déclarait, la diminution de pression interne déterminât l'ascension de l'eau tiède, et non à l'aspiration de l'air atmosphérique.

Une petite précaution que je vous recommanderai, est de bien vous assurer à l'avance de la solidité de la baudruche que vous employez; pour cela, il vous suffira de l'insuffler fortement pendant qu'elle est sèche; si elle résiste à la pression, vous pourrez vous en servir sans crainte. J'ai été témoin d'un accident grave arrivé faute de cette précaution. Un confrère pratiquait la thoracentèse; l'opération marchait très-régulièrement, quand le malade fut pris brusquement d'une quinte de toux; la baudruche éclata avec bruit dans l'inspiration, et de l'air s'introduisit dans la plèvre. La pleurésie de séreuse devint purulente et la mort en fut la conséquence.

Il y eut dernièrement à l'Académie de médecine une discussion prolongée sur l'importance qu'il fallait accorder à l'introduction de l'air dans la plèvre. Deux camps se formèrent; dans l'un se rangèrent les chirurgiens qui soutenaient qu'elle est tout à fait inoffensive, parce que, disaient-ils, on voit dans les plaies pénétrantes de poitrine l'air se résorber, et la guérison avoir lieu sans accident. Dans l'autre camp, les médecins qui considéraient cette introduction de l'air comme chose grave, ayant pour conséquence de transformer les épanchements séreux en épanchements purulents, d'où mort fréquente.

D'où vient cette divergence d'opinions? Il me semble, messieurs, qu'on peut l'expliquer d'une manière très-simple. Lorsque sous l'influence d'une plaie de poitrine, de l'air pénètre dans les plèvres, il se trouve en contact avec une séreuse parfaitement saine qui, si l'air n'existe qu'en petite quantité, le résorbera facilement et promptement. Au contraire, lorsque l'on pratique la thoracentèse, la plèvre est toujours plus ou moins enflammée et recouverte de fausses membranes; elle se trouve par conséquent dans de mauvaises conditions pour la résorption. De plus, de l'air étant en contact avec du liquide, celui-ci est exposé à s'altérer, et cet accident arrivera pour peu que la quantité d'air qui aura pénétré soit notable.

Supposons maintenant la ponction faite d'une manière régulière, le liquide s'écoule librement, que se passe-t-il alors? Le poumon, n'étant plus comprimé par le liquide, a de la tendance à se dilater, de nouvelle vésicules deviennent tout à coup perméables à l'air, et sous l'influence de ce simple contact auquel elles ne sont plus habituées, surviennent presque toujours des quintes de toux qui n'ont rien d'inquiétant; cependant si elles devenaient trop pénibles, trop fatigantes pour le malade, il serait préférable d'arrêter l'opération.

Parfois, lors même que l'opération a été bien faite et que l'on avait la certitude de l'existence d'un épanchement, au moment où l'on retire le poinçon du trocart, il ne sort pas une goutte de liquide. Comment expliquer cela? De plusieurs façons : 1° il peut exister des fausses membranes épaisses, mais peu adhérentes. En ponctionnant, on repousse les fausses membranes sans les traverser, on ne pénètre pas dans le liquide, l'écoulement ne peut par conséquent avoir lieu. C'est à M. Trousseau que l'on doit la connaissance de ce fait, qui constitue une des difficultés les plus ordinaires de la thoracentèse.

2° Les fausses membranes sont souvent flottantes, principalement à la base où elles se déposent. Au moment où l'écoulement commence, il se trouve tout à coup interrompu par les fausses membranes qui obstruent la canule. Je vous ai dit qu'il ne fallait pas chercher à déboucher la canule par l'introduction d'un stylet, mais qu'il valait mieux retirer l'instrument, et faire une nouvelle ponction. Si même l'opération n'était pas absolument urgente, il vaudrait mieux encore la remettre à un autre jour, car il y a inconvénient à multiplier les ponctions. Je fus chargé de pratiquer la thoracentèse chez la mère d'un de mes collègues qui avait été prise d'accidents graves de suffocation dans le cours d'une pleurésie avec épanchement excessif. Je pénétrai dans la cavité pleurale, rien ne sortit, et cependant j'étais parfaitement sûr de l'existence du liquide. Je retirai la canule, et sans hésiter je fis une nouvelle ponction dans l'espace au-dessus; cette fois le liquide s'écoula librement.

D'autres accidents peuvent se déclarer pendant l'opération; c'est l'introduction de l'air, et la rupture de cavernes, je vous en ai suffisamment parlé.

Des erreurs de diagnostic peuvent avoir été commises, il y en a d'inévitables, mais les cas sont exceptionnels.

J'ai vu faire une ponction dans un anévrysme de l'aorte remplissant le côté gauche de la poitrine; il y eut un écoulement de sang rouge, et le malade mourut quelques jours après. Voilà une erreur qui assurément aurait pu être évitée.

Quand l'épanchement est considérable, les limites des organes sont difficilement appréciées, on ne sait plus au juste où commence le foie, où finit l'épanchement, et l'on est exposé à plonger le trocart dans le foie; cela est arrivé à l'un de nos collègues.

Un autre accident consiste à pénétrer dans des adhérences qui ne permettent pas la résonnance, parce que le poumon réduit à un volume très-petit, est complétement imperméable à l'air. Cela m'est arrivé il y a quelques jours dans mon service. Je fais une ponction chez une femme qui avait un hydro-pneumo-thorax; rien ne sort. A l'autopsie, nous trouvons, quelques jours plus tard, un épanchement purulent considérable, mais il y avait à la base des adhérences qui maintenaient le poumon, lequel était aplati, réduit à un très-petit volume, et complétement imperméable à l'air. Le trocart avait pénétré à la fois dans les fausses membranes et dans le poumon. Cet accident n'avait du reste dans le cas actuel aucune importance. La malade était mourante, et la thoracentèse n'avait pour but que de la débarrasser momentanément du liquide qui l'étouffait.

Après avoir passé en revue les circonstances dans lesquelles la thoracentèse est indiquée, celles dans lesquelles elle est contre-indiquée, étudions maintenant quelles sont les suites les plus ordinaires de cette opération. Supposons d'abord le cas d'un épanchement séreux, — pleurésie aiguë ou hydro-thorax. — Deux choses peuvent se passer; ou bien il ne se reproduira pas du tout de liquide. Je vous en ai cité des exemples, et vous avez vu que c'était dans des cas de pleurésies aiguës, ou bien au contraire, et c'est ce qui arrive le plus ordinairement, l'épanchement se reproduira moins considérable, pour disparaître complétement quelques jours après. Le but de l'opération, en effet, n'est pas d'empêcher la reproduction du liquide, mais de parer immédiatement à certains accidents capables d'entraîner la mort.

Dans quelques cas exceptionnels, le liquide peut se reproduire en aussi grande quantité qu'avant l'opération, occasionner les mêmes symptômes de suffocation, et nécessiter ainsi une seconde thoracentèse, parfois même, trois, quatre opérations ont été nécessaires. Dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux, un fait fut cité, où un hydro-thorax donna lieu à trois reprises différentes à des accidents tels que chaque fois la thoracentèse a dû être pratiquée.

OBSERVATION D'UN CAS DE RHUMATISME

Du testicule gauche,

Par le docteur C. Gérin-Roze.

M. A..., âgé de quarante-trois ans, vient me consulter dans la soirée du 13 juin 1866, pour une tuméfaction scrotale qui se développe depuis huit jours. Le testicule gauche est à peu près cinq fois plus volumineux que le droit. La masse qu'il forme est le siége d'une tuméfaction rénitente qui se prolonge en s'amincissant vers le canal inguinal; de sorte que le toucher démontre l'existence d'une tumeur ovoïde, attachée au canal inguinal par un pédicule gros comme le pouce, empâté et peu résistant à la pression.

Il existe, dans toute la région scrotale, une douleur gravative qui s'augmente par la pression, la marche et les efforts, mais se calme lorsque le malade se couche sur le dos.

La tumeur est mate à la percussion; son volume n'augmente pas pendant la toux; il nous est impossible d'y découvrir la moindre transparence en la plaçant, dans une chambre obscure, entre une bougie et notre œil nu ou armé du stéthoscope.

Quoique le malade nous avoue avoir été atteint, il y a neuf ans, d'une blennorrhagie avec orchite double, nous ne trouvons aucune altération du testicule droit. Ce testicule est petit, sans induration d'aucun point de l'épididyme.

Il n'y a d'ailleurs aucun écoulement blennorrhagique.

A la partie postérieure de la tumeur, nous sentons une masse deux fois plus volumineuse que celle qui constitue le testicule opposé. La pression y détermine une sensation pénible, que le malade déclare semblable à celle que produit la compression du testicule sain. Cette masse semble enveloppée en avant et en haut par une tuméfaction plus élastique et plus dépressible qui se prolonge en se pédiculisant vers le canal inguinal. On y retrouve la sensation que donne l'hydrocèle simple, au doigt qui la presse ou la percute.

Les faits ainsi établis, il nous fallait tout d'abord nous prononcer sur la nature de la tumeur. Son apparition brusque nous empêchait de penser à une affection organique. Son irréductibilité, sa consistance, sa matité et l'intégrité des fonctions digestives nous permettaient de rejeter l'idée d'une hernie. Nous nous sommes arrêtés à

celle d'une congestion du tissu propre du testicule, jointe à un léger épanchement dans la tunique vaginale.

Cette lésion s'accompagne de quelques troubles généraux. Le début des phénomènes remonte à quinze jours. Depuis lors, M. X... se plaint d'être sujet à de l'inappétence, à des sueurs nocturnes et à des mouvements fébriles qui s'accusent surtout vers cinq heures de l'après-midi.

Depuis huit jours, cet état s'est compliqué d'une grande faiblesse. La fatigue est extrême et sans causes; le malade a toujours envie de s'étendre pour se reposer; lorsqu'il se couche, « il est aussi heureux que s'il venait d'accomplir les douze travaux d'Hercule. »

Notre examen, non douloureux, provoque une syncope suivie de vomissements alimentaires.

La langue est blanche, humide, pâteuse, mais sans enduit. Il y a un peu de fièvre et de l'urticaire gyrata qui s'est aggravée à la suite d'un bain pris pour le calmer.

L'affection testiculaire n'est donc pas isolée; bien au contraire, elle se montre avec d'autres manifestations d'un état général que nous ne discuterons qu'après avoir examiné les antécédents pathologiques du malade.

M. X... est attaché à une étude d'agent de change. Très-souvent il tient le carnet, métier fatigant à cause des efforts qu'il faut faire pour couvrir la voix du public et dominer le tumulte de la salle. Souvent alors, le corps se couvre de sueur, ce qui est très-mauvais à la Bourse, à cause des couloirs très-froids et des courants d'air qu'il faut traverser.

Il y a un an qu'à la suite d'un refroidissement survenu dans de pareilles conditions, M. X... se sentit pris d'un froid glacial suivi de douleurs lombaires. Ces douleurs lui semblent avoir occupé les masses musculaires. Elles ont toujours persisté depuis lors. Subissant les variations atmosphériques, augmentant lorsque le temps devient orageux et humide, diminuant pendant les sécheresses; elles sont calmées par la pression qui leur fait succéder une sensation agréable. Un autre moyen qu'emploie M. X... pour les apaiser, consiste à distendre les muscles du dos, soit en s'étirant les membres, soit en se voûtant comme dans le jeu de saute-mouton. Souvent encore, il est pris d'une furieuse envie de marcher, et fait à grands pas une longue promenade dans le but de calmer cette irritabilité musculaire. Et pourtant, dans d'autres circonstances, la fatigue semble augmenter la douleur; car elle se montre surtout après la fatigue du jour, lorsque le malade s'est longtemps tenu debout presqu'à la même place, comme il le fait à la Bourse.

La douleur n'existe que dans les masses lombaires. Elle y siégeait depuis une année, lorsqu'elle disparut il y a huit jours pour faire brusquement place au gonflement testiculaire. Aujourd'hui le soulagement est complet, et s'il n'avait pas un scrotum trop volumineux, le malade se croirait guéri. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois qu'une pareille tuméfaction se présente. Depuis huit mois, un pareil gonflement s'est produit à trois reprises différentes pour disparaître spontanément après trois ou quatre jours de durée. Nous ne pouvons savoir exactement s'il a toujours occupé le testicule gauche.

Quelquefois aussi, depuis un an, il est survenu des pesanteurs gastriques toujours soulagées par l'emploi de l'eau de Vichy, et différentes éruptions d'urticaire gyrata.

Pendant tout ce temps, M. X... s'est cru atteint de lumbago rhumatismal et s'est traité par les bains de vapeur, les applications de linges imbibés d'eau froide, les frictions avec l'alcool camphré, l'emploi d'une ceinture de grosse flanelle et l'introduction de soufre pulvérisé dans les chaussettes. Tous ces moyens, irrégulièrement suivis, n'ont pas donné de résultats.

Prescription. — Pour exciter la résolution de la tumeur scrotale, nous conseillons d'entourer le scrotum d'un linge trempé dans l'eau froide, et de recouvrir ce premier pansement d'un double tour de flanelle sèche qui le calfeutre exactement.

En même temps nous prescrivons le repos à la chambre et la prise de 50 grammes de sulfate de magnésie.

Eau de Vichy dans le vin, au moment des repas.

15 juin, le surlendemain nous allons voir le malade, il se sent l'estomac dégagé, mange un peu, mais toujours sans appétit. Sa langue est blanche, large, humide. Nous ne lui trouvons pas de fièvre, quoiqu'il prétende en avoir eu pendant la nuit.

L'emmaillottement du testicule, renouvelé deux soirs de suite et laissé en place pendant douze heures, provoque, un quart d'heure après son application, une vive chaleur locale bientôt suivie d'une sudation abondante.

Prescription. — Un verre de macération de quassia amara, vingt minutes avant le déjeuner et le dîner. Nouvel emmaillottement du testicule pendant la nuit. Suspensoir dans la journée.

Le 16, même état général; le malade croit avoir la fièvre la nuit. Inappétence, langue blanche.

Le testicule est moins douloureux, le malade trouve qu'il est moins lourd.

Prescription. — Nouvel emmaillottement pour ce soir. 50 grammes de sulfate de magnésie. Pour le reste, *ut suprà*.

Le 19, la fièvre a disparu, l'appétit est revenu, le malade se trouve beaucoup mieux; le testicule n'est plus douloureux, mais les douleurs lombaires semblent vouloir reparaître.

M. X... se croit en état de reprendre ses occupations. Nous lui conseillons :

Un bain russe tous les quatre jours; et, en raison de la difficulté qu'il éprouve à faire tenir, toute la nuit, son maillot scrotal, nous l'engageons à badigeonner tous les soirs le scrotum gauche avec de la teinture d'iode étendue d'eau.

Le 17 juillet, c'est-à-dire près d'un mois plus tard, nous revoyons le malade. Son testicule est toujours aussi gros. Il est le siége de douleurs gravatives, irrégulières dans leur apparition, revenant, disparaissant et revenant sans raison, mais surtout la nuit. Elles sont assez fortes pour réveiller le malade, qui s'empresse alors de pratiquer l'emmaillottement. Sous l'influence de ce topique, la douleur disparaît presque instantanément pour faire place à une sensation d'excessive chaleur.

Les douleurs lombaires se montrent irrégulièrement, mais avec beaucoup moins d'intensité qu'autrefois.

Prescription. — Badigeonnage iodé. Emmaillottement la nuit contre la douleur. Bains russes.

A partir du 25 juillet la tuméfaction scrotale commence à diminuer, et huit jours se sont à peine écoulés, que le scrotum et le testicule gauche ont repris leur volume et leur aspect normaux.

Nous n'avons pu constater le fait de visu, parce que nous étions alors en vacances; mais notre malade nous l'a affirmé, et nous le tenons pour un homme exact, intelligent et digne de foi.

Mais à mesure que la tuméfaction testiculaire disparaissait, l'intensité des douleurs lombaires augmentait. C'est en vain que M. X... chercha à s'en débarrasser par les bains russes, et l'emmaillottement des reins fait avec un linge mouillé, entourant les lombes et l'abdomen; linge mouillé recouvert de deux tours d'une ceinture de laine. Tous les matins il renouvelait ce pansement qu'il laissait en place pendant vingt-quatre heures. Cela le soulageait, mais ne le guérissait pas.

Aussi revint-il nous trouver le 27 septembre. Nous pûmes alors constater l'intégrité du scrotum et du testicule gauches. Il n'y restait pas la moindre induration. Il n'y avait plus de douleurs. De ce côté, du moins, tout était rentré dans l'ordre.

La douleur lombaire est très-pénible, se montre surtout au commencement de la nuit, réveille le malade toutes les heures, et trouble ainsi son repos. Les temps humides et orageux l'augmentent beaucoup. Assez souvent elle disparaît pendant quelque temps; mais c'est qu'alors il est survenu d'autres douleurs, dans différents points du corps, comme si le mal perdait en violence ce qu'il gagnait en étendue.

Prescription. — Eau de Vichy pour couper le vin, pendant la première quinzaine de chaque mois. Bain russe, une fois par semaine. Frictions tous les jours avec la brosse volta-électrique, à titre d'essai.

1er décembre, nous revoyons notre malade; l'état général est très-satisfaisant. Le testicule gauche est intact, mais les douleurs lombaires et généralisées existent toujours, se montrant irrégulièrement et subordonnant leur intensité à l'action des influences atmosphériques.

M. X... s'est soumis à l'emploi quotidien de frictions faites sur le tronc avec la brosse volta-électrique. Pendant un mois, il en a éprouvé un notable soulagement. Mais depuis lors, les douleurs, bien moins fortes qu'autrefois, restent dans le statu quo.

Il est probable qu'elles ne sont plus insupportables, car aujourd'hui, 25 janvier 1867, nous n'avons pas revu le malade.

Avant de terminer cette observation, nous ajouterons : 1° que le père de M. X... est mort à soixante-dix ans, après s'être rendu plusieurs fois à Vichy pour y combattre une goutte ou un rhumatisme.

2° Que sa mère est morte jeune, fatiguée par des couches trop nombreuses.

3° Que ses frères n'ont pas de rhumatismes.

En résumé, un homme de quarante-trois ans, fils de rhumatisant, est atteint de douleurs lombaires, à la suite d'un refroidissement. Ces douleurs sont très-accusées et diminuent de violence lorsque, au lieu de se localiser, elles se généralisent sur différents points du corps.

A trois reprises, il survient une tuméfaction scrotale; les deux premières fois, la tuméfaction disparaît spontanément en quatre ou cinq jours. La troisième fois, elle dure deux mois et s'accompagne de douleurs gravatives qui semblent remplacer les anciennes douleurs lombaires. Il est, en effet, curieux de signaler que ces dernières, bien diminuées au moment de l'apparition de la tumeur scrotale, ont reparu avec leur violence habituelle dès que le scrotum a eu repris son volume normal. Rappelons aussi que la lésion testiculaire nous semble avoir été une congestion du testicule compliquée d'un épanchement dans la tunique vaginale.

Réflexions. — Nous n'étonnerons personne en disant que, pour nous, la fluxion testiculaire de M. X... est de nature rhumatismale. Notre opinion posée, nous allons la discuter.

Lorsque, sans cause connue, il survient, chez un rhumatisant, un mouvement fébrile que n'explique aucune lésion inflammatoire appréciable, la première idée qui se présente à l'esprit est celle d'une fièvre rhumatismale.

Dans le cas actuel, la lésion testiculaire a disparu trop promptement et surtout trop complétement pour que nous puissions croire à une orchite ou à une vaginalite. Les symptômes locaux n'avaient pas l'acuité de l'inflammation. Tout au contraire indiquait la congestion, surtout si l'on pense aux deux fluxions testiculaires antérieures, dont la complète évolution n'avait duré que quatre ou cinq jours. La fièvre n'était donc pas la conséquence de la lésion testiculaire.

D'autre part, les sueurs nocturnes, l'extrême fatigue, les douleurs lombaires, les troubles digestifs sont les phénomènes habituels de la fièvre rhumatismale; et l'on sait que l'urticaire est presque toujours l'attribut de l'arthritis.

Or, si nous acceptons l'hypothèse d'une fièvre rhumatismale, nous sommes forcés de regarder la fluxion testiculaire comme un phénomène de même ordre. Le rhumatisme scrotal n'est pas tellement rare qu'on ne l'ait encore observé; mais il ne nous semble pas que, dans les observations citées, on ait assez fait la part de la congestion du tissus propre du testicule et de l'hydrocèle.

Cette observation n'a donc pour but que d'ajouter quelques lignes au chapitre des rhumatismes viscéraux, et d'établir définitivement l'existence de la congestion rhumatismale du testicule, sans la confondre avec l'hydrocèle.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE,

Par M. E. Kœberlé.

Obs. XXV. — *Ovariotomie pratiquée le 26 janvier 1866. — Mort.*

Mme M..., de Metz (Moselle), âgée de vingt-trois ans, un peu amaigrie, mais bien portante d'ailleurs, avait eu trois fausses couches au deuxième et au troisième mois de la grossesse et avait accouché à terme au mois de novembre 1865. Avant cette dernière grossesse, le ventre était déjà très-gros. Ce n'est qu'après l'accouchement, qui du reste ne présenta rien de particulier, que l'on constata l'existence d'une tumeur ovarique, au bas et à gauche de laquelle se trouvait la matrice. L'ovariotomie fut décidée deux mois et demi après l'accouchement. La circonférence du ventre était de 1 mètre 20. Il existait un kyste multiloculaire avec une grande loge prédominante, manifestement adhérent à la paroi abdominale qui était œdémateuse dans la région sous-ombilicale. Le col de l'utérus était central, dévié à gauche. L'excavation pelvienne était libre.

L'opération eut lieu le 26 janvier 1866. Incision de 18 centimètres de longueur. Ponction de plusieurs kystes. Évacuation de 15 litres de liquide jaunâtre. Il existait des adhérences étendues à la paroi abdominale, au ligament suspenseur du foie et à l'épiploon. Un bout d'épiploon dut être lié. Il y eut, à la paroi abdominale, une hémorrhagie assez abondante. L'un des points qui saignait davantage fut cautérisé au fer rouge. L'hémorrhagie s'arrêta à la suite d'une perte de 200 grammes de sang environ. Trois vésicules de Graaf de l'ovaire droit avaient la grosseur d'une petite cerise; elles furent incisées, vidées et débarrassées de leur ovisac. Le reste de cet ovaire était sain. La tumeur provenait de l'ovaire gauche; elle avait un pédicule de 4 à 5 centimètres de longueur, qui fut lié par un fil de fer à l'aide d'un serre-nœud. La tumeur ayant été excisée, la cavité abdominale fut nettoyée, l'air fut expulsé du creux épigastrique et la plaie fut réunie par trois points de suture profonde et cinq points de suture superficielle. L'opération a duré une heure. La tumeur ovarique pesait 16 kilogrammes.

On donna à l'opérée une position demi-assise. Il n'y eut pas de vomissements, mais le pouls, très-déprimé par intervalles, oscilla entre 90 et 120 pulsations. Urines abondantes. Écoulement séro-sanguinolent par l'angle inférieur de l'incision.

Le lendemain de l'opération, le pouls resta petit, irrégulier, à 120. Urines moins abondantes. Facies typhoïde. L'opérée était dans un état semi-comateux, sous l'influence d'un commencement de septicémie. Elle prit deux demi-bouteilles de vin de Champagne. Il n'y avait pas de signe de péritonite générale. Les intestins n'étaient distendus que dans la région sous-ombilicale. Le ventre avait un volume normal; il était très-creux dans la région épigastrique. J'entr'ouvris les lèvres de la plaie en deux points; il s'en écoula environ 15 grammes de sang brunâtre, qui s'était amassé entre l'épiploon et la paroi abdominale. Des tubes furent placés à demeure dans le foyer hémorrhagique. L'angle inférieur de la plaie fut sondé à 7 centimètres de profondeur; il ne donna issue à aucun liquide. On y plaça également un tube.

Le troisième jour, l'état de l'opérée s'était un peu amélioré, quoique le pouls fût resté assez petit. La langue était chargée; il y avait de l'ictère. Dans la nuit, il survint des coliques et des évacuations alvines très-abondantes, qui furent suivies d'une amélioration rapide. Le pouls se releva. Le matin, la peau devint moite et il y eut une transpiration abondante.

Le quatrième jour, le pouls était très-développé. L'opérée pouvait être considérée comme étant en bonne voie de guérison, malgré l'apparition d'un érysipèle à marche lente, qui avait débuté dès le deuxième jour par l'ombilic, et qui s'était étendu dans un rayon de 10 centimètres environ. Les urines devinrent de plus en plus abondantes et claires.

Le septième jour, la teinte ictérique de la peau, qui jusqu'alors avait diminué de plus en plus, était redevenue plus prononcée. L'érysipèle ne faisait plus guère de progrès. Le ventre était plat. La langue était chargée, mais il y avait peu de soif. Le pouls était à 110, irrégulier par intervalles. L'opérée éprouvait du malaise; elle se coucha sur le côté gauche, le soir. La nuit se passa bien. Il ne survint aucun symptôme alarmant. Comme les urines ne pouvaient plus être rendues spontanément depuis deux jours, on vida la vessie à six heures du matin. L'urine était très-abondante. A sept heures du matin, il y eut un peu de délire. Le pouls devint filiforme. La respiration s'accéléra. On vint me chercher en toute hâte, mais à mon arrivée, à sept heures et demie, Mme M... rendait le dernier soupir.

A l'autopsie, on trouva un foyer purulent renfermant environ 400 grammes de pus dans le cul-de-sac recto-vaginal. La collection purulente n'était séparée du tube que par une distance de 1 centimètre. Le pus s'était en partie frayé une voie dans la cavité péritonéale du côté gauche, sur lequel la malade s'était couchée la nuit. Le pus exhalait une odeur infecte. Il n'y avait pas de traces de péritonite dans la région sus-ombilicale. Il y a eu probablement un empoisonnement suraigu du sang à la suite de la rupture des adhérences qui s'étaient formées, avant que la péritonite ait eu le temps d'éclater, car la décomposition du corps est arrivée très-vite.

Remarques. — L'opération s'était présentée dans de bonnes conditions générales et comme devant être assez simple; mais elle a été, de fait, très-difficile et très-grave en raison des adhérences et de l'hémorrhagie.

La position demi-assise a eu pour résultat de faire dériver dans le bassin les liquides qui se sont amassés après l'opération et de concentrer l'inflammation. Quoiqu'il y ait eu une péritonite pelvienne, l'opérée n'a pas présenté les symptômes classiques de la péritonite : il n'y eut ni douleur, ni ballonnement du ventre, ni vomissements.

Le petit foyer hémorrhagique, formé entre la paroi abdominale et l'épiploon, a subi une décomposition putride qui a eu pour conséquence une septicémie légère du reste, qui s'est arrêtée dès que le foyer hémorrhagique eut été vidé, et un érysipèle, comme on l'observe dans des circonstances analogues, dans toutes les opérations en général.

Le foyer purulent consécutif à la péritonite pelvienne, que l'on a trouvé à l'autopsie, a été occasionné également par des liquides amassés et stagnants dans le bassin après l'opération.

Le malaise éprouvé par l'opérée deux ou trois jours avant sa mort, a été occasionné par la résorption putride de la collection purulente. Malheureusement je l'avais attribué à l'érysipèle, et je suis resté dans une sécurité trompeuse. Si l'on avait pratiqué le toucher vaginal et rectal, on aurait facilement découvert le foyer purulent, et il aurait suffi de pousser un peu une sonde par le tube qui était resté dans l'angle inférieur de la plaie, à 1 centimètre de distance seulement, pour donner issue au pus. L'opérée aurait guéri.

Le foyer purulent se serait naturellement ouvert dans l'angle

inférieur de la plaie, probablement dans peu de temps, si la malade ne s'était pas couchée, la veille de sa mort, sur le côté gauche. La collection purulente, en voie de décomposition putride, a exercé alors une pression latérale, et s'est ouverte ensuite dans le péritoine en décollant des adhérences saignantes qui étaient en voie de cicatrisation. La résorption du liquide putréfié a occasionné une septicémie suraiguë, qui a emporté rapidement la malade, avant que la péritonite ait pu étendre ses ravages.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES.

Sur l'anesthésie obstétricale

Par M. le Dr G. FAURE.

Après avoir démontré la compatibité de l'anesthésie avec les phénomènes physiologiques de l'accouchement, M. le Dr Faure traite dans ce travail de l'influence que l'anesthésie exerce sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant. Il étudie les indications de l'anesthésie obstéricale, établit les règles de l'administration des anesthésiques dans les accouchements et résume ainsi son étude?

1° L'anesthésie peut diminuer, supprimer même les douleurs de l'accouchement, sans suspendre les contractions utérines ni celles des muscles abdominaux, bien qu'elle affaiblisse la résistance musculaire du périnée.

2° L'anesthésie n'exerce aucune influence fâcheuse sur la santé ou la vie de la mère, pas plus que sur la santé ou la vie de l'enfant.

3° La prudence fait cependant un devoir de ne pas en user en toutes circonstances.

L'anesthésie ne devra être employée que dans les accouchements laborieux et compliqués, ainsi que dans toutes les opérations obstétricales.

On pourra tenter son emploi contre l'éclampsie.

4° Les inhalations brusques et à hautes doses, *dès le début*, doivent être rejetées.

Il faut surveiller la femme jusqu'à ce que l'influence de l'anesthésie ait cessé.

Aux médecins seuls appartient le droit d'administrer les anesthésiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 25 janvier 1867. — Présidence de M. BARTHEZ.

LECTURE.

M. GERIN-ROZE lit une observation sur un cas de rhumatisme du testicule gauche. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. LANNELONGUE. M. Gerin-Rose croit que les observations de manifestations rhumatismales sur le testicules sont rares : cependant Rochouy et d'autres auteurs ont signalé l'existence des orchites rhumatismales accompagnées comme cela a toujours lieu de vaginalites avec épanchement. J'ai vu moi-même, pendant mon internat à Beaujon, une orchite rhumatismale chez un jeune homme, suivie de roséole printanière. Je crois que dans le cas actuel il y a eu orchite plutôt que congestion.

M. GERIN-ROZE. Je crois volontiers qu'il a dû se présenter à l'observation de nombreux exemples de lesions testiculaires rhumatismales. Mais dans les mémoires que j'ai eus sous les yeux, je n'ai jamais vu faire la part distincte entre la lésion testiculaire et la lésion de la tunique vaginale : tantôt on parlait d'hydrocèle, tantôt de tumeur scrotale; mais nulle part je n'ai vu distinctement établir, dans les observations, l'existence de la tuméfaction scrotale avec ou sans hydrocèle.

J'ajouterai que dans les cas précités, il y avait toujours rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. L'absence de manifestations articulaires est un côté intéressant de mon observation.

M. CORNIL. Je ne crois pas qu'il y ait seulement congestion dans ce cas; le volume du testicule, double de son congénère, l'épanchement dans la tunique vaginale, les douleurs, la longue durée de la maladie me paraissent militer plutôt en faveur d'une orchite. Nous en aurions la certitude si le liquide de l'épanchement avait pu être examiné.

Je ne veux pas discuter la question de la nature rhumatismales ou non de la lésion testiculaire, je ne crois pas dans ce cas à une influence rhumatismale; du reste, inflammation et rhumatisme sont loin de s'exclure, puisqu'il est bien démontré par les nombreux examens microscopiques de MM. Ranvier et Ollivier, que les lésions articulaires du rhumatisme sont des inflammations.

M. GERIN-ROZE. Si dans la dernière attaque du rhumatisme sur le testicule, la fluxion testiculaire a duré cinq semaines, nous ne devons pas oublier que dans les deux attaques précédentes elle n'a duré que cinq jours; il y a donc eu deux congestions antérieures; car on ne peut admettre qu'une orchite se résolve en quatre ou cinq jours. Dans la dernière attaque, la résolution s'est faite en huit jours, après six semaines de durée, mais avec une rapidité que n'offre pas habituellement la résorption des produits inflammatoires.

Quant à l'augmentation de volume du testicule, je crois que la congestion simple peut la produire. Ne voit-on pas en effet la rate forcer l'élasticité de sa tunique fibreuse par le seul fait de la congestion dans la fièvre intermittente? Et pour prouver qu'il n'y a là que de la congestion, il me suffira de rappeler que quelques grammes de sulfate de quinine suffisent pour réduire le volume de la glande.

Enfin les signes cliniques ne permettent pas, chez mon malade, de croire à une inflammation. Je n'ai observé ni la douleur aiguë, ni la rougeur, ni la tuméfaction spéciale, ni les symptômes généraux de l'orchite.

M. CORNIL. L'augmentation de volume des organes sous l'influence de la congestion seule peut rigoureusement se calculer en remplissant leurs vaisseaux par une injection; je doute que par ce procédé le testicule augmente du double; s'il y a exsudation de liquide sous l'influence d'une congestion active, si ce liquide contient de la fibrine et des globules de pus comme les épanchements séreux de la plaie, alors il y a inflammation. Je crois qu'il en était ainsi, bien que les caractères de cet épanchement nous manquent. L'exemple de la rate que prenait M. Gerin n'est pas applicable ici; on sait en effet que cette glande peut emmagasiner dans son tissu érectile et dans les déchirures qui s'y produisent si facilement une quantité colossale de sang.

M. BARTHEZ aurait désiré que M. Gérin eût décrit avec détail les caractères de l'éruption d'urticaire gyrata, observé chez son malade; il faut étudier avec soin les lésions soit inflammatoires, soit congestives de la diathèse rhumatismale, car quoi qu'ait dit M. Lannelongue de l'identité des orchites simples et rhumatismales, il est probable que l'observation pourrait y faire constater des dissemblances.

Le secrétaire, V. CORNIL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une grande épidémie, présumée typhoïde, règne en ce moment à l'Ile-de-France. La mortalité à Port-Louis s'est élevée à 100 personnes par jour, chiffre énorme vu la population de ce port. Aux Pamplemousses, situé à quelques milles de la ville et qui compte une population de 60,000 âmes, la mortalité a atteint le chiffre de 50 par jour.

A Port-Louis, du 16 février au 16 mars, sur une population de 80,000 âmes, la mortalité s'est élevée à 2,018 (dont 1,259 en mars), les décès à l'hôpital civil (dont la moyenne est de 8 par jour), non compris.

— L'Académie de médecine de Belgique met au concours la question suivante :

« Faire connaître les symptômes, les causes, les lésions anatomiques et la nature du typhus contagieux épizootique considéré dans les différentes espèces d'animaux qui sont susceptibles de contracter cette maladie et exposer les caractères différentiels des diverses autres affections typhoïdes avec lesquelles celle-ci pourrait être confondue. »

Le prix est d'une valeur de 12,000 francs.

Le concours restera ouvert jusqu'au 1er janvier 1869.

Les mémoires non lisiblement écrits en latin, français ou flamand seront refusés.

Adresser les travaux, affranchis, au secrétaire de l'Académie, 1, place du Musée, à Bruxelles.

— M. Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences sur les maladies de la peau le vendredi 26 avril 1867 et les continuera tous les vendredis.

La visite des malades, salles Saint-Louis et Henri IV, à 8 heures et demie. La conférence à l'amphithéâtre à 9 heures et demie.

— M. Verrier recommencera son cours d'accouchements et de manœuvres, le jeudi 25 avril à 4 heures et demie, à la clinique de M. Meyer, 41, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16. Un an. . . . 30.

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Assistance médicale. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — HÔPITAL BEAUJON (M. Moutard-Martin). Leçons sur la thoracentèse. — HÔTEL-DIEU DE POITIERS. Lipômes. Opération. Mort subite. — Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Correspondance. — Nouvelles.

PARIS, LE 24 AVRIL 1867.

ASSISTANCE MÉDICALE.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

Au commencement de son règne, Votre Majesté fut frappée de l'inégalité qui existait, au point de vue de l'assistance médicale, entre l'ouvrier des villes et l'ouvrier des campagnes. Tandis que les villes sont généralement dotées d'institutions charitables où le malade indigent trouve les secours qui lui sont nécessaires, l'ouvrier des champs était souvent exposé à souffrir, isolé, sans médecin, sans remèdes.

L'Empereur, dans sa sollicitude pour les populations rurales, a voulu qu'on atténuât autant que possible un pareil état de choses, contraire aux principes de charité et de justice. Dans ce but, l'administration supérieure a fait tous ses efforts pour encourager dans les départements la création d'un service de médecine gratuite en faveur des populations rurales. L'attention des préfets et l'intérêt des conseils généraux ont été appelés d'une manière toute spéciale sur l'utilité que présentait une institution qui devait améliorer notablement le sort des indigents des campagnes.

Plusieurs modes d'assistance ont été essayés; mais l'organisation qui a paru la plus complète est celle des médecins cantonaux, appliquée déjà avec succès sur plusieurs points de la France, et notamment dans le Loiret.

Voici les bases de l'organisation adoptée dans ce département.

Le service de chaque circonscription, composée d'un nombre de communes variant suivant l'importance de la population, est confié à un médecin désigné par le préfet.

Chaque année, le bureau de bienfaisance de la commune, ou, lorsqu'il n'en existe pas, une commission composée du maire, de l'adjoint et du curé, dresse, en présence du médecin, la liste des indigents qui seront appelés à jouir des bienfaits de la médecine gratuite. Cette liste est ensuite soumise à l'approbation du conseil municipal.

Le médecin cantonal traite à domicile sur la demande du maire, ou, à son défaut, d'un membre de la commission communale, les indigents portés sur la liste. Dans les cas urgents, il peut être appelé directement par le malade ou par sa famille, sans autre formalité que la présentation de la carte délivrée à chacun des indigents.

Les médecins visitent et soignent également les enfants trouvés, abandonnés, orphelins, les vieillards et infirmes placés dans les familles au compte du département. Outre les soins que peuvent venir réclamer d'eux les malades indigents de leur circonscription en état de se transporter à leur domicile, les médecins cantonaux donnent, au moins une fois par semaine, des consultations gratuites. Enfin ils doivent, chaque année, adresser au préfet un rapport qui constate les résultats de leur service.

Les médecins cantonaux sont indemnisés de leurs frais de déplacement; chacun d'eux reçoit annuellement une allocation proportionnée tant à l'étendue de la circonscription qu'au nombre des indigents, enfants et vieillards, qu'il est chargé de visiter; en outre, lorsque les ressources le permettent, des primes sont données à ceux qui se sont distingués par leur zèle.

Les médicaments sont fournis par un pharmacien domicilié dans la circonscription, ou par le médecin, s'il n'existe pas d'officine à une distance de quatre kilomètres du domicile du malade.

Toutes les communes sont pourvues d'un mobilier médical se composant de linge, baignoires et objets de première nécessité. Ce mobilier est mis en dépôt soit à la cure, soit à la maison d'école, soit dans les établissements de sœurs, et il est prêté sur l'autorisation du médecin.

L'administration supérieure a apprécié les avantages que présentait cette organisation, et elle en a conseillé l'adoption. Mais la mission du Gouvernement était plutôt d'indiquer le bien à réaliser que de prescrire une forme absolue pour l'accomplir. Aussi les conseils généraux ont-ils été libres de choisir le système qui leur paraissait le mieux répondre aux habitudes des populations.

La plupart des départements qui ont fondé un service de médecine gratuite en faveur des indigents des campagnes ont adopté en principe le système qui leur était recommandé, en y apportant toutefois quelques modifications dans l'application.

Aujourd'hui, 48 départements possèdent des institutions de ce genre.

Ces départements sont les suivants :

Aisne. — Allier. — Alpes (Basses-). — Alpes (Hautes-). — Ardennes. — Ariége. — Aude. — Aveyron. — Bouches-du-Rhône. — Cher. — Corse. — Creuse. — Doubs. — Drôme. — Garonne (Haute-). — Gers. — Gironde. — Hérault. — Ille-et-Vilaine. — Indre. — Indre-et-Loire. — Isère. — Jura. — Landes. — Loire. — Loire-Inférieure. — Loiret. — Lot. — Maine-et-Loire. — Marne. — Meurthe. — Meuse. — Moselle. — Nièvre. — Oise. — Pas-de-Calais. — Pyrénées (Basses-). — Rhin (Bas-). — Rhin (Haut-). — Saône-et-Loire. — Sarthe. — Savoie (Haute-). — Seine-et-Oise. — Sèvres (Deux-). — Somme. — Tarn. — Tarn-et-Garonne. — Vaucluse.

Si l'organisation de ce service varie suivant les besoins et les habitudes des populations, partout, du moins, les soins du médecin et les médicaments sont fournis gratuitement aux malades; dans quelques départements, on ajoute à ces bienfaits une distribution gratuite d'aliments destinés à rendre aux convalescents les forces nécessaires pour reprendre leur travail.

Les ressources destinées à pourvoir au paiement des dépenses sont fournies par les départements, les communes et les bureaux de bienfaisance.

De son côté, la charité privée apporte son précieux concours à cette œuvre. Je dois ajouter que, sur plusieurs points, les médecins ont beaucoup contribué au développement de l'œuvre, soit en donnant gratuitement leurs soins, soit en ne recevant qu'une indemnité bien inférieure à celle à laquelle ils auraient pu justement prétendre.

L'État accorde des subventions aux départements qui, par l'importance des résultats obtenus et des sacrifices qu'ils s'imposent, de concert avec les communes, paraissent mériter cette faveur.

Le nombre des départements ainsi subventionnés a varié, pendant la période de 1861 à 1865, de trente-huit à quarante, et le montant des subventions qui leur ont été allouées, de 46,200 fr. à 50,000 fr.

Les avantages du service de la médecine gratuite sont évidents. Ce mode d'assistance procure, en effet, aux malades indigents des populations rurales, les secours dont ils étaient privés, et satisfait en même temps un de leurs désirs les plus légitimes en les laissant au foyer domestique, qu'ils ne quittent jamais qu'à regret et à la dernière extrémité pour se rendre à l'hôpital. De plus, la médecine gratuite n'entraîne que des dépenses relativement peu considérables. Si l'on compare le nombre des indigents soignés pendant la période de 1861 à 1865, soit 1,019,135, avec le montant des dépenses, qui se sont élevées à 4,973,876 fr., on trouve que la moyenne des frais de traitement individuel n'a été que 4 fr. 88 c.

De semblables résultats démontrent l'utilité de cette institution; ils permettent d'espérer que les départements qui en sont encore dépourvus tendront à en assurer les bienfaits aux populations si intéressantes des campagnes et ne tarderont pas à entrer dans la voie indiquée par Votre Majesté.

Je joindrai mes efforts à ceux de mes prédécesseurs pour arriver à un résultat qui réalise d'une manière aussi complète que possible la généreuse pensée de l'Empereur.

Je suis avec un profond respect, Sire, de Votre Majesté
Le très-humble et très-obéissant sujet,

Le ministre de l'Intérieur,
LA VALETTE.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Briquet a lu hier les conclusions du rapport officiel sur le choléra de 1849, dont la lecture a occupé un grand nombre de séances l'année dernière. Ce rapport comprend outre la relation de l'épidémie de 1849, celle de toutes les épidémies qui ont régné précédemment en France, et remonte rétrospectivement jusqu'aux premières excursions du choléra indien hors de son foyer d'origine. C'est un travail considérable et par son étendue et par l'immense quantité de documents qui lui sert de base, autant que par l'importance même du sujet. Il n'a pas fallu moins que le zèle et le dévouement à toute épreuve de M. Briquet pour coordonner et mettre en œuvre ces immenses matériaux accumulés depuis dix-huit ans, et mener à bonne fin cette entreprise colossale. Une bonne part de ces éloges doit revenir aussi, il est vrai, aux divers membres de la commission qui y ont coopéré activement et notamment au premier rapporteur, M. J. Guérin, qui avait déjà réuni les premiers éléments de ce vaste travail et en avait préparé l'élaboration par de longues études.

Nous avons vu le moment où les conclusions d'un rapport de cette importance allaient être votées sans discussion. Le bureau, qui trouvait, non sans quelque raison sans doute, le délai de dix-huit ans suffisant, était d'avis d'en finir immédiatement avec l'histoire de l'épidémie de 1849; d'autant plus que le rapporteur des épidémies de 1853 et 1854 et de 1865 et 1866 serait prêt, paraît-il, à déposer prochainement son travail. Mais tel n'a pas été l'avis de l'Académie. Sur les réclamations de M. Caventou et les observations motivées de MM. J. Guérin et Depaul, qui ont énergiquement fait prévaloir les intérêts de la science sur les raisons d'ordre et d'économie invoquées par le bureau, l'Académie a voté l'ajournement de la discussion jusqu'après impression textuelle et complète du rapport et des pièces à l'appui. Cette impression demandera du temps, en admettant même que les difficultés financières qu'il soulève soient levées. Mais quand on a attendu dix-huit ans, on peut bien attendre quelques mois, un an même s'il le faut. Que serait-ce qu'un délai de quelques mois, s'il doit réellement sortir de cette discussion quelques lumières nouvelles sur le choléra? c'est ce que l'avenir nous apprendra.

On demande ce que devient la discussion sur le mouvement de la population française. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. MOUTARD-MARTIN

Leçons sur la thoracentèse (1),

(Rédigées par M. LOLLIOT, interne du service.)

Un fait que l'on voit survenir dans quelques circonstances et qui avait inspiré une crainte très-grande aux médecins, c'est la transformation, après une première ponction, d'un épanchement séreux en épanchement purulent. Ai-je bien raison de dire que c'est une transformation? A mon avis, non. Car, à moins de certaines complications sur lesquelles je reviendrai, ce n'est pas une transformation qui s'opère, et cela est si vrai, que bien souvent on peut prédire à l'avance que l'épanchement qui se reformera sera nécessairement purulent, et voici comment. Lorsque le liquide qui s'écoule pendant l'opération, quoique paraissant clair, transparent, citrin, vu en petite quantité, prend une coloration opaline vu en masse et principalement vers la fin de l'opération, vous pouvez être presque certains qu'il se reproduira du liquide, et que ce liquide sera purulent. Voici, en effet, ce qui s'est passé : la sécrétion qui, d'abord, était séreuse est devenue purulente au bout d'un certain temps, en sorte qu'au moment de la ponction il s'écoule un mélange de sérosité et de pus. Une fois l'opération faite, la sécrétion continue à être ce qu'elle était auparavant, c'est-à-dire purulente; mais cette fois le pus formé existera tout seul, sans mélange de sérosité. Vous voyez donc bien qu'il n'y a pas eu là de transformation véritable, et que la sécrétion n'a fait que continuer à être purulente.

Dans bien des cas où l'on a accusé la thoracentèse de produire la purulence, les choses se sont certainement passées de cette façon, et on aurait pu annoncer à l'avance ce changement dans la nature du liquide. Pour ma part, cela m'est arrivé plusieurs fois. Je me rappelle un fait qui s'est passé sous mes yeux à l'hôpital Saint-Antoine. Aran pratiquait la thoracentèse pour un épanchement séreux; vers la fin de l'opération je vis le liquide, de clair qu'il était, devenir légèrement louche; j'affirmai qu'il contenait du pus et qu'il se reproduirait du pus; comme la

(1) Fin. — Voir les numéros des 18 et 23 avril.

coloration était peu prononcée, Aran soutint que ce n'était que de la sérosité et qu'il se reproduirait un épanchement séreux. Eh bien, messieurs, l'événement a justifié mon opinion, c'est du pus qui s'est reformé. Dans la plupart des cas, il sera donc possible de dire à l'avance si l'épanchement qui se reproduira sera purulent, et il serait injuste d'en accuser la thoracentèse.

Il peut arriver que le liquide reste d'un bout à l'autre de l'opération parfaitement clair, séreux, sans pus, et cependant qu'il se reproduise du pus; cherchez alors avec soin dans l'état antérieur du malade, et vous verrez que dans la plupart des cas vous aviez affaire à des sujets tuberculeux, ou présentant un cancer soit de la plèvre, soit du poumon, etc., ou bien se trouvant dans un état typhoïde plus ou moins prononcé. Dans ces cas encore ce n'est pas l'opération en elle-même qu'il faut accuser, mais bien l'état cachectique du malade.

Cependant il y a des circonstances dans lesquelles l'opération doit être accusée. Pour des raisons que nous avons étudiées déjà, une première ponction ne donne pas issue au liquide; plutôt que d'introduire un stylet dans la canule, vous faites une deuxième ponction, parfois une troisième dans des endroits différents; eh bien, ces ponctions, multipliées et rapprochées l'une de l'autre, prédisposent singulièrement à la transformation purulente.

Je crois donc que si après deux ponctions il ne sort pas de liquide, il vaudrait beaucoup mieux attendre au lendemain pour en faire une troisième, si les accidents n'étaient pas imminents. Dans tous les cas, il ne faut pas faire les piqûres trop près les unes des autres. Et même après une première ponction sans succès, je conseille de faire la seconde un peu haut, car je vous l'ai déjà dit, je ne tiens pas à extraire tout le liquide, je m'attache surtout à parer aux accidents immédiats.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un épanchement purulent, que le pus se soit formé de prime abord, ou qu'il soit la suite d'une ponction antérieure, comment doit-on agir? Il faut chercher à retirer la plus grande quantité de liquide possible. Mais ensuite, doit-on abandonner la cavité à elle-même, ou chercher, au contraire, à la modifier par des injections détersives? A ce sujet il y a divergence d'opinion, voici la mienne : lorsque l'état du malade n'est pas trop mauvais, il y a avantage pendant un certain temps à ne pas faire d'injection dans la plèvre. Le pus se reproduira, il est vrai, mais il n'empêchera pas la cavité de se rétrécir, et il se formera des adhérences. A la deuxième ponction, si l'état du malade est moins bon, il faut, au contraire, faire une injection. Mais par quel procédé?

Doit-on employer une seringue remplie du liquide à injecter et dont on introduit le bec dans la canule? C'est là, à mon avis, un mauvais procédé, car pour placer la seringue, il faut toujours un certain temps, pendant lequel l'orifice de la canule reste libre et presque constamment il s'introduit de l'air, d'où putréfaction, fièvre, et peu de temps après on est obligé de faire l'empyème.

J'emploie le procédé décrit à l'Académie de médecine par M. Barth; il est beaucoup plus simple que le précédent, ne nécessite pas d'instrument nouveau, et met complétement à l'abri de l'accident que je vous signalais tout à l'heure. Quand la canule, armée de la baudruche, a donné issue au pus, il faut tout simplement mettre le doigt sur l'orifice de la canule, par-dessus la baudruche, puis on relève celle-ci, on y introduit le liquide à injecter, on ferme son extrémité supérieure, après avoir retiré le doigt on fait faire une inspiration au malade, et le liquide pénètre dans la cavité pleurale. On recommence cette opération autant de fois qu'il est nécessaire, pour introduire dans la plèvre une quantité suffisante de liquide et par ce procédé, il est impossible à l'air de pénétrer.

Le liquide dont on se sert habituellement est la teinture d'iode, étendue d'eau par moitié et additionnée d'une quantité suffisante d'iodure de potassium pour tenir l'iode en dissolution.

Une fois que l'on a injecté la quantité voulue de teinture d'iode, il est bon qu'elle baigne le plus d'étendue possible du foyer; pour cela, il faut faire exécuter des mouvements au malade ou lui imprimer quelques secousses qui, en déplaçant le liquide, le mettent en contact avec tous les points de la séreuse, et après cela on laisse sortir le liquide injecté. Au moment de la sortie du liquide, il peut se présenter un obstacle qui en supprime tout à coup l'écoulement; dans ces cas-là, je retire tout simplement la canule sans m'inquiéter de la teinture d'iode qui reste, car je n'attache qu'une médiocre importance à retirer la totalité de l'injection. Et en effet, quelle que soit la quantité d'iode qu'on laisse dans la plèvre, je n'ai jamais vu survenir d'accidents d'iodisme, et cela par la raison toute simple que la cavité purulente ne présente pas de conditions favorables à l'absorption, qui ne se fait que lentement et en quelque sorte au fur et à mesure de l'élimination.

Il faut ordinairement recommencer les injections un certain nombre de fois, car le liquide se reproduit. Il faut assez souvent huit, dix et même quinze ponctions, avant que la guérison arrive.

On a vu quelquefois, après un certain nombre de ponctions, l'un des trajets devenir fistuleux. Ordinairement, cette fistule ne constitue pas un accident bien grave, car si elle permet assez facilement la sortie du pus, l'absence de parallélisme s'oppose à l'entrée de l'air.

On a conseillé de se servir de ces trajets fistuleux pour faire des injections dans la plèvre, plutôt que de faire une nouvelle ponction, mais c'est là une mauvaise pratique, car, en voulant pénétrer par les trajets, on est toujours exposé à l'introduction de l'air.

On a conseillé également de laisser une canule à demeure; mais c'est là encore un mauvais procédé, car, en ouvrant la canule, on facilite l'entrée de l'air. Je sais bien que l'on peut ainsi donner issue au pus aussi souvent qu'on le veut, et que c'est là un grand avantage; mais malgré cela, il vaut mieux encore ne pas s'exposer à établir de communication avec l'air extérieur.

Voilà donc un accident possible de la thoracentèse, la production du pus. D'autres accidents peuvent se montrer après l'opération, beaucoup moins graves, il est vrai, mais pouvant néanmoins entraîner des conséquences fâcheuses. Le plus fréquent est la congestion parfois très-considérable du poumon. Lorsque, en effet, on a retiré tout le liquide, si le poumon n'est pas enchâssé dans des fausses membranes, il est menacé d'un afflux sanguin très-abondant, qui provoquera à son tour la sécrétion d'une grande quantité de liquides pulmonaires.

Legroux a cité, à la Société médicale des hôpitaux, deux cas où, à la suite de la thoracentèse, il s'établit une expectoration considérable d'un liquide mousseux, sanguinolent, avec toux très-fatigante. Chez l'un de ces malades, la congestion a duré vingt-quatre heures; chez l'autre, elle a persisté plus longtemps, et il s'est même déclaré une pneumonie véritable. Vous voyez donc que, dans quelques cas, l'opération peut ne pas être complétement innocente, quoique faite dans de bonnes conditions. Cependant, ces accidents peuvent être évités, et cela en arrêtant l'opération dès que le malade est pris d'une quinte de toux trop considérable. Je vous ai cité un fait où la toux m'a obligé de laisser l'opération inachevée, et où cependant la guérison fut rapide.

J'aborde maintenant une autre question très-intéressante.

La thoracentèse doit-elle être faite dans les cas d'hydro-pneumo-thorax?

De prime abord, elle paraît assez peu indiquée, et en effet, si la communication entre la plèvre et les bronches est libre, le liquide que l'on retire sera aussitôt remplacé par une quantité équivalente d'air; c'est-à-dire que l'on replace le malade dans les mêmes conditions, et l'opération n'est évidemment d'aucune utilité si l'on se borne à extraire le liquide.

Mais lorsqu'un pneumo-thorax se produit à la suite de la rupture d'une caverne, la communication d'abord libre entre la plèvre et les bronches peut se boucher peu à peu, si bien qu'au bout d'un certain temps toute communication soit interceptée. Si l'on peut acquérir cette certitude, il y a avantage très-grand à opérer. Je sais bien qu'on s'expose à ce que, dans un effort de toux, la communication se rétablisse, mais cette crainte ne doit pas être suffisante pour empêcher l'opération.

Dans les hydro-pneumo-thorax, les symptômes locaux ne sont pas toujours en rapport avec l'abondance de l'épanchement; celui-ci peut être très-considérable, et la matité n'exister qu'à la partie inférieure, tandis que la partie supérieure présente de la résonnance. M. Lailler signalait dernièrement un fait de ce genre où six litres de liquide furent retirés, quoique les signes locaux n'eussent annoncé qu'un petit épanchement. Cela vient de ce que, lorsque la cavité pleurale est close, le liquide qui s'y épanche remonte en refoulant le poumon, et ce n'est que lorsque l'épanchement est trop abondant que le diaphragme se trouve refoulé à son tour.

Au contraire, lorsque la cavité pleurale communique avec l'air extérieur, le poids du liquide refoule le diaphragme qui se renverse, et dont la convexité devient inférieure pour former une poche dans laquelle s'amasse le liquide. Il suffit d'être prévenu du fait pour que la petite quantité apparente du liquide n'empêche pas de pratiquer la thoracentèse si elle était indiquée par les symptômes généraux.

Il y a encore à juger si dans les cas d'hydro-pneumo-thorax il convient mieux de pratiquer la thoracentèse que l'empyème. Lorsque la communication entre les bronches et la plèvre est libre, l'empyème vaut mieux; c'est qu'en effet vous ne craignez pas l'introduction de l'air, puisqu'il y en a déjà, et de plus vous permettez l'écoulement facile du pus et l'introduction facile de liquides détersifs. Mais je ne conseillerais cette opération que si le malade n'est pas tuberculeux et s'il n'y a pas chez lui de maladie pouvant entraîner la mort; je la conseillerais, par exemple, dans le cas d'une pleurésie purulente simple qui s'est ouverte dans les bronches.

Ici se termine ce que j'avais à vous dire sur la thoracentèse. Cette opération, comme vous le voyez, peut, lorsqu'elle est pratiquée d'une manière intempestive et sans les précautions nécessaires, entraîner les plus graves accidents. Faite à propos, elle peut au contraire procurer aux malades les plus grands soulagements, abréger considérablement la durée de leur maladie et amener dans nombre de cas une guérison qu'ils n'obtiendraient pas sans elle. C'est une des opérations qu'on a le plus souvent occasion de pratiquer; aussi devrez-vous toujours avoir présentes à l'esprit et ses indications et ses contre-indications, afin de vous mettre constamment à l'abri des accidents et de tirer de cette opération le meilleur parti possible dans l'intérêt de vos malades.

Je tenais beaucoup, messieurs, à trouver l'occasion de vous faire l'exposé complet de mes opinions sur la thoracentèse, opinions qui me sont communes avec un grand nombre de mes collègues des hôpitaux, afin de répondre à l'accusation qui avait été portée contre nous de faire de cette opération une méthode générale de traitement de la pleurésie. J'ai suffisamment insisté sur les indications de l'opération pour que cette accusation ne puisse plus être formulée contre moi.

HOTEL-DIEU DE POITIERS. — M. Jallet.

Lipômes. — Opération. — Mort subite.

(Observation recueillie par M. J. Jablonski, interne.)

La nommée Marcelline N..., âgée de douze ans, entra dans la salle Sainte-Marie de l'Hôtel-Dieu, le 20 mai 1865.

Elle portait sur le dos une tumeur d'un volume considérable, prenant naissance en haut, au niveau des premières vertèbres dorsales et retombant comme une poche jusqu'à la région lombaire. Cette tumeur paraissait se continuer en haut et à gauche avec une seconde tumeur hémisphérique, moins volumineuse, et située dans les régions latérales et postérieure du cou. Ces tumeurs étaient dures, immobiles, implantées par une large base dans la profondeur des tissus ambiants; la peau qui les recouvrait avait conservé son aspect normal; elle paraissait seulement amincie et tiraillée au niveau de la grosse tumeur. Cette peau était sillonnée par de grosses veines variqueuses.

M. le docteur Jallet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, diagnostiqua un lipôme, et comme l'enfant était un peu pâle, quoique sa santé générale parût bonne, il lui prescrivit une nourriture substantielle et des toniques, afin que l'ablation de la tumeur pût être faite dans des conditions favorables. La petite malade resta donc pendant plus d'un mois dans les salles, et nous pûmes, pendant ce temps, l'observer tout à loisir. D'après les renseignements que nous avons recueillis de la bouche de sa mère, le lipôme de la région dorsale avait commencé à se développer par sa partie supérieure. Les parents l'aperçurent pour la première fois lorsque l'enfant n'avait encore que quatre mois. La tumeur avait alors le volume d'une noix. Depuis cette époque elle s'était accrue peu à peu, et elle avait environ le tiers de son volume actuel lorsqu'on remarqua qu'une autre tumeur se développait de la même façon sur le côté gauche du cou. L'enfant avait alors cinq ans. Les deux lipômes ont continué à grossir de plus en plus, surtout celui de la région dorsale, qui depuis quatre ans a doublé de volume en se faisant de la peau du dos une espèce de sac qui retombe jusqu'au bas des reins. A la partie supérieure de ce sac, on voit un autre lobe de la tumeur qui s'est développé depuis quelques mois seulement, et qui tend à rejoindre le lipôme que nous avons mentionné à la région cervicale. A la partie postérieure et inférieure du lipôme dorsal, il se développa, dans le courant du mois de juin, quelques ulcérations de la peau qui furent pansées avec l'onguent de Canet. Puis il survint dans ce point une petite inflammation qui força le docteur Jallet à recourir aux cataplasmes; on reprit ensuite l'emploi de l'onguent de Canet. Enfin la cicatrisation de ces ulcères ne s'opérant que très-lentement et la malade demandant à grands cris l'opération, il fut convenu que l'ablation des tumeurs aurait lieu le 6 juillet.

A ce moment, voici quelles étaient les dimensions exactes des lipômes :

1° Tumeur dorsale :

Circonférence de la base	0m 80
Diamètre vertical	0m 67
Diamètre transversal	0m 39
Circonférence de la tumeur dans le point où elle se détache du dos	0m 76

2° Tumeur cervicale :

Circonférence de la base	0m 40
Diamètre vertical	0m 14
Diamètre transversal	0m 18

L'intervalle qui séparait les deux tumeurs l'une de l'autre, était de 5 à 6 centimètres.

Le 6 juillet, à neuf heures, la malade fut amenée dans la salle de clinique, et l'on procéda à l'éthérisation.

Au bout d'une demi-heure la malade fut couchée sur le côté droit, et un aide, placé en arrière, fut chargé de faire saillir la grosse tumeur en la pressant fortement entre ses deux mains. Le chirurgien enfonçant alors perpendiculairement dans la tumeur le couteau à amputations, divisa jusqu'aux muscles le tissu lipomateux. L'incision fut prolongée jusqu'au bas de la tumeur; le muscle trapèze fut ensuite divisé, et l'on aperçut, au-dessous de lui, d'autres amas de vésicules adipeuses qui, s'étalant sous le grand dorsal et le romboïde, allaient se perdre sous le troisième plan des muscles de la région. Le docteur Jallet débrida les lamelles fibreuses qui formaient des cloisons dans l'intérieur de cette masse graisseuse, puis en disséquant toujours il arriva jusqu'aux muscles des gouttières vertébrales. Le tissu adipeux pénétrait dans les interstices de ces muscles et paraissait se prolonger ainsi jusqu'au devant de la colonne vertébrale. Le couteau porté plus haut découvrit une seconde tumeur logée immédiatement au-dessus de la précédente et se continuant avec celle du cou.

A la suite d'une dissection laborieuse de cette tumeur, l'opération fut entravée un instant par une hémorrhagie veineuse qui s'arrêta bientôt; les deux tumeurs furent alors détachées de leurs adhérences et nous eûmes sous les yeux un long pédicule graisseux qui semblait naître en avant des vertèbres de la région dorsale. Il fallut se résigner à en faire la section; il était à peu près dix heures et demie, et la malade, qui avait été éveillée durant la plus grande partie de l'opération, commençait à se plaindre de la lenteur du chirurgien. M. Jallet détacha donc les tumeurs et coupa les lambeaux de la peau adhérente au lipôme dans sa partie ulcérée; il se préparait à faire le pansement lorsque le pouls baissa tout à coup, et la malade fut prise de nausées et de vomissements. Toutefois au bout de quelques minutes, l'enfant soutenue par les aides, se releva sur son séant pour qu'on achevât le pansement. A peine fut-elle déposée sur son lit que sa respiration devint anxieuse, haletante, sa face se grippa, ses yeux s'excavèrent; c'est en vain qu'on essaya de la ranimer par des frictions, par des sinapisme, etc., elle se refroidit de plus en plus, le pouls devint misérable et la mort arriva une demi-heure environ après la fin de l'opération.

Quelle a été la cause de la mort?

L'autopsie de l'enfant ne put avoir lieu. — Pendant l'opération on n'avait constaté qu'une hémorrhagie veineuse peu abondante, aucun tronc vasculaire important n'avait été lésé; on ne pouvait pas non plus mettre l'accident sur le compte de

l'éther, qui n'avait pas même réussi à anesthésier la malade. Devrait-on donc penser qu'une dénudation des parties molles dans une aussi grande étendue ait suffi pour provoquer la mort immédiate ?

RECHERCHES SUR QUELQUES TROUBLES DE NUTRITION

Consécutifs aux affections des nerfs. (1)

Par M. le Dr J. B. A. Mougeot.

I. Diverses affections des nerfs ont une influence non douteuse sur la production d'un grand nombre de troubles de nutrition, soit de la peau, soit des articulations, soit d'organes divers.

II. Ces affections des nerfs sont, ou bien traumatiques, ou bien spontanées.

III. Ces dernières sont souvent de celles que l'on a appelées *essentielles;* mais dans des cas bien étudiés dont le nombre va en augmentant, c'est à l'existence de la névrite qu'il faut rapporter les symptômes observés. (Chap. II.)

IV. Quant aux affections traumatiques, elles sont quelquefois accompagnées de névrite; mais on ne peut pas dire que celle-ci soit la condition nécessaire de la production de troubles de nutrition.

V. L'influence morbide du système nerveux peut s'exercer sur la peau et ses annexes de plusieurs façons. Ce qui domine, c'est d'abord une variété d'érythème très-analogue à l'érythème pernion, puis surtout des affections vésiculeuses, une déformation des ongles, des troubles variés dans la production des poils et dans la sécrétion de la sueur.

VI. Les lésions articulaires qui tiennent à une affection du système nerveux ne diffèrent en rien d'une arthrite subaiguë ou chronique.

VII. Ces troubles de nutrition de la peau et des articulations ne se produisent dans les affections traumatiques que quand le nerf n'est pas séparé des centres.

VIII. Il est très-intéressant de comparer les symptômes d'une blessure, d'une lésion organique, ou d'une affection essentielle d'un nerf; par exemple, nous avons vu le zona se produire dans ces circonstances diverses, en conservant son caractère d'inflammation vésiculeuse de la peau.

Il faudra dès lors, dans l'étude de l'herpès zoster, faire des divisions importantes, suivant qu'il est traumatique, qu'il succède à une névrite ou à une altération des ganglions spinaux, ou qu'il accompagne une névralgie, ou enfin que, sans causes appréciables, il se produit sur le trajet d'un nerf.

IX. La cause intime de ces troubles variés de la nutrition est encore ignorée dans un grand nombre de cas. On peut cependant quelquefois les rapporter à une modification des vaso-moteurs.

Il faut ajouter que certains auteurs, non satisfaits de cette explication, laquelle n'est pas applicable à tous les faits, ont édifié la théorie des nerfs trophiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 avril 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné pendant l'année 1866, dans les départements du Cantal, de l'Arriège, de la Haute-Saône, du Pas-de-Calais; et un rapport de M. le docteur Danvin sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Pol (Commission des épidémies) ;

2° Un mémoire et une brochure sur les eaux minérales de la Roche-de-Saxon-les-Bains (Suisse) avec une caisse d'échantillons. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. J. Lefort, Mialhe et Roussin, professeur au Val-de-Grâce, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pharmacie ;

2° Une lettre de M. Bernutz, qui se présente pour la place vacante dans la section de pathologie médicale ;

3° Une lettre de M. Carret (de Chambéry), qui sollicite le titre de membre correspondant, et adresse la liste de ses titres à l'appui. (Renvoyé à la commission des correspondants nationaux.)

M. Velpeau présente : 1° au nom de M. le docteur Putégnat (de Lunéville), une brochure sur l'occlusion intestinale ; et 2° au nom de M. le docteur Joulin, le troisième fascicule du *Traité complet d'accouchement;* ce fascicule renferme tout ce qui concerne les opérations obstétricales.

— **M. Larrey** présente, au nom de M. Sédillot (de Strasbourg), un ouvrage volumineux avec planches, intitulé : *De l'évidement sous-périosté des os*. C'est la série des travaux entrepris et publiés depuis 1858, sur l'évidement des os comme moyen d'en conserver les formes et les fonctions et d'éviter les amputations.

— **M. Depaul** présente une brochure de M. le docteur A. Bianchi, intitulée : *Des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées.*

— **M. Barthez** présente, au nom de M. le docteur Coulon, un ouvrage intitulé : *De l'angine couenneuse et du croup considérés au point de vue du diagnostic et du traitement.*

— **M. le Président** annonce à l'Académie que M. Jobert (de Lamballe) vient de succomber à la longue maladie qui le tenait depuis dix-huit mois éloigné de ses collègues. Ses obsèques auront lieu vendredi à midi, à l'église de la Madeleine.

— **M. le Président** annonce ensuite la mort de M. Fontan, l'un de ses membres correspondants.

La parole est à M. Briquet pour la lecture des conclusions du rapport sur le choléra.

RAPPORT.

Choléra. — **M. Briquet** donne lecture des conclusions du grand rapport sur le choléra de 1849.

Voici ces conclusions :

1° Parmi les diverses espèces du choléra morbus, il en est une à laquelle on a donné le nom de *choléra indien ou choléra asiatique*. Cette espèce a pour caractère étiologique la faculté de se propager d'un lieu à un autre lieu, pour caractère anatomique la psorentérie, et pour caractère pathologique des selles blanches *sui generis*.

2° Elle est originaire de l'Inde, où elle existait probablement de temps immémorial, mais ses apparitions bien constatées n'ont pris de l'importance que vers 1760, époque des luttes des troupes françaises avec les troupes anglaises dans l'Inde.

3° Jusqu'en 1820, les épidémies ont été fréquentes dans l'Inde, mais hors de cette contrée on ne les a jamais observées, si ce n'est dans les Pays-Bas et la province de Gand en 1665 ; la Hollande était alors presque seule en commerce avec l'Inde.

4° De 1817 à 1850, époque à laquelle s'arrête le présent travail, il y a eu trois grandes épidémies de choléra qui se sont propagées hors de l'Inde, et toutes les trois ont eu le Bengale pour point de départ.

5° Quand la propagation s'est faite par la voie de terre, elle a généralement eu lieu de proche en proche. Par la voie de mer, au contraire, elle a eu lieu à des distances plus ou moins grandes, et les premières localités atteintes ont été généralement des ports marchands.

6° Les conditions qui favorisent la propagation des épidémies sont : le voisinage des lieux où règne le choléra, la proximité des cours d'eau peu rapides, les altitudes peu considérables, l'élévation de la température, la présence d'une grande quantité de vapeur d'eau dans l'air, les grandes variations atmosphériques, le défaut d'aération, l'arrivée des vents venus des localités infectées, les grandes réunions d'hommes, l'encombrement, la guerre, la disette, la misère, la mauvaise santé, l'état de débilité, les passions débilitantes, les fatigues et enfin le régime alimentaire peu convenable.

7° Les conditions qui tendent à mettre obstacle à la propagation des épidémies sont justement les conditions contraires.

8° Les conditions qui donnent lieu aux attaques individuelles sont de même ordre que celles qui favorisent la propagation des épidémies.

9° Il n'est pas encore constaté que les états pathologiques spéciaux soient les avant-coureurs nécessaires des épidémies du choléra asiatique.

10° L'attaque du choléra débute ordinairement par des troubles dans les fonctions du tube digestif et surtout par la diarrhée dite prémonitoire.

11° La maladie elle-même paraît résulter de l'influence d'un agent spécifique encore inconnu et dont l'effet est d'atteindre rapidement la vitalité jusque dans ses sources.

12° Les phénomènes réactionnels sont généralement le résultat de phlegmasies à forme spéciale.

13° Le spécifique du choléra est encore à trouver, et la médication la plus rationnelle consiste à combattre, avec une certaine réserve et par les moyens appropriés, les accidents à mesure qu'ils se produisent. Dans ce traitement le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit que dans le choléra grave toute médication qui dépasse les bornes de la modération expose à des accidents très-sérieux.

14° Enfin la mortalité moyenne déterminée par le choléra asiatique est généralement d'un décès sur deux malades.

M. le Président. Si personne ne demande la parole, je vais mettre ces conclusions aux voix.

M. Caventou pense qu'il n'est pas possible de voter ces conclusions sur une simple audition.

M. J. Guérin est du même avis. On n'a entendu que des fragments du rapport lus à de grandes distances les uns des autres. Il faudrait, pour ouvrir une discussion utile sur ces conclusions, avoir les documents sous les yeux. Il demande, en conséquence, que la discussion soit ajournée jusqu'après la publication du rapport.

M. Dubois (d'Amiens). Il y a, à ce que propose M. Guérin, une grande difficulté. Ce rapport devra être publié dans le *Recueil des mémoires de l'Académie*. Or, le volume dans lequel il devra être inséré ne pourra être publié que vers la fin de l'année seulement. Je ferai remarquer, en outre, qu'il ne tiendra pas moins de 1200 pages. Si l'on veut attendre l'impression pour discuter on n'en finira pas. Qu'on n'oublie pas que ce rapport est attendu depuis dix-huit ans. Il faut pourtant en finir.

M. Briquet fait remarquer que chaque partie du rapport a été successivement lue et adoptée en commission. Quant à son étendue, on comprendra qu'elle ne pouvait guère être moindre. D'après l'avis du conseil lui-même, qui a pensé qu'il serait bon de joindre à l'étude de l'épidémie de 1849 les documents relatifs aux trois épidémies précédentes, la commission a dû se livrer à un travail rétrospectif considérable. En outre, on sait qu'en 1849 il a été fait une vaste enquête, dont le programme a été rédigé par le comité d'hygiène institué au ministère des travaux publics et rempli par les commissions d'hygiène d'arrondissement. C'est l'examen de toutes ces pièces à l'appui qui a donné au rapport une étendue aussi considérable.

M. Depaul appuie la proposition de M. Guérin. Il s'agit d'une des questions les plus graves et les plus importantes que l'Académie ait jamais eues à traiter, question qui est pendante depuis dix-huit ans. Or après une aussi longue attente, après les reproches qu'on a pu faire à ce sujet à l'Académie, aujourd'hui qu'on vous apporte un document aussi considérable, vous adopteriez les conclusions sans avoir une connaissance exacte du rapport; car on n'a entendu que des pièces et des morceaux épars de ce rapport, et aucun de nous n'est à même de se faire une opinion d'après ces lambeaux de lecture. Doit-on regarder à quelques mois de retard encore après qu'on a attendu dix-huit ans? Pour moi je regarderais comme une grande faute pour l'Académie de passer outre sans discuter.

M. J. Guérin. Puisque le rapport doit être imprimé pourquoi ne pas l'imprimer tout de suite et le distribuer en épreuve pour la discussion?

M. Briquet. La commission ne veut rien préjuger, elle ne refuse pas la discussion, mais elle ne demande pas non plus que cette discussion ait lieu immédiatement : elle accepte l'ajournement.

M. le Président. Il faut bien que l'Académie sache qu'en ajournant la discussion, il n'est pas sûr que l'Académie puisse la reprendre, car l'impression que l'on demande soulèvera des difficultés qu'il ne dépend peut-être pas de l'Académie elle-même de résoudre.

M. Dubois (d'Amiens). Il faut que l'Académie sache bien que l'impression du rapport avec tous les documents, cartes et pièces à l'appui, ne coûtera pas moins de 8 à 10 mille francs. Or aux termes du traité passé par l'Académie avec l'éditeur de ses publications, il serait impossible de satisfaire immédiatement à la demande qui vous est faite.

M. Depaul. Nous n'avons pas besoin d'avoir toutes les pièces justificatives sous les yeux. Je demande l'impression de la partie du rapport qui a été lue en séance. On dit que si la discussion est ajournée il n'est pas sûr qu'elle ait lieu plus tard. Pourquoi? L'Académie ferait, à mon avis, une faute énorme de ne pas discuter ce rapport. Ce n'est pas en éludant les questions, c'est en les abordant de front qu'on les résout. Si personne ne demandait la parole, je la demanderais.

M. J. Guérin. Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Depaul au sujet des pièces à l'appui du rapport. Il faut pour discuter avec connaissance de cause que nous ayons sous les yeux le texte du rapport et les documents à l'appui. Depuis dix-huit ans l'Académie a provoqué des renseignements de toutes les parties de l'Europe; elle a reçu de l'administration et de tous les pays du monde des documents comme on n'en a peut-être jamais réuni sur aucune question. Si au moment de la discussion l'Académie n'a pas ces documents sous les yeux comment pourra-t-elle juger les conclusions qui en sont déduites? L'Académie a déjà d'ailleurs deux précédents qu'elle n'a pu oublier, les discussions sur la peste et la fièvre jaune. Pourquoi ne pas faire de même aujourd'hui? Je demande formellement l'impression du rapport et de toutes les pièces à l'appui.

M. Dubois (d'Amiens). Il ne faut pas oublier qu'après ce rapport nous aurons encore à entendre le rapport de M. Barth sur l'épidémie de 1853-54 et celui qui devra être fait aussi sur 1866.

M. le Président. L'Académie connaît maintenant les difficultés de la situation, elle a entendu les observations qu'elle a suscitées. Dans cet état de choses il n'est pas possible de voter actuellement sur les conclusions. Il y a donc lieu d'ajourner la discussion. Pendant cet ajournement le conseil avisera aux mesures à prendre et s'entendra à cet égard avec l'administration pour faire face aux besoins de la publication. Je vais mettre l'ajournement aux voix.

L'Académie consultée adopte l'ajournement.

LECTURE.

M. F. Voisin lit une suite du travail dont il a lu une première partie.

Cette suite est relative à l'étude de l'origine du langage et de ses divers signes. M. Voisin aura la parole dans une autre séance pour la fin de cette lecture.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 4 janvier 1867.

Présidence de MM. Guibout et Boys de Loury.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Péter, à propos du procès-verbal de la dernière séance, demande à ajouter quelques mots à sa précédente communication. Il a eu, à ce sujet, une conversation avec M. Trousseau, qui lui a dit tenir de deux chirurgiens distingués des hôpitaux de Paris, qu'ils ont observé, dans quelques cas, des incontinences de matières fécales et de gaz, à la suite de l'opération de la fissure à l'anus, par la dilatation forcée.

M. Forget regarde la communication nouvelle que vient de faire M. Péter, comme vraiment grave; mais il est nécessaire, pour l'apprécier, de déterminer d'une manière précise le temps pendant lequel ont duré ces incontinences de matières fécales et de gaz, parfaitement explicables, du reste, à la suite d'une opération de ce genre. Si ces accidents n'ont duré que quelques jours, ils n'ont pas constitué une complication sérieuse; si, au contraire, ils ont persisté pendant longtemps, les faits qu'a cités M. Péter ont une gravité sur laquelle il n'est pas nécessaire d'insister. M. Forget n'a jamais observé d'accidents de ce genre et de nature persistante, après les opérations de fissures qu'il a pratiquées.

M. Charrier, lorsqu'il était à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Maisonneuve, a été témoin d'un cas dans lequel une opération de fissure, faite au moyen de la dilatation forcée, amena une incontinence de matières fécales qui dura seulement pendant douze à quinze jours.

M. Peter. L'un de ces cas d'incontinence consécutive des matières fécales datait déjà de plus d'une année, l'autre de plus longtemps encore; de sorte que les opérateurs, assez mortifiés, considéraient ces cas comme à peu près définitifs et incurables.

M. Guibout demande à M. Forget s'il a observé de ces accidents temporaires.

M. Forget répond qu'il a vu effectivement des incontinences de gaz pendant les quelques jours qui avaient suivi l'opération de la fissure; mais il n'a jamais observé d'autres accidents.

RAPPORT.

M. Blondeau lit un rapport sur le mémoire présenté par M. Léon Duchesne, à l'appui de sa candidature au titre de membre résident de la Société de médecine de Paris, et il propose :

1° De renvoyer le travail au comité de publication;

2° D'accueillir favorablement la candidature de M. Léon Duchesne.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURE.

M. Boinet demande la parole pour la lecture d'un mémoire sur la question de la contagion du choléra. Étant à l'Hôtel-Dieu, comme élève, il y a trente-quatre ans, il vit tout le nombreux personnel de cet hôpital, médecins, élèves, sœurs, infirmiers, s'exposer journellement au fléau, sans que personne ait été atteint. Attaché, en 1849, aux ambulances organisées à Paris, il ne vit pas non plus de cas de contagion. La même année, envoyé en mission dans le département de la Marne, pour y surveiller l'état sanitaire de trois villages dont les habitants avaient entre eux des relations de parenté et des communications très-fréquentes, il constata que deux de ces villages furent surtout frappés et que le troisième fut presque épargné. C'est depuis l'épidémie de 1853-54 que l'opinion de la contagion est en faveur. M. Boinet, auquel ses premières impressions avaient inspiré une opinion contraire, a voulu s'éclairer; pour cela, il a relevé tous les cas de choléra qui ont eu lieu en 1866, à Paris, dans le 2e arrondissement, et il en a donné les observations détaillées. Ses recherches ont commencé le 12 juillet et elles ont fini le 30 septembre; il lui semble

1. Gr. in-8°. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

ressortir de cette étude un argument nouveau en faveur de la non-contagiosité du choléra.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Aimé MARTIN.

CORRESPONDANCE.

Choléra nostras et choléra asiatique.

Marseille, 18 avril 1867.

Monsieur le rédacteur,

Dans le but de prouver l'origine exotique de la fièvre jaune, j'ai publié, il y a quelques années, dans la *Gazette des hôpitaux*, une parallèle entre ce fléau et la fièvre bilieuse; permettez-moi de recourir aujourd'hui à la même tribune pour prouver que le choléra nostras et le choléra asiatique, que l'on s'obstine à confondre entre eux, n'ont rien de commun.

De 1827 à 1830, et bien avant que le choléra asiatique se fût montré en Europe, j'avais vu un très-grand nombre de choléras nostras à l'hôpital du bagne de Toulon où j'étais employé comme interne. Ils étaient surtout fréquents pendant la canicule et avaient pour causes évidentes les travaux pénibles exécutés au soleil par les forçats, l'usage de mauvais fruits et de mauvais coquillages qu'on leur vendait à vil prix, celui de l'eau, leur unique boisson. Ces malades nous étaient apportés froids, excepté dans la région abdominale, où toute la chaleur vitale paraissait concentrée; ils avaient un pouls misérable mais jamais absolument absent, des selles et des vomissements de bile verte ou même noirâtre, le hoquet, des coliques, des crampes; leur visage était profondément altéré, leur voix cassée, mais il n'y avait chez eux ni selles riziformes ni cyanose, ni suppression absolue des urines. Ce choléra est rarement mortel, il se termine presque toujours et en général très-promptement par la réaction, et lorsque cette dernière devient morbide, le médecin n'a pas affaire à un typhus mais à une fièvre bilieuse plus ou moins intense. Un de mes anciens maîtres, feu le docteur Pellicot, deuxième médecin en chef de la marine à cette époque, traitait ces choléras nostras avec le plus grand succès par les révulsifs de la peau associée aux opiacés, aux bains chauds, et lorsque les accidents les plus graves étaient conjurés, il entrait dans le traitement de la fièvre bilieuse ou de l'état bilieux simple, selon les cas. Je dirai en passant que M. Pellicot était un excellent médecin, mais que nous avions le malheur, dans notre présomption d'élèves, de le considérer comme *arriéré* et *encroûté,* parce qu'en nous professant la pathologie médicale, il tonnait sans cesse contre le réformateur Broussais, qui était alors à l'apogée de sa vogue et de son illustration.

Vous le voyez, monsieur le rédacteur, il n'y a rien de commun entre le choléra nostras et le choléra asiatique, et la persistance que l'on semble mettre à confondre ces deux maladies si différentes ne prouve, selon moi, que le défaut de pratique des uns, et l'obstination des autres à considérer le fléau indien comme une maladie surgissant de toutes pièces au milieu de nous, par le fait d'une constitution épidémique *sui generis.*

J'ose espérer, monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien, dans l'intérêt de la vérité médicale, si difficile à soutenir et à défendre, insérer dans l'un de vos prochains numéros cette simple note rectificative, et je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments très-distingués.

Dr BERTULUS
Professeur de clinique médicale.

P. S. — Nous n'avons ici aucun cas de choléra asiatique, au moins à ma connaissance, et la santé publique est très-bonne à Marseille et dans les environs. Il n'est aussi question d'aucune épidémie dans le bassin méditerranéen.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jobert (de Lamballe), membre de l'Académie des sciences, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, membre du Conseil d'Hygiène publique et de salubrité, ancien premier chirurgien de S. M. l'Empereur, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, décédé le 19 avril 1867, à l'âge de 67 ans.

Nos lecteurs ont compris les motifs de haute convenance qui nous ont fait garder le silence devant l'immense malheur qui avait frappé — il y a dix-huit mois — notre infortuné maître. Aujourd'hui son nom appartient à l'histoire, et il tiendra une des meilleures places parmi les chirurgiens les plus distingués de notre époque.

Ses obsèques auront lieu vendredi 26 avril, à midi très-précis, à l'église de la Madeleine. On se réunira à l'église.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 avril 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre de Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Bedel, Chevassu et Garnier, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Manoha et Tourraine, médecins-majors de 2e classe; Villalon, Guyon et Buez, médecin aide-major de 1re classe; Féqueux, pharmacien-major de 2e classe; Gonet, vétérinaire en 1er; Péchoux et Maurice, vétérinaires en 2e.

— Par décret en date du 6 avril 1867, la totalité de l'immeuble domanial situé à Paris, à l'angle des rues Cuvier et de Jussieu, est affectée au département de l'instruction publique pour le service de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par divers arrêtés ministériels :

I. — *Muséum d'histoire naturelle.* — M. A. Brongniart, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pour le deuxième semestre de cette année, par M. Gris, docteur ès sciences, aide-naturaliste de la même chaire.

II. — *Faculté de médecine de Paris.* — M. Raynaud, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant l'année scolaire 1866-1867, du cours complémentaire des maladies mentales et nerveuses, en remplacement de M. Lasègue, nommé professeur titulaire de pathologie et de thérapeutique générales.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Stoltz, professeur d'accouchements et de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Strasbourg, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1866-1867, dans le cours d'accouchements, par M. Aubenas, agrégé près ladite Faculté.

III. — *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.* — M. Joly, professeur-adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1866-1867, par M. Labéda, suppléant à ladite École.

— Hier nous avons rendu les derniers devoirs à M. le docteur Racle, agrégé de la Faculté de médecine de Paris et médecin des hôpitaux.

Cette mort a causé une vive impression parmi ses élèves et ses amis, qui regrettent en lui un caractère des plus loyaux et une bienveillance réelle sous des apparences un peu rigides. Son *Traité de diagnostic médical* était devenu un livre classique. Notre confrère n'était âgé que de quarante-sept ans.

— On annonce la mort de M. le docteur Foy, ancien pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 74 ans.

— M. le docteur Simon père, qui était à Paris un des principaux représentants de la médecine homœopathique, vient de mourir.

— La Société de thérapeutique a élu, dans sa séance du 19 avril, comme *membres titulaires :* MM. Béhier, Besnier, Desnos, Isambert, Martin-Damourette, Oulmont, Tessereau et Mayet (pharmacien) et, comme *membre correspondant,* M. le Dr Pardhey (de la Nouvelle-Grenade).

— La santé de M. le professeur Longet ne lui permettant pas de reprendre son cours, M. le docteur Liégeois, agrégé à la Faculté, est chargé de le suppléer. Son cours commencera mercredi 1er mai, à midi.

Traité du rhumatisme musculaire. Nouveau mode de traitement de cette maladie et des douleurs névralgiques en général, par M. le docteur DUPUY (de Frenelle). Prix, franco : 2 fr. 50. Chez Asselin, libraire, et chez l'auteur, rue du Cygne, 2.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 50. — SAMEDI 27 AVRIL 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 27 AVRIL 1867. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

« Galignani Hospital, » — Coxalgie, luxation spontanée, résection de la tête du fémur gauche.

Avant de rapporter l'observation que nous communique M. le docteur Shrimpton, disons un mot du lieu même de la scène. Peu de personnes sans doute, en France, et à Paris même, connaissent le *Galignani hospital*. Nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de signaler cette nouvelle institution due à la munificence de MM. Galignani, dont les nobles et généreuses inspirations leur ont déjà acquis la reconnaissance de la nation anglaise, et leur assurent également la gratitude de notre pays (1). Nous y trouverons d'ailleurs le sujet d'utiles enseignements sur l'installation et particulièrement sur l'excellent système d'aération des établissements hospitaliers anglais, dont le « Galignani Hospital » nous offre un intéressant spécimen. Nous devons à M. le docteur Shrimpton, qui nous a fait les honneurs de ce nouvel hôpital avec une si gracieuse obligeance, de pouvoir en parler *de visu*. Le « Galignani Hospital » est situé dans le parc de Neuilly, boulevard Bineau 35, avec exposition au sud et au nord et entouré de jardins : il se divise en deux portions égales dont l'une est destinée aux hommes, et l'autre aux femmes et aux enfants. Le service médical est confié aux soins de MM. Olliffe et Shrimpton, suppléés par MM. Mac-Carthy et Chepmell. L'administration et les soins à donner aux malades sont placés sous la direction des dames de Saint Jean à Londres.

L'hôpital est construit pour contenir vingt-cinq lits, mais il ne sera question ici que des deux salles principales, chacune de six lits, et de deux chambres à deux lits où l'on n'a placé jusqu'à présent qu'un seul malade. Nous désirons appeler particulièrement l'attention sur la ventilation de cet établissement, qui consiste simplement dans de larges ouvertures pratiquées à travers les murs, avec des plaques de zinc perforées, placées à chaque extrémité de ces ouvertures.

Les deux salles, qui ont les mêmes expositions nord et sud que l'établissement même, sont exactement semblables : quatre grandes fenêtres opposées, un grande porte d'entrée, une cheminée à foyer ouvert et huit ouvertures pour la ventilation, placées près du plafond, deux au-dessus de chaque fenêtre. Ces ouvertures sont ovales et ont 0m,32 et 0m,22 de diamètre. Les plaques de zinc sont placées à 0m,55 de distance l'une de l'autre dans l'épaisseur des murs. Les deux grands panneaux, au bas des portes, sont percés d'un grand nombre de trous pour établir un courant d'air inférieur et empêcher ainsi le gaz acide carbonique de flotter autour des lits des malades. La dimension de chacune de ces pièces est de 7 mètres de long sur 6m,60 de large et 4 mètres de haut, ce qui donne un cubage de 184m,80, soit 30m,80 cubes pour chaque lit.

Les deux chambres qui n'ont pu recevoir qu'une seule exposition, celle du sud, ont chacune une grande fenêtre et une cheminée à foyer ouvert. Leurs dimensions sont : 4m,55 de long sur 4m,10 de large et 3m,40 de haut ; elles donnent un cubage de 63m,427. L'ouverture, pour la ventilation de ces chambres, est pratiquée en haut du mur qui fait face à la cheminée ; elle est carrée et marque 1m,15 de long sur 0m,30 de haut. Ces deux pièces sont réservées pour les cas les plus graves, pour les opérés, et surtout pour le traitement des maladies réputées contagieuses.

Si l'espace cubique accordé aux malades n'est pas aussi grand qu'il serait désirable, on a trouvé à ce défaut une compensation dans un bon système de ventilation naturelle, qui fait circuler une immense quantité d'air sans cesse renouvelée.

« Galignani Hospital » a déjà reçu 133 malades. M. Shrimpton assure que, dans les cas de gangrène et de fièvre typhoïde, on y a obtenu les plus heureux résultats. Des résultats non moins heureux ont également suivi le traitement des affections inflammatoires aiguës : pneumonie, pleurésie, rhumatisme, etc., sans que le moindre accident soit survenu par suite de la grande ventilation qui n'a pas été interrompue un seul instant, ni le jour ni la nuit, même pendant les plus grands froids de l'hiver.

D'après l'avis de notre confrère, « la condition *sine qua non* du traitement de tous les malades est de leur donner la plus grande quantité d'air possible, tout en ayant soin de les tenir constamment chaud. Il y a longtemps, nous a-t-il dit, que sa conviction est formée à cet égard, mais s'il avait pu lui rester quelque doute, le problème serait complétement résolu pour lui, depuis qu'une pratique assidue à l'hôpital Galignani lui a fait connaître d'une manière évidente la part incontestable due à la ventilation dans la guérison de ses malades.

(1) MM. Galignani ont fondé ailleurs une institution semblable pour les Français.

C'est un point à reprendre et sur lequel nous aurons probablement plus d'une fois l'occasion de revenir.

Venons au sujet de l'observation :

F. W..., d'une famille scrofuleuse, âgée de dix-sept ans, est entrée au Galignani Hospital, le 6 août 1866, dans un état d'anémie très-prononcée. Réglée à seize ans; mais elle n'a rien vu depuis dix mois. Elle souffre beaucoup dans la région de la hanche gauche, qui présente une difformité considérable. Le grand trochanter est écarté de l'os iliaque ; la jambe reste immobile et la douleur est si vive, qu'il est impossible d'examiner l'état de l'articulation coxo-fémorale, sans avoir préalablement soumis la malade à l'influence du chloroforme, qu'elle supporte parfaitement. Le membre présente le pied et le genou tournés un peu en dedans, et paraît avoir quelques lignes de moins en longueur que la jambe droite.

C'est au mois de décembre 1865 qu'elle a ressenti, pour la première fois, de la douleur dans la hanche gauche. Un foyer purulent s'est formé depuis dans l'aine gauche et dans l'aisselle droite.

Le 23 avril 1866, comme elle descendait un escalier, sa jambe se ploya sous elle. Il est probable que la luxation s'est produite d'abord et que la chute n'eut lieu qu'après. Depuis ce moment, elle n'a pu marcher ni même remuer la jambe malade, et la douleur a considérablement augmenté.

Dès son entrée à l'hôpital, nous avons cherché à nourrir la malade par tous les moyens possibles, mais le 12 août, les selles devinrent abondantes, muqueuses et très-fétides.

Prescription. — Acide hydrochlorique, 2 grammes ; chlorodyne, 4 grammes ; eau, 180 grammes, à prendre par cuillerée à bouche trois fois par jour, et 15 gouttes de chlorodyne le soir. Nous avons d'abord obtenu une grande amélioration, grâce à la ventilation de l'hôpital et au soin que l'on prit de transporter la malade au grand air, dans le jardin, tous les jours de beau temps. La mixture fut remplacée le 18 septembre, par des pilules composées d'extrait de ratanhia, 2 grammes ; huile essentielle de Macis, 3 gouttes. Extrait gommeux d'opium, 15 centigrammes, pour douze pilules à prendre trois par jour. Pas de chlorodyne la nuit. Nous avons pu bientôt suspendre tous les médicaments, mais vers le 1er octobre, un abcès par congestion se forma autour du grand trochanter, et la santé commença encore à décliner rapidement.

La résection fut décidée et l'opération fut pratiquée le 16 octobre 1866. La malade fut chloroformée : une incision fut faite contournant le grand trochanter et pénétrant jusqu'à l'articulation ; celle-ci était ouverte et la tête du fémur se trouvait maintenue sur le bord supérieur et externe de la cavité cotyloïde par des ligaments très-forts que nous avons voulu respecter. L'os était ramolli et la tête du fémur a été facilement enlevée à l'aide d'une scie à chaîne. La cavité cotyloïde était parfaitement saine, couverte de son cartilage, à l'exception toutefois du bord sur lequel la tête du fémur s'était appuyée. La tête du fémur était complétement nécrosée, le ligament rond avait entièrement disparu, et le cartilage était détaché en lambeaux. Aucun vaisseau n'a été ouvert pendant l'opération et les bords de la plaie ont été réunis par des points de suture.

L'opération n'a été suivie d'aucun accident, mais l'opérée s'est trouvée dans un tel état de faiblesse qu'il a fallu recourir à des stimulants pour la soutenir. Nous avons d'abord pu concevoir quelque espoir de la sauver, mais après cinq mois d'efforts persévérants les forces vitales se sont trouvées épuisées, et la plaie qui s'était déjà cicatrisée en partie, s'est ouverte de nouveau, la suppuration est devenue très-considérable, et nous craignons de voir bientôt succomber notre malade.

L'enseignement que cette observation nous fournit n'est pas favorable à l'opération, aussi ne l'avons-nous pratiquée qu'avec le conseil et le bienveillant concours de nos confrères.

Dans les cas de coxalgie en général, les résultats de la guérison sans opération nous paraissent être bien préférables à la pseudarthrose, résultat de la résection. Il est probable aussi que les guérisons, après les résections, n'ont lieu que dans les cas ou les malades eussent guéris sans opération. Nous pensons qu'une opération aussi grave doit être réservée pour les cas extrêmes, comme le cas présent.

Traitement d'une fracture du crâne.

La discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie, au sujet des fractures du crâne, donne de l'intérêt à l'observation suivante que nous adresse M. le Dr Charpignon (d'Orléans). Cette observation s'ajoutera à celles qui prouvent que l'opération du trépan ne doit pas être érigée en principe, même en cas d'enfoncement.

Le 18 septembre 1865, F......, contre-maître chez un négociant en vins, était dans la cave, recevant des futailles qu'on descendait à l'aide d'une corde par le palan. Tout à coup une pièce de charpente se détache et tombe d'une hauteur de 17 mètres, sur la tête de cet ouvrier. Cette pièce de bois, longue de 0m,62c, large de 0m,25c, épaisse de 0m,15c, pèse 18 kilos. On descend aussitôt, on trouve l'homme étendu, couvert de sang ; on le monte, on le transporte dans une chambre, on étanche le sang qui coule abondamment de la blessure et du nez, sans qu'il reprenne connaissance.

Lorsque j'arrive, une demi-heure s'est à peine écoulée depuis l'accident, il est six heures du soir. Ce jeune homme a vingt-sept ans, il est dans un demi-coma ; il a en haut et à droite du front une blessure longue de 0m,09c, ayant à son tiers externe un lambeau renversé d'environ 0m,03c. Il s'écoule encore beaucoup de sang par cette large plaie. Je constate de suite une fracture du crâne avec enfoncement ; les fragments peu distincts, à ce moment, sont très-solides. Après un pansement provisoire, je fais transporter le blessé chez lui. Pendant ces soins divers, F...... reprend, à de courts intervalles, une connaissance incomplète ; il essaye de se lever, mais il ne peut y parvenir, ses mouvements sont incohérents, il répond par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse. Mis au lit, j'examine de nouveau la plaie ; elle est toute contuse, remplie de cheveux arrachés et enfoncés, quelques-uns sont entrés sous les téguments dans l'angle externe de la plaie, et ne peuvent en être qu'incomplétement retirés, ils sont enserrés entre deux fragments osseux. L'os, fracturé en plusieurs endroits, est légèrement enfoncé dans le bas de la plaie. On voit, vers l'angle externe, les battements de l'artère temporale. Dans la partie inférieure, à l'endroit enfoncé, on distingue, par moments, un bouillonnement du sang qui accompagne l'expiration, particularité signalée comme signe de fracture du crâne. Le malade continuant à reprendre ses idées, à remuer librement tous ses membres, parlant bien, mais ne se rappelant rien de l'accident, il est évident qu'il n'y a pas de compression cérébrale et qu'il est inutile d'obtenir de force le soulèvement des fragments enfoncés. Je fixe les lambeaux de la plaie par un point de suture et j'applique un pansement simple.

Il n'y avait pas une heure que j'avais quitté le malade, qu'on me rappelle. Des convulsions violentes se sont déclarées, il y a grincement des dents, attaques épileptiformes continues, avec quelques minutes seulement de rémission.

Une compression du cerveau par épanchement du sang qui s'infiltre par la fracture me paraît certaine, car si les accidents étaient dus au contact d'un fragment osseux, cette compression eût été continue et primitive. Je rouvre la plaie, je cherche encore à retirer les cheveux qui sont enserrés et, après de fortes tractions, j'en arrache la plus grande partie. Le même suintement sanguin avec soulèvement spumeux par moments, s'observe en bas de l'enfoncement, par un second petit interstice de la fracture. Y a-t-il communication avec les fosses nasales, ou bien ce soulèvement de liquide n'est-il dû qu'aux battements du cerveau ? L'écoulement de sang qui n'a cessé d'avoir lieu par la narine correspondante, les bulles d'air qui se forment parfois dans le sang qui apparaît à cet endroit de la fracture, sont des motifs qui me font adopter l'existence d'une fracture du sinus frontal, ou au moins de quelque point du crâne communiquant avec les fosses nasales. J'essaye encore, mais en vain, de soulever un fragment osseux ; en langage de tonnelier, il est *coffiné*, c'est-à-dire, incomplétement enfoncé et serré par les côtés solides de l'os. Fallait-il recourir au trépan ? Ce qui me détermina à rejeter ce moyen, c'est la persuasion que les phénomènes de compression étaient dus à l'infiltration du sang plutôt qu'à l'os enfoncé. Pour empêcher cette infiltration probable, je mis un peu de charpie dans les interstices de l'enfoncement. Le sang restant dans la cavité cranienne devait suinter par la communication avec les fosses nasales. Je fis un pansement simple, cette fois sans rapprocher les chairs, et j'ordonnai l'application permanente d'une vessie remplie de glace. Les attaques épileptiformes se renouvelèrent fréquemment toute la nuit ; entre les attaques, le malade restait assoupi. La journée fut assez calme, l'assoupissement disparut complétement, la narine laissait toujours suinter du sang. Je n'eus recours à aucune émission sanguine, la fièvre était presque nulle, le pouls assez fort donnait 72 à 76. La soif vive est satisfait avec de l'eau et du sirop de groseilles.

Le quatrième jour l'écoulement nasal était arrêté. La plaie donna, pendant le même temps, beaucoup de sang, puis elle se détergea peu à peu, et au bout d'une dizaine de jours elle donnait une bonne suppuration, elle s'était presque arrondie et laissait voir l'os dénudé du périoste, et sillonné de plusieurs lignes de fracture.

Les pansements continuèrent à se composer de charpie cératée. Je conservais l'espoir de voir les bourgeons charnus des téguments, qui se développaient rapidement, venir prendre adhérence avec l'os, malgré sa dénudation. Ce résultat n'était pas impossible d'après des observations cliniques et expérimentales, et il eût été obtenu si les parties fracturées, qui étaient visibles, eussent été les seules qui existassent. Mais il était loin d'en être ainsi, car, ainsi que la suite le montra, une grande étendue de l'os frontal était détachée par une fracture circulaire. Cette ligne, presque circulaire qui traçait la fracture, était cachée par les téguments adhérents, qui s'avançaient de plus d'un centimètre, et donnaient à la plaie une apparence plus restreinte et moins grave.

La possibilité de la formation de nouveaux tissus sur un os dénudé, même à la tête, est affirmée par M. Nélaton. (*Éléments de pathologie chirurgicale*, T. I, p. 609.)

Chaque jour néanmoins diminuaient les probabilités de la cicatrisation sans exfoliation. Le quarantième jour, une petite esquille se détacha de la fracture supérieure et longitudinale visible. Trois jours après, j'enlevai une nouvelle petite esquille, puis les quatre jours suivants d'autres parcelles osseuses qui rendirent béantes les lignes fracturées, laissant ainsi une communication visible avec l'intérieur du crâne, d'où sortait du pus de bonne nature. La santé du blessé était, du reste, parfaite, il restait levé toute la journée, mangeait presque comme d'habitude.

Vers le cinquantième jour, un mouvement imprimé à l'os donnait une mobilité qui entraînait une plus grande étendue que les lignes de la fracture ne semblaient l'indiquer. Il devenait évident que les bords de la plaie recouvraient un très-grand fragment d'os, et que les fissures visibles n'étaient que des rayons formant une espèce de fracture étoilée.

Pendant ce temps, un épiphénomène s'était produit. La suppuration ayant trouvé l'aponévrose fronto-sourcilière décollée par l'épanchement de sang qui, dès le soir même de l'accident, avait fortement gonflé la paupière supérieure, et qui avait mis une dizaine de jours à se résorber; la suppuration, dis-je, s'infiltra dans la paupière et donna lieu à un abcès dont la marche fut régulière, et qui, une fois ouvert, ne se reproduisit plus. La communication avec les fosses nasales avait cessé, vers le quarantième jour, après l'extraction un peu laborieuse d'un fragment de la partie inférieure et antérieure de la plaie. Ce fragment était une portion de la table externe.

Le 12 novembre, cinquante-quatrième jour, la mobilité me paraissant complète, je cherchai à l'aide d'une spatule glissée sous les bords de la plaie dont je rompis les légères adhérences, je cherchai la ligne de la fracture, et m'en servant comme d'un point d'appui, je fis passer peu à peu les chairs refoulées sous l'os que je soulevai et que j'amenai dehors. Le fragment vint entier et laissa voir au-dessous de lui la table interne. Cette table interne examinée, était aussi mobile; cependant je suspendis son extraction. Trois jours après, je procédai comme pour la table externe, agissant avec une extrême prudence, car je craignais quelque mouvement subit de bascule qui eût pu blesser le cerveau; les bords de la plaie étaient, en effet, très-resserrés et l'ouverture par où le fragment devait sortir était relativement étroite. L'os vint néanmoins sans accident, quoiqu'il y eût en un point une petite adhérence de la dure-mère qui se déchira et donna issue à du pus; c'était un petit abcès de la grosseur d'un petit pois.

Le fragment externe, mesure 6 centimètres dans son grand diamètre, et 3 centimètres 3 millimètres dans l'autre sens. Le fragment de la table interne mesure 5 centimètres 2 millimètres sur 3 centimètres.

Il résulta de l'extraction de ce grand séquestre une large et profonde plaie, au fond de laquelle on voyait la dure-mère rouge, tomenteuse et soulevée par les battements du cerveau. Les bourgeons charnus ne tardèrent pas à combler cette plaie. Mais bientôt deux petits abcès se manifestèrent à l'angle externe, indiquant quelque esquille retenue dans la plaie. Un stylet en révéla en effet, et en cinq jours je pus en extraire quatre. Sur l'une de ces esquilles il y avait un petit morceau de bois d'environ 2 millimètres carrés, encore adhérent avec des parcelles de cheveux. De cet angle externe, où l'os avait été brisé ou plutôt broyé, il sortit quatorze petits fragments d'os. Cette partie de la plaie resta fistuleuse pendant plusieurs semaines après la cicatrisation complète de toute la plaie, qui fut terminée le 26 décembre, trois mois dix jours après l'accident.

Un stylet introduit dans le trajet fistuleux longeait le temporal et pénétrait à 3 centimètres. On sentait une esquille serrée entre cet os et la dure-mère; toutes les tentatives pour la saisir avec des pinces très-fines échouèrent, et il fallut attendre jusqu'au 15 janvier pour voir ce tout petit os, rongé par la suppuration, se présenter à l'orifice de la fistule. Quelques jours suffirent dès lors pour amener une cicatrisation complète.

Un enfoncement assez prononcé existe au niveau de la cicatrice. Les tissus nouveaux sont toutefois déjà assez solides pour qu'on ne voie et qu'on ne sente pas les battements du cerveau. Comme moyen protecteur, je fais porter un morceau de fort carton matelassé de soie ouatée et maintenu par un lien de caoutchouc. Le temps, à n'en pas douter, ossifiera les tissus profonds et rendra le carton inutile.

Cent jours après l'accident, F... reprit ses travaux un peu rudes de tonnelier. Il n'en éprouva aucune gêne, aucune douleur dans sa blessure, même lors des efforts obligés pour le maniement des pièces de vin.

Ces détails étaient écrits en mars 1866; le 20 avril 1867, j'ai revu l'individu dont il est question. L'enfoncement est en partie comblé par de forts plissement de la cicatrice; le toucher donne la sensation du tissu osseux, et une assez forte pression ne détermine aucun effet. Il n'y a pas de maux de tête; en un mot, F... ne se ressent en rien de son accident; il porte toujours le carton protecteur, mais il est décidé à le laisser lors des premières chaleurs, malgré mon insistance à attendre plus longtemps.

Les docteurs Baille, Bezard, Lorraine, Mignon et Vaussin ont vu plusieurs fois ce malade.

De l'Endocardite varioleuse.

On a vu dans la revue de samedi dernier la série des observations rapportées par M. Duroziez comme autant d'exemples d'endocardites, constatées à l'autopsie chez des sujets morts à la suite d'une variole. Voici une nouvelle série de faits dans lesquels l'existence de bruits anomaux du cœur, pendant le cours d'une variole, est invoqué comme signe d'une endocardite tout au moins probable, sinon certaine.

Nous laissons parler M. Duroziez.

Obs. V. — A..., vingt-sept ans, domestique, toujours bien réglée, n'ayant jamais gardé le lit, à Paris depuis trois mois, entre à l'hôpital le 20 février 1866. Elle a ressenti les premiers accidents le 14; les premières taches de variole ont paru le 18, bien qu'elle porte de belles marques de vaccin. Je constate à la pointe et le long du bord inférieur du cœur un souffle en jet de vapeur, qui perd de son intensité au-dessus de l'orifice aortique, mais reparaît avec sa force dans les vaisseaux du cou.

Le 27 février, elle se plaint de palpitations depuis ces derniers jours seulement; elle n'en a jamais eu auparavant. Pouls régulier, développé; pas de développement du cœur; impulsion modérée; frémissement court, beau souffle en jet de vapeur à la pointe.

Le 3 mars, pouls toujours parfaitement régulier.

Dans la carotide on trouve un double souffle. Au niveau du cœur le souffle semble se doubler.

Le 8, le pouls radial ne présente rien de particulier non plus que le pouls crural. A la carotide j'entends un double souffle que je retrouve parfaitement net au niveau de l'aorte. A la pointe je retrouve un double souffle, le premier plus fort que le second.

Le 10, anasarque considérable; face congestionnée, cyanosée; souffle en jet de vapeur ayant son maximum à la pointe; type d'insuffisance mitrale. Je distingue moins bien le souffle sous le sternum.

Obs. VI. — R..., trentre-quatre ans, employé de l'octroi, au cinquième jour d'une variole, présente un bruit de râpe au second temps, au niveau du sternum. La pointe bat dans la cinquième espace. Albumine abondante.

Le sixième jour, le cœur est sensiblement plus gros qu'à l'état normal. La main perçoit un peu de rudesse. On distingue deux claquements.

Neuvième jour, bruits fortement frappés.

Obs. VII. — G..., seize ans, tourneur en bois. Variole, au treizième jour; belles pustules; double souffle au cœur.

Obs. VIII. — C..., 21 ans, journalier. Varioloïde; troisième jour, bruits du cœur un peu ronflants.

Dans ces cas, dit M. Duroziez, il apparaît au second temps des bruits anomaux, d'une importance différente pour chacun des cas, nous le reconnaissons, mais d'une manière incontestable dans le cas d'A...

Qu'on place ou non dans le péricarde le souffle du second temps trouvé chez R..., du péricarde à l'endocarde il n'y a pas bien loin, et il me semble difficile d'accorder à une maladie droit de cité dans le péricarde et de le lui refuser dans l'endocarde.

Il est bien évident toutefois que l'endocardite peut manquer à la variole ainsi qu'au rhumatisme lui-même; qu'on peut n'en plus trouver la trace à l'autopsie; car la rougeur, la turgescence, premiers degrés de la lésion, peuvent avoir disparu après la mort, ainsi qu'elles le font à la peau dans l'érysipèle et l'angioleucite, et avoir donné lieu pendant la vie à des souffles d'intensité variable.

Or le souffle à la pointe n'est pas absolument rare dans la variole.

Nous en avons observé quelques cas.

Obs. IX. — Estelle H..., vingt et un ans, couturière. Variole confluente. Rash. mort le dixième ou onzième jour.

Cinquième jour, pouls, 112; souffle très-notable au premier temps.

Obs. X. — D..., seize ans, apprenti bijoutier. Varioloïde légère.

Neuvième jour, commencement de dessiccation, souffle mélangé de froissement au cœur. Pouls, 84.

Onzième jour, pouls 36, 60. Beau froissement vers la pointe en forme de souffle sec.

Douzième jour, souffle au premier temps à la pointe, froissement péricardique.

Quinzième jour, le cœur n'est pas gros; même froissement péricardique à la pointe; même souffle déchirant, en jet de vapeur, traînant.

Seizième jour, pouls, 64. En haut du sternum second claquement accompagné d'un retentissement métallique énorme.

Obs. XI. — M..., seize ans, bijoutier. Varioloïde discrète, légère. Huitième jour, pouls 76. Souffle à la pointe.

Obs. XII. — B..., vingt-cinq ans, journalier. Variole. Cinquième jour, pouls 100; frottements péricardiques.

Septième jour, pouls 64.

Neuvième jour, pouls 96; cœur gros; beau bruit râpeux, piaulant au premier temps sur toute la surface du cœur.

Dixième jour, pouls 108; au premier temps à gauche, piaulant.

Douzième jour, commencement de dessiccation.

Treizième jour, pouls 76; bruit de souffle aigu, piaulant, ayant son maximum à la pointe, suivant le trajet de l'aorte jusque dans la carotide. Froissement superficiel.

Dix-septième jour, pouls 72; dessiccation complète. Bruit frémissant, strident, sur toute la surface du cœur, se prolongeant dans l'aorte.

Vingt-sixième jour, pouls 48.

Obs. XIII. — L..., vingt-sept ans, couturière. Variole. Cinquième jour de l'éruption, pouls 148; souffle râpeux au premier temps.

Obs. XIV — X..., n° 3, Sainte-Agnès. Variole il y a cinq mois; cœur de volume normal; bruit dur à gauche au premier temps.

Obs. XV. — L..., dix-sept ans, novembre 1866. Cette fille, d'apparence robuste, non vaccinée, a eu, il y a sept mois, une variole qui l'a tenue quatre mois malade. Elle a le visage couturé. Elle entre pour une épilepsie dont les attaques se répètent à intervalles assez éloignés depuis son enfance. Je la trouve avec la peau un peu chaude; le pouls est à 100. Elle se plaint de palpitations depuis la variole. Le cœur mesure 9 1/2 sur 15 : on sent une impulsion un peu forte. Les bruits sont parcheminés et évidemment modifiés; au cou on voit battre les carotides et on perçoit un souffle simple, sans compression. Il y a de plus, des deux côtés, des bruits continus à double courant. Les jugulaires ne se voient pas facilement, et ici le souffle simple que l'on entend ne peut être rapporté qu'à la carotide.

Nous acceptons une modification des valvules, une turgescence persistante depuis sa variole.

Obs. XVI. — L..., vingt-quatre ans, polisseur. Varioloïde, malade depuis trois ou quatre jours. Pouls 108, souffle au premier temps à droite et à gauche; souffle artériel.

Obs. XVII. — V..., vingt et un ans, garçon de cuisine. Variole; malade depuis six jours; battements exagérés des artères; un peu de bruit rude au cœur.

Obs. XVIII. — A..., vingt-trois ans, cuisinier, malade depuis huit jours. Varioloïde; pouls 60; prolongement du bruit à gauche, un peu moindre à droite.

Obs. XIX. — D... dix-sept ans, garçon maçon. Variole; éruption au cinquième jour; pouls 88, développé, un peu irrégulier. Cœur un peu développé; à la pointe on trouve un souffle parfaitement net, terminé par le second claquement. Souffle sans compression au niveau de la carotide.

D'après ces faits, la lésion de l'endocarde aux différents orifices nous paraît démontrée, ajoute M. Duroziez.

Est-ce à dire que la lésion du sang ne modifie pas le timbre du bruit?

Nous trouvons dans nos observations l'enchevêtrement des bruits chlorotiques et des bruits organiques; le piaulement vient s'ajouter au souffle. Il faut accepter les deux éléments et ne pas donner à un seul orifice le triste privilége de la maladie, ainsi que le voudrait M. Parrot, s'appuyant sur le pouls veineux.

Obs. XX. — V..., vingt-cinq ans, tailleur. Varioloïde, entré le 8 juin.

Le 19, pouls veineux très-net dans les jugulaires, isochrone avec le pouls artériel; souffle doux au premier temps sternal.

Obs. XXI. — D..., dix-sept ans. Variole; éruption au cinquième jour. Pouls 88, développé, un peu irrégulier; cœur un peu développé. Je suis frappé d'un pouls veineux qui existe aux jugulaires externes, peu développées du reste, et dans les veines qui passent en avant de la clavicule. Ce pouls veineux semble coïncider avec le premier claquement. A la pointe on trouve un souffle parfaitement net terminé par le second claquement; dans la carotide, on retrouve le même souffle sans compression.

Est-il possible, dit en terminant M. Duroziez, à l'aide de ces deux faits d'appuyer la théorie de M. Parrot, qui pense que dans la variole les souffles s'entendent au niveau de l'orifice droit, et sont produites par une dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit? Nous ne le pensons pas.

Pour nous résumer :

Dans la variole, l'endocarde et le péricarde sont plus ou moins profondément lésés, d'une manière plus ou moins persistante; les autopsies le prouvent.

Il faut tenir compte de cet élément dans la production des bruits de souffle.

Le souffle peut se former à tous les orifices, puisqu'à l'autopsie on trouve tous les orifices malades, et que pendant la vie les bruits anomaux ont leur maximum au niveau de points différents de la région cardiaque.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE,

Par M. E. Koeberlé.

Obs. XXVI. — *Ovariotomie pratiquée le 19 février 1866. — Guérison.*

Madame W... (de Zurich), âgée de trente et un ans, est mère d'une petite fille, âgée de six ans. La menstruation est régulière. L'état général est satisfaisant, quoique l'amaigrissement soit assez prononcé. Le ventre, extrêmement distendu, mesure 39 centimètres du pubis à l'ombilic et 1 mètre 36 centimètres de circonférence. Il existe un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, avec une grande loge prédominante, qui donne lieu à une fluctuation très-manifeste. La paroi abdominale est très-œdémateuse dans la région sous-ombilicale.

La tumeur ovarique paraît avoir commencé à se développer en 1863. A cette époque, il survint de la constipation, de la difficulté dans la miction, de la douleur dans la région sacrée. Au mois de décembre, M. Claus examina la malade et découvrit, dans la région hypogastrique, une tumeur dont la grosseur était comparable à celle de la matrice au cinquième mois de la grossesse. La fluctuation de cette tumeur était indistincte : on l'attribua à un kyste de l'ovaire gauche, qui prit dès lors un accroissement rapide. En 1864, la malade ressentit à plusieurs reprises des douleurs abdominales très-vives, localisées surtout dans le bas-ventre, à droite. En 1865, la tumeur continua à grossir de plus en plus, mais toutefois sans donner lieu à de nouveaux accidents. Une ponction était devenue urgente, mais l'extirpation de la tumeur était le seul moyen de salut.

En raison de l'œdème de la paroi abdominale et de la distension considérable, je fis une ponction préalable dans le but d'obtenir la résolution de l'œdème, qui est une circonstance défavorable pour l'ovariotomie, et afin d'obtenir un retrait des parois abdominales, et partant d'avoir à redouter une hémorrhagie moins forte, parce que la tumeur ovarique avait contracté des adhérences très-étendues. La ponction donna issue à quinze litres de liquide brunâtre. La circonférence du ventre se réduisit seulement à 1 mètre 21 centimètres. L'œdème disparut presque entièrement au bout de quatre à cinq jours.

L'extirpation de la tumeur eut lieu le 19 février 1866, en présence de MM. Bach, George, Kien, Pellegrin et Tessier. Une incision de 25 centimètres livra passage à la tumeur après que l'on eut détruit les adhérences abdominales sur une largeur de 40 à 50 centimètres, que l'on eut vidé avec le trocart les grandes loges et que l'on eut déchiré avec les doigts une vingtaine de loges plus petites, à contenu plus ou moins épais. Il resta encore une masse de petits kystes innombrables, du poids de 5 à 6 kilogrammes, dont l'ensemble put être facilement extrait, après avoir toutefois détruit quelques adhérences pelviennes. La tumeur ovarique provenait de l'ovaire gauche. On plaça une ligature de fil de fer à l'aide d'un serre-nœud sur le pédicule qui était assez long. Un petit kyste était en voie de formation dans l'ovaire droit. Il fut incisé et le follicule qu'il contenait fut enlevé. Le reste de cet ovaire était parfaitement sain. Le nettoyage de la cavité péritonéale fut très-long, à cause de l'hémorrhagie dont les parois étaient le siége. Expulsion de l'air après avoir étalé l'épiploon au devant des intestins. Réunion à l'aide de quatre points de suture profonde et six points de suture superficielle. On donna à l'opérée une position demi-assise pour faciliter l'écoulement des liquides dans le bassin. L'opération a duré une heure et demie. La perte de sang a été de 200 grammes environ. Le poids de la tumeur ovarique a été de 33 kilogrammes et demi.

Dans le courant de la soirée, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité rougeâtre par l'angle inférieur de la plaie, et 200 grammes environ de liquide furent extraits du bassin à l'aide d'une sonde, par aspiration. La douleur a été presque nulle ; il n'y eut pas de soif ; il n'y eut de ballonnement d'aucune partie du ventre. L'opérée ne fit usage ni de morphine, ni de glace ; il ne survint absolument aucun accident du côté de l'abdomen ; il n'y eut pas non plus de vomissements chloroformiques, mais il survint, de suite après l'opération, un peu de toux, par intervalles. On prescrivit une infusion de tilleul, puis de polygala, du kermès, etc. Madame W... s'était un peu enrhumée avant l'opération, qui avait été retardée pendant quelques jours, jusqu'à ce que la bronchite eût été à peu près complétement passée ; mais pendant l'opération, malgré les soins qu'on avait pris pour empêcher le refroidissement, la bronchite avait repris. Elle s'aggrava de plus en plus les jours suivants ; il survint en même temps des symptômes de congestion cérébrale. Le septième jour, il y eut du délire ; le pouls était petit, intermittent, très-irrégulier. Le poumon gauche était engorgé dans ses deux tiers inférieurs. Les crachats séreux étaient très-abondants. On appliqua des sangsues aux apophyses mastoïdes ; on augmenta la dose du kermès ; on fit largement usage des sinapismes, etc. Néanmoins l'état de la malade empira progressivement ; le soir, la mort semblait imminente ; la malade était très-agitée, dans un délire continuel ; le pouls était misérable, intermittent. Je prescrivis 1 gramme de musc dans 20 grammes de potion gommeuse à prendre en deux fois à dix minutes d'intervalle. Le pouls se releva rapidement, le délire cessa et la malade passa une assez bonne nuit. Le lendemain on appliqua des ventouses scarifiées. La perte de sang, par les sangsues et par les ventouses, peut être évaluée à 500 grammes au moins. Il y eut une amélioration très-notable. La bronchite et l'engouement diminuèrent de jour en jour. Le dix-huitième jour, la guérison était complète. La ligature du pédicule était tombée le dixième jour. Madame W... a continué à jouir depuis d'une santé excellente et a pris beaucoup d'embonpoint.

Remarques. — La ponction préalable, pratiquée avant l'ovariotomie, a eu pour résultat d'augmenter les chances de succès de l'opération, qui eût été très-compromise par l'œdème et par les risques plus considérables d'hémorrhagie de la paroi abdominale. Quoiqu'une ponction soit une opération hasardeuse, elle est nécessaire dans les circonstances analogues, pour placer la malade dans des conditions plus favorables à l'ovariotomie.

A la suite de l'opération, il ne survint aucun trouble, ni du côté du péritoine, ni des viscères abdominaux. Cet heureux résultat doit surtout être attribué à la position demi-assise donnée à l'opérée et à l'extraction des liquides qui s'étaient accumulés dans le cul-de-sac recto-vaginal après l'opération.

La bronchite qui survint a été très-grave, et le septième jour l'état de l'opérée a été complétement désespéré avant l'administration du musc, à la suite de laquelle il y eut presque immédiatement une amélioration extraordinaire. La congestion cérébrale qui accompagnait l'engouement pulmonaire a pu être occasionnée en partie par le trouble que la ligature de la tumeur ovarique a dû apporter dans la circulation.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

par le sous-nitrate de bismuth.

M. le docteur Lavit (de Cessenon) nous prie d'attirer l'attention sur les heureux effets qu'il a obtenus du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la blennorrhagie :

« Chez deux sujets atteints de blennorrhagie chronique depuis un an, j'ai ordonné, dit-il, des injections composées moitié d'eau, moitié de sous-nitrate. Pendant quelques minutes, je faisais agiter la verge pour disséminer partout l'injection ; puis après quelque temps de repos absolu (cinq ou dix minutes), je faisais évacuer lentement le liquide, qui laissait dans l'urètre un crayon mou de la poudre en question. Au bout d'une ou de quelques heures survenait un peu d'irritation qui invitait les malades à uriner, et leur faisait rendre des portions solides de sous-nitrate qui se détachaient facilement et étaient lancées avec les premiers jets d'urine. Un de ces malades se poussait une injection le soir, et ne rejetait le crayon que le lendemain matin.

« Ces blennorrhagies ont été rapidement guéries de cette façon en quatre, cinq, six jours, jamais plus de huit jours. Néanmoins, je faisais continuer le traitement quelques jours de plus, en diminuant le nombre d'injections progressivement, passant de quatre à trois, deux, une.

« Comment agit le bismuth? J'admets l'opinion du professeur Monneret, qui a si bien étudié ce médicament. Il agit ici mécaniquement, obture les portions ulcérées et, de plus, éloigne les portions de muqueuse qui s'appliquent l'une sur l'autre, en formant un crayon dans le canal. Si telle est son action, il faudrait faire des essais sur toute autre poudre insoluble, comme le carbonate de chaux, la craie, etc., et on saurait, de cette manière, si le bismuth n'exerce pas en outre une action spéciale de contact.

« Je dois vous mentionner aussi un autre malade qui, guéri par ce moyen, vit sa blennorrhagie reparaître avec intensité, accompagnée de cystite, après avoir pris un peu d'iodure de potassium pour des accidents syphilitiques anciens. J'ordonnai une préparation thérébentinée, une émulsion, et je fis reprendre l'usage des injections bismuthiques, malgré l'acuité des symptômes, et dans peu de temps tout rentra dans l'ordre.

« Ceci prouve une fois de plus l'action catarrhale puissante de l'iodure de potassium, dont il faut se méfier dans certains cas, et qu'on peut, au contraire, utiliser dans d'autres, pour faciliter l'expectoration, par exemple. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 17 avril 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Dubreuilh, membre correspondant à Bordeaux, assiste à la séance.

RAPPORT.

M. Boinet termine la lecture de son rapport sur l'ovariotomie. Ce travail est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Dr Dolbeau.

CORRESPONDANCE.

Ulcères génitaux simulant des chancres.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez publié, dans le dernier numéro de votre journal, celui du 23 avril, d'après une clinique faite à l'Hôtel-Dieu par mon excellent collègue des hôpitaux, le Dr Fournier, le résumé d'une observation d'ulcères génitaux simulant des chancres syphilitiques chez un enfant d'un an, atteint à la fois de coqueluche et de rougeole.

J'ai moi-même observé un fait très-analogue l'année dernière, seulement l'enfant n'était atteint que de coqueluche.

Aussi, bien que je n'aie pas vu la petite malade de M. Fournier, je serais porté, s'il ne s'agit pas là de syphilis, à mettre cette petite complication sur le compte de la coqueluche, bien plus que sur celui de la rougeole ; d'autant plus que les gangrènes de la vulve qu'on observe quelquefois dans cette dernière maladie n'ont aucune analogie d'aspect avec les chancres syphilitiques. L'évolution de la lésion apprendra à M. Fournier si l'analogie ne pèche pas encore de ce côté; dans le cas que j'ai vu la promptitude extrême de la guérison sous l'influence de pansements très-simples, et l'absence de toute perte de substance, écartent encore toute assimilation avec les gangrènes morbilleuses.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru qu'il pourrait être intéressant de publier le fait que j'ai observé, j'ignore s'il en existe d'autres; les livres que j'ai consultés à ce sujet sont muets sur la question.

Coqueluche; ulcération du frein de la langue; chancres diphthéroïdes aux grandes lèvres.

Le 27 août 1866, je suis appelé auprès d'une petite fille de quatre ans, qu'on vient de renvoyer de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à cause du choléra qui avait éclaté dans les salles. L'enfant y était entré six mois auparavant pour une ophthalmie scrofuleuse grave, dont elle avait été bien guérie ; mais elle avait pris la coqueluche, il y avait environ trois ou quatre semaines, et c'est pourquoi on l'avait gardée.

Je la trouve dans un état très-alarmant, grande maigreur, fièvre très-forte, hecticité, râles muqueux remplissant la poitrine des deux côtés; vomissements alimentaires continuels, pas de diarrhée cependant. La complication tuberculeuse paraissait probable chez une enfant scrofuleuse, dont le père était mort phthisique, et dont la mère était elle-même fort délicate.

L'enfant portait une ulcération type très-étendue au frein de la langue ; mais en outre sa mère me montre avec effroi les parties génitales, qui sont le siége de trois chancres, arrondis, un peu plus petits qu'une pièce de vingt centimes, et siégeant sur les grandes lèvres ; deux de ces chancres situés à la partie moyenne des grandes lèvres droite et gauche sont exactement en face l'un de l'autre, et rappellent l'auto-inoculation des chancres mous, tant ils se correspondent exactement comme forme et comme grandeur ; le troisième, un peu plus petit, est situé sur la lèvre gauche, immédiatement au-dessous du supérieur, la lèvre droite en face est saine. Pas d'induration cartilaginiforme ou autre ; seulement un peu de dureté inflammatoire autour de la lésion, avec un petit cercle rose, très-peu étendu ; la surface des chancres est couverte d'une pellicule d'un blanc grisâtre, assez épaisse, formant saillie et rappelant beaucoup la diphtérite des chancres chez la femme ; cependant la teinte de cette dernière est ordinairement d'un blanc nacré très-pur, et ici la teinte est plus sale.

Absence complète d'engorgements ganglionnaires et de taches de roséole ; les amygdales sont grosses, un peu fongueuses, mains ne présentent pas trace de plaques grises ou jaunes.

L'analogie de ces chancres avec ceux de la syphilis me parut telle que je ne pus rassurer complétement la mère sur leur origine ; et, tout en lui faisant espérer que ce n'était là qu'une complication de la coqueluche, dont je n'avais d'ailleurs jamais entendu parler, je gardais un doute à part moi.

Je fis laver plusieurs fois par jour avec un peu de vin aromatique et laisser entre les grandes lèvres un peu de charpie imbibée de ce vin.

En quatre jours tout était cicatrisé, il ne restait plus qu'une petite trace superficielle un peu brune, sans aucune perte de substance, sans induration ; et huit jours après on eût vainement cherché la place où avaient siégé les lésions.

J'ajoute que l'enfant guérit de sa coqueluche par des soins hygiéniques ; vin, café noir, sorties au soleil ; je lui donnai seulement un peu d'Ipéca par deux fois à huit jours d'intervalle ; en dix jours l'amélioration était considérable. La guérison me parut accélérée par des séjours de deux à trois heures dans la chambre de l'usine à gaz des Ternes, lorsque l'enfant put y être transportée.

A ce moment, je dois le dire, j'étais à peu près convaincu que les chancres de la vulve constituaient une complication de la coqueluche et n'avaient rien de syphilitique ; d'autant plus que l'ulcération du frein de la langue avait en elle-même un aspect diphtéroïde.

Cependant l'enfant me fut ramenée le 9 février 1867. Elle sortait encore une fois de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, où elle était rentrée pour une récidive de son ophthalmie scrofuleuse, et elle avait eu, pendant son séjour hospitalier, une varioloïde très-légère, à ce que me dit sa mère.

Je la trouvai tellement grasse et fraîche que je ne l'aurais pas reconnue. Mais elle présentait deux lésions cutanées assez suspectes :

1° Une croûte ecchymateuse, sur le petit doigt de la main droite, au niveau de l'articulation de la dernière phalange, côté externe ; mais cette lésion était antérieure de plusieurs mois à la coqueluche et aux chancres, bien que je ne l'eusse pas remarquée précédemment.

2° Sur la pointe de l'épaule gauche un groupe arrondi, annulaire, de la dimension d'une pièce d'un franc, de cicatrices lenticulaires, un peu saillantes et d'une coloration jambonnée manifeste ; les éléments primitifs (papules, tubercules ou pustules, je n'ai pu être fixé sur ce point) avaient dû être gros comme un grain de chenevis et séparés par des intervalles de peau saine ; le centre était également sain.

En outre, je trouvai des ganglions post-cervicaux, petits, durs, indolents, surtout à droite, et une double pléiade ganglionnaire, analogue, dans les deux aines, surtout à gauche.

Pas d'écoulement vaginal, rien à la gorge, rien autre chose de suspect. L'enfant se plaignait seulement de maux de tête le matin en se réveillant, mais le sommeil était bon. Elle toussait encore beaucoup et avait de gros râles ronflants très-abondants dans la poitrine.

La lésion cicatricielle de l'épaule, le siége et la petitesse des ganglions engorgés me rendirent mes incertitudes ; et ce matin même, 25 avril, je suis allé voir l'enfant, qui ne m'avait pas été ramenée depuis février.

Je l'ai trouvée en assez bon état, bien qu'elle ait perdu un

peu de son embonpoint et de ses couleurs ; la toux et les maux de tête persistent avec les mêmes caractères.

La lésion du petit doigt est séchée, il y reste une cicatrice inégale, rabotteuse, un peu croûteuse superficiellement, avec teinte rouge jambonnée. L'articulation sous-jacente fonctionne assez bien, mais le doigt a perdu de sa rectitude, et forme une saillie un peu anguleuse du côté externe.

La cicatrice en groupe annulaire de l'épaule gauche persiste avec des caractères très-analogues. La teinte a seulement passé au jaune café au lait, et on dirait qu'il y a sous la peau un dépôt tuberculeux en voie de résorption.

Il est apparu un autre groupe analogue, à la fesse, du côté gauche, au niveau de la tubérosité sciatique. Celui-ci est en fer à cheval, le centre étant sain ; les éléments isolés sont manifestement de petits tubercules d'un rouge violacé, en voie de résolution.

Les ganglions m'ont paru diminués de nombre et de volume ; ils sont durs et tout à fait indolents.

En somme, s'agit-il là de scrofule ou de syphilis? La question me paraît fort délicate aujourd'hui, et c'est pourquoi je juge utile la publication de ce fait, dans l'espérance qu'il en provoquera d'autres, qui pourront élucider ce point obscur.

Mais s'il ne faut pas rapporter à la vérole les chancres diphthéroïdes qui font naître la difficulté de l'appréciation, il me paraît que c'est au bilan de la coqueluche qu'il faut les inscrire.

Il y aurait peut-être lieu aussi de reprendre à nouveau la question de la coqueluche avec le laryngoscope, et de chercher si, dans ce catarrhe spécifique, on ne trouverait pas, du côté du larynx, quelques lésions spéciales; tout le monde connaît à ce sujet les mémoires de Beau (*Archives*, 1840 et 1856), et la thèse de M. le Dr Wannebrouck, qui a adopté à peu près ses idées sur ce point. Il est fort possible que les nécropsies faites jusqu'à ce jour soient insuffisantes pour juger la question ; les sujets meurent le plus souvent de complications lentes, et dans une cachexie pendant laquelle le caractère de la coqueluche a disparu ; il est donc possible que les lésions spéciales, s'il en existe, aient disparu elles-mêmes au moment où la mort survient ; et, sans espérer beaucoup d'un examen laryngoscopique, qui doit être fort difficile chez des enfants, et dans une maladie aussi éminemment convulsive, je pense qu'il y a lieu de le tenter.

Veuillez agréer, etc.

Dr Féréol,
médecin des hôpitaux.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Un de nos confrères vient de mourir à Londres, laissant dans la plus profonde misère, une femme et cinq enfants.

Nous venons de recevoir des détails navrants sur cette infortune que nous signalons à la bienveillance du public médical.

Il s'agirait de rapatrier au plus tôt cette famille et de pourvoir à ses premiers besoins.

Nous ouvrons donc aujourd'hui une souscription. Les plus modestes offrandes peuvent être adressées au bureau de la *Gazette des Hôpitaux* ; elles seront accueillies avec la plus vive reconnaissance.

1re liste.

La *Gazette des Hôpitaux*	100 fr.
M. le Dr Vacher	20
M. H.	1
C. de B.	20
Total.	141 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société des Amis des Sciences, fondée par Thénar tiendra sa dixième séance publique annuelle, sous la présidence de S. Exc. le maréchal Vaillant, membre de l'Institut, le lundi 29 avril, à 8 heures très-précises du soir, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des Lettres.

Ordre du jour. — 1° Compte-rendu de la gestion du Conseil d'administration, par le secrétaire de la Société ;

2° Éloge de Verdet, maître de conférences à l'École normale, membre de la Société des secours des Amis des Sciences, par M. Levistal, bibliothécaire à l'École normale supérieure ;

3° Application de l'analyse spéciale à l'astronomie physique, constitution des étoiles et des nébuleuses, par M. Mascart, professeur de physique au lycée Napoléon ;

4° Dépouillement du scrutin pour l'élection des membres du conseil et du bureau de la Société.

Nota. Les personnes qui seraient disposées à devenir Membres de la Société trouveront, à l'entrée la salle, un bureau où elles pourront se faire inscrire.

— Le vaisseau *la Ville-de-Nantes*, converti en hôpital, et mouillé en rade dès le 28 mars pour recevoir les malades que pourraient avoir les troupes revenant du Mexique par Cherbourg, est entré dans le port le 20 avril sans qu'un seul malade ait été conduit à son bord.

L'hôpital que, dans la même prévision, on avait établi au fort du musoir-est de la Digue, a été déménagé vendredi, et les trois infirmiers qui y étaient détachés ont repris leur service à l'hôpital maritime.

Les installations analogues faites dans le fort de Querqueville ont été également supprimées.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi, 1er mai, 8 huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 20. Voici son ordre du jour : 1° De l'érysipèle ; considérations sur un nouveau mode de traitement de cette affection, par M. le Dr Moretin. — 2° De la méthode naturelle appliquée à l'enseignement, par M. le Dr Dupré. — 3° De la chloro-hydrémie chez l'homme, par M. le Dr Gaye. — 4° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

— MM. Roze et Bescherelle feront, dimanche prochain 28 avril, une excursion bryologique dans la forêt de Fontainebleau, aux environs de Bourron. Rendez-vous, gare du chemin de fer de Lyon, pour le départ du train de 8 heures 5 minutes (lignes du Bourbonnais). Se munir de provisions pour le déjeuner.

— M. Giraldès commencera ses conférences cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (semestre d'été) à l'hôpital des Enfants-Malades, le jeudi 2 mai et les continuera tous les jeudis. — Visite des malades à 8 heures; leçons et opérations à 9 heures et demie.

— M. le Dr Édouard Meyer commencera son cours d'ophthalmologie à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, le lundi 29 avril, à 7 heures 1/2 du soir. Il le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Il traitera du strabisme et des affections musculaires de l'œil.

Conférences cliniques les lundis et vendredis, à une heure, rue de l'École-de-Médecine, 41.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, reprendra ses leçons préparatoires au 2e de doctorat (3e de fin d'année), le jeudi 2 mai, rue des Écoles, 56. — Préparation à l'internat et au 4e de doctorat.

Les 57me et 58me fascicules du **Grand dictionnaire universel du xixe siècle**, de M. Pierre Larousse, sont en vente. Ce qui distingue le *Grand dictionnaire* de tous les ouvrages de ce genre, c'est un cachet d'humour, de fantaisie, qui s'allie très-heureusement aux plus graves questions de la science, de l'histoire et de la philosophie. La sécheresse et l'aridité qui règnent dans le domaine encyclopédique et lexicologique sont devenues proverbiales; le *Grand dictionnaire universel* paraît avoir la prétention de faire mentir le proverbe, et cette prétention nous semble tout à fait justifiée. — Cinquante-huit fascicules, dont chacun renferme la matière de 2 vol. in-8°, sont en vente. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 51. — MARDI 30 AVRIL 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 30 AVRIL 1867. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sociétés savantes et hôpitaux. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Guibout). Essai sur un nouveau traitement de la colique de plomb. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Jobert (de Lamballe). — Souscription. — Nouvelles.

PARIS, LE 29 AVRIL 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

La Société médicale des hôpitaux a renouvelé son bureau vendredi dernier. M. Hérard a été nommé président, M. Gubler vice-président.

La discussion sur les bruits vasculaires dits inorganiques se continue ; mais jusqu'ici personne n'est venu défendre les opinions classiques sur la valeur séméiotique qu'auraient ces bruits dans l'anémie.

M. Peter a fait connaître un ancien mémoire inédit, rédigé dès 1858, cité dans la seconde édition des *Leçons cliniques* de M. Trousseau, et dans lequel il s'appuie sur 63 observations, pour établir que le souffle se rencontre presque aussi fréquemment en dehors de l'anémie que dans l'anémie.

M. Potain a fait quelques réserves au sujet de ces conclusions, trop absolues à son avis.

L'état du sang occupe une place parmi les conditions nécessaires suivant lui pour produire un bruit de souffle ; mais il faut, en outre, certaines circonstances que M. Potain a promis d'indiquer bientôt.

Après avoir été expulsé de la *Société obstétricale*, M. Baker Brown a reçu de la *Société médicale de Londres* un affront peut-être encore plus sanglant. Il avait été président de cette Société, et lorsque, pour éviter d'en être exclus, il y envoya sa démission, le conseil hésita d'abord à l'accepter.

Aussitôt, une partie des membres les plus influents annoncèrent qu'ils cesseraient de faire partie d'une société où l'on conservait M. Baker-Brown ; et il fallut, pour empêcher la dissolution de la société, que le conseil fît publier dans les journaux, l'acceptation à l'unanimité de la démission de M. Baker-Brown, et s'excusât de ses premières hésitations, en les expliquant par l'ignorance des faits reprochés au démissionnaire.

En ce moment on peut observer à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 16, un malade très-intéressant au point de vue physiologique. La plupart des traités classiques refusent aux interosseux la faculté d'élever les côtes et d'agir comme muscles inspirateurs. Il suffit de voir ce malade pour être convaincu de l'opinion contraire. Voici comment M. Duchenne (de Boulogne) en parle, à la page 651 de la *Physiologie des mouvements* :

« Au moment même où j'écris ces lignes, je suis encore sous l'impression d'un fait que je viens d'observer de nouveau, chez un sujet atteint depuis dix ans d'atrophie musculaire graisseuse progressive, et qui se trouve actuellement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon ami, M. Vernois. (Il est représenté dans les figures 79 et 80 de la page 469 de mon *Traité d'électrisation localisée*.) Voici en quelques mots la démonstration que j'ai faite, à l'occasion de ce sujet, en présence de M. Vernois, de ses élèves et de quelques médecins qui suivaient sa visite. Notre malade, dont les muscles moteurs des membres supérieurs sont presque entièrement atrophiés déjà depuis plusieurs années, a perdu en outre les trois quarts environ de ses trapèzes, de ses rhomboïdes, de ses grands dentelés, de ses grands dorsaux, et une partie de ses pectoraux. Mais ses intercostaux et son grand dentelé sont heureusement encore intacts. L'ayant fait placer sur son lit, dans le décubitus dorsal, sa poitrine et son abdomen étant mis à nu, nous remarquions que sa respiration tranquille était diaphragmatique, parfaitement normale, c'est-à-dire qu'à chaque inspiration sa région épigastrique se soulevait fortement, et que la base de son thorax s'agrandissait un peu, tandis que ses deux tiers supérieurs restaient immobiles. Mais dès que nous l'engageâmes à faire de grandes inspirations, toutes ses côtes exécutèrent un mouvement étendu d'élévation en masse et d'expansion, quoiqu'il eût perdu, — il ne faut pas l'oublier, — la plupart des muscles qui seuls, d'après un grand nombre de physiologistes, président au type costo-supérieur de la respiration. Ses muscles intercostaux, soit internes, soit externes, soit les uns et les autres, étaient donc les seuls muscles encore vivants auxquels on pût attribuer ce grand mouvement d'expansion de la poitrine. D'ailleurs, j'en avais la preuve matérielle sous la main : chacun des témoins de ce dernier cas put, en effet, appliquer ses doigts dans les espaces intercostaux qui étaient ici sous-cutanés, et sentir les muscles intercostaux externes, aussi bien que les intercostaux internes, se gonfler et se durcir pendant l'inspiration, et tomber dans le relâchement pendant l'expiration. Pour tout le monde, ce fait était des plus évidents. Il n'avait pas besoin de commentaires ; il confirmait pleinement ceux qui le précédaient.

« L'opinion des physiologistes (Vésale, Diemerbroeck, Sabatier et, dans ces dernières années, MM. Beau, Maissiat, Longet) qui considéraient les intercostaux externes et internes comme des expirateurs, se trouve donc renversée par les faits cliniques que je viens de faire connaître. »

Nous avons étudié le malade en question avec M. Duchenne (de Boulogne) et cet examen ne nous a pas laissé l'ombre d'un doute sur la puissance des intercostaux comme inspirateurs.

Nous remettrons à samedi prochain ce que nous aurions à dire sur d'autres malades intéressants qu'on peut observer en ce moment dans les hôpitaux.

Signalons seulement un exemple de variole et de vaccine développées simultanément chez un enfant d'un an qui se trouve au n° 19 de la salle Saint-Antoine, service de M. Fournier, à l'Hôtel-Dieu.

— M. Maisonneuve doit pratiquer mercredi une opération de trépan.

— La pauvre femme dont nous avons déjà plusieurs fois parlé, et dont l'utérus gravide en rétroversion, infléchi sur lui-même en forme de cornue, avait simulé une tumeur extra-utérine jusqu'au moment où il s'était réduit de lui-même, faible comme elle était, a avorté peu de temps après cette réduction. Elle s'est éteinte le lendemain ; et à l'autopsie, on n'a rien trouvé qu'une inflammation de tout l'appareil urinaire, conséquence de la stagnation prolongée de l'urine dans la vessie.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Essai sur un nouveau traitement de la colique de plomb.

(Observations recueillies par M. le docteur LE DIBERDER, interne.)

La méthode évacuante était autrefois la seule usitée dans le traitement de la colique de plomb. Son utilité est incontestable ; et c'est elle qu'emploient encore la plupart des médecins, bien que personne n'applique plus aujourd'hui le traitement de la Charité dans toute sa rigueur.

Plus tard, à la Pitié, M. Gendrin joignit à la méthode évacuante l'usage de la limonade sulfurique. Il espérait par là former du sulfate de plomb insoluble, et par conséquent arrêter les progrès de l'intoxication. Mais le sulfate de plomb, presque insoluble dans l'eau, est un peu plus soluble dans les liqueurs alcalines, et par conséquent peut être dissous en petite quantité dans l'intestin grêle. La théorie est donc en défaut sur ce point. Si nous ajoutons que l'expérience a prononcé que les acides précipitent ou augmentent les accidents saturnins chez les animaux auxquels on a fait prendre du blanc de céruse, et qu'enfin, d'après M. Grisolle, les accidents sont aggravés chez les malades par l'ingestion de la limonade sulfurique, on comprendra immédiatement que ce traitement doit être absolument rejeté.

Les révulsifs, l'électricité, les anesthésiques ont été employés avec succès contre la douleur. M. Briquet a fait disparaître ce symptôme en quelques minutes en faradisant la peau du ventre.

M. le professeur Monneret s'adresse également à la douleur, qu'il combat par le froid appliqué *intus* et *extra*. Il donne des boissons glacées, des cataplasmes et des lavements glacés. Il observe une disparition immédiate des coliques, et la constipation cède le cinquième ou le sixième jour. Enfin il aide à la guérison par les toniques (vin, quinquina, ferrugineux, douches).

La méthode que nous allons exposer est plus simple et plus facile encore dans l'application. Elle est due à M. le docteur Lutz, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. Voici en quoi elle consiste : on donne chaque jour au malade un mélange à parties égales de fleur de soufre et de miel. On commence par 50 grammes du mélange à prendre en trois fois. On obtient la diarrhée très-rapidement : le second jour ordinairement. On diminue alors la dose progressivement jusqu'à cessation complète des accidents. On voit que cette méthode est surtout évacuante : le soufre et le miel exercent tous deux une action purgative ; et l'on peut en outre invoquer ici l'action chimique, car on retrouve le sulfure de plomb dans les selles ; sous l'influence de l'action purgative continue celui-ci est chassé par les garde-robes à mesure qu'il est formé.

M. Lutz a appliqué plusieurs fois ce traitement avec un succès aussi constant que rapide. M. le docteur Guibout, qui l'a communiqué, il y a deux ans, à la Société de médecine de Paris, l'a employé un grand nombre de fois avec un résultat semblable. Dernièrement quatre cas de colique de plomb se sont trouvés simultanément dans nos salles. M. Guibout les a soumis à ce traitement un peu modifié. Nous allons donner un résumé de ces quatre observations.

OBS. I. — A... (Gustave), quarante-deux ans, cuisinier, entre à l'hôpital le 26 mars. Cet homme, bien portant habituellement, a souffert dans ces derniers temps par suite du manque d'ouvrage. Son travail consiste à pulvériser le minium à la meule, opération qui charge l'atmosphère d'une abondante poussière de cette substance. Il n'y avait que quinze jours qu'il se livrait à cette occupation, lorsque, le 21 avril après midi, il fut pris subitement de coliques accompagnées de diarrhée, d'étourdissements et de douleurs de tête très-violentes. Une constipation opiniâtre suivit cette diarrhée, qui fut très-passagère.

A son entrée, il présente une teinte jaune très-prononcée de la peau et des conjonctives oculaires. Le liséré plombique est très-accusé sur les gencives. Maux de tête, pesanteur à la région frontale ; bourdonnements d'oreille, vue voilée par moments, constipation depuis quatre jours. Ventre normal, non rétracté ; douleurs aux régions épigastrique et hypogastrique, qui sont très-sensibles à la pression ; peau sèche, sans chaleur ; pouls normal ; langue un peu pâle, large et humide ; peu d'appétit ; pas de tremblement des membres. Le malade éprouve des douleurs et de la lassitude dans les membres ; ses forces ont notablement diminué depuis l'invasion des accidents. Interrogé sur ses antécédents, il nie toute habitude d'ivrognerie.

Le traitement est institué le 27 mars :

Tisane amère.

Miel. . . . . 15 grammes.
Soufre. . . . . 15 —

Deux portions, bains sulfureux.

Le 28, le malade n'ayant pas eu de garde-robes, la dose du mélange est portée à 40 grammes.

Le 29, selles multiples ; les douleurs épigastrique et hypogastrique ont diminué ; ces régions sont moins sensibles à la pression. On revient à la dose primitive. Le malade demande à manger : quatre portions.

Les jours suivants, le traitement et le régime restent les mêmes. L'amélioration va se prononçant davantage.

Le 31, la teinte jaune des conjonctives a disparu. Il ne se plaint plus des coliques ; il a trois à quatre selles par jour.

Le traitement est continué jusqu'au 9 avril. Le malade sort alors en ne conservant que de l'insomnie et quelques douleurs musculaires ; il a repris un peu d'embonpoint.

OBS. II. — J..., cinquante-trois ans, peintre, entré le 27 mars. Homme bien constitué, santé habituellement excellente. Son travail consiste à passer au minium puis au blanc de céruse des objets en fer. C'est depuis novembre dernier qu'il fait ce métier.

Il ressentit au bout de six semaines les premières atteintes du mal, et dut cesser son travail le 15 janvier. Il entra alors à l'Hôtel-Dieu où il fut traité par les évacuants. Il en sortit le 1er février.

Le malade se présente à nous avec des coliques siégeant à l'hypogastre et à l'épigastre ; ces régions sont douloureuses à la pression. Teinte jaune très-prononcée de la peau et des conjonctives ; liséré gingival très-prononcé ; ventre légèrement rétracté ; pas d'appétit ; nausées presque continuelles ; langue blanche ; douleurs continues dans les membres, surtout du côté des extenseurs, accompagnées de crampes dans ces derniers temps. Les forces ont beaucoup diminué ; le malade éprouve un peu de céphalalgie et de tremblement des membres. Il affirme n'avoir jamais fait d'excès de boisson. Constipation absolue depuis quatre jours. A cette époque, le malade a pris de lui-même un purgatif.

Le 28 mars, tisane amère, ipéca 1 gramme 50 centigrammes, une portion.

Le 29, on commence le traitement. Limonade, 30 grammes de mélange de miel et de soufre, une portion, bain sulfureux tous les jours.

Le 30, aucun changement ; 40 grammes de miel et de soufre.

Le 31, deux selles, les douleurs ont un peu diminué.

Les jours suivants, même traitement. Le malade a eu trois à quatre selles liquides par jour ; l'appétit et l'embonpoint reviennent rapidement. Dès le 4 avril, la teinte jaune de la peau et des conjonctives a complétement cédé, ainsi que la céphalalgie et l'insomnie.

Le malade sort le 10 avril, ne sentant plus que quelques douleurs dans les membres.

OBS. III. — D... (Camille), trente et un ans, cuisinier, entré le 26.

mars, assez grand, mais grêle et peu musclé. Ce malade n'accuse pourtant aucune maladie antécédente, si ce n'est une fièvre typhoïde en 1848. Il a travaillé douze jours au dépotement de la céruse. Au bout de ce temps, il fut pris de coliques accompagnées de diarrhée et d'étourdissements. La diarrhée était assez abondante pour donner sept à huit selles par jour. Coliques rapportées, par le malade, à l'hypogastre avec sensation de brûlure à l'épigastre ; peu de sensibilité à la pression ; faiblesse et fourmillements dans les membres ; pas de tremblement ; céphalalgie assez forte, mais le malade y est sujet ; il se plaint de souffrir presque continuellement dans l'oreille droite ; peau très-peu colorée en jaune ; liséré gingival peu marqué ; langue naturelle ; appétit assez bon ; les selles ont diminué, mais il n'y a pas constipation absolue.

Le traitement a commencé le 27 mars :

Tisane amère, 30 grammes du mélange de miel et soufre, deux portions, bain sulfureux tous les jours.

Le 28 mars, même état.

Le 29, la diarrhée s'établit. Dès le 30, toutes les douleurs abdominales ont cessé. Le traitement est continué jusqu'au 5 avril. Tous les symptômes ont disparu, sauf la douleur d'oreille et les maux de tête qui ne paraissent pas dus à l'affection saturnine. Les derniers jours du traitement, on observe quelques coliques passagères, dues évidemment à l'usage continu des purgatifs.

Le malade sort le 9 avril.

Obs. IV. — B... (Alexandre), quarante-trois ans, carrier, entré le 26 mars ; bonne constitution, antécédents irréprochables sous le rapport de la santé. Cet homme a travaillé douze jours au dépotement du blanc de céruse. Au bout de ce temps il quitta parce qu'il éprouvait du malaise, de la lassitude dans les jambes, des battements de cœur et de la fièvre le soir. Quatre jours après avoir quitté ce travail il fut pris de coliques très-vives siégeant dans le bas-ventre, avec douleurs atroces à l'épigastre et dans les reins. La diarrhée survint immédiatement et cessa bientôt d'elle-même comme dans les cas précédents.

A son entrée, nous constatons une teinte jaune très-prononcée de la peau et des conjonctives. Liséré gingival bien marqué. Ventre naturel, douleurs aux régions épigastrique et hypogastrique qui sont très-sensibles à la pression. Engourdissements et faiblesse dans les membres. Tremblement des mains, mais le malade avoue être un peu buveur. Constipation depuis trois jours, pas d'appétit, langue naturelle.

Le traitement est commencé le 27 mars :

Tisane amère ; 30 grammes du mélange de miel et soufre ; 1 potion ; bain sulfureux tous les jours.

28 mars, même état.

Le 29, le malade a eu une garde-robe peu abondante.

Le 30, la dose du mélange est portée à 40 grammes.

Le 31, le malade a eu deux selles, l'appétit est revenu, la teinte jaune a disparu. Le 2 avril, on constate que les coliques et la sensibilité du ventre à la pression n'existent plus. Le malade a une selle par vingt-quatre heures les jours suivants. Il sort, le 10 avril, dans un état très-satisfaisant.

Le traitement suivi n'a pas été tout à fait celui que conseille M. Lutz, et nous croyons qu'en donnant d'emblée 50 grammes du médicament on obtiendrait une amélioration plus rapide. La durée du traitement a été de neuf à treize jours ; mais constamment la diarrhée est survenue au bout de deux jours, et ce retour des selles s'accompagne d'une amélioration considérable et brusque qui va croissant rapidement les jours qui suivent et ne tarde pas à emporter complétement les douleurs abdominales. Dans l'observation II, nous avons vu les coliques persister davantage, sans doute, parce que l'intoxication était plus ancienne et plus profonde.

Nous croyons que ce traitement est appelé à rendre de véritables services. Il provoque les selles aussi sûrement que les drastiques les plus énergiques, et cela à bien moins de frais et sans faire souffrir les malades. Il est d'une application aussi facile que possible et permet au malade de se lever dès que les coliques ne sont plus trop fortes. Enfin il est toujours toléré et ne présente aucun danger.

D'ailleurs chaque méthode de traitement a ses avantages. L'application du froid enlève immédiatement les douleurs ; aussi pensons-nous que, dans les cas où elles sont très-fortes, on devrait joindre à la méthode de M. Lutz les cataplasmes froids et les boissons froides tels que les conseille M. Monneret. Sans doute le malade, délivré de ses souffrances, attendra patiemment le retour des garde-robes. Mais il y a pourtant un grand intérêt à les provoquer dans le plus bref délai possible, lorsqu'on observe que leur réapparition s'accompagne d'un amendement de tous les symptômes et surtout du retour de l'appétit.

Or, nous le répétons, cette indication est remplie d'une manière aussi certaine que rapide par la méthode que nous soutenons.

Enfin, lorsque les symptômes sont amendés, les toniques de toute sorte, les douches froides surtout sont le meilleur moyen de combattre l'anémie, les douleurs des membres et la faiblesse qui persistent toujours plus ou moins longtemps, quel que soit le traitement auquel on ait eu recours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 avril 1867. — Présidence de M. Bourdon.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Lallier, secrétaire général, donne lecture de son rapport annuel sur la situation de la Société.

On procède à la réélection du bureau et des comités pour l'année 1867-68.

ÉLECTIONS.

Au premier tour de scrutin sont nommés :

Président, MM. Hérard.
Vice-président, Gubler.
Secrétaire général, MM. Lallier.
Trésorier, Labric.

Membres du comité de publication : MM. Lallier, Besnier, Desnos, Peter, Siredey.

Membres du conseil de famille : MM. Bourdon, Bergeron, Féréol, Woillez, Chauffard.

Membres du comité d'administration : MM. Bucquoy, Villemin, Parrot, Hillairet, Moutard-Martin.

DISCUSSION

Sur les bruits vasculaires inorganiques.

M. Peter. Mes premières recherches sur les bruits de souffle vasculaires datent de neuf ans déjà. En 1858 j'étais interne à l'hôpital des Enfants, sous M. Roger, dans le service des scrofuleux. J'eus la pensée de voir dans quelles limites l'anémie pouvait être regardée comme prédisposant aux phlegmasies multiples de nature scrofuleuse chez les enfants de ce service. Je me mis donc à chercher à la fois 1° le souffle, signe regardé comme pathognomonique ; 2° et les divers troubles fonctionnels de l'anémie : palpitations, oppressions, dyspepsies, etc.

J'eus de nombreuses déceptions ; souvent les troubles fonctionnels étaient très-accusés, et je ne trouvais pas de souffle. Souvent au contraire je trouvais du souffle chez des enfants roses, frais, qui ne présentaient ni palpitations ni essoufflement lorsqu'ils couraient, ni rien qui pût faire supposer une diminution des globules.

Je fis constater ces faits à mon maître, M. Roger, ici présent, et j'en appelle à son souvenir.

Ce fut la même année, le 21 septembre, 1858, que M. Chauveau lut à l'Académie son beau mémoire sur le mécanisme des bruits de souffle vasculaires. Il y démontrait que deux conditions étaient nécessaires pour la production de ces bruits :

1° Une diminution de calibre sur un point du vaisseau.

2° Au-dessous de ce point une partie dilatée où la tension fut moindre.

Mes observations cliniques s'accordaient assez bien avec la thèse physiologique de M. Chauveau ; je continuai à les recueillir, et je préparai sur ce sujet un mémoire inédit, basé sur soixante-trois observations ; mémoire que M. le professeur Trousseau a cité en 1863, dans la seconde édition de ses leçons cliniques. Chez les enfants, j'avais trouvé :

1° Seize cas d'anémie ou de chlorose, avec souffle dans les vaisseaux.

2° Dix-neuf cas d'anémie bien caractérisée, sans qu'il y eût le moindre souffle. (Plusieurs de ces observations ont une valeur d'autant plus grande qu'elles ont été recueillies soit par M. Maingault, soit par M. Millard, qui s'étonnent du fait, en le constatant.)

3° Treize cas de santé parfaite avec bruits de souffle.

4° Quatre cas de bonne santé sans bruits vasculaires.

Pour compléter cette statistique, je me rendis à l'école d'Alfort, à l'époque des vacances, moment où les élèves, qui généralement sont de très-bonne constitution, ont le moins de travail intellectuel. Je me fis accompagner par le docteur Ferrand. Chez ces jeunes gens, nous en trouvâmes quatre qui, étant anémiques, présentaient des bruits de souffle, deux qui étaient anémiques sans souffle vasculaire, sept qui jouissaient de la meilleure santé avec souffle, cinq également bien portants sans souffle vasculaire.

Déjà Becquerel et Rodier avaient trouvé le souffle *maximum* chez deux jeunes filles, dont l'une présentait 123 et l'autre 126 globules, chiffres très-rapprochés de 127, moyenne physiologique.

Et antérieurement, M. Andral avait constaté le *bruit de diable* chez cinq sujets, dont le chiffre des globules variait de 115 à 126.

M. Beau avait développé, à cette occasion, une théorie qui consistait à admettre que le souffle ne dépendait pas du nombre absolu des globules, mais de leur nombre relativement à l'individu. Ainsi, pour lui, la moyenne physiologique devenait une chose toute personnelle. Tel pouvait exiger 135 globules pour être dans son état normal, tandis que tel autre se contentait de 120 ou 125 globules. Mais en outre, M. Beau regarde comme nécessaire pour la production du bruit de souffle un certain état de plénitude des vaisseaux. Ainsi, tandis que pour lui le souffle est le résultat d'une hydrémie relative, dans l'anémie vraie avec diminution de la masse du sang, le souffle ne doit pas exister.

Mais comme la quantité d'eau contenue dans le sang peut varier plusieurs fois par jour, avant et après les repas, sous des influences très-passagères, il en résulterait que le souffle perdrait toute valeur séméiotique, puisqu'il ne serait plus le signe d'un état permanent, d'après cette théorie de M. Beau.

Je ne pouvais donc pas considérer comme expliquant, d'une manière satisfaisante au point de vue classique, les faits exceptionnels observés par M. Andral, Becquerel et Rodier, et je terminais mon mémoire inédit par les conclusions suivantes :

1° Les analyses de M. Andral, comme celles de MM. Becquerel et Rodier, prouvent que les souffles vasculaires peuvent exister avec un chiffre normal des globules.

Donc, l'abaissement du chiffre des globules n'est pas la cause productrice nécessaire et suffisante des souffles vasculaires.

2° Les observations que je rapporte prouvent que les souffles vasculaires peuvent exister avec une bonne santé et ne pas exister avec la chlorose et l'anémie.

Donc, la chlorose et l'anémie ne sont pas les causes productrices nécessaires et suffisantes des souffles vasculaires.

3° Donc, réciproquement, les souffles vasculaires ne peuvent pas être considérés comme un signe certain, et encore moins comme un signe pathognomonique de l'abaissement du chiffre des globules, de la chlorose ou de l'anémie.

Mes observations conduisent aux mêmes conclusions relativement au frémissement vibratoire ; c'est un phénomène qu'on n'est pas autorisé à transformer en signe de la chlorose et de l'anémie.

Maintenant ; si les souffles ne sont pas produits par l'état du sang, on peut se demander quelle en est la cause. Il n'en reste rigoureusement qu'une seule à invoquer : l'état des parois vasculaires.

Les parois vasculaires sont contractiles ; elles sont sous la dépendance des nerfs vasomoteurs, qui sont influencés directement par le grand sympathique, indirectement par la moelle.

Il peut donc se produire, dans certaines conditions, un spasme involontaire de ces parois.

En fait, le bruit de souffle vasculaire ne prouve rigoureusement qu'une chose, l'existence d'une veine fluide.

Or, cette veine fluide est le résultat d'un rétrécissement particulier du tuyau vasculaire et d'un étranglement à ce niveau.

Tel est donc, suivant moi, l'enchaînement des phénomènes : le spasme vasculaire produit le rétrécissement, le rétrécissement produit la veine fluide, la veine fluide produit le souffle.

On voit que ni l'état du sang, ni sa composition, n'ont rien à voir dans cette affaire.

Cependant, chez certains individus, l'anémie peut engendrer l'état nerveux, l'état nerveux produire le spasme vasculaire et le spasme vasculaire causer la veine fluide avec sa conséquence physique, le souffle.

Ici l'état du sang est le point de départ des phénomènes, et, en réalité, le bruit de souffle prouve, dans ces cas, l'état du sang, mais il ne le prouve qu'indirectement.

D'autre part, la chlorose comme l'anémie, et mieux qu'elle encore, produit le spasme vasculaire et, avec le spasme vasculaire, sa conséquence, le souffle.

Ici l'existence du souffle prouve donc l'existence de la chlorose, mais il ne le prouve qu'indirectement aussi. Il ne prouve pas que le sang soit altéré ; et n'est-ce pas M. Trousseau qui a démontré, à savoir : que sous l'influence du traitement anti-anémique, tous les symptômes subjectifs comme tous les signes objectifs de l'anémie (troubles dyspeptiques, palpitations, essoufflements, décoloration des tissus) pouvaient disparaître chez une chlorotique et le souffle persister néanmoins? Ce qui revient à dire que l'état du sang étant changé, mais l'état nerveux ne l'étant pas, le souffle continue à se faire entendre.

Reste à savoir quel est le siége des souffles ; se produisent-ils dans les veines ou dans les artères ? Cliniquement on peut répondre qu'ils peuvent également se faire entendre dans les unes et dans les autres.

Lorsque les souffles sont superficiels ou continus, lorsqu'on les fait disparaître par une pression sur la veine, on peut dire qu'ils siégent dans la veine. Lorsqu'au contraire ils sont intermittents, profonds, ne cessant pas par une interruption de la circulation veineuse, ils doivent être considérés comme artériels.

Les veines et les artères offrent l'une et l'autre des parois contractiles, plus puissantes dans les veines que dans les artères ; dans les petites artères que dans les grosses, dans les petites veines que dans les petites artères, dans les grosses veines que dans les petites ; car « à mesure que le sang s'éloigne de son point initial d'impulsion, les parois des vaisseaux où il circule augmentent de force contractile. »

Il semblerait donc que les veines doivent être dans des conditions plus favorables pour la production d'un bruit de souffle. Dans la région du cou particulièrement, la présence des aponévroses cervicales qui les maintiennent tendues et béantes, réalisent facilement cette dilatation partielle qui doit exister au-dessous du point rétréci par le spasme.

Mais, d'un autre côté, un anatomiste distingué, élève de M. Robin, Gimbert vient de démontrer dans sa thèse que les artères des régions cervico-céphaliques étaient beaucoup plus musculeuses que les autres artères du corps humain, que notamment la carotide externe était plus musculeuse que la fémorale, la faciale plus que la tibiale antérieure.

Cette force plus grande était nécessaire pour régulariser le cours du sang dans les artères du cou, où deux courants contraires tendront à se produire, l'un ascendant, par l'impulsion cardiaque, l'autre descendant, sous l'influence de la pesanteur.

Mais il en résulte que les artères du cou, plus contractiles, sont plus susceptibles de spasmes.

De tout cela que faut-il conclure, sinon que le souffle est un phénomène physique sous la dépendance de la vie ?

Qu'il ne tient pas exclusivement, comme on l'a professé, à la qualité ou à la quantité du sang en circulation, mais qu'il dérive surtout, pour ne pas dire exclusivement de l'état de la paroi vasculaire, laquelle est vivante, contractile, nerveuse, et soumise comme telle aux brusques modifications que la vie comporte avec elle.

Ainsi s'expliquent l'apparition, la disparition, les modifications d'intensité de souffle vasculaire, chez un même sujet, dans un temps trop court pour qu'on puisse invoquer une modification corrélative dans la composition du sang. Ainsi s'expliquent également l'existence du souffle vasculaire chez des sujets bien portants dont on est autorisé à croire le sang en bon état, et l'absence, au contraire, du souffle chez des individus anémiques.

Enfin, messieurs, et ce sera ma conclusion dernière, on est bien près de tomber dans l'erreur alors qu'on veut simplifier à outrance les phénomènes de la vie, généralement de nature si complexe et ordinairement si peu simplifiable.

C'est ce qui est arrivé à ceux qui ont voulu ramener les bruits vasculaires à une cause unique, l'état du sang, ou à une cause également unique, la disposition physique (Chauveau) ou anatomique (Parrot) de la paroi vasculaire ; tandis qu'en réalité dans la production de ce phénomène en apparence si simple, il peut y avoir le concours d'un grand nombre d'éléments producteurs, et qui sont l'état du sang, — celui de la paroi vasculaire, — l'intervention de l'innervation vaso-motrice, et enfin celle de l'organisme.

M. Potain. Je me rallie aux conclusions de MM. Parrot et Peter en ce qui regarde le peu de valeur séméiotique des bruits vasculaires dans l'anémie. Cependant je crois que ces bruits ont plus d'importance que M. Peter ne l'a établi.

Il y a des souffles veineux comme il y a des souffles artériels ; mais on ne peut pas distinguer les uns des autres par leur continuité. Il faut tenir compte de circonstances spéciales que j'exposerai dans la séance prochaine.

Les mouvements des veines peuvent se dessiner ; j'en ai obtenu de nombreux tracés dont il résulte que le souffle se produit au moment où la veine s'affaisse. Je ne suis pas convaincu que le spasme soit la cause première de ces bruits, car on peut imiter, quand on le veut, l'effet du spasme en pressant légèrement sur le vaisseau, et on ne produit pas toujours le souffle.

Il faut, en outre, certaines conditions du sang et de la paroi, et des circonstances autres que l'heure avancée ne me permettrait pas de développer aujourd'hui.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 18 janvier 1867. — Présidence de M. Bois de Loury.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RAPPORT.

M. A. Forget lit le rapport suivant :

Dans le courant de l'année 1865, j'appelai votre attention sur un cas intéressant de tumeur adénoïde du sein que notre collègue, M. Labbé, vous présenta à l'appui de sa candidature à la place de membre titulaire; cette tumeur, vous vous le rappelez sans doute, existait depuis trente ans, lorsqu'elle s'ulcéra, et la malade qui en était atteinte était âgée de soixante-quatre ans. Double circonstance d'une signification évidente qui établit, d'une part, l'innocuité sinon absolue au moins relative, de ce genre de tumeur, et qui, d'autre part, explique, si elle ne la justifie, la temporisation conseillée par beaucoup de praticiens, à l'égard de ces productions morbides dont l'existence au sein de l'économie est compatible avec un état de santé excellent.

Aujourd'hui, messieurs, c'est d'une tumeur de même nature que j'ai à vous entretenir, et si je la rapproche de la précédente, c'est que, du contraste qui les différencie, ressort un enseignement clinique qui n'est pas sans valeur.

En effet, l'observation que M. le docteur Facieu vous a adressée a trait, non plus à une femme âgée, ayant eu plusieurs enfants, mais à une jeune fille de vingt-trois ans, non mariée, et dont la tumeur, qui n'existait que depuis cinq ans, a été enlevée prématurément, alors que la santé générale du sujet était parfaite, et sans qu'aucune indication locale prescrivît l'urgence de l'opération.

Est-ce à dire que le chirurgien qui l'a pratiquée ait eu tort de ne pas se renfermer dans cette même temporisation dont la malade de M. Labbé nous a fourni un exemple frappant? En d'autres termes, pour généraliser le sujet en question, je me demande dans quel sens le problème chirurgical constitué par l'existence d'une semblable tumeur doit être résolu?

Se fondant sur la nature du produit morbide dont l'homœomorphisme a été surabondamment prouvé par l'histologie contemporaine, sur la persistance de semblables tumeurs jusque dans un âge très-avancé, sans préjudice apparent pour la santé, est-il de bonne pratique de s'abstenir de l'opération, ou de n'y recourir que lorsque l'évolution de la tumeur semble la commander, soit parce qu'elle fait des progrès appréciables, soit parce qu'elle est en voie d'ulcération?

A cela je réponds qu'il y a lieu ici de faire une distinction justifiée par la variété des cas auxquels on a affaire : ainsi j'ai sous les yeux, en ce moment, une dame de soixante et onze ans, dont la mamelle gauche contient dans son épaisseur deux tumeurs globuleuses, arrondies, mobiles, sans connexité apparente avec la glande mammaire, qui est petite, flasque, comme atrophiée et aisément reconnaissable à la sensation granuleuse que donne son tissu pressé entre les doigts. D'origine fort ancienne, ces deux tumeurs, dont la plus volumineuse est grosse comme une petite pomme, offrent, par leurs antécédents et leur mode de développement, tous les caractères des tumeurs bénignes que M. Cruveilhier a décrites sous la dénomination de corps fibreux, analogues à ceux que l'on trouve fréquemment annexées à l'utérus sur les vieilles femmes des maisons de refuge, et notamment à la Salpêtrière; tumeurs qui, mieux étudiées dans leur composition intime, ont reçu de M. Velpeau le nom d'adénoïdes, et que, plus récemment M. Robin a décrites sous celui de tissus hétéradéniques.

Observées dans les conditions spéciales où elles existent chez ma cliente, ces tumeurs doivent être considérées comme des parasites stationnaires ou avortés, ne trouvant plus dans l'organisme affaibli, vieilli, débilité, et en voie d'atrophie sénile du sujet, des éléments de vitalité suffisants pour un développement ultérieur; aussi essentielles d'être un danger, et toute opération dirigée contre elles, à cet âge, serait inopportune, irrationnelle et blâmable.

Il n'en est plus de même si la femme est jeune; et pour elle on conçoit que le problème chirurgical reçoive une tout autre solution.

Ainsi, je suppose qu'un médecin soit consulté par les parents d'une jeune fille ayant une tumeur semblable dans le sein, pour savoir, sous l'imminence d'un mariage projeté, quel parti il convient de prendre.

Laissera-t-il s'engager dans la vie conjugale et parcourir toutes les phases de la maternité, cette jeune fille avec la lésion dont elle est atteinte? Ce serait, suivant moi, méconnaître les influences physiologiques qui agissent si puissamment sur l'organisme de la femme et spécialement sur l'appareil génésique, dont la relation fonctionnelle avec les glandes mammaires est aussi intime qu'elle est nécessaire. Abandonner aux éventualités de son évolution progressive une tumeur du sein dans de telles conditions, c'est assumer sur soi une responsabilité devant laquelle, pour ma part, j'ai reculé toutes les fois que j'ai été appelé à donner mon avis en pareille circonstance. Je conseille donc et je pratique l'opération qui, à tous les points de vue, ne peut qu'être avantageuse. D'une facile exécution, simple de procédé et d'un résultat assuré, elle écarte pour l'avenir toute préoccupation; car, si inoffensive que puisse être la nature du tissu morbide, le seul fait de sa présence est une menace incessante, qui agit d'une manière fâcheuse sur l'esprit de la malade; outre qu'on ne peut pas, au surplus, garantir d'une manière absolue qu'il conservera indéfiniment la bénignité qui le caractérise actuellement.

Ce que j'ai fait et ce que je conseille de faire en pareil cas, même alors qu'il n'existe aucun doute sur la certitude du diagnostic, est bien plus à faire encore, si dans l'étude des antécédents, on retrouvait la question si importante et si fatale de l'hérédité; si, comme cela eut lieu pour la jeune fille qui est le sujet de l'observation de M. le docteur Facieu, on constatait que la grand'mère de la malade a été opérée d'une tumeur réputée cancéreuse, est morte des suites de l'opération, et que, de plus, son grand-père avait eu un cancer des lèvres. Avec de pareils ascendants j'avoue que, si adénoïde que puisse être la tumeur même sous le champ du microscope, je ne saurais être entièrement édifié sur sa parfaite orthodoxie, et malgré moi, si éloignée qu'elle puisse être, sa parenté me la rendrait fort suspecte. Je dois dire néanmoins, que l'opération a été pratiquée il y a deux ans passés, que cette jeune fille s'est mariée, qu'elle est enceinte de six mois, et que la guérison aujourd'hui ne s'est pas démentie. C'est quelque chose déjà, sans doute, que la persistance de celle-ci pendant deux années, mais cela n'est pas assez pour donner la certitude que le sujet de cette observation soit, à tout jamais, garanti contre les influences de l'hérédité.

Le fait anatomique a sans doute une signification importante pour le jugement que l'on doit porter sur la nature des tumeurs en général, et sur les diverses péripéties de leur évolution; mais, comme je l'ai déjà dit dans mon rapport sur un travail de M. Léon Labbé, le fait anatomique n'est pas toute la maladie, et bien souvent, au point de vue clinique, c'est une présomption plutôt qu'une certitude qu'il fournit au pronostic.

A côté de ce point assez ardu de pratique chirurgicale que soulève le mémoire de M. Facieu, il en est un autre d'une solution peut-être plus difficile encore, c'est celui de l'orthogénie des tumeurs adénoïdes.

« L'analogie de forme et de structure du tissu qui les constitue et du tissu normal de la mamelle, signalée dès 1854 par M. le professeur Velpeau, est admise aujourd'hui par les cliniciens et par les micrographes. Mais où commence la dissidence? C'est, dit l'auteur, sur la question de savoir si le tissu pathologique se forme de toute pièce au sein d'un néoplasme, ou s'il n'est autre chose que le tissu mammaire lui-même, modifié dans ses éléments constitutifs? »

A l'appui de la première opinion, on peut faire valoir l'isolement complet de la tumeur, l'indépendance où elle est de la mamelle elle-même, l'absence de tout pédicule qui la rattache à cette glande et la reproduction de la tumeur, alors même que la mamelle en totalité aurait été enlevée dans une première opération. Les partisans de cette manière de voir invoquent, en outre, le concours de M. Robin, bien qu'avec la plupart des micrographes, le savant histologiste n'admette pas que la tumeur adénoïde soit autre chose qu'un processus morbide du tissu mammaire. Mais M. Robin, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences en 1855, a écrit ce qui suit : « On voit souvent « se produire, dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle, un tissu « semblable à l'altération de la mamelle correspondante. Non-seule- « ment les caractères extérieurs sont les mêmes, mais le tissu est « formé de filaments ramifiés et terminés en cæcum de mêmes formes « et de mêmes dimensions que dans la mamelle; l'épithélium qui les « compose est lui-même semblable à celui qui constitue les acini « glandulaires de la mamelle malade. » Or ce passage, qui admet la naissance hétérotopique d'éléments anatomiques de contexture glandulaire, en dehors par conséquent de la préexistence du tissu mammaire normal, plaide hautement, il faut bien le reconnaître, en faveur de la possibilité du développement spontané des tumeurs qui nous occupent.

D'un autre côté, les partisans de l'opinion contraire qui considèrent le tissu adénoïde comme une dépendance morbide du tissu propre de la mamelle modifié, accru ou altéré par un trouble de la nutrition, objectant que l'isolement complet de la tumeur, au moment où on l'observe, ne prouve pas que cet isolement ait toujours existé. Ils disent que dans chaque organe glanduleux, l'appareil sécréteur et l'appareil excréteur sont à la vérité accolés, annexés, mais qu'ils conservent leurs propriétés respectives, d'où il résulte qu'une atrophie des conduits excréteurs coïncide souvent avec une hypertrophie des lobes ou lobules correspondants; ils ajoutent que dans l'adénoïde, examinée à la période peu avancée de son évolution, on trouve toujours ces conduits excréteurs, qui établissent entre la glande et la tumeur des rapports de continuité, et donnent à cette dernière l'apparence d'un kyste pédiculé. Enfin l'écoulement sanguin, qui se produit par le mamelon si on comprime la tumeur, aurait, dans plus d'un cas, donné la preuve des rapports intimes qui existent entre elle et la glande mammaire.

Il est un fait remarquable d'anatomie pathologique, cité par M. Facieu, d'après M. Goyrand d'Aix, et qui lui semble une démonstration sans réplique de l'identité de nature des deux tissus adénoïde et mammaire. C'est le cas d'un adénome gros comme la tête d'un adulte où l'on pouvait voir les conduits galactophores nés par des radicules déliés, de granulations bien distinctes, constituer par leur réunion des canaux assez larges et sans issue, qui, dans certains points, étaient dilatés en ampoule et gorgés de lait.

Après cet exposé des arguments qui militent en faveur de chacune des opinions en litige sur l'origine de ces tumeurs, il peut paraître difficile de prendre parti pour l'une ou pour l'autre; toutefois, M. Facieu accuse assez clairement sa manière de voir en se demandant s'il n'est pas plus rationel et plus conforme à l'observation physiologique d'admettre une simple exagération du travail nutritif s'exerçant sur les éléments normaux de la glande, que de recourir à un processus morbide autogène, dont le résultat serait de créer, au milieu même ou dans le voisinage du tissu mammaire normal, un tissu pathologique de tout point semblable, aux dimensions près de ses éléments.

Ce n'est pas moi qui, en toute circonstance où j'ai eu à me prononcer sur ces questions d'histogénie, ai dit et écrit que les formes morbides me paraissaient n'être que des dérogations du type physiologique, développées sous la pression d'un *nisus formativus* qui, dans le langage de l'école de Berlin, a reçu le nom de force métabolique; ce n'est pas moi, dis-je, qui ferai opposition à l'interprétation adoptée par l'auteur du mémoire dont je viens de vous rendre compte. Néanmoins, cette opinion ne doit pas être exclusive, et tout en reconnaissant que cette origine, pour les tumeurs du sein, les seules qui soient en cause en ce moment, est anatomiquement démontrée dans un grand nombre de cas, il faut bien reconnaître que souvent leur enkystement complet, par une enveloppe cellulo-fibreuse, les montre isolées de toute part, et sans aucun rapport apparent de continuité avec la glande mammaire.

Aussi, en me résumant, dirai-je avec M. le Dr Facieu, que, dans l'état actuel de nos connaissances, il semble rationnel d'admettre deux modes de formation du tissu adénoïde. Dans l'un il y aurait hypergénèse du tissu normal, processus morbide et hypertrophique des éléments normaux de la glande.

Dans l'autre, au contraire, un tissu homœomorphe, offrant tous les caractères fondamentaux du tissu physiologique, serait créé de toutes pièces en vertu de la loi des analogues posée par M. Velpeau et que les recherches de M. Robin sont venues confirmer; à savoir : que dans une région donnée de l'organisme, tout produit nouveau qui naît et s'accroît, a une tendance à revêtir l'aspect, la forme et la texture des tissus physiologiques propres à cette région.

Arrivé, messieurs, au terme de la tâche que vous m'avez confiée, j'aurai atteint mon but si j'ai réussi à vous donner un aperçu exact de la valeur réelle du travail que M. Facieu vous a adressé.

Je vous propose de lui voter des remercîments pour son intéressante communication et de la considérer comme un titre sérieux qui lui sera compté lorsqu'il sollicitera son admission dans la Société de médecine de Paris, qui serait heureuse de le compter au nombre de ses membres correspondants.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURE.

M. de Ranse donne lecture d'un mémoire sur l'empoisonnement aigu par le phosphore. (Commission : MM. Voisin, Aimé Martin et Peter, rapporteur.)

M. Boinet achève la lecture du travail sur le choléra, qu'il avait commencée dans la précédente séance.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Aimé Martin.

M. JOBERT (DE LAMBALLE).

Les obsèques de M. le professeur Jobert (de Lamballe) ont eu lieu vendredi, à l'église de la Madeleine, avec une grande pompe et au milieu d'une affluence considérable. M. le maréchal Vaillant représentait la maison de l'Empereur. L'Académie des Sciences était représentée par M. Chevreul, son président, et plusieurs de ses membres. L'Académie de médecine, représentée par M. Tardieu, président, M. Ricord, vice-président et M. Béclard, secrétaire annuel, y comptait en outre une députation nombreuse. La Faculté de médecine y était représentée par une députation de professeurs et agrégés en robe, avec son doyen M. Wurtz, en tête. MM. Michel Lévy, Baude et Lecanu représentaient le Conseil de salubrité. Enfin, le service de santé de la maison de l'Empereur y figurait dans les personnes de MM. Conneau, Arnal, de Piétra Santa, Davaine, etc. Le deuil était conduit par les trois frères de M. Jobert.

Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe :

Au nom de la maison médicale de l'Empereur, par M. Conneau, premier médecin de Sa Majesté;

Par M. Gosselin, au nom de la Faculté de médecine;

Par M. Legouest, au nom de l'Académie de médecine;

Par M. Arnal, au nom des amis de M. Jobert.

Nous publions le discours de M. Conneau et celui de M. Gosselin.

DISCOURS DE M. CONNEAU.

Jobert, homme intègre, caractère franc et loyal, nous perdons en toi un ami sincère; le Souverain, un serviteur fidèle; la science une des ses illustrations les plus vénérées; les malheureux, leur père, leur espoir, leur consolateur, leur sauveur.

Si le bonheur que toute âme aimante envie le plus sur cette terre d'épreuve et de misère ne fut point ton partage, tu y as au moins trouvé une ample compensation dans le bien que tu y faisais avec tant d'abnégation, de dévouement et de désintéressement. Dieu qui, dans sa justice éternelle, récompense l'homme d'après son mérite, t'a appelé à une destinée meilleure. Tu es heureux; nous seuls pleurons; et la science avec nous, qui a déjà enregistré ton nom parmi les maîtres les plus vénérés, l'inscrit sur ses fastes immortels, et la postérité reconnaissante te placera parmi ses plus nobles bienfaiteurs.

Ta vie mortelle est arrivée à son terme, mais l'immortalité commence pour toi. Repose en paix !

DISCOURS DE M. GOSSELIN.

Combien les tristes pensées abondent sur le bord de cette tombe! Le professeur auquel la Faculté de médecine de Paris me charge d'adresser un dernier hommage, était séparé de nous depuis longtemps. Nous avions eu la douleur de voir s'éteindre sa belle intelligence, et, le sachant insensible aux témoignages de notre amitié, nous avions dû suivre de loin et en gémissant, sa longue et attristante agonie. Et, aujourd'hui que la mort vient d'achever son œuvre, pouvons-nous du moins apporter ici la pensée consolante que Jobert (de Lamballe) a, sur cette terre, connu le bonheur? Sans doute il a dû trouver en lui-même la satisfaction que donnent des efforts persévérants couronnés de succès. Jeté à 18 ans, sans guide et sans appui, dans le tourbillon de la vie parisienne, il avait su prendre, sous la seule inspiration de ses heureuses qualités, la meilleure route, celle du travail opiniâtre. Des victoires éclatantes avaient marqué ses premiers pas. A 29 ans, il était devenu, après des luttes brillantes, agrégé de notre Faculté et chirurgien des hôpitaux. A 32 ans, il entrait à l'hôpital Saint-Louis, où sa réputation devait se fonder et grandir si rapidement. Son ardeur pour l'investigation, son esprit inventif et fécond, son infatigable activité, l'avaient mis de bonne heure au rang des chirurgiens les plus célèbres de Paris, et tous ses mérites l'avaient élevé peu à peu aux honneurs les plus enviés de la science et de la profession médicales. Ne semble-t-il pas qu'en parcourant une telle carrière, Jobert (de Lamballe) a dû être heureux? Hélas! non. Nous tous qui l'avons vu de près, nous savons qu'il a presque toujours été inquiet et soucieux. Dans l'intimité, il ne nous cachait pas ses préoccupations. Il croyait à l'inimitié et à l'injustice. Sensible à l'excès, il redoutait surtout la critique et s'effrayait des difficultés que l'envie suscite trop souvent autour des hommes d'élite. Modeste autant que sensible, notre infortuné collègue n'avait pas assez conscience de sa supériorité, il doutait de lui-même, et ce doute a fait de sa vie une longue émotion et un long chagrin. Pourquoi la destinée a-t-elle voulu que son âme impressionnable n'ait pu s'épancher et se retremper dans les douceurs d'un foyer domestique!

Mais détournons nos regards du triste spectacle de ce cœur incessamment bouleversé au milieu des faveurs de la fortune, et considérons un moment l'homme de bien et l'homme de science. Jobert a surtout aimé ses malades. Il était pour eux prévenant et dévoué, à quelque classe qu'ils appartinssent. En échange du dévouement qu'il leur prodiguait, il aimait à entendre les témoignages de leur reconnaissance, et la douce impression qu'il en recevait dissipait un peu les nuages de sa vie. De quelle sympathique considération il était entouré! Combien de chaudes et sincères amitiés lui ont été acquises! Je n'en veux d'autre preuve que l'impression douloureuse et générale qui s'est produite au moment où l'a frappé la fatale maladie dont le dénoûment nous réunit aujourd'hui. J'en appellerais encore, s'il était besoin, aux hommages si honorables que la Presse a prématuremen

rendus à sa mémoire, époque où le faux bruit de sa mort s'était répandu dans toute la France.

C'est qu'en effet, le nom de Jobert (de Lamballe) était devenu des plus populaires. Il s'était depuis plus de trente ans prodigué pour tant de malades riches et pauvres que, de tous côtés, on le regrettait et on le pleurait. Et lorsqu'on sut que la nouvelle était fausse, combien de clients reconnaissants assiégèrent la paisible retraite de Passy, s'enquérant avec inquiétude des craintes et des espérances qu'on pouvait avoir, cherchant et trouvant facilement l'assurance que leur ami recevait les soins les plus attentifs et les plus éclairés, et que ses anciens élèves, les docteurs Blanche, Bouley, et Malhené, entouraient ses derniers jours de la sollicitude la plus tendre et la plus filiale!

Mais Jobert n'a pas dû seulement sa célébrité aux qualités de son cœur, il l'a due surtout à des travaux incessants et à une grande habileté chirurgicale. Lorsqu'en 1854 la mort du professeur Roux laissa vacante une des chaires de clinique interne de notre Faculté, l'opinion publique le désigna de toutes parts. Il était signalé par sa réputation d'investigateur minutieux, par sa belle découverte de l'adossement de la séreuse dans les sutures intestinales, par son intéressante publication sur les plaies par armes à feu, par ses grandes innovations dans l'autoplastie, par ses succès incontestables dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, opération dont il est le créateur, et dont, grâce à sa tenacité, tant de malades ont pu recueillir les bienfaits.

La chaire de clinique était d'ailleurs celle qui convenait le mieux à son talent, car le professeur y enseigne tout à la fois par la parole et par l'action. Or, dans l'action chirurgicale nul n'a surpassé Jobert. Il y apportait d'abord un sang-froid et une sûreté qui contrastaient avec l'hésitation de son débit dans les leçons orales. Doué d'une patience inépuisable, il conservait son sang-froid dans les manœuvres les plus longues, et il est permis de croire que ses opérations délicates et laborieuses de fistules vésicales ont servi de modèle pour les autres opérations de longue haleine dont s'est enrichie la chirurgie de notre époque.

Initié, par de nombreuses expériences sur les animaux et par ses études sur l'homme, à toutes les ressources de la thérapeutique opératoire, il créait facilement des procédés nouveaux, il les improvisait même avec bonheur dans les cas difficiles. Doué de la plus grande dextérité, il a fait l'admiration de tous ceux qui l'ont suivi, et ses cliniques ont eu pour caractère spécial de vulgariser l'habileté manuelle et de donner à la France des opérateurs consommés.

La Faculté de médecine, en lui ouvrant ses portes, s'était donc associé un chirurgien brillant qui laisse dans la science des traces ineffaçables. Elle avait en même temps jeté un peu de satisfaction dans cette existence si tourmentée. Jobert venait avec plaisir dans nos réunions, parce qu'on l'y accueillait avec sympathie et cordialité. Il y oubliait un peu ses tristes pensées, et nous aurions, en lui adressant un suprême adieu, à réveiller ce souvenir que, parmi nous du moins, notre bien-aimé confrère a trouvé quelque adoucissement à ses peines.

Adieu donc, cher et habile collègue, au nom des professeurs et des agrégés qui ont apprécié ton savoir et ton talent, au nom de nos élèves reconnaissants de ton dévouement pour eux, au nom des malades que ta main a sauvés; adieu, adieu pour la dernière fois!

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente	141	»
M. le docteur Charcot (de Beaurepaire, Isère)	2	»
M. le docteur Meige	5	»
M. le docteur Piscart	5	»
M. le docteur Defernex	5	»
M. le docteur Henri Roger	20	»
	178	»

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 26 avril, M. le docteur Ollier (de Lyon) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'assemblée générale de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu le 10 avril dernier à l'École de pharmacie, sous la présidence de M. Massignon.

M. Jules Caroz, secrétaire, a présenté le compte-rendu des travaux du Conseil d'administration pendant le cours de l'année. Le nombre des membres est de 473. L'avoir de la Société s'élève à 68,698 fr. 2,090 fr. ont été distribués à plusieurs veuves et orphelins.

Les élections ont terminé la séance; près de 200 sociétaires ont pris part au vote. Ont été nommés à une très-grande majorité :

Président : M. Am. Vée;

Vice-président : M, Lebrou;

Trésorier : Buirat;

Conseillers : MM. Massignon, Berthiot, Ch. Maître, Cavaillès, Micard, Pennes.

Le conseil est ainsi composé pour 1867-1868 :

MM. Av. Vée, président. — Lebrou, vice-président. — Leprat, secrétaire-général. — Caroz, secrétaire-adjoint. — Buirat, trésorier. — Em. Genevoix, Surun, Comar, Dubrac, Massignon, Berthiot, Ch. Maitre, Cavaillès, Micard, Pennès, conseillers.

Dans la première partie de la séance, la distribution annuelle des prix aux élèves stagiaires a eu lieu, dans l'ordre ci-dessous, à la suite du rapport présenté par M. Ferrand.

Première division. — Rappel de prix. — M. Wesson, élève chez M. Coindet.

Prix, *ex æquo*. — MM. Blot, élève chez M. Bourières. — Myère, élève chez M. Henrat. — Pairone, élève chez M. Demailly.

Deuxième division, — premier prix, *ex æquo*. MM. Binard, élève chez M. Tricard. — Bayle, élève chez M. Eyguières. — Martin, élève chez M. Taffoureau.

Deuxième prix, *ex æquo*. — MM. Faure-Musst, élève chez M. Alex. Martin. — Aubert, élève chez M. Cessard. — Bucaille, élève chez M. Samps.

Première mention honorable, *ex æquo*, avec livres. — MM. David, élève chez M. Sulot; — Payelle, élève chez M. Bosredon.

Deuxième mention honorable, avec livres. — M. Evret, élève chez M. Béranger.

Troisième division. — Premier prix. — M. Matrat, élève chez M. Chassevant.

Deuxième prix. — M. Cuny, élève chez M. Gaillard.

Troisième prix, *ex æquo*. — MM. Martin, élève chez M. Labélonye; — Dubois, élève chez M. Marcotte.

Mention honorable, sans livres. — M. Bécamel, élève chez M. Boutigny.

— M. Hérard, agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera des conférences cliniques le jeudi 2 mai, à neuf heures du matin, et les continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 52. — JEUDI 2 MAI 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 2 MAI 1867. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er MAI 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion interrompue sur le mouvement de la population a été reprise sous les auspices de M. Larrey. Avec sa compétence spéciale en matière de recrutement et d'appréciation de l'aptitude militaire, M. Larrey a donné des renseignements très-intéressants sur les conditions de cette aptitude, sur leurs variations suivant les lieux, les temps et les événements, sur le mode de fonctionnement du recrutement et sur le rôle important qui est assigné à la médecine militaire dans ces opérations, rôle qu'il voudrait voir agrandir encore au grand avantage tout à la fois de l'État et de la science. L'honorable orateur a terminé par une proposition dont l'opportunité sera saisie par tout le monde et qui sera accueillie favorablement, sans aucun doute, par l'Académie. Elle consiste à provoquer la nomination d'une commission permanente de statistique médicale. Nous osons prédire que si les futurs membres de cette commission veulent bien prendre leur fonction au sérieux ils ne seront point inactifs.

Avant la reprise de la discussion, M. Legouest a donné lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Jobert (de Lamballe). On lira avec un grand intérêt cette excellente notice, que l'assemblée a accueillie par d'unanimes applaudissements.

A la fin de la séance M. le docteur Houssard, correspondant à Avranches, l'un des vétérans de la compagnie, a déposé sa carte annuelle sur le bureau de l'Académie, sous la forme d'une petite note contenant quelques-uns de ses souvenirs de médecine pratique.

La séance prochaine sera en grande partie occupée par un comité secret, pour entendre le rapport de la section de thérapeutique sur les candidats à la place vacante dans cette section.

Il y a toute apparence que la discussion sur le mouvement de la population sera encore interrompue et qu'elle ne pourra être reprise que dans la séance suivante. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Des affections viscérales dans le rhumatisme articulaire aigu et chronique.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Les affections abarticulaires du rhumatisme vont nous occuper aujourd'hui. Nous chercherons d'abord à les comparer avec les altérations que la goutte développe au sein de nos organes intérieurs ; nous aurons ensuite à nous demander si les lésions viscérales du rhumatisme aigu se retrouvent, avec les mêmes caractères, dans les formes chroniques de la maladie.

I. — Pendant le cours des accès de la goutte aiguë, des troubles purement fonctionnels sont pendant longtemps le seul indice d'une souffrance des viscères ; ils ne laissent derrière eux aucune empreinte matérielle ; et c'est seulement lorsque le retour incessant des accès commence à imprimer la forme chronique à la maladie, que l'on voit se développer des altérations permanentes qui, de jour en jour, deviennent plus profondes.

Dans le rhumatisme articulaire, on peut dire que les choses suivent une marche à peu près inverse. En effet, l'un des caractères principaux de cette affection (au moins dans sa forme aiguë), c'est le développement *prématuré* de certaines lésions viscérales (endocardite, péricardite, etc.), qui se manifestent souvent dès les premières atteintes et n'attendent guère, pour se manifester, que la maladie ait traversé sa période initiale. Il ne s'agit plus ici de troubles purement fonctionnels, mais de lésions permanentes, qui modifient la texture des organes et laissent presque toujours derrière elles des traces indélébiles de leur passage.

Le rhumatisme chronique primitif diffère à cet égard de la forme aiguë. L'existence de ces affections viscérales est assez rare ici pour avoir été révoquée en doute par plusieurs auteurs ; et l'on peut dire que plus la maladie a de la tendance à revêtir la forme chronique, plus il est rare de voir de pareilles lésions se développer pendant son cours.

Un autre fait qu'il importe de mettre en lumière, c'est que les affections viscérales du rhumatisme ne présentent, avec celles de la goutte, qu'une analogie des plus grossières ; ce sont, au fond, des lésions essentiellement différentes.

Ainsi, les troubles cardiaques qui peuvent survenir dans la goutte, purement fonctionnels à l'origine, se localisent sur le fibre musculaire, lorsqu'ils se transforment en lésions permanentes ; c'est alors la dégénération graisseuse que l'on observe.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, les affections du cœur se traduisent, au contraire, par des lésions inflammatoires qui portent leur action sur l'endocarde et le péricarde, et n'attaquent le tissu musculaire de l'organe que d'une manière consécutive. Les altérations organiques qu'elles laissent si souvent derrière elles sont la conséquence de ce travail inflammatoire. On sait que, dans près de la moitié des cas, les lésions permanentes des valvules auriculo-ventriculaires reconnaissent pour origine le rhumatisme articulaire aigu.

Nous insisterons plus particulièrement, dans le cours de cette étude, sur ces *cardiopathies*, qui font en quelque sorte partie intégrante du rhumatisme articulaire aigu. On peut les considérer comme l'un des traits caractéristiques de la maladie ; leur fréquence, en pareil cas, est en effet si grande, que lorsqu'on voit coexister l'endocardite ou la péricardite aiguës avec une affection articulaire d'ailleurs mal définie, on est le plus souvent autorisé à rapporter au rhumatisme cet ensemble de phénomènes.

C'est donc sur ces lésions du cœur, dont la connaissance offre une si grande importance, que nous concentrerons principalement notre attention. Les autres affections viscérales du rhumatisme offrent un moins grand intérêt au point de vue spécial qui nous occupe ; nous en dirons cependant quelques mots.

II. — DE L'ENDOCARDITE ET DE LA PÉRICARDITE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

La péricardite rhumatismale est une affection depuis longtemps connue ; tous les points de son histoire, on peut bien le dire, nous sont aujourd'hui familiers. Nous savons qu'il s'agit d'une inflammation de la membrane séreuse qui enveloppe le cœur, et que cette inflammation détermine en général la formation d'un exsudat séro-fibrineux qui, dans quelques cas exceptionnels, peut revêtir le caractère hémorrhagique ou purulent.

Nous indiquerons plus loin l'ensemble de symptômes qui en révèle l'existence, et les circonstances particulières au milieu desquelles elle se développe.

L'histoire de l'endocardite a été, au contraire, singulièrement modifiée par le progrès des études histologiques ; et l'endocardite rhumatismale, en particulier, a largement participé à cette transformation.

A une époque encore peu éloignée de nous, on se représentait l'endocarde comme une membrane séreuse, et l'on croyait retrouver, dans les lésions qu'il présente, les caractères de l'inflammation des séreuses. On sait que dans sa *cardite polypeuse,* Kreysig avait signalé la sécrétion d'une lymphe plastique comme l'un des principaux caractères de la maladie ; on sait aussi que dans ses études si remarquables sur l'endocardite, M. le professeur Bouillaud avait longuement insisté sur la rougeur vive que présente la membrane interne du cœur.

Nous savons aujourd'hui que cette manière de voir manquait d'exactitude sous de certains rapports. L'endocarde n'est pas une séreuse, et ne saurait s'enflammer à la manière des séreuses. Mais on a exagéré en sens inverse, lorsqu'on a été jusqu'à nier l'existence de l'endocardite. On a voulu rapporter à de simples dépôts fibrineux toutes les lésions de cette maladie (Simon). C'est là le développement excessif d'une idée autrefois émise par Laënnec.

Il existe un certain degré de vérité dans l'une et l'autre opinion. L'endocardite existe, et la membrane interne du cœur peut s'enflammer, mais à la manière des tissus privés de vaisseaux ; il ne saurait être ici question d'un exsudat plastique. D'un autre côté, la formation de caillots à l'intérieur des cavités cardiaques joue un rôle important dans la maladie : mais ce phénomène est toujours secondaire, et ne doit jamais usurper la première place.

Examinons d'abord la structure histologique de la membrane interne du cœur : nous serons alors mieux en état de comprendre les altérations dont elle peut devenir le siége.

L'endocarde se compose essentiellement d'une couche très-mince de tissu conjonctif, renfermant un certain nombre de fibres élastiques, et recouverte d'un épithélium pavimenteux. D'après Luschka, l'endocarde fait suite à toutes les tuniques des vaisseaux ; mais d'après la plupart des auteurs, il ne se continue qu'avec leur membrane interne.

L'endocarde n'a point de vaisseaux propres : mais sur les parois cardiaques, en raison de sa faible épaisseur, les capillaires sous-jacents en sont très-rapprochés. Il en est tout autrement au niveau des valvules. Ici la membrane de revêtement est plus épaisse : quelques vaisseaux se trouvent répandus, d'après Luschka, entre les deux feuillets de la valvule mitrale ; mais, sur les valvules sygmoïdes, il n'en existe jamais à l'état normal.

Or c'est précisément sur les valvules, c'est-à-dire sur la partie la plus épaisse de l'endocarde, celle qui est la plus éloignée des vaisseaux, que siégent de préférence les lésions inflammatoires : elles débutent d'ailleurs, par la surface extérieure.

En quoi consiste donc le processus pathologique ?

A l'état aigu, le travail morbide débute par la tuméfaction du point malade : il s'y forme de petits mamelons qui sont constitués par les éléments préexistants, dont le volume a sensiblement augmenté, et par une formation nouvelle de noyaux et de cellules embryo-plastiques ; le mamelon tout entier est imprégné d'un liquide, qui présente une réaction semblable à celle du mucus. Telle est la première période de la maladie.

A la seconde période, les mamelons ont quelquefois acquis une organisation permanente : d'autres fois, leurs extrémités sont ulcérées, et cette lésion est la conséquence d'une dégénération granuleuse, qu'il ne faut pas confondre avec l'altération graisseuse. Ces petits ulcères sont taillés à pic.

Plus tard le point tuméfié se recouvre d'une couche de fibrine plus ou moins épaisse, suivant les cas. On sait du reste que l'inopexie (tendance à la coagulation du sang) est une conséquence habituelle du rhumatisme, ainsi que de l'état puerpéral et de certaines cachexies particulières.

Les végétations valvulaires de l'endocarde résultent donc de l'inflammation des tissus eux-mêmes, et du dépôt consécutif d'une couche fibrineuse.

Mais, pendant que ce travail s'accomplit, les vaisseaux se développent. Dans la valvule mitrale où ils existaient déjà, ils deviennent plus apparents ; dans les valvules sygmoïdes ils sont créés de toutes pièces, ou du moins les capillaires voisins envoient des prolongements dans les parties privées de vaisseaux, comme il arrive pour la cornée lorsqu'elle s'enflamme ; et voilà comment des arborisations vasculaires peuvent se montrer au pourtour des lésions qui ont envahi les orifices du cœur.

Les conséquences de cet état pathologique sont importantes à étudier. Voyons d'abord quelles en sont les suites immédiates.

Tantôt les choses en restent là ; il n'y a point alors de lésions de canalisation. Tantôt le dépôt fibrineux se ramollit, tombe en détritus, et donne lieu à des embolies capillaires. C'est là un côté essentiellement clinique de la question, et un côté tout nouveau, bien qu'on ait dit le contraire. — Tantôt enfin, l'ulcération gagne en profondeur ; il se forme alors des perforations valvulaires qui donnent lieu aux lésions de canalisation les plus diverses ; la réunion de plusieurs pertuis peut amener le détachement d'un fragment de valvule et donner naissance à une embolie plus ou moins volumineuse. Enfin, il se produit quelquefois des anévrysmes valvulaires, qui peuvent occuper soit les valvules sygmoïdes, soit la valvule mitrale.

Dans quelques cas, par suite de causes inconnues, le processus se modifie ; il peut alors se former du pus, ce qui est rare, mais on voit plus souvent se développer des substances délétères qui vont infecter au loin la masse du sang, en donnant lieu à des symptômes typhoïdes. On dit le plus souvent alors qu'il s'agit d'une endocardite ulcéreuse ; mais, à proprement parler, la forme ulcéreuse de l'endocardite ne s'accompagne pas nécessairement de septicémie.

Les conséquences éloignées de l'endocardite se rencontrent à la période chronique de la maladie. Le travail phlegmasique se propage en changeant de nature ; la valvule tout entière devient indurée, ce qui donne lieu à son racornissement : de là résulte une insuffisance ; d'autres fois ce sont des adhérences qui s'établissent entre la valvule malade et le pourtour de l'orifice, ce qui donne lieu tantôt à des insuffisances, tantôt au contraire à des rétrécissements.

Quelquefois il se produit des compensations, ainsi que Jacks l'a fort bien montré ; le raccourcissement d'une des valvules sygmoïdes, par exemple, laisse un vide qui se trouve quelque-

fois comblé par l'allongement des deux autres; et la partie mécanique de la lésion peut guérir de cette manière. J'en ai rencontré moi-même des exemples évidents sur le cadavre.

Telles sont les lésions élémentaires de l'endocardite. Nous n'insisterons pas ici sur l'aspect qu'elles présentent à l'œil nu. On sait qu'elles occupent de préférence le cœur gauche et l'orifice auriculo-ventriculaire; que, sur la valvule mitrale, elles affectent surtout la surface auriculaire et les parties qui se touchent; et qu'aux valvules sigmoïdes, ces dépôts pathologiques prennent volontiers la forme d'une guirlande de végétations. Mais ce qu'il importe de faire ressortir ici, c'est que souvent il n'existe point de lésions de canalisation : souvent il ne se produit que de simples stigmates qui, pendant la vie, ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel appréciable, et ne sont reconnues qu'à l'autopsie. Ce cas est bien plus fréquent qu'on ne le suppose; et en tenant compte de ces lésions rudimentaires, on augmente, dans une très-grande proportion, le chiffre des coïncidences entre les affections du cœur, et le rhumatisme. C'est surtout dans le forme chronique que ce point est important à noter, comme nous le verrons plus loin.

Mais nous voulons auparavant dire un mot de ces affections multiples qui relèvent de l'endocardite; c'est là un des côtés les plus originaux de la question, et l'une des conquêtes les plus récentes de la science.

HOPITAL D'ARRAS. — M. Cabasse.

Cancroïde du maxillaire supérieur, récidive. — Ablation de la tumeur au moyen de l'écraseur linéaire, emploi de l'acide acétique en applications et injections dans le pédoncule. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Debusschère, interne du service.)

P... (Charlemagne), voltigeur au 47e de ligne, âgé de quarante-sept ans, entre, le 10 octobre 1866, à l'hôpital d'Arras pour une tumeur siégeant au maxillaire supérieur du côté droit. Son billet porte : Évacué sur l'hôpital d'Arras, attendu qu'il doit subir une opération nécessitant des soins particuliers, qu'il recevra plus facilement à l'hôpital militaire qu'à celui de Saint-Pol.

La tumeur, du volume d'une grosse figue, située sur le rebord externe du maxillaire supérieur droit, auquel elle adhère par un large pédoncule, est étendue; elle occupe le sillon génien et l'espace compris entre la canine, qui est la seule dent qui reste de ce côté, et la dernière molaire. Sa forme est allongée, elle est aplatie sur sa face inférieure et fait saillir la joue lorsque la bouche est fermée. Elle est dure au toucher, bosselée, noirâtre, saignante; il s'en exhale un liquide noirâtre, d'une odeur repoussante.

Le malade raconte qu'il y a seize mois environ il remarqua, pour la première fois, une petite tumeur apparaissant sur la gencive droite; elle augmenta en peu de temps d'une manière assez sensible pour l'obliger à entrer à l'hôpital de Milianah, le 22 septembre 1865. Après lui avoir fait suivre pendant quinze jours un traitement interne qui fut sans effet, le docteur Vidal enleva la tumeur avec le bistouri, et fit, à deux reprises, des cautérisations profondes avec le cautère actuel. La cicatrisation fut rapide. P... sortit de l'hôpital le 21 octobre, et peu de temps après, il fut renvoyé par anticipation dans ses foyers en attendant la liquidation de sa retraite. Pendant six mois il put se croire guéri, mais après ce temps, la tumeur se reforma, augmentant subitement pour acquérir en deux mois, comme nous l'avons dit, le volume d'une grosse figue. Elle est peu douloureuse, parfois le malade y éprouve des élancements, mais, ce dont il se plaint surtout, c'est la mauvaise odeur et la fétidité de son haleine, dont s'imprégnent ses aliments et qui le dégoûtent de toute nourriture.

Le malade est d'une forte constitution, il a eu, dans sa jeunesse, la petite vérole; des fièvre intermittentes et la dyssenterie en Afrique; le scorbut en Crimée, qui lui a fait tomber presque toutes les dents; il affirme n'avoir jamais éprouvé d'accidents syphilitiques; pas d'influence héréditaire.

A part une teinte un peu jaunâtre de la face, l'état général est très-bon; pas de traces d'engorgement ni de manifestations ganglionnaires de voisinage.

Jusqu'au 26 octobre, régime substantiel et réparateur, iodure de potassium à l'intérieur à la dose de 5 grammes par jour, gargarismes au chlorate de potasse ou additionnés d'acide phénique pour modifier la fétidité de la bouche.

Sur les instances du malade, M. Cabasse résolut de le débarrasser de sa tumeur. Elle fut saisie, suivant son plus grand diamètre, parallèlement à l'axe de l'os, avec une grosse pince de Museux, puis circonscrite par la chaîne de l'écraseur que l'on dirigea sur la convexité de celle-là, de manière à enlever le plus possible de parties molles en rasant le maxillaire. Afin d'agir plus librement, on avait extrait, deux jours avant, la canine, seule dent qui restât de ce côté. L'opération fut simple et facile, peu douloureuse et dura environ vingt minutes. L'écoulement de sang peu abondant; la plaie fut touchée, ce jour-là et le lendemain, avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer; gargarismes acidulés.

La tumeur est formée par une trame fibreuse, contenant dans ses mailles plusieurs noyaux durs, d'aspect jaunâtre, lardacé, criant sous le scalpel, et d'où s'écoule, lorsqu'on les comprime, un liquide épais de même couleur. Un fragment est envoyé à Paris, à M. le docteur Coulier, professeur au Val-de-Grâce, pour être examiné au microscope. D'après sa réponse, que nous transcrivons, M. Cabasse se proposait d'agir sur les parties voisines, soit avec le fer rouge, soit avec le nitrate acide de mercure et même au besoin de ruginer le maxillaire.

« Mon cher Cabasse,

« La tumeur que vous m'avez envoyée est malheureusement du « tissu cancéreux bien caractérisé, il faut donc s'attendre à la voir « se reproduire. Est-il possible de l'attaquer vigoureusement ? « J'espère bien qu'il ne s'agit pas de l'un des vôtres. »

Sur ces entrefaites, dans les numéros du 23 et 27 octobre, la *Gazette des Hôpitaux* appela l'attention des praticiens sur les résultats obtenus à Londres avec l'acide acétique, par le docteur Moore, et à Paris, par le docteur Guéniot dans le traitement des tumeurs cancéreuses, d'après la méthode Broadbent.

M. Cabasse pensa que l'occasion était des plus favorables pour expérimenter, à l'exclusion de tout autre, ce moyen dont il ne pouvait résulter pour le malade aucun inconvénient.

Les 28, 29 et 30, la plaie résultant de l'ablation de la tumeur, recouverte par l'eschare produite par le perchlorure de fer, est touchée trois fois par jour avec un pinceau de charpie imbibé d'acide acétique à 10 degrés. L'application en est parfaitement supportée par le malade, qui n'accuse qu'un léger sentiment de cuisson qui dure un quart d'heure environ.

Le 31, l'eschare a disparu et est remplacée par une pellicule blanchâtre, pultacée, au-dessous de laquelle on aperçoit des bourgeons charnus d'un rouge vif.

Le 31, le 2 novembre et de deux jours en deux jours jusqu'au 10, injections dans le pédoncule et le pourtour de la tumeur au moyen d'une canule, d'un trocart et de la sonde de Pravay, de 8 à 10, 15 et jusqu'à 30 gouttes d'acide acétique. On applique en même temps sur la plaie, deux fois par jour, une petite boulette de charpie imbibée d'acide acétique, maintenue en place par une boule de coton.

Le 11, à cette époque toute trace de la tumeur a complétement disparu au niveau de son insertion, il existe même une dépression assez marquée et une plaie simple ayant très-bon aspect.

Le 14 et le 17, il est fait encore deux injections.

Le 20, dans le but de stimuler la vitalité du tissu, la plaie fut touchée avec le perchlorure de fer.

A dater de ce jour, elle se ferma régulièrement et rapidement, et le 1er décembre la cicatrisation était solide et complète.

M. Cabasse revint alors à l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 5 grammes par jour, jusqu'au 25 décembre, époque à laquelle P... quitta l'hôpital, sinon complétement guéri, ce que l'avenir nous apprendra, du moins complétement débarrassé d'une tumeur qui le gênait beaucoup, et qui déjà avait récidivé.

Le malade habite à peu de distance d'Arras, et a bien promis de revenir au plus léger accident qui se reproduirait, et de faire connaître ultérieurement si la guérison s'est maintenue.

Aujourd'hui 30 janvier, nous n'avons reçu encore aucune nouvelle du malade.

DES TUMEURS ENKYSTÉES

Pelviennes ou abdominales chez la femme (1).

Par M. le Dr Puistienne.

En septembre dernier, M. le docteur Puistienne, après avoir fait l'autopsie d'un femme portant un kyste de l'ovaire, de moyen volume, à parois minces, avait eu l'occasion d'étudier :

1° Un autre kyste de l'ovaire à parois très-épaisses et bosselées, ne permettant pas de percevoir la fluctuation;

2° Deux cas de kyste hydatique figurant un kyste de l'ovaire.

3° Une double hydropisie enkystée des trompes, dont l'une simulait un kyste de l'ovaire;

4° Enfin deux vastes tumeurs liquides, diagnostiquées kystes de l'ovaire. L'autopsie est venue démentir ce diagnostic;

C'est la réunion et la discussion de ces diverses observations qui font l'objet de ce travail, qui est accompagné de plusieurs planches.

M. le docteur Puistienne résume ainsi ses recherches :

« L'hydropisie enkystée du péritoine se trouve dans le péritoine; c'est la péritonite enkystée, dont notre observation présente un examen des plus remarquables. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 avril 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Un rapport de M. le Dr Touquet sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Vannes en 1866 (Commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le Dr Monot (de Moux), sur les résultats qu'il a obtenus de l'emploi du cowpox pour la vaccination et la revaccination (Commission de vaccine);

3° Un mémoire de M. le Dr Massina (de Thiers) sur la variole et la vaccine (Commission de vaccine):

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Cristau (Basses-Pyrénées), par le Dr Tillot, de Vichy (Allier); par M. le Dr Amable Dubois, de Saint-Gervais (Haute-Savoie); par M. le Dr Billout (Commission des eaux-minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Buignet et Eugène Caventou qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pharmacie;

2° Une note rectificative de M. le Dr Durand (de Lunel), sur la statistique des résultats consécutifs du traitement par les eaux de Vichy (Commission des eaux minérales);

3° Un rapport de M. le Dr Faux, sur l'épidémie de choléra qui a régné, en 1865 et 1866, dans l'arrondissement de Doulens (Commission du choléra);

4° Une note en anglais, relative à un kyste intra-crânien renfermant des cheveux, par M. le professeur Turner (d'Édimbourg);

M. Michel Lévy présente à l'Académie une brochure in-4°, intitulée : *Recrutement de l'armée et population de la France*, par M. le Dr Chenu.

M. le Président annonce la présence de M. le professeur Rouget (de Montpellier) et de M. le Dr Houssard (d'Avranches), membres correspondants.

M. Legouest, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours suivant, qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Jobert (de Lamballe).

Messieurs,

Bien que les sociétés savantes ne vieillissent pas, rajeunies qu'elles sont incessamment par des adoptions nouvelles, les pertes qu'elles éprouvent n'en sont pas moins sensibles. L'Académie de médecine en a fait une très-grande dans la personne de M. Jobert (de Lamballe). M. Jobert était une des illustrations de l'Académie dans le présent, et il restera dans l'avenir une des célébrités de la chirurgie française.

D'une origine obscure, d'une instruction à peine ébauchée, M. Jobert vint à Paris, en 1819, pour y commencer ses études médicales; ses funérailles réunissent aujourd'hui, pressés autour de la tombe du chirurgien et du professeur, les représentants les plus élevés dont la science s'honore et dont il était devenu le collègue éminent. Il nous plaît de répéter ici que les hommes sortis des rangs les plus humbles, sont généralement aussi ceux qui s'élèvent le plus haut : c'est une vérité qu'il ne faut pas se lasser de faire entendre, parce qu'elle est saine, parce qu'elle consacre les principes sur lesquels repose la société actuelle, parce qu'elle élève les cœurs, raffermit les courages hésitants, éveille et stimule la plus noble des ambitions, celle d'être le fils de ses œuvres. Dans ces combats de l'intelligence contre le destin, beaucoup, il est vrai, succombent à la peine : mais la science et la liberté ont aussi leurs martyrs, dont les cendres font naître des prosélytes et des adorateurs plus fervents.

Médiocrement armé pour les luttes de plume ou de parole, esprit inégal où se révélaient de nombreuses lacunes, on a pu s'étonner que M. Jobert se fût emparé du succès et qu'il ait réussi à le fixer. Nature incomplète en effet, mais supérieure par maints endroits; génie partiel, mais de forte trempe; apte aux découvertes, impropre à la généralisation; artiste plus que savant; utile aux jeunes générations par l'exemple de l'action chirurgicale, perfectionnée et élevée jusqu'à la hauteur d'un enseignement; plus sensible à la renommée qu'à la rémunération pécuniaire; tels sont les éléments avec lesquels il a dominé la fortune. Ainsi voit-on le génie lui-même, dans sa course accidentée, faiblir et se ranimer, broncher et se relever en arrivant au terme victorieux.

C'est éclairé par une des soudaines étincelles de son esprit inventif, que M. Jobert, appliquant ses premières et sérieuses études physiologiques au traitement des blessures de l'intestin, démontra que pour obtenir la réunion immédiate de ces sortes de lésions, il faut mettre en contact les parties similaires par leur structure et leurs fonctions, et qu'il conçut les procédés de suture des plaies intestinales dites par *invagination*, adossant la membrane séreuse à elle-même; qu'il traça de main de maître l'histoire des fistules vésico-vaginales, au triple point de vue de l'anatomie, de la pathologie, du traitement et de ses résultats, et qu'il entreprit d'appliquer à la vessie, chez la femme, un moyen de réparation emprunté à ceux que l'autoplastie connaissait déjà, celui de la restauration par *glissement* de l'organe voisin de la brèche à combler, dotant la science d'un nouveau procédé opératoire, l'humanité d'un nouveau bienfait.

Une méthode récente, importée d'Amérique, a pu donner des résultats plus satisfaisants que celle de M. Jobert, mais elle ne les a point effacés; et notre engouement pour les choses venues de loin a pu seul nous faire oublier, non sans quelque amertume pour notre compatriote, le retentissement qu'ont eu ses travaux sur ce sujet.

Mais, sans doute, dans quelque solennité scientifique, d'autres diront mieux que moi, et plus à propos, l'œuvre tout entière de M. Jobert; ses nombreuses publications, ses expériences, non moins nombreuses, de physiologie et de pathologie chirurgicale, souvent interrompues, souvent reprises, toujours poursuivies par la pensée, et dont il formulait encore, il y a deux ans à peine, dans un dernier ouvrage quelques-uns des résultats pratiques; sa dextérité dans les plus grandes comme dans les plus délicates opérations, dont il avait le secret d'assurer le succès par l'assiduité de soins ingénieux; ils pourront, mettant en relief ses qualités et ses imperfections, porter un jugement définitif sur la valeur du professeur et du clinicien.

Pour moi, dont la mission consiste à payer à notre collègue le tribut de nos regrets, je dirai quelques mots de l'homme privé que tout le monde n'a pu connaître et apprécier. L'individualité morale de M. Jobert n'était pas moins pleine de contrastes, d'oppositions, de traits heurtés, que son individualité scientifique. Tour à tour brusque jusqu'à la dureté, expansif jusqu'à la confidence, d'une véhémence habituelle et comme contractée, doux parfois jusqu'à la tendresse, réfractaire aux exigences suivies de la société, capable du dévouement le plus fidèle, il ne pouvait avoir, comme toutes les natures originales, que des amis ou des ennemis également ardents; ni les uns ni les autres ne lui ont manqué. Il attirait à lui certains hommes qui savaient le deviner dans son âpre écorce, ceux-là même que caractérisait une personnalité vigoureuse, qui résistaient à sa rudesse fantasque, dont il s'éprenait subitement et à qui il rendait sympathie pour sympathie : il en éloignait à jamais certaines autres.

Si l'indulgence est indispensable dans le commerce de la vie, c'est surtout avec les hommes contre lesquels des allures singulières nous mettent en garde : qui pourrait sonder les replis de ces natures tourmentées y rencontrerait souvent, profondément enfouis, le souvenir d'irréparables malheurs, des regrets cuisants, d'amères déceptions, ou quelque blessure d'amour-propre, quelque susceptibilité froissée; car l'homme est ainsi fait que ses passions et ses faiblesses ont à peu près sur lui la même influence.

Peut-être M. Jobert n'avait-il pas échappé à ces déplorables misères.

Celui qui savait inspirer de chaudes amitiés à des hommes du caractère le plus élevé, était assurément bon; celui qui, dans une famille amie, s'attendrissait au sourire d'un enfant, avait un cœur de père; s'il prodiguait gratuitement ses soins à l'indigence et soulageait l'infortune, il était charitable; lorsqu'il visitait ses élèves malades et fournissait les ressources nécessaires à leur convalescence, il était généreux; il l'était encore lorsqu'il congédiait un client peu aisé, en l'obligeant à remporter le prix de ses honoraires. C'est M. Jobert que je découvre ainsi pour quelques-uns : il pratiquait tout cela spontanément, sans paraître en avoir conscience, prêt à s'offenser d'un hommage ou d'un remerciment.

La mesure commune n'est pas applicable aux hommes d'élite : souvent défectueux dans les circonstances ordinaires, ils touchent à la perfection lorsque les situations, les événements, le but à atteindre, sont à la hauteur de leurs facultés.

---

(1) In-8°, prix : 2 fr. 50. Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Tel a été le lot de M. Jobert en ce monde; admirable, car il compte les honneurs les plus grands; enviable, car c'est celui d'un homme de cœur.

Cette lecture est accueillie avec des applaudissements unanimes.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mouvement de la population. La parole est à M. Larrey.

Discussion sur le mouvement de la population en France.

M. LARREY commence en déclarant qu'il trouve également exagérées et les appréciations de M. J. Guérin sur l'insuffisance de la taille, qu'il a confondue avec l'aptitude militaire, et les conclusions un peu trop optimistes de M. Broca, dont le discours est d'ailleurs si riche en sujet d'étude. Si complète qu'ait été l'argumentation de M. Broca, elle permet d'ajouter encore quelques documents. M. Larrey se basant sur les travaux du bureau de statistique médicale du ministère de la guerre, s'attache à montrer tous les enseignements qui ressortent de ces travaux au point de vue de l'étude de la population, malgré les lacunes inévitables qu'ils renferment sur la portion de la population qui n'est pas comprise dans les contingents annuels de l'armée.

M. Larrey, analysant ces travaux, entre dans des considérations détaillées sur les moyens d'apprécier les conditions d'aptitude au service et sur le rôle important qui appartient à cet égard, aux médecins militaires, ainsi que sur les services qu'ils pourraient rendre à la science en même temps qu'à l'État, si leurs attributions étaient aussi complètes qu'elles devraient l'être.

De ces appréciations générales, M. Larrey tire les conclusions suivantes :

Les comptes rendus du recrutement, malgré le soin avec lequel ils sont établis, ne peuvent, d'après l'insuffisance de leur nomenclature, être considérés comme un répertoire rigoureusement exact des renseignements désirables sur l'état des contingents :

1° Il y manque le nombre réel des jeunes gens visités, au point de vue physique;

2° Il y manque aussi la désignation tout à fait distincte ou essentiellement médicale des maladies diathésiques ou endémiques et des maladies individuelles ou sporadiques;

3° La proportion des exemptés se trouve facilement influencée par certaines circonstances politiques, si exceptionnelles qu'elles puissent être;

4° Malgré la diminution progressive et considérable des exemptions pour défaut de taille, il n'y a pas augmentation moyenne de la taille des contingents, il y a augmentation de la taille moyenne de l'armée (ce qui doit provenir soit de la taille plus grande des engagés volontaires, soit de la continuation de la croissance sous le drapeau).

5° La proportion des exemptions pour infirmités est aujourd'hui à peu près la même qu'en 1831, sauf les époques des grandes guerres.

6° La comparaison par maladies en moyennes générales d'exemption avec la moyenne particulière de chaque région, donnerait le tableau le plus exact de l'aptitude physique des populations de la France.

Il me reste à développer une proposition qui intéresse à la fois le principe du recrutement et la compétence de l'Académie.

Le projet de loi actuellement soumis au corps législatif, sur la réorganisation de l'armée, soulèvera peut-être une question importante pour le choix des hommes et pour la connaissance de leur aptitude physique comme garantie plus sûre de leur incorporation : ce serait d'attribuer au médecin militaire chargé d'assister le conseil de révision et investi de sa confiance, une part d'autorité plus grande, justement garantie par son mérite et par son expérience, dans l'intérêt des populations, comme au profit de l'armée.

C'est lui, en effet, qui a le devoir d'éclairer le conseil sur l'aptitude bonne ou mauvaise de chaque individu pour le service, c'est lui qu'il l'examine de la tête aux pieds, jugeant ce qu'il vaut soit au premier coup d'œil, soit après quelques recherches nécessaires. C'est lui qui se prononce avec connaissance de cause soit pour, soit contre l'admission. Son droit ne peut pas aller au delà; mais c'est au conseil à lui témoigner pleine confiance, comme cela, du reste, existe généralement aujourd'hui et mérite d'être signalé. C'est au conseil à à l'encourager toujours et à reconnaître ainsi dans sa mission le double caractère d'autorité scientifique et de valeur morale.

Et en admettant ce que nous demandons ainsi, à qui faudrait-il s'adresser pour l'accomplissement régulier d'une œuvre pareille, si ce n'est aux médecins militaires attachés aux conseils de révision?

Eux seuls, en effet, peuvent devenir agents actifs et compétents de cette grande enquête, comme plusieurs l'ont été déjà pour les localités qu'ils ont parcourues. C'est alors seulement et à cette condition que la statistique générale du recrutement aura une valeur certaine pour toute la France. Ce serait assurément là un travail à entreprendre, d'une grande importance et d'une véritable utilité; je le crois digne des encouragements de l'illustre et savant maréchal qui dirige aujourd'hui le département de la guerre.

Cette œuvre, placée sous le patronage du conseil de santé qui serait en mesure d'en réglementer l'exécution, ne pourrait être confiée à de meilleures mains qu'à celles du laborieux rédacteur de la statistique médicale, M. Ély, dont le zèle est à toute épreuve, et qui serait prêt à consacrer tous ses soins à ce nouveau travail.

C'est donc à condition d'une nomenclature technique progressivement perfectionnée, plus exacte, plus complète encore, malgré tout ce qu'elle a gagné déjà, c'est en entrant davantage dans la voie de progrès poursuivie partout, c'est enfin en accordant une plus large part à l'influence médicale dans les opérations du recrutement; oui, j'en ai la confiance, c'est à de telles conditions que le pouvoir sera renseigné, de la façon la plus exacte, sur ce point capital de l'affaiblissement ou de l'amélioration de la race française.

Et ce ne sera pas assez que l'institution bien établie du recrutement ait déjà le mérite de fournir, à cet égard, les documents les plus exacts, les plus complets; cette institution, progressivement perfectionnée, aura peut-être aussi l'honneur de découvrir plus tard les puissantes ressources à l'aide desquelles telle ou telle population chétive, malingre et tout à fait impropre au service militaire, peut acquérir les forces de la santé, à l'égal des populations vivaces, robustes, et les plus aptes au métier des armes.

Que de travaux précieux, que de documents considérables parviendraient ici, soit par les relations directes de l'Académie, soit par la voie officielle des ministères et plus spécialement du ministère de la guerre, sur toutes les questions de statistique relatives aux naissances, à l'hygiène des nouveau-nés, des enfants en bas âge dans les crèches, dans les asiles, des adolescents dans les pensionnats, les lycées, des jeunes gens enfin dans les écoles du gouvernement, et en dehors de ces écoles, dans toutes les professions qui pourraient les préparer en quelque sorte à l'aptitude physique la mieux faite pour la carrière des armes.

Une commission de statistique médicale serait certainement aussi utile à l'Académie que peut l'être déjà le bureau de statistique médicale établi au ministère de la guerre auprès du conseil de santé.

Il suffirait de dresser un tableau modèle des *desiderata* de cette statistique, pour qu'ils fussent tous sur un plan uniforme, et nous n'aurions plus qu'à faire appel à nos zélés confrères des départements, comme aux médecins des armées de terre et de mer, pour réaliser ainsi les vœux si légitimes de la science au profit de la population.

J'ai donc l'honneur de proposer à l'Académie de vouloir bien apprécier l'opportunité de créer, dans son sein, une nouvelle commission permanente, renouvelable chaque année, tout à fait distincte désormais de la commission des épidémies, dont l'importance, d'ailleurs spéciale, s'accroît toujours par la multiplicité de ses travaux.

Et si l'Académie veut bien approuver le principe et le but de ma proposition, j'aurai enfin l'honneur de lui proposer aussi d'appeler cette commission du seul nom qu'elle puisse avoir : Commission de statistique médicale de la France. (Nombreuses marques d'approbation.)

L'ordre d'inscription appellerait M. J. Guérin à la tribune, mais vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

LECTURE.

M. HOUSSARD (d'Avranches), correspondant, donne lecture d'un travail sous le titre de : *Souvenirs de médecine pratique*. Il expose quelques considérations sur les maladies et sur les faits qu'il a eu plus particulièrement l'occasion d'observer dans sa longue pratique; notamment sur la miliaire, sur la pleurésie, la pneumonie, le catarrhe pulmonaire chronique, sur les vomissements chroniques et les affections chroniques de l'estomac, l'épilepsie, la goutte et sur l'usage du perchlorure de fer dans les hémorrhagies, etc.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Gand, le 19 avril 1867.

A monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

En 1864, un agent nouveau fut employé par M. le professeur Van Leynseele de l'Université de Gand, pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. C'était le laminaria digitata. Les résultats heureux de cette innovation, ne furent pas publiés; ils ne tarderont pas à l'être. En 1865, en collaboration avec mon honorable ami le docteur Van Wetter, nous avons pratiqué deux accouchements prématurés artificiels au moyen des bâtonnets de laminaria. Les résultats heureux de nos deux opérations ont été soumis à l'appréciation de l'Académie royale de médecine de Belgique. A l'heure où j'écris, ce corps savant discute cette intéressante question. M. Boëns fait partie de cette assemblée; et j'ai été surpris, je l'avoue, de le voir engager le débat loin du terrain où nous l'avons porté. L'Académie de Belgique possède tous les documents nécessaires à la discussion qui se produit devant elle; ils ont été publiés dans ses annales, et M. Boëns semble avoir eu soin de n'offrir aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* que la partie de ces documents qui peut jeter de la défaveur sur le procédé que nous préconisons.

Dans notre première observation, il s'agit d'une femme dont le diamètre sacro-pubien mesurait 7 centimètres un quart. Son premier enfant avait dû être sacrifié. En trois jours et demi les bâtonnets de laminaria, introduits dans le col de l'utérus, avaient provoqué l'accouchement. L'enfant était mort, dit M. Boëns, mais il se garde d'ajouter dans quelles circonstances il a péri.

Les bruits du cœur étaient encore normaux, mais l'enfant se présentait par les pieds; afin de hâter la fin du travail, nous les saisîmes et les attirâmes vers l'extérieur. Malheureusement l'enfant était à cheval sur le cordon ombilical, et malgré la rapidité de notre manœuvre, nous ne pûmes empêcher qu'il ne fût comprimé entre les parties de la mère et le corps déjà volumineux du fœtus. Pour surcroît de malheur, la tête se releva et nous perdîmes encore un peu de temps à la fléchir et à l'extraire. L'enfant vivait pourtant encore, mais après quelques inspirations le cœur cessa de battre.

Des circonstances accidentelles, indépendantes de l'accouchement et du procédé employé, ont déterminé la mort du fœtus. Voilà ce que M. Boëns a lu dans notre travail, et voilà ce que nous répétons aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*.

M. le professeur Hubert, chargé par l'Académie de lui faire rapport sur notre observation, émit une opinion favorable à notre procédé. « MM. Van Wetter et Deneffe, disait-il, considèrent ce procédé comme supérieur à ceux qui ont été conseillés jusqu'à ce jour, et, sauf la réserve que réclame tout moyen dont l'expérience n'a pas suffisamment sanctionné la valeur, nous sommes fort disposé à partager leur avis. »

L'éminent professeur de l'Université de Louvain voulut bien essayer le procédé que nous préconisons. Le sujet présentait un diamètre sacro-pubien mesurant 8 centimètres. C'était sa cinquième grossesse. Des quatre accouchements précédents, trois terminés par le forceps, n'avaient donné que des enfants morts; dans le quatrième, l'enfant ayant péri pendant le travail, le crâne fut transforé.

En quatre jours les laminarias provoquèrent l'accouchement, mais l'enfant plein de vie le 18 était né putride le 23. Que s'était-il passé? La poche s'était rompue dès le début du travail, les eaux s'étaient écoulées. M. Hubert supposa qu'elle était venue se déchirer sur la pointe des laminaires, il supposa encore que l'écoulement prématuré des eaux amniotiques et l'entrée de l'air dans la matrice facilité par la présence des bâtonnets dans le col avaient amené la mort et la putréfaction rapide du fœtus.

Tout arrive, tout est possible. Loin de moi la pensée de mettre ma courte expérience en parallèle avec celle de M. Hubert, mais le respect que je porte au savant professeur ne doit pourtant pas étouffer mes souvenirs. Or j'ai vu souvent la poche se rompre prématurément dans des cas de rétrécissement du bassin. C'est là un accident connu de tous les accoucheurs; pourquoi donc dans l'espèce l'attribuer aux bâtonnets de laminaria?

Ce qui vient encore établir le mal-fondé de cette accusation c'est que, sur six cas d'accouchements prématurés artificiels obtenus au moyen des laminarias, la rupture prématurée de la poche n'a eu lieu qu'une seule fois. En présence de ces faits que devient ce reproche capital fait par M. Boëns au laminaria, d'exposer l'accoucheur à voir la poche se rompre prématurément?

M. le professeur Hubert disait, du reste, dans son rapport, qu'en se servant de laminaires moins longs, plus gros on éviterait cette rupture. M. Boëns a soin de passer sous silence cette judicieuse réflexion.

M. Boëns reproche encore au laminaire d'exiger le tamponnement du vagin et le séjour de la femme au lit.

Mais M. Boëns sait bien que M. Hyernaux a déjà proposé à l'Académie de Belgique un instrument qui fait disparaître cet inconvénient. C'est une simple tige en fil de laiton malléable, terminée par une pince formée de deux branches qui se rapprochent à l'aide d'une sorte de coulant à pas de vis. Le laminaria est fixé dans la pince; l'instrument ainsi armé est porté jusqu'au col de la matrice, puis on recourbe la tige de laiton et on la fixe à l'aide d'une vis à pression à la pelote d'une ceinture qui entoure l'abdomen de la femme. Hyernaux s'est servi de ce moyen avec succès.

Au reste, si nos femmes, dont le vagin renfermait deux petites éponges, sont restées au lit, nous n'affirmons pas cependant qu'il faille absolument imiter cette conduite.

Les inconvénients attribués par M. Boëns au laminaria nous paraissent donc exagérés à tous égards.

On conteste au laminaria sa supériorité sur les autres corps employés jusqu'ici en chirurgie comme dilatants. Mais à supposer qu'il ne leur fût pas supérieur, ne serait-ce déjà pas un service rendu à la pratique que de mettre à sa disposition un agent nouveau? Or, ne leur est-il pas de beaucoup supérieur? C'est ce que nous allons examiner. Jusqu'ici les chirurgiens se sont servis, à titre de corps dilatants, de la guimauve, de la gentiane, de l'éponge préparée à la cire ou à la ficelle.

Nous avons soumis à des expériences comparatives la dilatation de ces corps plongés dans l'eau à 38 degrés centigrades, et voici ce que nous avons vu.

La gentiane et la guimauve, après trois jours d'immersion, avaient augmenté environ des deux tiers de leur volume primitif.

L'éponge préparée à la ficelle augmente de volume dans des proportions plus restreintes. Quant à l'éponge préparée à la cire, sa dilatabilité se soustrait à toute évaluation. Tant qu'elle est maintenue par la cire, elle se dilate très-peu, mais quand après cinq heures de séjour dans l'eau tiède, toute la cire est fondue, l'éponge s'épanouit à l'aise. Elle se retrouve dans, son état natif, et ne présente plus aucune espèce de consistance. Elle peut assurément agir dans le col utérin à titre de corps étranger, mais ce n'est plus un corps dilatant.

La gentiane perd aussi une notable partie de sa consistance, par la dilatation. La guimauve, quoique ramollie, conserve cependant une certaine solidité.

Le laminaria se présente dans d'autres conditions. Après douze heures de séjour dans l'eau à 38 degrés centigrades, son volume a triplé. C'est là un maximum que nous n'avons pas vu dépasser. Si les bâtonnets restent plus longtemps dans l'eau, ils subissent même un certain retrait. Comme la gentiane et la guimauve le laminaria se ramollit sous l'influence de l'humidité, mais sa résistance reste de beaucoup supérieure à celle des deux autres. Cette dilatation, cette résistance plus grande n'assurent-elles pas au laminaria une véritable supériorité sur les autres agents employés jusqu'ici comme dilatants? Nous le pensons, et beaucoup le croiront avec nous. C'est ce qui nous fait espérer que le laminaria sera adopté par les praticiens, malgré les inquiétudes de M. Boëns.

Nous ne prétendons pas cependant que le laminaria doive se substituer aux nombreux moyens dont on s'est servi jusqu'aujourd'hui pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Nous n'allons pas jusque-là. Nous ne demandons pour lui qu'une place parmi ces moyens.

Les recherches ultérieures la lui assigneront plus ou moins grande suivant ses mérites.

Veuillez agréer, etc. Dr DENEFFE.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le lundi, 3 juin, 1867, à midi précis, un concours public sera ouvert à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de médecins du bureau central d'admission.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le lundi 6 mai jusqu'au samedi 18 du même mois inclusivement.

L'Association générale des médecins de France a tenu, dimanche, sa huitième séance annuelle sous la présidence de M. Rayer, assisté de tous les membres du bureau et des membres de la commission générale. Les sociétés locales départementales y étaient représentées par un grand nombre de leurs présidents et délégués. Lorsque M. Rayer s'est levé pour ouvrir la séance, il a été accueilli par une triple salve d'applaudissement, qui témoignait le vif et sympathique intérêt de l'assistance, heureuse de le voir reprendre sa place au milieu d'elle après les longues souffrances auxquelles il a été en proie. Les mêmes applaudissements se sont répétés, à plusieurs reprises, toutes les fois que son nom a été prononcé dans les différents discours qui se sont succédé. L'ordre de la séance a été, comme d'habitude, après l'allocution du président, le rapport annuel du secrétaire de la Société centrale, M. Legouest, le rapport du secrétaire général, M. A. Latour, à qui a été décerné, par acclamation, le titre de secrétaire *perpétuel*, grâce à un heureux lapsus du président, et un rapport de M. H. Roger, sur la situation de la souscription pour l'érection du monument à la mémoire de Laennec.

Nous exposerons, dans un prochain numéro, la situation générale de l'Association.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente	178 fr.
M. le Dr Bonnet de Malherbe. . . .	20
M. le Dr X.	1
M. le Dr Triouiller.	5
	204 »

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

274. Dauby. Quelques considérations sur la menstruation dans ses rapports avec la folie.
275. Thomas. Des tumeurs des paupières.
276. Dertelle. De la digitale dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.
277. Margaillan. Études sur l'étiologie saturnine de la colique sèche.
278. Plaussu. Quelques considérations sur les diathèses.
279. Charpentier. Amblyopie congénitale.
280. Lecoq. Des causes de dystocie provenant du canal vulvo-vaginal.
281. Juzanx. Des eaux minérales.
282. Signard. De la fièvre typhoïde grave, envisagée dans ses rapports avec l'article 901. (C. N.)
283. Poumeau. Du rôle de l'inflammation dans le ramollissement cérébral.
284. Larbès. De la fissure à l'anus.
285. Delacroix. Des lésions traumatiques du cristallin.
286. Sourdin. Considérations sur le phimosis congénital.
287. Jamard. Des kystes hydatiques, au point de vue de la terminaison et du traitement.
288. Rochette. Des différentes formes de la dyssenterie en Cochinchine.
289. Fidel. Des plaies du genou, au point de vue du pronostic et du traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 avril 1867, M. le docteur Boueil, dit Labourdette, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par divers arrêtés rendus en exécution du décret du 5 décembre 1865, le ministre de l'instruction publique a accordé la gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor public pour l'achèvement de leurs études médicales, aux étudiants ci-après dénommés, qui ont été signalés par les préfets des départements pour leur dévouement au soulagement des malades atteints par l'épidémie cholérique.

Services rendus à Montpellier. — MM. Pujo, Stocanovitch, Brousse et Kleinschmidt, étudiants de la Faculté de médecine de cette ville.

Services rendus à Melun. — M. Marchesi, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Alger. — MM. Sourignac, Martin, Bonnet et Trollard, élèves de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

Services rendus à Marseille. — M. Roubaud, élève de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

Services rendus à Roubaix. — M. Boinet, élève de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Services rendus à Blois. — M. Cauton, étudiant de la faculté de Paris.

Services rendus au Hâvre. — MM. de Pœzcrassier et Nicolas, dit Auvert, étudiants de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Nantes. — M. Dupont, élève de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

Services rendus à Halluin (Nord). — M. Dewyn, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Services rendus à Larochepot (Côte-d'Or). — M. Pernin, élève de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

M. Barbin, élève de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, a également obtenu une gratuité partielle pour services rendus dans les hôpitaux de cette ville.

— M. le maire de la commune de Saint-Verain, station de Cosnes (Nièvre, nous prie d'annoncer que le poste de médecin de cette commune est vacant. (Clientèle assurée; pas de pharmacien; produit moyen, 4,000 francs.)

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le vendredi 3 mai, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Blachez sur la candidature de M. Butin comme membre correspondant; 2° Scrutin sur la candidature de M. Dolbeau; 3° Observation de péritonite spontanée, par M. Blachez; 4° Discussion des rapports de MM. Charrier et A. Martin.

— M. le docteur L. Belhomme commencera son cours sur les maladies syphilitiques, le vendredi 3 mai, à sept heures et demie du soir, à sa clinique, rue Dauphine, n° 38, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— Une faute d'impression s'est glissée dans notre numéro du samedi 20 avril : au lieu de M. H. Crérard, etc., il faut lire : M. H. Gérard, etc.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 53. — SAMEDI 4 MAI 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 4 MAI 1867. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 7 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'emploi du laryngoscope dans les maladies de la gorge.

Aujourd'hui que l'utilité pratique de la laryngoscopie n'est plus contestée par personne, qu'elle est accueillie partout comme une conquête chirurgicale et mise dans nos cliniques au même rang que l'ophthalmoscopie, il ne sera pas sans intérêt de faire connaître les phases principales de son histoire, de rappeler les luttes qu'elle a eues à soutenir et les tâtonnements par lesquels elle a passé avant d'acquérir le degré de perfectionnement où elle parvenue de nos jours.

Nous trouverons à cela, pour le dire en passant, une petite satisfaction d'amour-propre national en apprenant que c'est à un de nos compatriotes que remonte la première idée de la laryngoscopie. Pourquoi faut-il qu'à cette satisfaction se mêle la petite humiliation de l'avoir ignoré jusqu'ici? Un critique de la presse politique faisait remarquer tout récemment, avec beaucoup de raisons que, patriotes ardents et jaloux jusqu'à l'excès de notre gloire nationale, nous montrons parfois une modestie et un désintéressement bien inattendus, si ce n'est même un bien injuste oubli de nous-mêmes. N'est-ce pas ici le cas? On en jugera.

L'historique qu'on va lire est extrait d'une analyse que M. le docteur Fauvel a bien voulu faire pour notre usage, d'un livre de M. le docteur Morell Mackensie, de Londres, intitulé : *The use of the laryngoscope in diseases of the throat with an appendix on rhinoscopy* (1). (De l'emploi du laryngoscope dans les maladies de la gorge, avec un appendice sur la rhinoscopie.)

M. Mackensie ne cite que pour mémoire le *Miroir des dentistes* dont Celse parle au livre VII, cap. XII, et rappelle les débris de spéculum trouvés dans les ruines de Pompéi, pour montrer que les Romains cherchaient déjà à faire pénétrer le regard dans les cavités du corps humain.

On ne trouve, dit-il, aucune trace du laryngoscope avant la moitié du dix-huitième siècle.

C'est à *Levret, a « distinguish French accoucheur »*, en 1743, qu'il attribue l'honneur d'avoir inventé le miroir laryngien. Il cite à l'appui quelques lignes du *Mercure de France* (1743), page 2434. L'instrument de Levret consistait en une plaque de métal poli qui réfléchissait les rayons lumineux dans la direction de la tumeur du *gosier* (sic)... et devait l'éclairer pour y appliquer une ligature... Ces questions furent perdues de vue, et ce ne fut pas moins de cinquante ans après qu'elles excitèrent de nouveau l'attention.

Il faut arriver à l'année 1804, au docteur Bozzini de Francfort, pour retrouver des traces du laryngoscope.

Bozzini causa une grande sensation dans toute l'Allemagne en inventant le moyen d'éclairer les différents canaux du corps. Mais ses idées furent rejetées par la faculté de médecine de Vienne, et par l'Académie Joseph.

Voici la figure du laryngoscope de Bozzini.

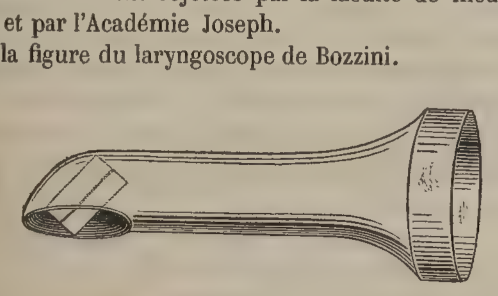


Fig. 1.

On voit que cet instrument est un spéculum divisé en deux par une cloison verticale, de sorte qu'en réalité il y avait deux canaux et deux miroirs. L'un de ces miroirs devait conduire la lumière, l'autre recevoir l'image. On sait maintenant que cette disposition est tout à fait inutile, car un miroir suffit pour les deux buts proposés. Le spéculum laryngien de Bozzini s'éclairait par la flamme d'une bougie munie d'un réflecteur.

Cet appareil ingénieux tomba bientôt dans l'oubli; et cependant, comme le dit avec raison M. Mackensie, les éléments de la laryngoscopie étaient contenus dans le « *Light conductor,* » conducteur de la lumière, de Bozzini.

Ce n'est que vingt ans après que le docteur Senn, de Genève, tenta d'examiner le larynx d'une petite fille qui souffrait d'une difficulté dans la respiration et d'une extrême dysphagie. La tentative manqua, parce que Senn ne sut pas éclairer son miroir.

Deux ans plus tard, en 1829, le docteur Benjamin Babington présente à la *Hunterian Society*, de Londres, un instrument entièrement semblable au laryngoscope actuellement en usage. Il était composé de deux miroirs destinés, l'un, le plus petit, à recevoir l'image du larynx, l'autre, plus grand, à concentrer les rayons solaires sur le premier.

Plus tard, entre 1825 et 1839, le docteur Babington abandonna sa combinaison attrayante du miroir et de la spatule, et fit construire des miroirs qui ressemblent parfaitement à ceux que l'on emploie maintenant. Ces miroirs étaient d'acier poli et inclinés sur leur tige à un angle de 120 degrés.

LARYNGOSCOPE DU DOCTEUR BABINGTON.

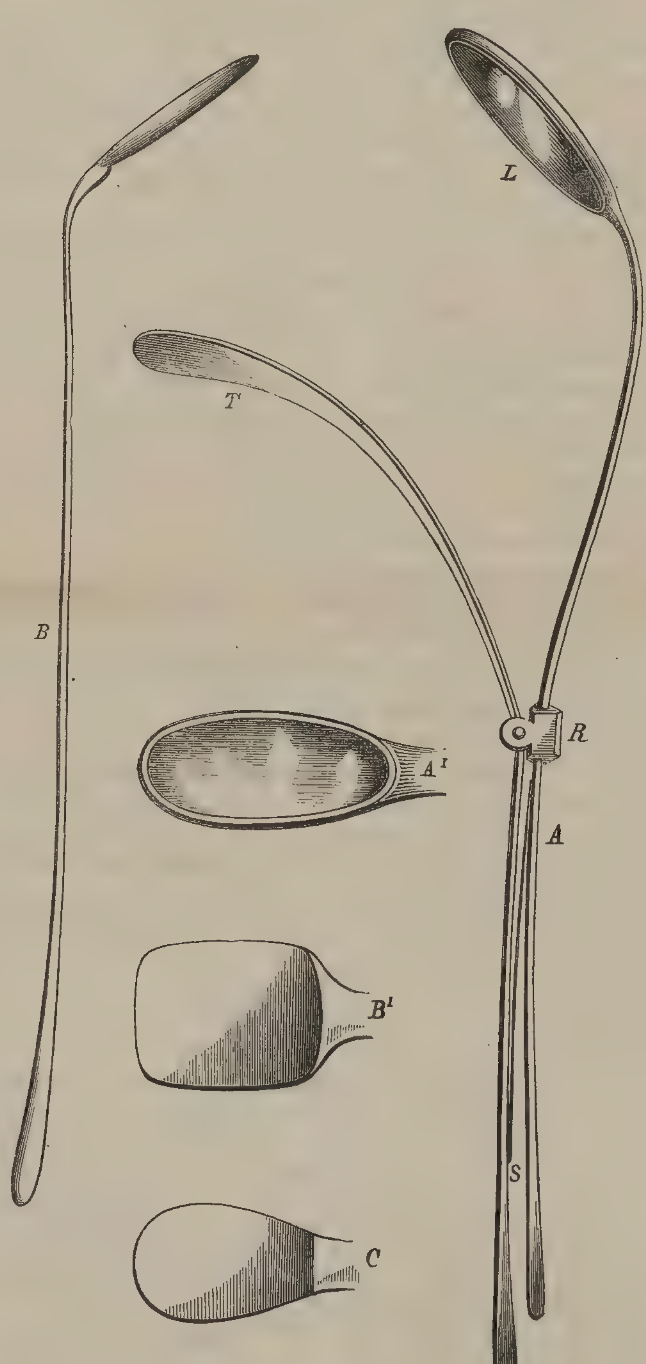


Fig. 2.

Le spéculum laryngien de notre très-honorable confrère, M. Labordette, ne rappelle-t-il pas cet instrument de Babington? avec cette différence que le spéculum laryngien anglais est bi-valve au lieu d'être plein, ainsi que l'était celui de Bozzini.

Mais Babington avait très-bien reconnu que le miroir laryngien ne pouvait être que gêné, embarrassé et rendu plus difficile à supporter en le surchargeant d'une valve inférieure inutile, ou en l'entourant d'un tube tout aussi inutile.

Il n'a manqué à Babington, pour conquérir la gloire d'avoir inventé la laryngoscopie, dit M. Mackensie, que l'idée de substituer la lumière artificielle aux rayons incertains du soleil, surtout dans nos contrées. On verra plus tard que cette gloire appartient, sans conteste, à M. Czermack.

Pendant que Babington, en 1832, s'occupait de son « glottiscope », c'est ainsi qu'il appelait son spéculum laryngien, le docteur Bennati, de Paris, affirmait qu'il était arrivé à voir les cordes vocales.

D'un autre côté Selligue, atteint de phthisie laryngée, avait fabriqué, pour son propre compte, un instrument composé de deux tubes dont l'un servait à conduire la lumière à la glotte, et l'autre à rapporter à l'œil l'image de la glotte réfléchie sur le miroir qui était placé à l'extrémité gutturale de l'instrument.

M. le professeur Trousseau, qui ne croyait pas à cette époque à l'importance du laryngoscope, a été l'un des premiers à accueillir favorablement les expériences de Turck et de Czermack sur l'éclairage laryngien.

En 1838, M. Baumès exposa à la Société médicale de Lyon, un petit miroir grand comme une pièce de deux francs, très-utile pour examiner les narines postérieures et le larynx.

En 1840, Liston se servit du miroir des dentistes pour examiner la partie supérieure du larynx, mais il ne vit pas les cordes vocales.

En 1840, le docteur Warden (d'Édimbourg) eut l'idée d'employer un prisme de *flint-glass* pour avoir une vue du larynx, mais il n'arriva que dans deux cas à voir, et très-imparfaitement, les cartilages aryténoïdes et l'épiglotte. Il se servait de deux prismes, l'un qu'il mettait au fond de la bouche, et l'autre au devant d'une grande lampe d'Argand.

Pendant ce temps, le docteur Avery (de Londres) cherchait à éclairer le larynx à l'aide d'un spéculum et d'un réflecteur. De même que Bozzini, quarante ans auparavant, M. Avery reconnut l'avantage de la lumière artificielle, et de même que Czermack après lui, il employa un grand réflecteur circulaire, perforé au centre pour concentrer les rayons lumineux sur le miroir laryngien. Le réflecteur était attaché à un coussinet frontal, et celui-ci était tenu en place par deux ressorts qui passaient par dessus la tête de l'opérateur pour atteindre la protubérance occipitale, où se trouvait un autre coussinet.

Il y avait cependant deux défauts dans l'instrument d'Avery, l'un c'est que le miroir laryngien au lieu d'être fixé à une tige mince, était placé à l'extrémité d'un spéculum; l'autre c'est qu'au lieu de se servir d'une lampe, il employait la lumière trop faible d'une bougie... Il était difficile d'introduire le spéculum d'Avery sans irriter et la base de la langue et d'autres parties contiguës, et sans provoquer aussitôt une disposition au vomissement.

Le spéculum d'Avery se fixait dans un anneau que supportait le porte-bougie, dans l'anneau V' représentée sur la figure ci-jointe.

SPÉCULUM LARYNGIEN ET RÉFLECTEUR DU Dr AVERY, DE LONDRES.

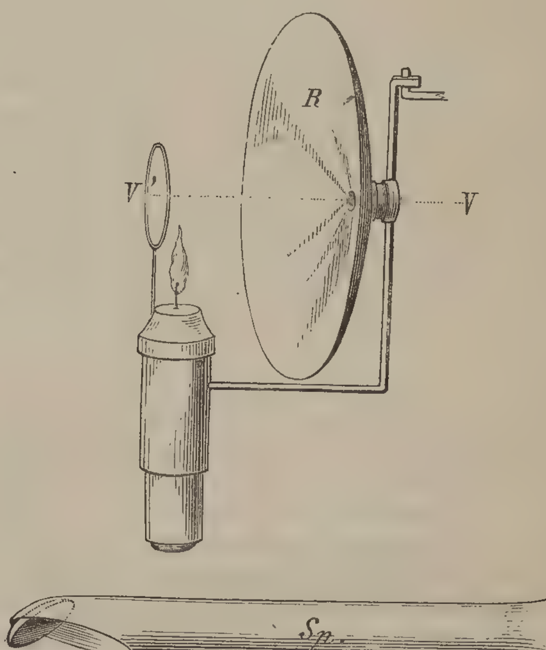


Fig. 3.

On n'a pu représenter ici la petite armature qui tient le réflecteur fixé à la tête, la figure étant trop grande ; dans l'ouvrage de M. Mackensie, l'instrument est figuré tout entier.

En 1854, l'idée d'employer des miroirs pour étudier l'intérieur du larynx pendant le chant, vint à l'esprit de M. Garcia, qui présenta à la Société royale de Londres un mémoire ayant pour titre : « *Observations physiologiques sur la voix humaine.* » Ce mémoire contenait un admirable rapport sur l'action des cordes vocales pendant l'inspiration et la vocalisation, quelques remarques très-importantes sur la production du son dans le larynx, et quelques réflexions précieuses sur la formation des notes de poitrine et de fausset. Les investigations de M. Garcia furent toutes faites sur lui-même ; ce fut lui qui le premier conçut l'idée d'un examen autoscopique. Sa méthode qu'il croyait n'avoir jamais été employée avant lui, consistait à introduire au haut du pharynx un petit miroir fixé à une longue tige convenablement courbée. Il éclairait ce miroir à l'aide des rayons solaires qu'il recueillait sur une glace dirigée de

(1) London, chez Robert Hardwicke, 192, Piccadilly, 1865.

façon à éclairer le fond de sa bouche et à lui permettre de voir l'image reproduite dans cette glace.

Le mémoire de Garcia passa inaperçu et rencontra beaucoup d'incrédulité en Angleterre.

Ce n'est enfin qu'en 1857 que le professeur Turck, de Vienne, au courant des travaux de Garcia, reprit ses expériences pour les abandonner au commencement de l'hiver, car il ne se servait aussi que des rayons solaires. En novembre 1857, le véritable père, l'inventeur de la laryngoscopie, celui qui eut l'honneur d'en faire une méthode sûre et définitive, le professeur Czermack, de Pesth, emprunta au professeur Turck ses miroirs laryngiens à charnières, et incomplets, pour les perfectionner et les éclairer avec la lumière artificielle.

« Il ne faut pas, disait M. Turck, au commencement de « l'année 1857, fonder des espérances exagérées sur l'emploi « du miroir laryngien dans la médecine pratique. »

Mais Czermack, avant la fin de cette même année, montra au monde médical étonné que l'examen de la glotte sur le vivant se devait faire et se faisait aussi sûrement sur tous les malades avec le laryngoscope que l'examen du fond de l'œil avec l'ophthalmoscope.

Ici se termine l'historique de la laryngoscopie dans l'ouvrage de M. Mackensie. Dans une autre revue nous emprunterons à cet ouvrage l'exposé de quelques-unes des vues propres du chirurgien anglais sur ce sujet, et les résultats de ses méthodes thérapeutiques.

Emploi du chlorhydrate d'ammoniaque dans les engorgements laiteux du sein et dans les tumeurs lymphatiques.

Pendant que la thérapeutique expérimentale est en travail et qu'elle cherche, à l'aide de la physiologie, à apporter plus de précision dans les indications et à jeter un peu plus de jour sur l'interprétation des effets, continuons à enregistrer, à mesure qu'ils se produisent, les faits cliniques qui démontrent l'efficacité d'agents depuis longtemps connus et souvent même oubliés, et dont l'action, pour ne nous être révélée que d'une manière empirique, n'en est pas moins utile à enregistrer.

M. Guéneau de Mussy, dans une de ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, a appelé l'attention de son auditoire sur quelques cas d'application du chlorhydrate d'ammoniaque au traitement des engorgements laiteux du sein. Ces faits présentent à nos yeux d'autant plus d'intérêt qu'il s'agit d'une affection commune, que les médecins ont fréquemment à combattre dans leur pratique. Nous empruntons les principaux détails de cette leçon au *Bulletin de thérapeutique* où elle a été publiée.

Il s'agit d'une jeune femme accouchée depuis trois semaines, qui, peu de jours après ses couches, avait eu des gerçures au sein gauche; ces gerçures devinrent le point de départ d'une lymphangite mammaire. Le travail inflammatoire s'étendit au tissu connectif qui sépare et unit les éléments glandulaires; il en résulta un vaste abcès, auquel on donna issue par une incision. De l'autre côté il existait une gerçure profonde exulcérant le mamelon. Cette femme avait continué néanmoins l'allaitement; mais le sein incomplétement vidé sans doute et incessamment congestionné par les efforts répétés de succion que la douleur forçait d'interrompre, devint dur, gonflé, douloureux. On sentait sous la peau, tendue et rouge par places, des agglomérations de conduits sinueux constituées par les vaisseaux galactophores. M. Guéneau de Mussy essaya, chez cette malade, une médication qui lui avait déjà donné, dit-il, de bons résultats, notamment chez une malade qui présentait un engorgement laiteux avec gonflement, douleurs et une rougeur si intense qu'il y avait lieu de craindre un commencement de suppuration. Cette méthode consiste dans l'application de cataplasmes arrosés d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque. On fait dissoudre ce sel à la dose de 10 ou 20 pour 100, suivant les cas, dans une décoction de pavots ou dans de l'eau additionnée de teinture thébaïque.

Cette médication, disons-nous, a été appliquée chez la malade dont il s'agit, après lui avoir fait cesser toutefois l'allaitement et lui avoir prescrit un purgatif et un régime alimentaire restreint. Sous l'influence de cette médication, le volume de la mamelle a considérablement diminué, il est devenu indolent même à la pression; cependant on sentait encore, à la partie inférieure, un noyau d'engorgement, gros comme une noix, et qui avait quelque chose de suspect, d'autant plus qu'il y avait un peu d'œdème autour de ce noyau. On continua l'emploi du topique résolutif, et au bout de quelques jours le sein était revenu complétement à son état normal.

Le sel ammoniacal, ajoute M. Guéneau de Mussy, lui a donné aussi de bons résultats dans certains cas d'adénites à forme subaiguë. Chez les sujets lymphatiques, par exemple, dit-il, on voit survenir quelquefois, dans le cours d'une amygdalite ou d'une affection des téguments de la tête, des engorgements des ganglions cervicaux qui survivent à la lésion dont ils ont été la conséquence. Dans ces cas-là, il fait enduire la région malade, deux ou trois fois par jour, avec une pommade composée de 30 grammes d'axonge, 5 grammes de sel ammoniacal et 1 gramme de camphre. On la recouvre ensuite d'une ouate de coton.

M. Guéneau de Mussy a constaté, il y a deux ans, l'action résolutive de cette pommade chez une jeune fille de huit ans, dont la mère et la sœur étaient mortes tuberculeuses, et qui présentait un engorgement considérable des ganglions et des tissu cellulaire situés au-dessus du ligament de Fallope du côté droit. Tout le tiers inférieur de la fosse iliaque interne était occupé par une tumeur dure, mamelonnée, au centre de laquelle on sentait un point fluctuant. La peau amincie ne tarda pas à s'ulcérer, et il s'écoula un ichor visqueux tenant en suspension des particules caséiformes. La petite ouverture resta fistuleuse; cependant la tuméfaction ambiante n'avait pas sensiblement diminué. Cette jeune fille gardait le lit depuis plusieurs mois, au grand détriment de sa santé générale. On avait déjà essayé une foule de résolutifs en bains, pommades, emplâtres, et on avait en même temps cherché à relever l'activité nutritive par l'emploi intérieur du quinquina, de l'iodure de potassium et des ferrugineux. M. Guéneau de Mussy essaya la pommade ammoniacale, et, au bout de quelques semaines, la tumeur avait subi une diminution notable. Au bout de trois mois de ce traitement, malgré une petite rechute provoquée par une imprudence, cette jeune fille, qui pendant les quatre ou cinq mois précédents n'avait éprouvé aucune amélioration, fut assez bien guérie pour quitter son lit, marcher sans souffrance et reprendre sa vie habituelle, conservant à peine un très-léger empâtement de la région iliaque, qui ne lui causait plus aucune douleur.

DE L'OPHTHALMIE DIPHTHÉRITIQUE,

Par M. le Dr Cyprien Raynaud.

S'il est, en oculistique, une maladie intéressante, curieuse, mal étudiée, peu connue et en même temps importante à connaître, et par l'intensité de ses phénomènes et par la gravité de ses complications, c'est bien celle dont M. Cyprien Raynaud vient d'écrire l'histoire.

Avant lui aucun auteur, en France et même à l'étranger, n'a donné une description complète de cette maladie. Sous le nom d'ophthalmie diphthéritique (1) on confond toutes ces ophthalmies plastiques artificielles qui n'ont rien de commun, et par le peu de gravité, et par leur nature, et par leur traitement, avec la véritable ophthalmie diphthéritique que M. de Graefe a seul bien su décrire.

Ce travail, exclusivement clinique, sera lu avec un vif intérêt.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 24 avril 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le docteur Pétrequin, membre correspondant à Lyon, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Sur un nouveau mode de drainage chirurgical, par le docteur Amédée Paris. Angoulême, 1867;

De l'occlusion intestinale, par le docteur Putégnat (de Lunéville).

La correspondance manuscrite comprend :

Une demande de congé de la part de M. Desormeaux;

Deux observations de M. le docteur Dauvé, chirurgien militaire : l'une sur les luxations complètes de l'astragale en dehors et en avant; l'autre, sur l'ankylose rectiligne du coude.

Ces observations seront renvoyées à une commission composée de MM. Saint-Germain, Després et Verneuil.

M. Sistach, membre correspondant à Constantine, adresse une observation de hernie lombaire. (Sera publiée dans le Bulletin.)

LECTURE.

M. Pétrequin donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Recherches historiques sur l'opération du trépan.*

Discuter la question du trépan au point de vue purement moderne, dit M. Pétrequin, ce serait déjà une entreprise fort difficile en raison des divergences extrêmes auxquelles on se heurte à chaque pas; mais discuter cette question au point de vue antique, en regard des idées modernes dont il faut tenir compte, c'est une tâche bien autrement ardue. Je ne connais aucun travail complet sur cette matière, et je conçois qu'on ait reculé devant ce labeur. Les difficultés mêmes du sujet seront mon excuse, si les solutions que je vais essayer de formuler laissent quelque chose à désirer.

L'antiquité était très-favorable à la trépanation; au dix-huitième siècle, l'Académie de chirurgie la mit à son tour en honneur; puis vint l'école de Desault, et sous son influence une vive réaction s'est opérée, qui n'a pas cessé depuis lors. Voici comment M. Velpeau, en 1839, a cru devoir peindre l'état des choses : « Desault et son école,... revenant aux idées de Van Wyck, Aïtken et Metzger, ont eu raison d'établir en règle générale que l'opération du trépan est rarement nécessaire, qu'elle est souvent nuisible, et qu'on doit s'en dispenser dans une foule de cas où les chirurgiens du dix-huitième siècle la recommandaient. Cette doctrine que soutient Græfe, à Berlin, que les chirurgiens anglais ont adoptée (2), a généralement prévalu en France, où elle a trouvé un défenseur exagéré dans M. Gama. etc. (*Méd. opér.*). Ces opinions ne sont-elles pas un peu trop exclusives? C'est ce que je ne veux pas examiner ici; remarquons seulement que M. Velpeau lui-même ne peut s'empêcher d'ajouter immédiatement que « Cependant Larrey, Roux, Dupuytren, Delpech, ont mis la trépanation un certain nombre de fois en usage avec succès. Béclard, A. Dubois n'ont pas été moins heureux, etc. » C'est là peut-être un motif pour réclamer contre l'arrêt de condamnation dont on veut frapper le trépan, et pour s'associer à la protestation que Murat ne craignait pas de faire en 1844 au sein de l'école de Paris : « Tous les chirurgiens judicieux penseront que la proscription de cette opération est aussi injuste, que l'abus qu'on en a fait à diverses époques était condamnable; car la pratique de la chirurgie offre des cas dans lesquels rien ne saurait suppléer à l'opération du trépan et où ce moyen, employé en temps opportun, arrache le malade à une mort certaine. » (*Dict. de méd.* en 30 vol.) On peut ajouter que L. J. Sanson pensait de même (*Dict. de méd. et chir.*, en 15 vol., 1832, VIII.) Tâchons donc de faire un instant table rase à l'endroit de toute opinion systématique pour ou contre la trépanation, afin d'aborder cette intéressante et difficile question avec un esprit indépendant et dégagé de toute idée préconçue.

De nos jours, on s'accorde à poser ainsi les indications : « Le but de la trépanation est — de livrer passage aux liquides qui ont pu s'épancher dans la cavité crânienne, — de permettre de relever les esquilles enfoncées dans le cerveau, — d'extraire tout corps étranger dont la présence serait de nature à gêner les fonctions cérébrales. » Velpeau (*Élém. de méd. opér.*, 1839, t. III), Sanson (*Dict.* en 15 vol.), Murat (*Dict.* en 30 vol.), etc., formulent les mêmes règles.

Telle n'était point la doctrine d'Hippocrate, qui diffère essentiellement de celle qu'on enseigne aujourd'hui dans nos écoles; voici comment il l'expose lui-même, § IX (Littré, t. III, p. 240) : « Parmi « les lésions traumatiques du crâne, celles qui réclament l'emploi du « trépan (*Modiolus*), sont : — la *contusion,* qu'elle se dérobe à la vue « ou qu'elle soit apparente; — et la *fracture,* qu'elle soit cachée à « l'œil ou manifeste; — et de même encore l'*hédra* ou *empreinte* « produite sur l'os par l'arme vulnérante, s'il s'y joint une fracture « ou une contusion, ou si une contusion sans fracture vient seule la « compliquer; c'est dans ce cas que l'empreinte exige l'application « du trépan. — Mais s'il s'agit d'un os qu'un *enfoncement* a déprimé « hors de sa position normale, il en est peu dans le nombre qui aient « besoin de la trépanation, et il en sera d'autant moins besoin que les « os seront plus enfoncés et plus brisés; — l'*hédra* aussi, prise en « elle-même et survenue sans fracture ni contusion, ne réclame pas « davantage l'emploi du trépan. » — On voit combien j'avais raison de dire qu'il était indispensable ici de faire préalablement table rase; car cet énoncé d'Hippocrate s'éloigne tellement des idées reçues chez nous, qu'il bouleverse de fond en comble tout le système de notre enseignement didactique. De toutes les questions diverses que soulève notre auteur, je ne veux pour le moment en aborder qu'une seule, celle de la contusion; les autres pourront venir en leur temps.

De la trépanation dans les contusions du crâne.

Qui trépane aujourd'hui pour une contusion du crâne? et qui ne s'étonne de voir Hippocrate le faire et le prescrire? Qu'on veuille bien, toutefois, l'entendre avant de condamner sa doctrine! Il commence par décrire le mal : « Il y a, dit-il, § V (Littré, p. 200), il y a plusieurs degrés dans la contusion : ainsi elle peut être plus ou moins profonde; elle est tantôt plus profonde et traverse toute l'épaisseur de l'os; tantôt moins profonde et n'intéressant pas l'os dans toute son épaisseur. » La règle, pour Hippocrate, était d'enlever la partie contuse. Dans le premier degré, il pratiquait ce que je nommerai une *demi-trépanation,* en emportant avec la couronne la table externe jusqu'au diploé, comme on le voit dans l'observation 16 du Ve livre des *Épidémies.*

Hippocrate entraîna, par son exemple, tous les chirurgiens de l'antiquité, dont on pourrait invoquer la pratique à l'appui de la sienne. Ils ne différaient guère que par leur manière d'opérer : Celse employait la rugine, Galien la tarière et les ciseaux à excision, etc. « Il peut arriver, dit Celse, VIII, 3, qu'à la suite d'un coup l'os ne soit ni brisé ni fendu, mais atteint d'une contusion superficielle qui en rend la surface inégale : il suffit alors de ruginer et de polir la partie lésée. » — Galien écrit de son côté (Gorchi, *Græcorum chirurgicorum libri,* Florent. 1754, p. 109; Oribas, XLVI, 21, éd. Daremb., IV, 180) : « S'il existe une contusion du crâne compliquant une fracture, il faut exciser la partie contusionnée de l'os, en se servant de ciseaux à excision, après que l'on aura préparé les voies à l'aide de tarières. — Paul d'Égine admet, dans la contusion, les deux degrés dont il vient d'être parlé, et se conduit d'après les principes d'Hippocrate et de Galien, VI, 90. — Mais celui de tous dont le travail est à mon avis le plus satisfaisant, c'est Héliodore (contemporain de Trajan et de Juvénal), qui nous initie aux motifs de sa conduite; il étudie la question en pathologiste expérimenté; il fait voir que la contusion du crâne, négligée, peut être suivie d'accidents graves, que souvent il survient au-dessous un abcès qui décolle la dure-mère et altère l'os; il remarque que la collection purulente se forme précisément au-dessous de la région contusionnée, et il conclut que le remède héroïque est la trépanation; il veut que l'os contus du malade soit excisé après l'avoir entouré de trous à l'aide de la tarière; il note que cette opération réclame beaucoup de soin et de précision, pour ne pas blesser les méninges, etc., (Oribas, XLVI, 17.)

On comprendra, après ce qui précède, que cette trépanation qui, dans les mains d'Héliodore était *curative,* Hippocrate voulait lui donner une qualité de plus en la rendant *préventive.* Qu'y a-t-il de fondé dans la doctrine d'Hippocrate? Il faut avouer que, dans l'état actuel de la science, rien ne semble plus difficile à déterminer. De nos jours on n'accorde plus guère à l'operation ni l'une ni l'autre des deux qualités dont il s'agit; la contusion ne figure même plus parmi les indications opératoires. Nous vivons sous l'empire de l'école de Desault; les esprits se sont détournés de la tradition, pour se concentrer dans le présent; on ne veut admettre que des faits nouveaux; on récuse les faits anciens comme mal observés, si bien qu'ils se trouvent relégués dans l'ombre. On ne paraît plus guère vouloir tenir compte des enseignements du passé, et pourtant il semble qu'ils ne méritent ni cet oubli ni ce dédain.

Or, qu'apprend l'expérience? En compulsant les recueils d'observations, je constate (pour ne parler que des phénomènes locaux) qu'une contusion notable du crâne peut produire deux sortes d'accidents : comme accidents *primitifs,* on trouve les *épanchements sanguins,* extérieurs entre le péricrâne et l'os; ou intérieurs entre le crâne et la dure-mère, ou bien les deux simultanément. Or, sans nous arrêter aux phénomènes de compression qu'ils peuvent produire, je note qu'il n'est pas rare que ces épanchements ne se résorbent pas, surtout les derniers, et qu'ils finissent par engendrer des complications fâcheuses. — Comme accidents *secondaires,* on a à redouter : 1° des

(1) In-8°. Paris, 1866, Adrien Delahaye.

(2) Nous verrons plus loin qu'il y aurait plus d'une restriction à faire à l'égard de cette appréciation. Tout récemment M. Le Fort, mettant en parallèle la chirurgie anglaise et la chirurgie française au point de vue du trépan, a formellement accusé la première de pécher par excès et la nôtre par défaut; de 1855 à 1866, les recueils anglais renferment 137 observations de trépanation pour des fractures du crâne, tandis que les recueils français n'en mentionnent que 4 cas seulement. (*Soc. chirurgic.*)

abcès dans les mêmes lieux que l'épanchement sanguin ; — 2° L'*ostéite* de la portion contuse du crâne ; — 3° Souvent une *carie* ; — 4° Plus souvent encore une *nécrose*. Ces lésions secondaires présentent une gravité particulière à cause non-seulement de leur durée chronique, mais encore des réactions morbides qu'elles provoquent dans les méninges et le cerveau, cinquième genre d'accidents, en sorte que, si d'abord on n'y porte remède, la mort du blessé en est fréquemment la conséquence. La mortification partielle du crâne est un fait assez ordinaire quand la contusion s'accompagne de dénudation ; mais celle-ci n'est point indispensable pour la production de la nécrose et des autres accidents secondaires.

Comment les chirurgiens des derniers siècles ont-ils compris et formulé les indications opératoires ? J'éviterai de prendre mes exemples dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, qu'on accuse d'avoir été trop favorable à la trépanation ; je me bornerai à un petit nombre de citations, mais je les choisirai dans des ouvrages qui ont mérité de faire autorité, de leur temps. Ledran, qu'on qualifie « un des chirurgiens les plus habiles et des écrivains les plus judicieux du dix-huitième siècle » (Dezeimeris, *Dict. historiq. de la méd.*), Ledran expose ainsi son opinion : « Plusieurs expériences nous apprennent que la dure-mère devient malade en conséquence de la contusion de l'os, et que la maladie dégénère en pourriture, ce qui a jusqu'ici emporté plusieurs malades, malgré les secours usités : il faut absolument trépaner de bonne heure. » Puis, faisant allusion aux indications classiques de l'opération, il conclut : « La contusion de l'os est un cas où le trépan n'est pas moins nécessaire, non à cause que l'os est contus, mais pour prévenir la maladie de la dure-mère et de la pie-mère qui en est une suite presque inévitable. » Ainsi pour Ledran, comme pour Hippocrate, la trépanation constituait dans ce cas une médication préventive ; et ce n'était pas une opinion purement théorique : il l'étayait sur l'observation. Au seizième siècle, A. Paré trépanait aussi dans la contusion du crâne (voy. l. X, c. 5). Au dix-septième, Dionis, dans son *Cours d'opérations* (p. 516), est on ne peut plus explicite : « Quoique la contusion soit sans scissure (fracture) et qu'elle ne paraisse que comme un écachement (écrasement) semblable à celui que fait un coup de marteau sur du bois, il ne faut pas laisser de trépaner, parce que les fibres de l'os y sont désunies, et alors, c'est à l'endroit de la contusion que l'opération doit être faite. » Tels sont les principes que Dionis professa dans son cours public d'opérations de 1673 à 1680, qu'il maintint dans la publication qu'il en fit en 1707, et que de Lafaye reproduisit dans son édition annotée de 1740.

A la fin du dix-huitième siècle, nous retrouvons dans Lassus un nouveau champion de ces idées, précisément à l'époque où le célèbre Desault, influencé par une série de revers, et ne tenant peut-être pas assez compte des conditions défectueuses de l'Hôtel-Dieu de Paris, si bien appréciées par Dionis, crut pouvoir ériger des circonstances particulières au rang de loi générale, si bien qu'il en vint à peu près à proscrire le trépan. Lassus, dans sa *Médecine opératoire* (1794, t. II, p. 195), distingue deux degrés dans la contusion.

Premier degré : « Si elle se borne à la table externe... il survient une tumeur qui ne se termine point par résolution, malgré les toniques les plus résolutifs, etc... ; il y a nécessité de l'ouvrir pour donner issue au pus qui est ichoreux. L'os est à découvert, il est d'un blanc terne ou jaunâtre, et l'ulcère ne peut guérir que par l'exfoliation osseuse. »

Deuxième degré : « Si les cellules du diploé ont été rompues, les vaisseaux sanguins fourniront la matière d'un épanchement entre les deux tables de l'os..., qui donnera lieu consécutivement à une suppuration putride, laquelle cariera le crâne en s'étendant au loin entre les deux tables qu'elle corrodera... et qui seront percées de plusieurs trous comme un crible, etc... ; maladie toujours mortelle lorsqu'on n'y remédie point dans son principe, et qu'on ne peut guérir qu'en... appliquant le trépan, etc. »

Ce ne sont point là des vues purement spéculatives ; Lassus étudie la question en clinicien ; il s'appuie sur des observations fort probantes avec autopsie, où l'on constate le développement des diverses lésions qu'il vient de décrire ; épanchement sanguin, nécrose, carie, abcès, inflammation des méninges, etc.

Ainsi, sans aller plus loin, voilà pour l'école française une série non interrompue durant trois siècles de témoignages imposants en faveur de la trépanation. Richter, pour ne pas remonter plus haut, va nous servir d'exemple à la fois pour les écoles allemande et italienne ; car la tradition de Volpi a rendu ses *Éléments de chirurgie* classiques en Italie, comme ils l'ont été en Allemagne, à la fin du dix-huitième et au commencement du dix-neuvième siècle. La popularité de l'œuvre de Richter n'a fait que s'accroître dans les universités de la Péninsule avec la nouvelle édition en dix vol. in-8° de mon regrettable ami Ranieri Cartoni, de Pise, qui la commença en 1825, sous la direction de son illustre maître Vacca Berlinghieri, et qui l'a continuée jusqu'en 1847, en l'enrichissant d'un commentaire. Richter établit que, dans la contusion du crâne, il y a deux indications à remplir : l'une consiste à prévenir les accidents dont on est menacé, et l'autre à les combattre et à les dissiper quand ils viennent à se déclarer. Il note que les chirurgiens ont rarement à s'occuper de la première sur laquelle les blessés ont assez coutume de se faire illusion. Quant à la seconde, voici ce qu'il conseille : « A la première apparition des effets consécutifs de la contusion, le chirurgien doit recourir à l'opération du trépan ; celle-ci doit sans faute être exécutée aussitôt que les premiers symptômes se manifestent. La moindre temporisation peut être fort dommageable et même causer la mort, car du moment que la dure-mère et la pie-mère restent ainsi dans un état d'altération et de pourriture, et la surface du cerveau sous une couche d'humeur ichoreuse, le blessé doit être considéré comme perdu. La trépanation dans ce cas réunit trois avantages : 1° elle enlève la portion altérée du crâne ; 2° elle diminue la tension qu'entraîne l'inflammation des méninges ; 3° elle ouvre une libre issue aux humeurs ichoreuses disséminées entre le crâne et la dure-mère. » (Voy. éd. Volpi, 1798, t. III, p. 40.) On ne saurait être plus catégorique que Richter, dont l'opinion est partagée par Volpi et Vacca Berlinghieri, etc.

Il me reste maintenant à produire un des principaux représentants de la chirurgie anglaise, dont personne ne contestera la haute compétence, je veux parler de Percival Pott ; son opinion est formelle ; sa manière d'argumenter est judicieuse et convaincante ; dans son mémoire (voy. Pott, *Œuvr. chirurg.*, trad. fr., 1777, t. I, p. 49 à 82), ce sont les faits qui parlent, et ils sont en grand nombre. Voici comme spécimen quatre observations de *contusion du crâne sans plaie* qui me paraissent propres à jeter une nouvelle lumière sur la question que j'agite.

Obs. I. — Un pauvre garçon est renversé sans connaissance par un coup violent sur la tête ; porté à l'hôpital, il est saigné, et au bout de deux heures il reprend ses sens. Le lendemain, deuxième saignée, il sort de l'hôpital le cinquième jour pour reprendre son travail. Il y rentre le douzième jour, affaibli et le visage défait ; forte céphalalgie, soif, pas de sommeil ; troisième saignée. Le lendemain, quatrième saignée. Le quatorzième jour, il fut pris d'un frisson qui se renouvela plus intense le lendemain et fut suivi d'un délire avec convulsions. Le blessé mourut le dix-septième jour. Il n'avait offert d'autre symptôme local qu'un gonflement léger, perceptible seulement le quatorzième jour, sur la région de la tête qui avait reçu le coup. On y avait fait une incision sans trépaner. A l'autopsie, on trouva le péricrâne décollé au niveau de la tumeur, l'os dénudé et ayant perdu sa couleur normale, et au-dessous un foyer considérable de pus entre le crâne et la dure-mère, sans trace de maladie en aucun autre point.

Voilà un exemple remarquable de contusion du crâne, suivie d'une méningite partielle ; il est à noter que l'inflammation était circonscrite au lieu contus. Ce cas, très-caractérisé, où la nature et la médecine furent impuissantes à sauver le blessé, mérite de fixer l'attention des opérateurs ; il en est de même du suivant :

Obs. II. — Un enfant de neuf ans est renversé par un coup de bâton sur la tête et reste un instant étourdi. On ne constate qu'un léger engorgement, et les premiers jours il n'y a point d'accidents. Le sixième jour, céphalalgie, vomissements, fièvre et nausées persistant jusqu'au douzième jour, où survient un premier frisson, suivi le lendemain d'un second qui se compliqua de délire. Pott appelé alors, trouve une tumeur fluctuante et propose le trépan. Il incise et découvre le crâne qui est dépouillé et a perdu sa couleur naturelle ; mais, comme il n'y avait pas de fracture, la famille et le médecin s'opposèrent à la trépanation. L'enfant, après trois jours de délire, tomba dans un état d'insensibilité et mourut. Pott, à l'autopsie, trouva l'os altéré, la dure-mère décollée sous le pariétal gauche et une partie du temporal et couverte d'un pus abondant ; en outre, sous la partie moyenne du pariétal, la dure-mère décolorée fut incisée et laissa sortir une cuillerée de matière purulente. Tout le reste était sain dans le crâne. « Quand je vis l'enfant, dit Pott, il ne restait plus que la trépanation qui pût procurer quelque bien. Je ne prétends pas dire qu'elle eût sûrement sauvé le blessé... mais elle était le seul moyen qu'on pût convenablement employer... J'avais été contrarié, j'ose dire mal à propos, pour la manière de gouverner le malade. »

Dans les deux cas analogues qui suivent, Pott put mettre en pratique les conseils qu'il donnait ici, et l'opération réussit malgré la gravité des accidents.

Obs. III. Un ouvrier tombe d'un deuxième étage et perd connaissance. Il ne tarde pas à revenir à lui. Il y a une contusion sans plaie au côté droit du front et au bras, il est saigné et pansé. Le deuxième jour, il reprend son travail. Le sixième, il rentre à l'hôpital : vive céphalée, vertiges, nausées. Incision de la tumeur frontale qui laisse échapper un liquide noirâtre ; le crâne est dépouillé de périoste ; saignée du bras. Le septième, fièvre, insomnie avec agitation, troisième saignée. Le huitième, fièvre persistante, constipation. Saignée de la jugulaire, purgatif. Le neuvième, pouls dur, accéléré ; peau chaude et aride ; saignée de l'artère temporale. Le dixième, il y a eu un frisson ; la plaie a pris un mauvais aspect ; elle est pâle, spongieuse ; il y a décollement du péricrâne. Pott trépane et enlève un disque sous lequel il trouve la dure-mère altérée et couverte de pus. Le onzième, il y a eu un autre frisson ; la fièvre est plus forte, la douleur plus aiguë et la plaie plus laide ; large couronne de trépan près du temporal, qui donne issue à une quantité considérable de matière purulente. Nouvelle saignée qui est suivie d'une défaillance ; lavement laxatif. Le lendemain, douzième jour, soulagement prononcé qui alla croissant. Il s'écoula beaucoup de matière par les ouvertures du trépan, la plaie s'améliora rapidement ; on prescrivit le quinquina et la terminaison fut heureuse, « grâce, dit Pott, à l'opération du trépan, aidée d'abondantes saignées. »

Obs. IV. Un garçon de douze ans reçut un coup de bâton sur le front et perdit connaissance ; transporté à l'hôpital, il revint à lui. Tumeur sanguine au front ; saignée. Le deuxième jour, fièvre, constipation. Nouvelle saignée, suivie d'un purgatif, topiques résolutifs. Il sort le neuvième jour, il rentre à l'hôpital le quatorzième ; fièvre, céphalalgie, vertiges ; saignée, puis vomitif, ensuite purgatif. Le dix-septième, frisson, aggravation du mal de tête, et de la fièvre qui empire le dix-huitième. Le dix-neuvième, douleurs vives au front ; nouvelle saignée, mais sans amendement. Le vingtième, frisson, enflure douloureuse au front. Pott incise, fait sortir un liquide décoloré et trouve le péricrâne décollé dans la largeur d'un écu. Il ne voit d'autre ressource que le trépan qu'il applique à l'instant même ; il donne issue à la matière purulente formée entre le crâne et la dure-mère ; l'écoulement continua une semaine avec des symptômes graves ; puis la suppuration diminua, la dure-mère s'incarna et le blessé guérit. Il prit sur la fin une décoction de quinquina.

Voilà, ce me semble, des faits probants en faveur de la trépanation dans certaines contusions du crâne. Je n'ignore pas que toutes les tentatives opératoires de Pott n'ont pas été aussi heureuses ; mais quelle est l'opération qui pourrait prétendre l'être toujours ? C'est ici le lieu de rappeler ces judicieux conseils que son compatriote, Benjamin Bell, formule dans un ouvrage estimé (*Cours de chirurgie*, trad. de Bosquillon, 1796, t. III, p. 69) : « Lorsqu'on agit d'après des principes dont la vérité ne peut être constestée, il faut songer uniquement au danger imminent qu'on se propose d'éviter, ne pas s'arrêter au nombre des succès, et oublier toute autre considération pour ne s'occuper que de sauver le malade. Si on n'opérait que quand on est sûr de réussir, il en périrait beaucoup qu'on aurait pu sauver par le trépan ;... toutes les fois qu'après y avoir mûrement réfléchi, il paraît qu'il ne reste qu'un seul moyen de guérison, on doit y recourir sans balancer, quelque douteux qu'en puisse être le succès. »

Ainsi nous rencontrons dans tous les pays des chirurgiens éminents qui se prononcent hautement en faveur de la trépanation dans certaines contusions du crâne ; cet accord est ici d'un grand poids ; et rien, au milieu des difficultés du sujet, rien ne saurait mieux faire comprendre avec quelle profonde sagacité Hippocrate avait su juger la gravité d'un mal, souvent léger en apparence, et combien la doctrine de ce grand observateur est digne de notre attention.

Je pourrais arrêter ici cette discussion : mais certainement ma voix aura plus de chance d'être écoutée si je puis faire entendre, dans le même sens, la voix d'un de nos maîtres dont je suis heureux d'invoquer l'autorité ; je veux parler de M. Velpeau qui, en 1834, dans sa monographie sur la trépanation, a étudié la question sous une de ses faces, c'est-à-dire au point de vue de la nécrose. Il rapporte trois cas où cette nécrose du crâne entraîna la mort.

Obs. I. Un garçon de seize ans se heurta violemment la tête contre une cheminée. Les signes de commotion qu'il présenta sur-le-champ se dissipèrent bientôt, et le lendemain il se crut guéri.

Mais la plaie ne se cicatrisa pas, et, au bout de quelques mois, on reconnut qu'elle reposait sur une portion nécrosée de l'occipital. D'autres symptômes survinrent du côté de la région cervicale, et la mort eut lieu le neuvième mois. Or la nécrose qui, baignant dans le pus par ses deux faces, n'avait qu'un pouce de diamètre, eût été facile à enlever avec le trépan ; elle n'avait encore subi qu'un léger travail d'élimination.

Obs. II. — En 1833, on amena dans le service de M. Velpeau, une femme de soixante-deux ans, qui portait, au-dessus de la bosse pariétale gauche, une plaie accompagnée de fracture et de nécrose dans l'étendue de quinze lignes. La blessure datait de trois semaines, et résultait d'un coup de pelle de cheminée. L'intelligence était altérée ; il y avait de la somnolence, de l'hébétude, mais point de paralysie. On ne crut pas devoir recourir au trépan. Quinze jours après, des symptômes de méningite se manifestèrent tout à coup, et la mort ne tarda pas à survenir. Une couche semi-purulente se remarquait par diffusion sur différents points des hémisphères ; le point des lobes antérieurs correspondant à la plaie était en suppuration, et la dure-mère grisâtre et perforée. La nécrose eût été facile à cerner.

Obs. III. — En 1833, un paysan reçoit un coup de marteau à côté de la bosse occipitale ; il entre dans le service de M. Velpeau. On distinguait une nécrose au fond de la plaie ; mais comme il n'y avait pas d'accidents, on ne crut pas devoir trépaner. Quelques symptômes inquiétants alternèrent avec un état de bien-être parfait, durant six semaines ; puis une méningite se déclara et entraîna la mort. M. Velpeau avoue qu'il a peine à se défendre de l'idée que si ces malades avaient été trépanés avant le développement de la phlegmasie cérébrale, ils eussent probablement survécu ; et certes tout ce qui précède dans notre mémoire milite puissamment en faveur de cette conclusion. Voici maintenant, en regard des faits cliniques, les règles que croit devoir poser l'honorable professeur : « Souvent, dit-il, il ne se dépose sous l'os contus, qu'une couche mince de liquide, et le malade n'est affecté que d'une simple nécrose qui peut se détacher à la longue, mais qui, abandonnée à elle-même, devient souvent la source d'accidents nombreux, si même elle ne finit pas par amener la mort. L'emploi du trépan est d'autant plus positivement indiqué dans ce cas qu'on est certain d'agir sur le mal, et qu'il n'expose presque à aucun risque. Une nécrose qui comprend toute l'épaisseur des os du crâne est une cause incessante de mort. S'il est vrai qu'elle reste parfois latente et en quelque sorte ignorée de l'organisme, il l'est aussi qu'elle peut amener des abcès, des érysipèles, des fusées purulentes au dehors, des foyers ichoreux, l'inflammation des méninges ou du cerveau, à l'intérieur. Le trépan n'eût-il d'autres avantages, alors que d'offrir une issue aux liquides qui suintent ou peuvent suinter du côté de la dure-mère, il ne faudrait pas hésiter à y recourir ; mais il peut faire mieux, il peut enlever la totalité du mal et mettre la nature en état de procéder activement à la fermeture du crâne. Pour moi, je suis disposé à soutenir qu'une nécrose des deux tables des os du crâne est par elle-même, qu'elle soit ou non accompagnée de phénomènes de compression, une indication fondée de trépanation. » (*Du trépan dans les plaies de tête*, 1834.)

On ne saurait être plus affirmatif que M. Velpeau ; je n'ignore pas qu'il ne tient plus le même langage dans sa *Médecine opératoire* (3 vol. 1839). Mais on serait mal autorisé à vouloir mettre en opposition l'auteur de 1834 et le professeur de 1839. Je m'explique parfaitement les différences qu'ils présentent : l'un, ayant à rédiger un traité technique général, n'a pu aborder pour chaque question toutes les circonstances de détail ; l'autre au contraire, ayant à composer une monographie, avait pour devoir d'entrer dans de plus amples développements et d'approfondir de son mieux tous les points de son sujet ; ce qui donne du prix à ses conclusions, c'est qu'ici son avis est plus étudié.

En résumé, l'ensemble des accidents que nous avons vus résulter des contusions du crâne, et qu'une chirurgie active peut prévenir ou dissiper, montre surabondamment la haute importance d'une intervention opportune de l'art. C'est un enseignement précieux tiré de la chirurgie d'Hippocrate ; il prouve une fois de plus combien elle est féconde et combien les vues de ce grand maître sont dignes de nos méditations. C'est une indication opératoire nouvelle ou, si l'on préfère, renouvelée, qui mérite d'être enregistrée et examinée de nouveau. La science moderne, en la laissant tomber dans l'oubli, a commis une faute qu'elle devra réparer.

Assurément je n'ai pas la prétention d'avoir tranché en dernier ressort cette grave question, car un effort individuel comme le mien ne saurait avoir une telle prérogative. J'ai du moins l'espoir de l'avoir consciencieusement étudiée et fait une œuvre utile en rappelant une tradition oubliée, et de l'avoir, en la dégageant de toute hypothèse, replacée sur son véritable terrain, celui de la pratique de l'art qui nous intéresse toujours, enfin de l'avoir entourée d'assez de témoignages et de faits pour lui assurer une valeur et une autorité que ne sauraient récuser les esprits sérieux les plus sévères. Dans cette conviction, j'ai cru devoir porter la cause devant la Société de chirurgie : si elle doit triompher, comme je l'espère, nul autre tribunal ne sera plus apte à la connaître et à la juger.

Discussion sur l'opération du trépan.

M. Larrey lit la première partie d'un travail sur l'opération du trépan.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Marjolin présente deux pièces pathologiques relatives :

1° A un abcès tuberculeux de la partie supérieure du tibia ;

2° A des fongus multiples des os du crâne.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire, Dolbeau.

CORRESPONDANCE.

Mascara, 7 avril 1867.

A Monsieur le Directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans le numéro de mars et avril 1867, à la page 133 du *Journal de l'Anatomie*, publié par le professeur Ch. Robin, je lis : « On saura maintenant que la raison intime de la fièvre « est dans le système nerveux et plus particulièrement dans le « système vaso-moteur. » J'ai dit la même chose, en appelant la fièvre « une névropathie cardio-vaso-motrice, » dans ma brochure sur la maladie en Algérie. Voilà une grande vérité démontrée; chacun s'en réjouira. Mais ce n'est pas tout, et il ne faut pas s'arrêter là. Dans la brochure que je viens de rappeler, j'ai énoncé cette proposition, plus générale et tout à fait fondamentale :

« Dans toute maladie aiguë, non traumatique, quels que soient son siége et sa forme, toujours le trouble premier, initial, gît dans le système nerveux, et c'est l'action nerveuse ainsi modifiée qui commande et régit l'évolution des phénomènes morbides ultérieurs. » Ainsi toutes les maladies sont des névropathies, ou l'effet secondaire et éloigné de névropathies. La démonstration de cette proposition est digne du talent et de l'attention de MM. Voisin et Liouville.

Comme toutes les grandes vérités, celle-ci se démontre de bien des manières : — 1° Par l'étiologie; — 2° Par l'observation clinique, en cherchant l'ordre d'apparition et de succession des phénomènes morbides, et montrant ensuite qu'il y a entre eux, relation de cause à effet : le premier engendre le second, celui-ci le troisième, et ainsi de suite; — 3° Par la thérapeutique. — Où, sur quels organes ou fonctions portent leur action nos médicaments puissants, opium, quinine, émétique, purgatifs, rubéfiants, vésicants...? (Est-il un médecin éclairé qui croie qu'il n'y a, dans l'action de l'émétique et du sulfate de soude, rien autre que l'évacuation de matières contenues dans le tube digestif?) — 4° Par l'expérimentation sur les animaux vivants.

MM. Voisin et Liouville trouveraient là des démonstrations en nombre infini et dans chaque fait, beaucoup moins particulières et spéciales que celle donnée par le *curare*, d'une bien autre richesse surtout. Après cela nous pourrons aborder l'étiologie, si importante et si ignorée, devenue alors visible et intelligible. Une fois l'étiologie acquise, nous avons le processus morbide : 1° Conditions qui préparent l'organisme à recevoir le choc de la cause; 2° influence de la cause; 3° modification morbide de l'action nerveuse (laquelle est, sans doute, universellement répandue, le tissu nerveux n'étant qu'un perfectionnement (Vulpian), un condensateur); 4° évolution des lésions, etc.

On peut dire qu'alors la médecine sera constituée, non comme une science à part, mais comme fraction ou partie intégrante de la science générale, et elle prendra rang à sa place naturelle, au sommet, à l'opposé de l'arithmétique et de l'algèbre, qui sont à la base et supportent tout l'édifice scientifique.

Veuillez agréer, etc. HELYE, d. m. p.

Médecin-major à l'hôpital militaire de Mascara (Algérie).

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente	204 fr.
M. le docteur Ph. Ricord	50 »
M. le professeur Béhier	40 »
M. Desmarres père	20 »
Une fille de médecin	1 »
Adam (de Maubeuge)	10 »
Docteur Leenhardt	5 »
X...	5 »
	335 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société de secours des Amis des sciences a tenu sa dixième séance publique annuelle le lundi 29 avril 1867, dans l'amphithéâtre de la Faculté des lettres, à la Sorbonne, sous la présidence de S. Exc. le maréchal Vaillant, membre de l'Institut.

Après une courte allocution du président, le secrétaire de la Société, M. Félix Boudet a présenté le compte rendu de la gestion du conseil d'administration pendant l'exercice de 1866.

Il résulte de ce compte rendu que, depuis sa fondation en 1857, la Société a reçu 571,686 fr. 30, a distribué en secours, à 31 familles, 177,343 francs, et a capitalisé 333,832 francs.

M. Levistal, bibliothécaire à l'École normale, a lu l'éloge de Verdet, souscripteur perpétuel à la Société, maître de conférences à l'École normale supérieure.

La séance a été terminée par une conférence de M. Mascart, professeur de physique au lycée Napoléon.

Cette conférence a eu pour objet les applications de l'analyse spectrale à l'astronomie physique et à la constitution des étoiles et des nébuleuses.

Nota. — La souscription nécessaire pour devenir membre de la Société, est de 10 francs. On peut se faire inscrire ou envoyer son adhésion au bureau de la Société, place Saint-Sulpice, n° 6.

— M. le docteur J. Béneys, chirurgien aide-major sous le premier empire, au 155e de ligne, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Grand-Castang, le 26 avril, dans la 80e année de son âge.

— Dans la prochaine séance, le 8 mai, la Société de chirurgie commencera la discussion relative au traitement de la syphilis.

— La Société des médecins du Bureau de bienfaisance de Paris se réunira mercredi prochain, 8 avril, à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement.

Ordre du jour. — 1° Observation d'ophthalmie interne, par le docteur Coursserant; — 2° Observation de carie de l'os iliaque, par le docteur Magnin; — 3° De l'accouchement prématuré, par le docteur Perrin.

— M. le professeur Chatin commencera, le dimanche 5 mai, ses herborisations aux environs de Paris, par une excursion dans le bois du Vésinet et la forêt de Saint-Germain. Départ à 10 heures 35 minutes (gare Saint-Lazare), par le train de Paris à Saint-Germain, pour descendre à la station de Chatou.

— M. le docteur T. Gallard, médecin titulaire de la Pitié, provisoirement chargé d'un service à l'hôpital Lariboisière, fera, dans ce dernier hôpital, un cours de clinique médicale, qu'il commencera le mardi 7 mai 1867, à huit heures du matin, et qu'il continuera les mardis suivants.

Il traitera spécialement des maladies des femmes.

— Le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'école Polytechnique, commencera un cours public sur la réfraction et l'accommodation de l'œil et l'ophthalmoscopie, le mardi 7 mai prochain, à une heure, à son dispensaire, rue Séguier, 2 (ancienne rue Pavée-Saint-André-des-Arts), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Ferdut commencera un cours public d'anatomie lundi prochain, 7 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours sera terminé vers le 20 juillet.

— Le docteur Félix Rochard commencera ses conférences publiques sur les maladies de la peau, à sa clinique, rue Larrey, 1, le mercredi 8 mai, à midi, et les continuera les mercredis et les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 54. — MARDI 7 MAI 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 7 MAI 1867. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 7 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 MAI 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

Depuis plusieurs semaines l'Académie des sciences n'a point reçu de communication qui soit vraiment intéressante pour nos lecteurs.

En Amérique, une convention de professeurs de médecine a dû se réunir à Cincinnati, le 3 mai, pour régulariser l'enseignement médical.

On sait que les universités américaines ne dépendent point de l'État. Elles doivent être autorisées pour conférer des grades; mais en tout ce qui touche leur administration intérieure, elles sont pleinement libres. Généralement l'année scolaire y est assez courte ; sa durée est de quatre à cinq mois. Aussi existe-t-il des facultés de printemps, d'été, d'automne et d'hiver. A chaque saison, un certain nombre de professeurs, venus parfois des villes voisines, s'assemblent dans un lieu propice, et commencent à faire des leçons. Ordinairement chacun d'entre eux cumule plusieurs spécialités; les cours se succèdent pendant la journée entière, et la session finie compte pour une année. Ainsi le cycle des études peut être parcouru en quelques mois.

On ne se momtre pas très-exigeant pour les jeunes gens qui veulent s'inscrire. Plusieurs Facultés ne demandent pas même la connaissance des langues anciennes ou des auteurs classiques; il suffit presque, pour être admis par elles, de payer régulièrement le prix des inscriptions, des examens et des diplômes. Ce prix varie d'une ville à l'autre. Certaines universités l'ont augmenté dans des proportions considérables, tandis que d'autres s'en tenaient aux anciens tarifs. La convention de Cincinati devra examiner s'il ne serait pas bon d'établir une moyenne tant pour les prix que pour les examens et pour les études préliminaires qu'on exigerait des étudiants. L'opinion publique, en Amérique, est très-contraire à l'état de choses actuel, et on y cite nos Facultés françaises comme un idéal dont il sera sans doute difficile de se rapprocher avant longtemps.

La Société médicale du comté de Philadelphie a été saisie récemment d'une grave question. Il s'agissait de décider si les membres de cette Société auraient le droit de traiter en confrères les femmes qui pratiquent la médecine, et de se rencontrer avec elles en consultation chez les malades.

Une résolution prise en 1860 mettait obstacle à ces rapports confraternels, mais depuis lors le nombre des doctoresses s'était sensiblement accru; les écoles spéciales, uniquement destinées à l'instruction médicale du beau sexe, étaient devenues, disait-on, plus sérieuses, en même temps que plus suivies ; et dans un pays où les Facultés de médecine destinées aux hommes sont dans l'état que nous avons indiqué plus haut, il devenait probable que nombre d'étudiantes, intelligentes et travailleuses, auraient rendu des points à plus d'un étudiant.

Quelques médecins inclinaient donc à mettre sur un pied d'égalité parfaite les doctoresses et les docteurs. Quelques autres, parmi lesquels le président de la Société, proposaient de faire un choix entre les doctoresses et de dresser une liste des plus dignes, en interdisant toute relation professionnelle avec les autres.

Cette proposition semblait devoir l'emporter. Plusieurs membres objectaient pourtant que les convenances ne permettaient guère de discuter avec une femme, au lit d'un malade, car les doctoresses commencent à traiter les hommes, certains sujets inévitables lorsqu'il s'agit d'étiologie. Ils représentaient comme un danger pour la politesse des mœurs, et pour la morale publique de déshabituer les femmes de rougir, les hommes de respecter la pudeur féminine.

La majorité semblait peu touchée de ces arguments, lorsqu'un incident changea tout à coup ses dispositions. On fit passer une circulaire d'un médecin, professeur à cette Faculté spéciale destinée aux femmes, circulaire dans laquelle était prônés certains remèdes secrets d'une efficacité infaillible contre le choléra et contre d'autres maladies, et dans laquelle étaient indiquées les heures où seraient reçus les malades de l'un et l'autre sexe, atteints de tel ou tel mal, parlant telle ou telle langue.

Décidément la Société pathologique ne trouvait pas, dans le corps enseignant, chargé de former les doctoresses, les nécessaires garanties de délicatesse et d'instruction.

Aussi confirma-t-elle à l'unanimité la résolution de 1860.

A l'Hôtel-Dieu de Paris, M. Richet vient de commencer, samedi dernier, ses leçons de clinique; comme professeur et comme chirurgien, il possède de rares qualités : une grande netteté d'esprit, un jugement droit, une décision prompte. Pour lui les raisons de douter disparaissent vite devant les raisons de croire. Dans les salles de son service nous ne l'avons guère vu hésitant. Aussi, loin d'accumuler les difficultés aux yeux des élèves, il les écarte. Il met en saillie les grands traits qui lui permettent de conclure, et chacun de ceux qui le suivent, après une démonstration à la fois si prompte et si claire, se figure que le diagnostic allait de soi.

Peut-être chez un médecin aimerait-on mieux rencontrer un peu plus de lenteur de vues. Au milieu des milles causes d'erreur en face desquelles nous nous trouvons, il est bon d'observer longtemps et de n'être pas convaincu trop vite.

Mais pour un chirurgien, c'est autre chose. En chirurgie, les problèmes se présentent moins compliqués ; un sens juste, une main sûre, une résolution bientôt prise et exécutée sans indécision, sans tremblements de l'âme ou de la main ; telles sont les conditions essentielles pour réussir.

Et quant aux étudians ils profitent surtout auprès d'un maître qui rend les cas simples et marche droit à une solution satisfaisait pour l'esprit.

A cette leçon d'ouverture, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans qui portait une affection rare.

Une tumeur considérable, progressivement accrue depuis huit ans, occupait le creux de la main droite. En tâtant cette tumeur, on la trouvait bosselée, inégale, dure surtout dans les lobes centraux. Les muscles de l'éminence hypothénar assez puissants, refoulés par elles, la bordaient au côté externe.

Les doigts exécutaient librement tous leurs mouvements d'extension et de flexion; ils n'étaient le siége d'aucun œdème, d'aucune douleur. Évidemment les tendons, les nerfs, les artères, les veines, passant au-dessous de la tumeur, n'étaient pas comprimés par elle. Cependant les deux derniers espaces intermétacarpiens étaient élargis, les parties molles faisaient saillie à ce niveau, comme repoussées par quelque lobe de la tumeur. Les os n'étaient déformés nulle part ; la peau, bien que déjà tendue, restait rose, saine et mobile.

Quelle était la nature de la tumeur en question ? et quelle opération fallait-il faire ?

M. Richet, pour établir le diagnostic, écarta d'abord toutes les tumeurs fluctuantes, puisqu'il n'y avait pas de fluctuation dans le cas actuel. Restaient les tumeurs plus ou moins dures, malignes ou bénignes. Une tumeur maligne se serait développée plus vite, aurait causé plus de douleurs, serait restée moins indépendante des tissus environnants.

Quant aux tumeurs bénignes, on pouvait hésiter entre trois espèces : 1° un lipôme. On a vu des lipômes de cette région. Dupuytren, chirurgien en second sous Pelletan, en a enlevé un du pouce ; Robert, un autre de la paume de la main. Mais les lipômes n'ont pas cette dureté. 2° Un chondrome. Les chondromes de la main sont fréquents. Mais ils ont leur point de départ le plus souvent sur les os qu'ils déforment, et on ne trouve pas ici d'os déformé ; d'ailleurs la consistance des chondromes est différente ; très-durs sur certains points, ils se ramollissent vers le centre ; ici, le centre est plus ferme que la périphérie. 3° Reste à supposer une tumeur fibreuse, ayant son point de départ sur l'aponévrose palmaire.

Voici ce que dit Virchow sur ce genre de tumeurs (1) : « Les aponévroses forment un autre siége capital des fibromes qui acquièrent souvent des proportions considérables ; ces tumeurs reposent d'ordinaire, par une certaine partie de leur pourtour, sur l'aponévrose, tandis que la plus grande partie plonge dans le tissu connectif ambiant, avec lequel elle n'a que des connections très-lâches. Elles répondent donc à la forme décrite par Cruveilhier, sous le nom de *fibrophytes parasitaires implantés*. Elles ont ordinairement une forme arrondie et une disposition lobée. Elles sont parfois unilobulaires et présentent alors un tissu très-uniforme, peu vasculaire, blanc ou rougeâtre. La plupart sont cependant multiloculaires et divisées par des tractus fibreux denses, blanchâtres, auxquels s'insèrent les différents lobes. Chaque lobe a d'ordinaire, à son tour, une structure radiée et fasciculée, résultant de ce que les différents tractus fibreux rayonnent en s'élargissant vers la périphérie. »

(1) *Pathologie des tumeurs*, par R. Virchow, traduit par P. Aronsshon. Paris, Germer-Baillère, 1867. t. Ier, p. 349.

A la paume de la main, dit M. Richet, je ne sache pas qu'on ait observé de fibrome aponévrotique ; mais à la plante du pied, l'année dernière, à la Pitié, j'en ai enlevé un, ovalaire, siégeant sur la portion interne de l'aponévrose plantaire.

Si telle est la nature de la tumeur, quel doit être le rôle du chirurgien?

Il ne serait pas sage de s'abstenir devant une tumeur qu grossit toujours et bientôt distendra les téguments. La peau finirait par s'ulcérer et alors il faudrait bien en venir à l'opération, qui serait d'autant plus délicate que la tumeur serait plus grave.

Faut-il amputer la main ? Non, certes. L'opération serait plus simple à la vérité ; mais on n'a pas le droit de priver le malade d'un membre dont il se sert, s'il est possible de faire autrement.

Je me suis donc décidé, ajoute M. Richet, pour la dissection de la tumeur. Je crois que l'énucléation en sera facile.

L'opération fut en effet d'une promptitude inespérée. La peau amincie fut disséquée en deux lambeaux, et la tumeur mise à découvert fut pour ainsi dire énucléée en quelques coups de bistouri avec l'aponévrose palmaire qui la supportait, sans qu'il y ait eu besoin de couper un artère, un tendon, un nerf. On put même écarter sans le blesser, un nerf superficiel qui passait au-dessus entre les deux lobes principaux.

A l'examen, on reconnut un fibrome dont la constitution intime répondait parfaitement à la description donnée par Virchow. Les lobes moyens, plus jeunes, étaient blancs et très-durs, tandis que les lobes extérieurs, plus gros et plus anciens, commençant à subir la régression graisseuse, étaient jaunâtres et relativement mous.

Avant l'opération, M. Richet expliquait cette mollesse des points périphériques par une infiltration séreuse. Nous avons regretté de lui voir prendre pour type des fibromes les corps fibreux de l'utérus, qu'on s'accorde maintenant à ne plus considérer comme composés de tissus fibreux proprement dits, mais principalement de fibres musculaires de la vie organique, semblables à celles qui constituent le tissu utérin normal.

Les lambeaux cutanés ont été réunis dans toute leur longueur, et la main soumise à l'irrigation continue, pour modérer l'inflammation.

Aujourd'hui l'opéré ne va pas mal ; mais il existe au fond de la plaie un épanchement sanguin assez considérable, qui peut mettre obstacle à la réunion des lambeaux ou nécessiter une contre-ouverture.

Avant de quitter la salle Saint-Côme dont ce jeune homme occupe le dernier lit, nous devons signaler plusieurs autres malades qui ont présenté des particularités intéressantes au point de vue pratique.

Au n° 20 se trouve un charretier âgé de quarante-deux ans qui fut renversé par une voiture et eut la jambe brisée sous la roue d'un camion chargé de pierres. La fracture du tibia, au lieu d'être oblique de haut en bas et d'arrière en avant l'était de haut en bas et d'avant en arrière, de telle sorte que l'extrémité du fragment supérieur se portant en arrière, traversa les muscles et la peau, et vint faire saillie à l'extérieur vers le bas du mollet.

M. Richet, après avoir opéré la réduction et disposé, sous la jambe, une gouttière, fit rapprocher les lèvres de la plaie extérieure, et y fit appliquer un morceau de baudruche trempé dans le collodion. Aucune inflammation ne se déclara, la déchirure des muscles se comporta comme si elle était sous-cutanée ; et maintenant, plus d'une semaine après l'accident, il est probable que rien ne viendra entraver la consolidation.

Ainsi une fracture compliquée de plaie a pu être ramenée à l'état simple.

Dans cette même salle, au n° 33, est couché un homme de vingt-neuf ans, ancien militaire, qui, pendant cinq ans, en Algérie couchait habituellement sur le sol humide. Il y a six mois, cet homme fut pris d'une coxalgie violente du côté gauche avec exacerbations noctures. Tout mouvement de la cuisse était très-douloureux, la marche était devenu impossible. M. Richet, qui était alors à la Pitié, reçut ce malade dans son service, et diagnostiquant une coxalgie rhumatismale, il prescrivit les bains de vapeur et le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes par jour. Sous l'influence de cette médication les douleurs se calmèrent, les mouvements devinrent plus faciles, et le mieux s'accusait tous les jours, lorsque M. Richet changea de service. A cette époque, le traitement fut modifié; on fit autour de l'articulation quatre cautérisations au fer rouge, dont le résultat fut défavorable. Le malade se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, souffrant de nouveau très-vivement. Cette fois encore quelques bains de vapeur et quelques doses de sulfate de quinine suffirent pour améliorer sa position; et à cette occasion M. Richet a formulé la règle suivante: *Les cautérisations au fer rouge et les cautères de toute sorte, très-efficaces contre la coxalgie de nature scrofuleuse, exaspèrent ordinairement la coxalgie rhumatismale.*

Nous reviendrons bientôt sur l'histoire d'un autre malade, âgé de 26 ans, couché au n° 31 de la même salle, et qui doit subir prochainement l'opération de l'évidement sous-périosté, pour une carie du calcanéum. Notons seulement que ce jeune homme, au lieu de marcher sur la pointe du pied, comme le font généralement ceux qui souffrent du calcanéum, relevait au contraire le pied et s'appuyait sur le talon. M. Richet a fait remarquer que dans ce cas l'affection portait sur la partie supéro-postérieure du calcanéum; partie que le tendon d'Achille aurait comprimée pendant la contraction des muscles fléchisseurs du pied. Ainsi, *la démarche d'un malade atteint de carie du calcanéum, n'a rien de caractéristique; elle peut varier avec la situation de la lésion osseuse.*

A propos de l'opération, à laquelle nous assisterons, nous parlerons d'un autre cas d'évidement du calcanéun dont nous avons été témoin et qui a parfaitement réussi.

La cautérisation en flèches semble être une assez bonne méthode pour détruire les tumeurs malignes du col utérin. M. Richet l'a pratiquée récemment à deux reprises chez une malade de trente cinq ans, couchée au n° 29 de la salle Saint-Maurice. En effet, rien n'empêche, en pareil cas, de recommencer quand l'action du caustique ne s'est pas étendue assez loin. La première fois, M. Richet n'avait introduit qu'une seule flèche, et deux la seconde fois. En général, M. Maisonneuve en met sept ou huit. Nous avons vu ce chirurgien appliquer ce procédé qui lui est personnel. Rien n'est plus simple que le manuel opératoire. La femme n'est point endormie; on la place sur le rebord d'un lit, et à l'aide de deux doigts de la main gauche introduits dans le vagin, on maintient le col pendant qu'on y enfonce avec la main droite les flèches caustiques. On sait que ces flèches sont préparées d'avance avec une pâte composée de farine et de chlorure de zinc; elles sont très-dures, triangulaires, et pénètrent facilement sans le secours du bistouri dans les tumeurs peu consistantes. L'opération terminée, on bourre le vagin de tampons de charpie et on attend la chute de l'escharre. Aucun accident n'est survenu chez les femmes opérées ainsi devant nous, et dont plusieurs se trouvent encore dans les salles de M. Maisonneuve.

Nous avons annoncé une opération de trépan qui devait avoir lieu mercredi dernier à l'Hôtel-Dieu. Voici dans quelles conditions cette opération a été faite. Une jeune fille, domestique de profession, dont l'intelligence et la mémoire sont naturellement peu développées, raconte qu'elle a reçu il y a environ deux mois et demi un coup de couteau vers le haut du front. Elle portait en effet sur le front, non loin de la ligne médiane, à droite, une cicatrice déprimée adhérente à l'os dénudé linéairement. Le coup de couteau n'aurait pas eu d'effet immédiat sur la santé générale. Mais deux ou trois semaines après, une hémiplégie légère, incomplète, se serait déclarée tout à coup.

Les jambes n'auraient pas été affectées, mais la main droite serait devenue plus faible en même temps que le côté droit de la face devenait moins mobile, la parole plus lente et plus difficile, l'intelligence plus obtuse que jamais. La malade entra à l'hôpital dans son pays; mais comme on ne voulait rien lui faire, elle se fit amener à l'Hôtel-Dieu. A son entrée elle eut une érysipèle, et lorsqu'elle en fut guérie, comme elle réclamait toujours une opération, comme elle écrivait encore difficilement, se fatiguant vite, comme enfin le côté droit de la face n'avait pas repris sa mobilité, la parole et l'intelligence leur netteté, M. Maisonneuve, présumant l'existence d'un épanchement sanguin ou purulent dans l'intérieur du crâne, se décida à poser sur le front une couronne de trépan.

L'opération fut longue et laborieuse; l'os était plus épais au niveau de l'insertion de la faux du cerveau; il fallut plus d'une fois remontre le point d'arrêt qui se trouve sur les trépans cylindriques; et M. Maisonneuve exprima le regret qu'on eut abandonné la forme conique que possédaient les anciens trépans et qui les empêchait de pénétrer trop loin, sans qu'un point d'arrêt fût nécessaire.

Le cylindre osseux détaché était parfaitement sain dans la profondeur. La plaie fut pansée avec de la charpie sèche, sur laquelle on en mit d'autre imbibée d'acide phénique. La malade est dans le même état.

Peut-on reconnaître la présence, dans la cavité péritonéale, d'une mince couche de liquide ascitique recouvrant un kyste de l'ovaire? Quelquefois; bien que la fluctuation soit alors un signe infidèle, puisqu'elle peut être rapportée au kyste.

Vendredi dernier M. Houel examinait à la Clinique une femme à qui M. Nélaton devait pratiquer, le lendemain, l'ovariotomie. L'ombilic de cette malade, au lieu d'être déprimé, faisait une légère saillie. La peau y était plus mince; et elle vibra et se tendit, lorsque M. Houel, embrassant d'une main la tumeur, au-dessus de l'ombilic, frappa de l'autre brusquement sur la partie inférieure de l'abdomen. Ce signe d'ascite, dans ce cas particulier, nous a paru très-sûr et très-net.

D[r] Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Jaccoud.

Paralysie du nerf trijumeau.

(Observation recueillie par M. Georges Dieulafoy, interne du service.)

Il n'est pas rare de rencontrer dans les hôpitaux des malades atteints de névralgie faciale, ou de paralysie faciale, et sans plus de détails, la dénomination de ces deux maladies rappelle immédiatement l'idée d'une névralgie du nerf trijumeau, ou d'une névralgie du nerf de la septième paire.

La douleur associée à la lésion d'un nerf sensitif et la paralysie liée à l'altération d'un nerf moteur, sont des faits on ne peut plus communs; mais quand on parle d'une paralysie du nerf trijumeau, il semble au premier abord que la réunion de ces deux mots soit discordante, et tandis que la douleur est le fait normal, en ce qui concerne la cinquième paire, sa paralysie, au contraire, paraît être l'exception.

A quoi cela peut-il tenir? Est-ce la faute de l'observation?

Il y a dans la névralgie faciale un élément puissant, qui pousse le malade à réclamer un soulagement: c'est la douleur; et nous trouvons dans la paralysie du nerf facial un symptôme qui souvent effraye celui qui en est atteint et réclame l'intervention médicale, c'est la déviation des traits, et l'aspect singulier du visage.

Dans la paralysie du trijumeau, les malades n'ont en général aucun de ces soucis, et ce qui pourrait préoccuper un homme d'une classe plus élevée, touche beaucoup moins les gens qui fréquentent nos hôpitaux.

Qu'on invoque cette raison ou une autre, peu importe; le fait est qu'on ne trouve que bien peu de matériaux, quand on désire entreprendre l'histoire complète de cette maladie; c'est à peine si nos auteurs classiques en font mention; et, si les pathologistes allemands sont plus complets que nous sur cette matière, il faut dire qu'ils n'ont pas eu grand'peine, ayant pour guide et pour modèle les travaux des physiologistes Magendie et Cl. Bernard.

L'homme dont il s'agit est intéressant à plus d'un titre.

Entré à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Jaccoud, il porte les traces d'une ancienne fracture du péroné, mal consolidée; on trouve au niveau des insertions supérieures du muscle droit de l'abdomen, du côté gauche, une tumeur assez facile à limiter, et dont le malade ne se plaint nullement (il en ignorait même l'existence). Son scrotum à droite est distendu par une hernie volumineuse.

Mais rien de tout cela ne l'amène à l'hôpital; il vient parce qu'il est fatigué; il accuse une constipation opiniâtre, sa tête est lourde, ses forces ont diminué. Ces derniers symptômes sont bien accusés depuis le 12 du mois de Mars. Après s'être couché bien portant, la veille au soir, il se lève, le lendemain, et s'aperçoit bien vite que ses jambes sont plus faibles que d'habitude; inquiet, et afin de ranimer ses forces, il approche de ses lèvres une bouteille qu'il en éloigne aussitôt, car le goulot lui semble cassé en deux parties; or ce goulot était intact.

Ce fait seul était suffisant; il indiquait une paralysie du trijumeau. L'examen fut fait d'une manière complète; en voici le résultat:

La paralysie est limitée au côté gauche de la face. Nous allons étudier d'abord les altérations spéciales aux organes des sens, nous examinerons en second lieu les altérations de la sensibilité générale.

Œil. — La vue n'a pas été modifiée, quoique l'orifice de la pupille soit très-légèrement rétréci. Un corps étranger est promené sur la conjonctive, sans déterminer le moindre mouvement réflexe; mais la sensibilité est vive au niveau de la cornée. Je reviendrai sur ce fait intéressant. On peut arracher les cils, piquer les paupières, sans que le malade en ait conscience. L'ouverture palpébrale n'a pas varié, la conjonctive est rosée, sans injection, sans dilatation des vaisseaux; la sécrétion des larmes et des glandes de Meibomius est normale.

Nez. — Diverses substances, musc, camphre, sont présentées au malade, la narine droite étant fermée, et l'on constate la perte de l'odorat; l'ammoniaque ne produit d'impression désagréable que dans les fortes inspirations.

La muqueuse chatouillée, ne provoque d'action réflexe d'aucun genre; elle n'est du reste ni sèche ni injectée.

Bouche. — Les sensibilités tactile et gustative sont abolies dans la moitié gauche de la langue; la douleur provoquée par des piqûres d'épingle commence à se manifester un peu en arrière du tiers antérieur; on touche les dents, on excite les gencives, sans que le malade paraisse s'en apercevoir.

La muqueuse de la joue est également insensible, de sorte que les aliments se trouvent engagés à gauche, entre les dents et la joue comme dans la paralysie faciale, et le malade averti par les parties de sa muqueuse non paralysées, est obligé de recourir à ses doigts pour ramener dans sa bouche les parties incomplètement triturées.

Les lèvres sont privées de sensibilité jusque sur la ligne médiane, et quand cet homme veut boire, son gobelet lui paraît cassé en deux parties. Les muqueuses ne sont ni injectées, ni ulcérées.

Voile du palais. — La titillation du côté gauche ne détermine pas d'action réflexe, tandis que le moindre attouchement du côté opposé provoque des nausées et les mouvements habituels du voile palatin.

La luette est légèrement déviée à gauche, et, comme conséquence, l'arcade correspondante de l'isthme du gosier est rétrécie. Quoique ce fait ne soit pas aussi saillant que dans certains cas de paralysie de la septième paire, il mérite néanmoins d'arrêter notre attention.

Pour qu'il se produise une déviation dans le voile du palais, il faut supposer ou une paralysie unilatérale, ou une exagération de la puissance musculaire d'un côté. Or, dans le cas que nous étudions, et pour expliquer une déviation à gauche et une légère élévation, il faudrait penser à une lésion limitée aux branches du facial qui innervent le palato-staphylin et le péristaphylin interne du côté droit. A coup sûr la chose n'est pas absolument impossible, mais elle est peu vraisemblable, tandis qu'il est plus naturel d'admettre que le grand nerf pétreux qui vient se perdre en partie dans le ganglion sphéno-palatin et se continue ensuite avec le nerf palatin postérieur, participe au niveau du ganglion à l'altération du trijumeau.

Cette altération ne nous est pas encore démontrée, mais sachant que les ganglions peuvent devenir le centre d'actions réflexes, et connaissant les connexions du facial avec le ganglion de Meckel, pourquoi ne pas admettre une excitation anomale du nerf moteur, produisant une contraction exagérée des parties qu'il innerve et la déformation consécutive de l'arcade palatine?

Oreille. — Rien d'anomal; l'ouïe est conservée, le tragus est la seule partie qui ait perdu sa sensibilité.

Sensibilité générale. — A gauche, la peau du front, de la tempe, de la joue, du menton, est insensible à tous les agents; le nez et les deux pommettes sont rouges et couverts de boutons d'acné.

Quant à la branche motrice du trijumeau, elle est complétement intacte, car il n'y a aucune gêne dans la mastication, et aucune déviation de la mâchoire inférieure.

La température de la face est égale des deux côtés.

Étudions de plus près quelques-uns des points de cette observation. Le trijumeau est paralysé dans ses trois branches, ophthalmique, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur (rameau sensitif); cependant quelques parties n'ont pas été attaquées, et à côté de l'insensibilité complète de la conjonctive, nous avons fait remarquer la sensibilité vive de la cornée. On peut rapprocher ce fait d'un autre exemple cité par Cl. Bernard, dont je reproduis ici les paroles:

« La sensibilité de la cornée a un caractère spécial. Étant interne à l'Hôtel-Dieu, j'ai observé un cas dans lequel elle était conservée. Le sujet était une femme, offrant, d'un seul côté, paralysie complète de la cinquième paire, paralysie sans altération de nutrition. Tout l'œil était insensible, à l'exception de la cornée transparente. Je ne connais, de ce remarquable phénomène, que ce seul exemple chez l'homme, qu'on trouvera rapporté dans la thèse de M. le docteur Demeaux, 1843. »

Et, quelques lignes plus haut, M. Bernard donne l'explication suivante de ce phénomène:

Outre les filets indirects que le rameau nasal envoie à l'œil, en passant par le ganglion ophthalmique, il fournit encore à cet organe des filets ciliaires directs, et tandis que les nerfs ciliaires directs donnent la sensibilité à la conjonctive, les filets indirects, ceux qui ont passé par le ganglion ophthalmique, donnent la sensibilité à la cornée transparente. On conçoit dès lors qu'il puisse exister telle lésion qui entraîne l'insensibilité complète de la conjonctive en laissant intacte la cornée transparente, et réciproquement. (Cl. Bernard, *Physiol. et path. du syst. nerv.*)

J'ai insisté sur un autre phénomène qu'a présenté le malade en observation; chez lui, les muqueuses n'ont pas perdu leur aspect naturel; sans préjuger du genre d'altération du trijumeau, on peut dire que le ganglion de Gasser est intact; divers faits vérifiés à l'autopsie et les expériences sur les animaux, permettent d'établir ce diagnostic. Quand la cause de la paralysie intéresse le ganglion, on voit survenir, du côté des organes, des désordres de nutrition, tels que l'opacité de la cornée transparente, l'injection de la conjonctive, et souvent la fonte de l'œil; on observe des troubles du côté des muqueuses du nez et de la bouche.

Or, chez le malade dont nous parlons, aucun de ces symptômes ne s'est produit; le ganglion et les nerfs situés au delà, ne sont pas altérés.

Dans le but de combattre des manifestations possibles d'une ancienne vérole, M. Jaccoud institue un traitement approprié qui reste sans résultat. Deux vésicatoires appliqués à quatre jours de distance, ne produisent pas un meilleur effet. On agit alors au moyen de l'électricité, et cinq séances ont suffi pour rappeler la sensibilité de la peau et des muqueuses.

HOPITAL GÉNÉRAL DE LILLE. — M. Dujardin.

Cas de péricardite hémorrhagique.

(Observation recueillie par M. Manoury-Desguerrois, interne du service.)

La nommée V... (Marie), née à Nukerke (Belgique), en 1844, est entrée à l'hôpital général de Lille, salle Sainte-Philomène, le 27 juillet 1866.

Elle sortait de l'hôpital Saint-Sauveur, où elle avait été soignée pour une fièvre typhoïde assez intense, et dans la convalescence de laquelle elle était devenue complétement aveugle.

Le 1er janvier 1867, son état était le suivant : elle était forte, très-grasse, la figure bouffie, la peau légèrement jaunâtre, et elle portait au cou des plaies formées par des abcès scrofuleux.

Elle fut sujette, pendant le temps qui s'écoula depuis cette époque jusqu'à sa mort, à divers accidents remarquables.

Tout d'abord elle fut atteinte d'un érysipèle de la face qui se posta particulièrement aux lèvres. Celles-ci étaient rouges et extrêmement tuméfiées. On lui appliqua un vésicatoire à la nuque, vésicatoire qui la fit tellement souffrir, qu'on fut obligé de le supprimer et d'en réappliquer un nouveau, mais au bras. A cette époque, la cécité était complète. A la suite de l'éruption érysipélateuse, il survint une inflammation violente des paupières, avec une ophthalmie assez intense.

Cette fille était mal réglée; le flux menstruel ne coulait guère, chaque fois, que pendant douze à quinze heures, puis il s'arrêtait brusquement, en produisant des accès d'oppression qui duraient parfois plusieurs jours.

Vers le commencement de février, la malade présenta quelques symptômes de pneumonie, symptômes qui persistèrent peu et furent remplacés par une fièvre intermittente qui céda à l'usage du sulfate de quinine. Puis des furoncles se développèrent sur toute la surface du corps. Enfin elle fut prise d'accidents nerveux, d'attaques de nerfs, de convulsions avec contracture des membres, et, vers les derniers jours de la maladie, j'observai une hémorrhagie cutanée très-marquée aux jambes.

La percussion faisait entendre un son mat dans toute l'étendue de la poitrine, matité limitée en haut, vers le niveau du troisième espace intercostal. A l'auscultation, on entendait un bruit de souffle considérable, généralisé au point de masquer complétement le bruit respiratoire.

La fièvre se montra presque continuellement avec des exacerbations plus ou moins marquées, et se produisant particulièrement avant les accès nerveux. L'appétit était nul, la soif vive, le sommeil n'existait pour ainsi dire pas. Enfin le 22 mars, la malade fut prise de syncope, de lipothymies, l'oppression devint de plus en plus considérable, et elle mourut dans la soirée, tout en conservant son intelligence.

Le 24, je fis l'autopsie.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, je trouvai le péricarde adhérent à la paroi thoracique. Cette membrane, comme je pus le constater après avoir enlevé le plastron, avait un volume énorme, s'étendait dans toute la largeur de la poitrine, s'attachait à droite et à gauche aux côtes, surtout au niveau de leur courbure, descendait en bas jusqu'au diaphragme qu'il déprimait; en haut, recouvrait les poumons jusqu'au niveau de leur quart supérieur.

Le péricarde incisé, je le trouvai rempli au moins d'un litre et demi de sang d'un noir foncé, un peu épais, mais encore liquide, sans caillots. La membrane, d'un rouge foncé, portait les traces d'une violente inflammation. Le cœur, qui était situé à la partie moyenne de la poitrine, juste sous le sternum, avait conservé son volume normal. Extérieurement, il avait la même couleur que son enveloppe.

Mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était la présence d'une quantité de fausses membranes développées sur toute la surface du cœur et qui, sous forme de longs prolongements rameux, tubulés, allaient s'attacher au péricarde.

Ces adhérences, dont quelques-unes avaient jusqu'à la longueur du petit doigt, étaient rouges et offraient ceci de particulier, qu'elles étaient constituées par de grosses cellules, dont les intérieures, aplaties par les extérieures, étaient complétement développées, tandis que la plupart des cellules extérieures n'étaient pas closes. J'ai compté jusqu'à trente-cinq de ces adhérences. Elles étaient plus nombreuses, plus serrées et plus courtes à la face postérieure du cœur. En les rompant, on sentait une résistance assez marquée.

Le cœur avait le volume normal. Les artères coronaires étaient très-dilatées. Incisé, le viscère ne présentait rien d'anormal dans la conformation de ses oreillettes et de ses ventricules; les valvules étaient sans altération; il y avait seulement une légère inflammation de l'endocarde.

Toute la portion musculeuse du cœur, au niveau des ventricules, était passée à l'état graisseux, de telle sorte qu'on pouvait facilement voir une épaisse souche jaunâtre entre deux couches très-minces et très-rouges, et allant en diminuant vers la pointe du cœur, où elle n'apparaissait plus que comme une ligne blanchâtre. Au niveau des oreillettes, cet état graisseux existait encore, mais à un degré moindre.

Enfin les poumons étaient refoulés à la partie supérieure de la poitrine par cette distension énorme du péricarde, et tellement atrophiés, qu'ils ne mesuraient guère que la moitié de la hauteur normale, et quant à l'épaisseur, ils étaient réduits à peine à un demi-centimètre dans le lobe inférieur.

Il n'y avait rien d'anormal ni dans le foie, ni dans la rate, ni dans les organes digestifs. Le mésentère seul présentait des traces d'inflammation.

DE LA PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DIFFUSE (1),

Par M. le docteur LOUVET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'affection décrite dans ce travail par M. le docteur Louvet, sous le nom de *périostite phlegmoneuse diffuse*, n'a sérieusement appelé l'attention des pathologistes que dans ces derniers temps. Bien des points restent encore obscurs dans son histoire; le nombre considérable de noms qu'on lui a donnés prouve assez la divergence des opinions sur sa nature (périostite rhumatismale, suppurée, diffuse, suppurative, aigu, ostéite épiphysaire aiguë des adolescents, ostéo-périostite juxta-épiphysaire, ostéomyélite, etc., etc.).

Ce désaccord paraît tenir à deux causes principales. La première est l'insuffisance, le petit nombre de faits qui ont servi de base à la plupart des travaux publiés à ce sujet. La seconde consiste dans la variété d'aspect de la maladie.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. Paris, 1867. Adrien Delahaye.

M. le docteur Louvet décrit, sous le nom de *périostite phlegmoneuse diffuse*, une affection caractérisée par deux ordres de symptômes :

1° Les uns locaux, pouvant être rapportés à une inflammation aiguë et suppurée du périoste simple ou multiple, très-fréquemment compliquée d'ostéite, souvent d'ostéo-myélite, plus rarement d'arthrite et de décollement des épiphyses ;

2° Les autres généraux, presque toujours très-graves, jouant un rôle capital, essentiel, et donnant à l'affection un cachet spécial qu'il a fait placer à côté des pyrexies, des maladies infectieuses et particulièrement du phlegmon diffus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 11 janvier 1867. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend une lettre anonyme signée « un médecin de campagne, » renfermant sept observations de gangrène de la région du cou avoisinant l'oreille. Après la lecture de cette lettre, qui contient des faits très-intéressants, la Société regrette que ses règlements ne lui permettent ni d'imprimer, ni de discuter un travail, avant que l'auteur ait fait connaître le nom qu'il a eu la modestie de cacher.

LECTURE.

M. SANNÉ lit une observation intitulée : Pneumonie, rechute, passage au troisième degré (voir notre numéro 139 de 1866).

DISCUSSION.

M. GÉRIN-ROZE. Il est dans l'observation que M. Sanné vient de lire plusieurs particularités importantes que j'aurais voulu voir signalées. Par exemple, l'état du pouls, qu'il ne suffit pas de compter. Le pouls était-il faible et dépressible ou, au contraire, plein et fort? Ce sont là des points essentiels, car ils servent à établir les indications et contre-indications de moyens thérapeutiques tels que la saignée et l'émétique. Y a-t-il eu, dans le passage de la pneumonie au troisième degré, les crachats couleur jus de pruneau qu'on a regardés comme caractéristiques? Quant à la durée de la pneumonie, a-t-elle pour limite extrême une vingtaine de jours d'une façon si absolue qu'on puisse, en faire un dogme? Je ne le crois pas.

M. SANNÉ. Le malade avait le pouls faible et dépressible. Il n'y a pas eu d'expectoration à la troisième période de la pneumonie. En ce qui touche la durée de la pneumonie, je me suis peut-être exprimé d'une façon trop absolue, mais j'ai tout au moins cité les auteurs sur l'opinion desquels je m'appuyais.

M. MARTINEAU. M. Sanné aurait pu examiner, au microscope, les crachats de son malade afin de découvrir les desquammations épithéliales que M. Cornil a signalées dans un mémoire lu l'année dernière à la Société. On aurait peut-être ainsi trouvé, lors du passage de la pneumonie au troisième degré, des parcelles du tissu pulmonaire dans les crachats.

M. SANNÉ. L'examen microscopique n'en a pas été fait.

M. CORNIL. Je n'ai pas dit qu'on trouvât dans la pneumonie fibrineuse ou pneumonie aiguë, des desquammations épithéliales. Les éléments caractéristiques que contiennent alors les crachats, consistent dans des coagulations filamenteuses composées de fibrine, enserrant dans ses mailles des globules de pus. Ces concrétions reproduisent le moule interne des bronches et de leurs divisions. Lorsque la pneumonie passe au troisième degré, la fibrine passe de l'état fibrillaire à l'état granuleux; les globules de pus se trouvent libres, en grande abondance au milieu d'une masse granuleuse, et il en résulte que l'exsudat, au lieu d'être consistant, prend tous les caractères d'un liquide purulent. Mais les globules de pus existent dès le premier degré de la pneumonie. La présence de ces concrétions fibrineuses dans les crachats a été signalée depuis longtemps par les anatomo-pathologistes, entre lesquels il me suffira de citer Rokitamky, Fœrster et Bennet.

M. MARTINEAU. Un auteur a signalé les desquammations épithéliales dans la pneumonie, mais je n'ai pas son nom présent à la mémoire.

M. GÉRIN-ROZE. M. Sanné a observé un herpès labialis dans le cours de la pneumonie de son malade. Cet herpès a-t-il coïncidé avec la disparition de la première pneumonie ou avec la rechute? Ce n'est pas le seul exemple où l'on ait vu apparaître l'herpès dans une pneumonie mortelle.

M. SANNÉ. L'éruption herpétique est venue au déclin de la première pneumonie.

Le secrétaire, V. CORNIL.

CORRESPONDANCE.

M. V. Garnier nous adresse les réflexions suivantes sur la *Nouvelle édition du Codex.*

A M. le Directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Le nouveau Codex contient quelques erreurs que j'ai cru devoir signaler à plusieurs praticiens; tous m'ont engagé, dans l'intérêt général, à ne point les laisser passer sous silence. Permettez-moi de vous adresser les réflexions qu'elles m'ont suggérées, pensant que vous les trouverez dignes d'être insérées dans votre intéressant journal.

Ces erreurs m'ont d'autant plus rapidement frappé qu'elles se rattachent à deux préparations sérieuses dont je me suis depuis longtemps tout particulièrement occupé, et qui ont pris, dans le nouveau Codex, une place justement méritée; je veux parler du vin et du siropde quinquina ferrugineux.

Ces erreurs pourraient tout d'abord paraître futiles, et cependant, en y fixant un instant l'attention, on voit promptement que le médecin qui s'en rapporterait aux indications du Codex serait susceptible de prescrire des substances plus ou moins actives à des doses tout autres tque celle qu'il aurait voulu formuler. Citons :

A la page 6 du nouveau Codex, il est dit : *Évaluation en poids des cuillerées, verrées*, etc.

Une cuillerée à café d'eau équivaut à. .	5 grammes.
Une cuillerée ordinaire	20 —

Pour la cuillerée à café cette évaluation peut être considérée comme exacte, mais pour la cuillerée ordinaire, c'est-à-dire à bouche, il en est tout autrement, elle est de 15 grammes. Si, comme je l'avance et vais le prouver, la cuillerée d'eau pèse 15 grammes, n'est-il pas évident que le médecin qui prescrira, par exemple, 5 grammes d'iodure de potassium dans 100 grammes d'eau distillée, s'il s'en rapporte au poids indiqué par le Codex, et s'il dit à son malade d'en prendre une cuillerée matin et soir, ne lui aura administré que 1,50 d'iodure de potassium par jour, au lieu de 2 grammes, c'est-à-dire un quart en moins ou 15 grammes en dix jours au lieu de 20 ?

Quelques membres de la commission du Codex ont assurément partagé mon avis, ce sont ceux qui on pensé que la cuillerée de sirop équivalait à 20 grammes. En effet, la formule du sirop de quinquina ferrugineux est ainsi conçue :

Sirop de quinquina huanaco au vin.	1,000 grammes.
Citrate de fer ammoniacal . . .	10 —

Chaque cuillerée à bouche de sirop contient 20 centigrammes de sel ferrique.

C'est exact, mais à la condition, bien entendu, que la cuillerée de sirop pèsera 20 grammes.

On le voit donc, cette exactitude vient à l'appui de mon opinion, car, tout le monde le sait, une cuillerée de vin, une cuillerée d'eau pèsent beaucoup moins qu'une cuillerée de sirop, et pour mieux en faire apprécier l'importance, nous dirons qu'un flacon qui contient 375 grammes ou 12 onces d'eau, contiendra 500 gramme ou 16 onces de sirop; cependant, d'après le nouveau Codex, la cuillerée d'eau, la cuillerée de vin, la cuillerée de sirop seraient toutes du même poids.

C'est assurément, dans cette nouvelle édition, une indication fâcheuse; car il est évident que le médecin qui s'en rapporterait à ces données serait indubitablement induit en erreur. Ne le sera-t-il pas, en effet, s'il croit faire prendre 10 centigrammes de citrate de fer ammoniacal en prescrivant une cuillerée à bouche de vin de quinquina ferrugineux du Codex ainsi formulé :

Citrate de fer ammoniacal. . . .	5 grammes.
Vin de quinquina au malaga . .	1,000 —

Une cuillerée à bouche de cette préparation contient 10 centigrammes de sel ferrique.

C'est de toute impossibilité du moment où une cuillerée à bouche de sirop, et c'est mon avis, pèse 20 grammes. L'expérience me l'a mille fois démontré, la cuillerée d'eau, la cuillerée de vin, qui sont à peu près du même poids, ne pèsent que 15 grammes, et dès lors il est bien évident qu'une cuillerée de ce vin ne peut contenir que 7 1/2 centigrammes de sel de fer. En un mot, pour qu'une cuillerée à bouche de vin pût en contenir 10 centigrammes, il faudrait que la formule fût ainsi conçue :

Citrate de fer ammoniacal. . . .	10 grammes.
Vin de quinquina au malaga . .	1,500 —

C'est celle que nous adopterons, et dès lors chaque cuillerée à bouche contiendra très-exactement 10 centigrammes et le petit verre à madère 20 centigrammes de citrate de fer.

Je regrette qu'à l'article *Pilules* le Codex n'ait point émis d'opinion sur un point qui n'est pas sans importance, et sur lequel tous les pharmaciens sont loin d'être d'accord. Je l'ai soumis à l'appréciation de la Société de pharmacie qui, à l'unanimité, m'a donné raison; cependant je n'avais fait appel au jugement de cette Société savante que par la raison qu'un de ses membres, pharmacien distingué, ne partageait pas mon avis. Le jour de la délibération il s'y rangea sans doute; voici le motif : je reçus un jour dans ma pharmacie une formule ainsi conçue :

Thériaque.	4 grammes.

Faites des pilules de 16 centigrammes.

Déjà l'on avait fait exécuter cette formule dans une autre pharmacie : mon confrère avait fait 45 pilules et moi 27. Assurément, l'un de nous deux avait mal jugé; en un mot, je n'avais pas tenu compte de la poudre inerte qui est indispensable pour donner à la thériaque une consistance pilulaire.

Comme j'exécutais en second lieu, et que les pilules de mon confrère, étant plus petites, paraissaient plus faciles à prendre, je reçus d'amers reproches par la bouche d'un domestique, écho fidèle assurément; je me trouvai dans la nécessité de répondre par écrit. Ma lettre fut communiquée à l'auteur de la formule : il me donna raison. De là d'autres reproches... Mais lorsque j'ai vu des pharmaciens dire que s'ils recevaient une formule ainsi conçue :

Extrait de belladone.	1 gramme.
Poudre de réglisse.	q. s.

Faites des pilules de *cinq* centigrammes,

ils tiendraient compte de la poudre inerte, j'ai regretté que le nouveau Codex n'eût pas tranché cette question. Je l'ai regretté d'autant plus que, dernièrement encore, un très-honorable pharmacien en chef des hôpitaux de Paris me disait qu'en effet, sur ce point, l'on était loin d'être d'accord; il venait d'en avoir un exemple tout récent au sujet d'une formule que ses élèves étaient chargés d'exécuter.

Je termine en disant que si l'on tient compte des substances inertes, il n'y aura jamais rien de précis; le nombre des pilules

sera toujours variable ; le public tout naturellement préoccupé et le médecin surpris des résultats différents.

Agréez, etc.

Victor Garnier.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente.	335 fr.
M. le professeur Andral.	20 »
B.	3 »
M. le professeur Nélaton.	40 »
Un médecin anonyme.	60 »
M. le docteur J. Moreau.	5 »
M. le docteur Bailly.	20 »
M. le professeur L. Gosselin. . . .	20 »
Total.	503 fr.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

290. Peulevé. Contribution à l'étude de la mélanose généralisée.
291. Sichel. Des indications de l'iridectomie et de sa valeur thérapeutique.
292. Font-Réaulx. Localisation de la faculté spéciale du langage articulé.
293. Sergin. La méningite tuberculeuse des adultes.
294. Carrive. De la coqueluche, considérée au point de vue de sa complication pulmonaire, la broncho-pneumonie.
295. Bindé. Du délirium tremens, de son traitement par la digitale à haute dose.
296. Rigaillaud. Étude clinique des maladies tuberculeuses.
297. Jolyet. Essai sur la détermination des nerfs qui président aux mouvements de l'œsophage.
298. Barrié. Des plaques muqueuses de la peau.
299. Cyr. Anatomie pathologique des rétrécissements de la trachée.
300. Raynaud. De l'ophthalmie diphthéritique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 mai 1867, M. le docteur Nogués, médecin-major de première classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— S. Exc. le Maréchal Ministre de la guerre a décidé, le 26 avril dernier, que, conformément aux disposition des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale aurait lieu en 1867 dans l'intérieur et en Algérie.

Dans chacune des trois division de l'Algérie, les fonctions d'inspecteur seront remplies par le médecin en chef divisionnaire.

Pour l'intérieur, les localités auxquelles l'inspection doit s'étendre ont été divisées en six arrondissements composés et répartis ainsi qu'il suit :

1er *arrondissement.* — M. Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires : le 5e corps d'armée, moins les 19e et 21e divisions (15e, 16e et 18e divisions territoriales), et les deux Écoles du service de santé militaire.

2e *arrondissement.* — M. le baron Larrey, membre du conseil de santé : le 1er corps d'armée (1re et 2e divisions territoriales) et la garde impériale.

3e *arrondissement.* — M. Hutin, membre du comité de santé : le 2e corps d'armée (5e, 6e et 7e divisions territoriales).

4e *arrondissement.* — M. Sédillot, médecin inspecteur, directeur du service de santé militaire à Strasbourg : le 2e corps d'armée (3e et 4e division territoriales).

5e *arrondissement.* — M. Cazalas, membre du conseil de santé : le 6e corps d'armée (11e, 12e, 13e et 14e divisions territoriales) et la 21e division militaire.

6e *arrondissement.* — M. Laveran, médecin imspecteur : le 4e corps d'armée (8e, 9e, 17e, 20e et 22e divisions territoriales) et la 19e division militaire.

L'inspection médicale en 1867 aura surtout pour but l'examen du personnel militaire, et continuera à être faite, conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle, en date du 22 mai 1857, insérée au *Journal militaire*.

MM. les inspecteurs généraux, intendants généraux et intendants militaires, auront à compléter, chacun en ce qui le concerne, les propositions qui leur seront transmises par MM. les inspecteurs médicaux, quand bien même ils les recevraient postérieurement à la clôture de leurs opérations.

MM. les officiers de santé qui, par suite de congé ou de tout autre motif ne résultant pas d'un ordre de service, ne se trouveront pas à leur poste au moment de l'inspection médicale, ne seront pas reçus à réclamer, en matières de notes ou de propositions, contre les conséquences de leur absence.

— Le docteur Empis, médecin de l'hôpital de la Pitié, recommencera son cours de clinique médicale à la Pitié, le mardi 14 mai 1867, à huit heures du matin, et le continuera les *vendredis* et *mardis* suivants à la même heure.

— M. Daremberg a repris son cours au collége de France, le vendredi 3, et il le continuera les mardis et vendredis à midi. Pendant ce semestre, il traitera de l'histoire de la médecine au XVIe siècle.

— M. Marey, professeur suppléant au collége de France, commencera, le mardi 7 mai, à trois heures, salle n° 2, le cours d'histoire naturelle des êtres organisés, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Il traitera des phénomènes d'électricité, de chaleur et de mouvement chez les animaux.

— Adjudication, en l'étude de Me Du Rousset, notaire à Paris, rue Jacob, n° 48, le jeudi 16 mai à midi, de l'ouvrage d'anatomie appelé l'*Anatomie de Masse*, ou petit *Atlas* complet d'anatomie descriptive du corps humain, par J. N. Masse, consistant dans 127 pages de clichés stéréotypés, 26 grandes planches quadruples, 14 planches simples.

Ces planches gravées sur acier, le tout en bon état.

Mise à prix, 5,000 francs.

S'adresser, pour les renseignements, à M. Du Rousset, notaire et à Mes Saint-Amand et Rougeot avoués.

— A céder dans une ville importante, située sur un chemin de fer, à six heures de Paris, une clientèle offrant un revenu de 8 à 10,000 fr. minimum et ayant un fixe important. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 55. — JEUDI 9 MAI 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 9 MAI 1867. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — HÔPITAL DE LA MATERNITÉ (M. Hervieux). Deux cas de péritonite puerpérale sans lésion de l'appareil utérin. — Des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Souscription. — Nouvelles.

PARIS, LE 8 MAI 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

Prévenu qu'il devait y avoir un comité secret, nous nous attendions à une séance courte. Elle a été courte, en effet, mais bien remplie. Nous avons eu la bonne fortune d'entendre une lecture de M. Bertillon sur un point important de la question à l'ordre du jour, sur la mortalité à chaque âge, en France, en Prusse, en Allemagne et dans les divers départements français comparés entre eux. M. Bertillon a le rare talent d'intéresser et d'attacher avec des chiffres, parce que les chiffres habilement groupés par catégories naturelles et appliqués à des unités exactement comparables, prennent sous sa plume un sens, une valeur et qu'ils le conduisent presque toujours à des déductions vraies et utiles. C'est là de la statistique comme nous l'aimons.

Du petit échantillon que M. Bertillon a déroulé hier à la tribune, il ressort ceci : c'est qu'il y a entre la mortalité générale de la France, comparée à celle de la Prusse et de l'Autriche et la mortalité comparée de nos divers départements, des différences notables, portant les unes sur le chiffre général de la mortalité annuelle, les autres sur le chiffre relatif de la mortalité dans les divers éléments de la population considérée par groupes d'âge ; différences qui n'ont nullement leur raison d'être dans la loi et les conditions nécessaires de l'organisme humain, et dont il faut chercher la cause dans des conditions probablement toutes sociales et par conséquent accessibles tout à la fois à nos moyens d'investigation et à nos moyens d'action. Mais pour arriver à la découverte de ces influences obscures jusqu'ici, qui altèrent ainsi dans certaines contrées le chiffre normal de la mortalité, il faudrait instituer une enquête dont l'un des éléments principaux serait une constatation régulière et la plus exacte possible des causes des décès.

Telle est la conclusion du travail de M. Bertillon.

Nous avons assez insisté nous-mêmes et, tout récemment encore, sur la nécessité de nous mettre à cet égard au moins au niveau de nos voisins, pour que nous nous félicitions aujourd'hui de trouver un nouvel appui dans l'autorité de M. Bertillon.

Nous profiterons des loisirs que nous laisse le comité secret pour placer ici sous les yeux de nos lecteurs un document très-important au point de vue du débat actuellement pendant devant l'Académie de médecine, emprunté un relevé du mouvement de la population de la France pendant l'année 1864, que vient de publier le *Moniteur*.

En 1861 (la France était alors déjà agrandie de trois nouveaux départements) le chiffre de la population recensée s'élevait à 37millions 386,313 habitants. En 1864, par suite de l'excédant des naissances sur les décès, l'importance numérique du pays atteignait presque 38 millions (37,921,452).

En 1864, les naissances ont dépassé les décès de 145,550, ce qui détermine un accroissement de 0,38 pour 100 habitants.

La durée moyenne de l'existence en France peut être évaluée à 37 ans 1/2 environ. Elle est plus élevée pour le sexe féminin, plus élevée aussi dans les campagnes que dans les villes et dans celles-ci qu'à Paris.

La fécondité des mariages suit une proportion exactement inverse. Il en a été contracté, en 1864, près de 300,000 (299,578). Les années précédentes, ce chiffre était quelque peu dépassé, quoique la population fût moindre.

Après s'être accrue, de 1841 à 1860, de 3,27 à 4,42 pour 100 conceptions, la proportion des morts-nés est descendue, de 1861 à 1863, de 3,39 à 4,32 et à 4,30. Ces rapports indiquaient une diminution qui paraît s'être arrêtée en 1864, où l'on trouve, pour 1 million 52,521 conceptions, 46,641 morts-nés, soit 4,43 pour 100.

Cette mortalité prématurée continue à frapper plus particulièrement les enfants naturels.

Les tables de mortalité dressées pour l'année 1864 confirment les résultats suivants, déjà précédemment constatés : qu'un peu plus du cinquième des enfants du sexe masculin meurt dans la première année qui suit la naissance, et un second cinquième avant la vingtième année. A trente ans, il en reste un peu plus de la moitié ; à soixante-cinq ans, un peu moins du quart; de soixante-cinq à soixante-dix ans, le cinquième; le sixième seulement a survécu à soixante-dix ans. Pour le sexe féminin les proportions sont un peu différentes. Il meurt, dans la première année, un peu plus du sixième des enfants; un cinquième s'éteint à vingt ans; la moitié survit encore à trente-six ans; le cinquième à soixante et onze ans, et le sixième entre soixante-dix et soixante-quinze ans. La vitalité du sexe féminin l'emporte sur celle de l'autre sexe.

De 1840 à 1860, le progrès survenu dans la durée de la vie est d'environ six ans. Il y a eu un temps d'arrêt et même une diminution en 1861, 1862 et 1863; toutefois, dans cette dernière année, la durée de la vie n'en est pas moins supérieure à ce qu'elle était en 1820 dans la proportion de cinq ans deux mois.

Nous verrons dans la suite de la discussion le parti qu'on pourra tirer de ces chiffres, au point de vue de la solution des diverses questions posées devant l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Deux cas de péritonite puerpérale sans lésion de l'appareil utérin. — Importance de ces faits au point de vue doctrinal.

J'ai déjà, dans plusieurs de mes publications, soumis à une critique sérieuse et approfondie les principales doctrines qui ont régné dans la science en matière de puerpéralité. J'ai combattu l'hypothèse de la fièvre puerpérale en tant qu'unité morbide, par des arguments empruntés à la clinique et à une observation journalière. J'ai prouvé jusqu'à satiété qu'il y avait, non pas une affection puerpérale unique, à formes diverses, telle que la décrivaient les anciens auteurs, mais un groupe de maladies puerpérales variées, essentiellement distinctes les unes des autres par leurs lésions anatomiques, leurs symptômes, leur marche, leurs allures, leur pronostic et leur traitement.

Mais j'ai professé non moins hautement ma croyance à un poison puerpéral, poison qui s'engendre par une altération spéciale des nombreuses sécrétions physiologiques ou morbides de la femme en couche, et, avant tout, de la sécrétion lochiale, poison dont les propriétés s'exaltent par l'encombrement, c'est-à-dire, par l'accumulation dans un même local des émanations putrescentes que fournissent les accouchées, réunies en nombre relativement trop considérable, poison qui se transmet par divers modes difficilement saisissables, mais qui n'a peut-être pas de véhicule plus efficace et plus assuré que la voie respiratoire.

Qui dit poison, dit empoisonnement. Or, comment concevoir l'empoisonnement puerpéral sans admettre l'unité de la fièvre puerpérale? Comment expliquer cette apparente contradiction ? Par l'existence bien reconnue de ce qu'on peut appeler avec M. Lorain, les séries morbides. Les salles de blessés ont leur poison qui engendre l'érysipèle, la gangrène, la pourriture d'hôpital, l'infection purulente, etc. Les camps ont leur poison qui fait naître le typhus, la dyssenterie, le choléra, la fièvre typhoïde, etc. Les hôpitaux de femmes en couches produisent un poison qui donne lieu à la phlébite utérine, à l'infection purulente, à la péritonite, à la pleurésie, à l'arthrite puerpérale, à l'érysipèle, à la scarlatine, etc.

Il n'y a pas là d'unité morbide possible, mais il ne serait pas moins difficile de contester l'influence pernicieuse et souveraine qui procrée ces différentes maladies.

Cette influence redoutable, ce ferment morbide, pour l'appeler d'un nom plus scientifique, n'a pu être, jusqu'à ce jour, isolé par les procédés d'analyse dont nous disposons. Mais si nous jugeons de ce principe toxique par ses effets si multiples et si variés, il nous paraît difficile d'admettre qu'il soit toujours un, toujours homogène, toujours identique à lui-même. Pourquoi telle épidémie est-elle bénigne? telle autre meurtrière? Pourquoi voit-on régner à certaines époques la péritonite, à certaines autres la phlébite et l'infection purulente? Pourquoi ici plus spécialement l'érysipèle, là le phlegmon des ligaments larges? Pourquoi nous est-il arrivé de n'observer tantôt que des phlébites du membre inférieur, tantôt que des affections thoraciques : congestions pulmonaires, pleurésies, pneumonies, etc. ? Faut-il ne voir là qu'un caprice du hasard, lequel produirait des groupements factices? Faut-il admettre une certaine variabilité dans la composition et les propriétés du principe toxique ?

A ne consulter que les faits, j'incline vers cette dernière hypothèse, sans avoir la prétention de l'élever à la hauteur d'une vérité démontrée.

Quoi qu'il en soit, je crois, et nous croyons tous à l'empoisonnement puerpéral. Je dis : nous croyons, parce qu'il n'est pas un de nous, même parmi ceux qui disent ne pas croire, pas un seul, ajouté-je, qui n'agisse comme s'il croyait. Sans parler de la contagion qui est aujourd'hui presque universellement admise, mais qui rencontre pourtant quelques réfractaires, quel est le médecin qui ne croie pas à l'encombrement, en tant que cause pathogénique des maladies puerpérales? Or, qu'est-ce qui naît de l'encombrement, sinon un miasme, un ferment morbide, quel que soit le nom qu'on lui attribue, lequel miasme, lequel poison pénètre dans l'économie, l'infecte et manifeste sa présence par des accidents qui varient avec les qualités ou le degré d'énergie du principe toxique et les dispositions spéciales du sujet.

Si, d'une part, nous croyons tous à l'empoisonnement puerpéral, nous croyons tous aussi d'autre part à la pluralité des maladies puerpérales. Nous y croyons tous si bien qu'il n'est pas un médecin, même parmi les plus fanatiques de la doctrine unitaire, qui mis en présence de plusieurs accouchées malades, ne fasse comme nous le diagnostic, ici de la pleurésie puerpérale, là de la phlébite utérine, ailleurs de la péritonite, plus loin de l'érysipèle, de la méningite, etc., et ne prescrive les traitements les plus divers, en les appropriant aux différents cas.

L'idée de l'empoisonnement puerpéral n'a donc rien d'incompatible avec la doctrine de la pluralité des affections puerpérales, ou plutôt cette incompatibilité n'est qu'apparente; elle résulte de la longue erreur dans laquelle nous ont entretenus les descriptions classiques laissées par nos devanciers de cette prétendue unité morbide qu'ils ont décrite sous le nom de fièvre puerpérale. Ils ne se sont pas aperçus qu'ils entassaient dans ces descriptions fantastiques un nombre si monumental de lésions que le corps d'une femme en couches ne suffirait pas à les contenir.

Les considérations qui précèdent étaient nécessaires pour faire comprendre l'importance théorique des observations qui vont suivre. Ce n'est certes pas quelque chose de bien rare qu'une péritonite généralisée avec pleurésie soit simple, soit double, chez une femme en couches. Toutes les relations d'épidémies puerpérales, constatées soit à la Maternité, soit dans les divers hôpitaux, fourmillent de faits de ce genre. Mais de deux choses l'une : ou bien il existait dans ces cas, du côté de l'appareil utérin, des lésions susceptibles d'expliquer par le traumatisme puerpéral le développement de la péritonite, ou bien il n'en existait pas et, dans ce dernier cas, on pouvait suspecter l'inexpérience des jeunes observateurs qui nous ont laissé le récit plus ou moins détaillé des faits qui servent de base à leur travail. On ne connaissait pas alors comme aujourd'hui les lieux d'élection, le siége le plus habituel, le gîte, si je puis ainsi dire, des collections purulentes que l'on rencontre si souvent dans la matrice des femmes qui succombent aux suites de l'accouchement. On sectionnait l'utérus au hasard sur un grand nombre de points, mais faute de savoir où diriger le couteau, on laissait intactes les parties lésées. Il y a assez d'années que je pratique à la Maternité ces sortes d'autopsies pour être sûr, quand j'abandonne un utérus, qu'il est réellement indemne de toute lésion.

Je puis d'autant mieux l'affirmer pour les observations que je vais faire connaître que, non-seulement nos recherches ont été dirigées sur les points que nous savons être le plus ordinairement malades, mais qu'elles ont été multipliées autant que faire se pouvait, et de façon à ne laisser échapper aucune partie, si petite fût-elle, de l'utérus et de ses annexes.

Si j'ai poursuivi cet examen cadavérique avec une patience si minutieuse et si attentive, c'est qu'il importait à la doctrine que je défends qu'elle fût appuyée sur des faits authentiques et inattaquables. Il fallait que rien ne fût omis des règles qui doivent guider le médecin dans ces sortes d'investigations.

Or, j'ai dit que, sous l'influence de l'empoisonnement puerpéral, il pouvait se produire tantôt des phlébites utérines sans lésion péritonéale, tantôt des péritonites sans lésion utérine, ici une arthrite suppurée, là une méningite, ailleurs une scarlatine, etc.

Eh bien, je présente aujourd'hui au lecteur deux cas de péritonite sans lésion utérine. On pourrait objecter que, si fin qu'eût été háché l'utérus, un point de suppuration, un sinus malade, aurait pu nous échapper. Je l'accorde. Mais alors comment concevoir, dans les deux cas dont il va être question, qu'une altération assez imperceptible pour se dérober à des recherches poursuivies pendant plusieurs heures par des hommes expérimentés, ait pu déterminer, non pas une péritonite partielle, circonscrite au voisinage de l'utérus, mais une péritonite généralisée dont l'intensité, comme l'étendue, ont

été portées à leurs dernières limites? Comment concevoir que le processus morbide, au lieu d'épuiser son action sur le péritoine, ait atteint, dans une de nos observations, la plèvre droite et dans l'autre les deux plèvres et même le péricarde simultanément?

Évidemment il a existé, pour déterminer de pareils désordres, une puissance supérieure à celle de cette infiniment petite lésion utérine que vous supposez et qui n'existait pas. Cette puissance, c'est l'empoisonnement puerpéral.

A cet empoisonnement correspondent des affections aussi nombreuses que variées, dont l'ensemble constitue la série morbide puerpérale.

Ma doctrine en matière de puerpéralité se compose donc de deux éléments : un élément synthétique, l'empoisonnement puerpéral, un élément analytique, le polymorphisme des maladies puerpérales. J'ai démontré qu'on ne pouvait récuser la réalité ni de l'un, ni de l'autre de ces éléments. La vérité doctrinale est donc dans leur combinaison. La série morbide puerpérale nous donne la solution du problème.

L'observation que je vais rapporter est d'une valeur considérable au point de vue que nous envisageons. Elle prouve que l'utérus et ses annexes ne sont pas nécessairement et fatalement le point de départ de tous les accidents graves qui peuvent se développer chez la femme récemment accouchée; que la péritonite la plus intense, la plus complétement généralisée, celle qui donne lieu aux productions purulentes et pseudomembraneuses les plus abondantes peut être indépendante du traumatisme puerpéral, et qu'il faut trop souvent chercher ailleurs que dans le sujet lui-même la cause des maladies pernicieuses consécutives à la parturition.

Chez la malade dont il va être question, nous avons constaté à l'autopsie une péritonite générale dans le sens absolu du mot, et cependant l'appareil utérin examiné pendant près de deux heures avec le plus grand soin par M. Ranvier et par nous, en présence de MM. Reynaud, Cornil, Challier de Grandchamp et de plusieurs autres médecins, ne nous a présenté soit à l'œil nu, soit au microscope, les coupes ayant été multipliées de façon à satisfaire l'observateur le plus rigoureux et le plus exercé, ne nous a présenté, dis-je, aucune altération appréciable.

Obs. I. — *Péritonite généralisée. — Pleurésie double. — Mort. — Autopsie.*

B... (Marie-Jeanne), mariée, sixième enfant, vingt-neuf ans, lingère, originaire du département de la Manche, à Paris depuis l'âge de dix ans. Pas de maladies graves antérieures. Ses grossesses et accouchements antérieurs se sont toujours bien passés. Privations depuis le début de la dernière grossesse. Dans les derniers mois, toux accompagnée d'expectoration et douleurs abdominales que réveillaient les secousses de la toux. Accouchée à la Maternité le 18 mars 1867, d'une fille vivante, pesant 2,580 grammes, terme de huit mois et demi.

Le 19 mars, dans la soirée, frisson avec claquement de dents, suivi de fièvre.

Les jours suivants, la fièvre persiste, langue salée sèche, appétit nul; lochies normales.

Le 22, douleurs abdominales.

Le 23, pouls à 112, moiteur à la peau; rougeurs plaquées au visage; langue saburrale, rouge sur les bords et à la pointe; soif continuelle; ventre ballonné, sonore à la percussion, sensible dans tous les points et principalement dans la zone épigastrique; résistance des parois abdominales. Utérus rétracté et occupant l'excavation pelvienne. Lochies assez abondantes, non fétides. Point de côté à droite, souffle et matité à droite et en arrière de la poitrine. Douze ventouses scarifiées sur la région abdominale antérieure, cataplasmes laudanisés, injections avec la camomille chlorurée, Ipéca, 1 gr. 50; bordeaux, 120 gr.; bouillons et potages.

Le 24, chaleur vive à la peau, pouls à 116, langue rouge et très-sèche, pas d'appétit, soif vive et continuelle, rougeur plaquée de la joue gauche, moiteur de la face, ni agitation ni délire, sentiment de lassitude, respiration nasale, difficile à 40. Ventre tendu et ballonné, douleurs spontanées et à la pression dans tout l'abdomen, mais surtout dans les régions hypochondriaques. Lochies jaunâtres, peu abondantes, non fétides. Point de côté à droite; même souffle et même matité dans cette partie de la poitrine. Huit ventouses scarifiées à la partie postérieure droite du thorax; pect. s., deux pots; julep avec sirop de morphine de 30 grammes et alcool d'aconite 2 grammes, bordeaux, 120 grammes, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen.

Le 25, pouls dur, tendu, soulevé à 120; langue sèche et rouge. Pas de vomissements; ventre ballonné, mais indolent. Cyanose, oppression; souffle intense au niveau de la fosse sous-épineuse droite, avec retentissement égophonique de la voix; matité de plus en plus étendue dans cette région; murmure respiratoire affaibli et mélangé de râles sibilants à droite et en avant. Point de côté à gauche; matité en arrière de la poitrine, et amoindrissement considérable du bruit vésiculaire dans cette région. Lochies peu abondantes.

Les accidents s'aggravent dans la journée, et la malade succombe à neuf heures du soir.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre on voit s'échapper un liquide d'abord transparent et rougeâtre, mêlé de flocons purulents, d'apparence pseudo-membraneuse; puis, trouble et comme laiteux, par suite de l'accumulation du pus dans les parties déclives. Les flocons purulents sont disséminés partout, aussi bien à la surface du paquet intestinal que dans le petit bassin, les flancs et même sur le foie et la rate, où cette matière est étalée, sous la forme d'une couche épaisse et jaunâtre, ayant déjà contracté un commencement d'adhérence d'une part avec le péritoine diaphragmatique, d'autre part avec le péritoine viscéral. Partout où le pus est déposé avec cette apparence floconneuse ou pseudo-membraneuse, le péritoine contigu est altéré, épaissi, enflammé, et est le siége d'une injection plus ou moins intense, disposée sous forme d'arborisations très-nombreuses, visibles à l'œil nu.

M. Ranvier, ayant examiné au microscope ces arborisations, a constaté que les vaisseaux situés dans la couche de tissu cellulaire sous-péritonéal présentaient des dilatations et une élongation manifestes.

Quant à ces flocons jaunâtres, d'apparence crémeuse, et que nous avons vus s'étaler sur certaines parties, sous la forme de pseudo-membranes, ils sont constitués uniquement par du pus et de la fibrine.

L'utérus, encore volumineux (la mort avait eu lieu sept jours après l'accouchement), mesurait 17 centimètres sur 13. Son tissu était ferme, d'un blanc nacré, légèrement teinté de rose. Il n'y avait que du sang liquide dans les sinus utérins; pas de caillots sanguins ni de pus. La surface interne de l'utérus était tapissée par une sorte de boue rougeâtre, dont nous ferons connaître tout à l'heure la composition, mais qui ne présentait pas de fétidité notable. Le col était noirâtre, infiltré de sang, comme ecchymosé, mais son tissu était sain et sans trace de pus.

L'organe utérin a été sectionné avec un rasoir dans tous les sens et sur toutes ses parties, en présence de MM. Reynaud, Cornil, Ranvier, Châlier de Grand-Champ, et de plusieurs internes des hôpitaux présents à cet examen. On a particulièrement soumis à des sections multipliées les angles de l'utérus et les points où le ligament large s'insère sur les parties latérales de l'organe. Aucune des parties du col n'a pour ainsi dire échappé à l'action de l'instrument tranchant, et malgré cette investigation consciencieuse, il nous a été impossible de découvrir, sur aucun point de l'utérus, la moindre trace de foyer purulent.

Le ligament large, les trompes et les ovaires étaient aussi parfaitement sains.

Les fibres musculaires de l'utérus, examinées au microscope par M. Ranvier, ne présentaient aucune trace d'altération. L'habile micrographe a constaté que, si un certain nombre de ces fibres étaient granuleuses, un grand nombre d'autres ne l'étaient pas, en sorte que les cellules musculaires seraient, dans le cas particulier, moins graisseuses que ne le prétendent les auteurs.

Quant à la boue rougeâtre étalée sur toute l'étendue de la surface interne de l'utérus, voici quel était, d'après M. Ranvier, sa composition microscopique. Elle contenait de vastes cellules chargées de granulations graisseuses, des globules sanguins, quelques globules de pus, de grandes cellules allongées, paraissant être de grandes fibres musculaires, et une substance fondamentale muqueuse non miscible à l'eau. Ce mucus retient toutes les cellules. En somme, c'est l'état normal.

Le microscope fait encore reconnaître que les cellules observées sont de toutes les formes et de toutes les dimensions, mais ce polymorphisme cellulaire s'explique facilement par ce fait qu'il s'agit là de tous les éléments de la surface utérine tombant en détritus.

Au niveau des cotylédons utérins, la couche de destruction ou de régression est plus profonde, et on y trouve des cellules musculaires chargées de granulations graisseuses, des vaisseaux, mais pas trace de gangrène, ni même de phlébite.

Le foie très-développé, mais particulièrement dans le sens vertical et au niveau du lobe droit, avait l'aspect graisseux, une couleur gris rougeâtre uniforme, et ne laissait suinter, à la coupe, en quelques points qu'une très-faible quantité de sang noir. La vésicule biliaire, fortement tendue, d'un vert foncé à l'extérieur, laissa échapper, à la coupe, une matière aussi épaisse que de la mélasse et d'un vert noirâtre, tout à fait semblable à celle dont l'intestin grêle sont encombrés.

L'estomac a subi une ampliation anomale et présente, au niveau de son grand cul-de-sac, une large tache ecchymotique de 8 centimètres de diamètre environ, et d'un rouge-groseille très-vif. La rate, couleur lie de vin, se réduit en bouillie à la moindre traction.

Reins à l'état normal; cependant le bassinet de l'un d'eux contenait une certaine quantité de pus.

Épanchement d'une sérosité rougeâtre dans les deux plèvres, mais en quantité beaucoup plus considérable dans la plèvre droite. Fausses membranes déjà organisées entre les lobes du poumon droit. Au niveau du tiers supérieur de ce poumon, nous trouvons d'abord un aspect verdâtre de l'organe, et en sectionnant sur les parties ainsi colorées, un ramollissement tel du parenchyme pulmonaire que celui-ci était réduit en une véritable bouillie. Il ne s'agissait évidemment là que d'un ramollissement cadavérique produit par la macération du poumon dans le liquide de l'épanchement, liquide qui était emprisonné par de fausses membranes qu'on n'a pu rompre qu'avec beaucoup de peine, ce qui explique pourquoi les autres parties du tissu pulmonaire ne présentaient pas la même altération. A gauche, il y avait un ramollissement analogue du poumon dans les points de cet organe qui étaient en rapport avec l'épanchement liquide, mais sur une bien moins grande étendue qu'à droite. Les deux poumons ne présentaient d'ailleurs qu'un peu d'engouement.

Le péricarde renfermait aussi une certaine quantité de sérosité rougeâtre. Les cavités droites du cœur contenaient des caillots sanguins en grande abondance, mi-partis noirs, mi-partis fibrineux et décolorés.

La seconde malade, dont il va être question, présente un double intérêt eu égard : 1° à la question doctrinale ; 2° à la marche rapide et insidieuse des accidents péritonéaux et pleurétiques.

Le point de vue doctrinal ayant été discuté plus haut, je n'y reviendrai pas ; mais je ne puis laisser passer cette occasion de montrer combien il importe de se défier de certaines péritonites et surtout de certaines pleurésies puerpérales.

Chez la malade dont nous allons rapporter l'observation, la péritonite ne s'est dessinée avec ses caractères locaux que la veille de la mort. Quant à la pleurésie et à l'épanchement péricardique, ces lésions, si importantes et si graves, nous ont complétement échappé.

Je ne veux pas m'arrêter, pour le moment, au diagnostic de la péritonite puerpérale, qui est loin d'être toujours aussi simple et aussi facile qu'on pourrait le supposer. J'appelle seulement l'attention sur l'époque tardive à laquelle se sont manifestés les accidents péritonéaux. Or, on verra, par les détails de l'autopsie, qu'il ne s'agissait pas d'une péritonite commençante, mais d'une péritonite confirmée; que l'inflammation n'était pas restreinte à une portion circonscrite, mais étendue à la totalité de la séreuse péritonéale; que les produits de sécrétion étaient aussi abondants, aussi multipliés et parvenus à un degré de maturité aussi complet que possible. La péritonite avait donc couvé pendant quelques jours avant de faire explosion, ou plutôt elle était demeurée latente pour n'éclater avec tous ses caractères que la veille de l'issue funeste.

Quant à la double pleurésie, rien ne nous l'a fait pressentir. Il ne se passe guère de semaine, à la Maternité, où je n'aie l'occasion d'appeler l'attention de mes élèves sur l'insidiosité de la pleurésie puerpérale. Un grand nombre de causes concourent à nous dérober, pendant la vie, la connaissance de cette sorte d'affection.

D'abord les malades peuvent n'avoir ni toux ni expectoration. En second lieu, le point de côté, lorsqu'il existe, est entièrement dissimulé par les douleurs de la péritonite généralisée, douleurs qui ne règnent pas seulement dans la région sous-ombilicale, mais qui s'étendent à la zone épigastrique, et que l'on conçoit d'autant mieux que déjà dans cette région les parois abdominales sont tendues, soulevées, sonores, etc.

L'oppression, lorsqu'on l'observe, s'explique par le développement exagéré de l'abdomen, la tympanite et le refoulement consécutif du diaphragme, du cœur et des poumons.

Mais, dira-t-on, l'auscultation et la percussion ne sont-elles pas là pour nous révéler les épanchements pleurétiques? J'en conviens, mais je ferai remarquer que, lorsqu'il y a complication péritonéale, les malades ne se prêtent pas facilement aux explorations qui exigent qu'on les mette à leur séant. Les douleurs dont le ventre peut être le siége, en pareil cas, sont parfois si aiguës, que les moindres mouvements deviennent un problème très-difficile à résoudre. Et, si le médecin n'a pas quelque raison sérieuse d'imposer à une malade déjà mortellement frappée, la pénible obligation de s'asseoir sur son lit, il s'abstiendra d'une recherche qui, lorsqu'elle n'est pas rigoureusement indispensable, froisse nos sentiments d'humanité.

Les causes d'erreur que nous venons de signaler supposent toutes une péritonite généralisée concomitante. En dehors de ce cas, le diagnostic de la pleurésie puerpérale peut présenter encore de sérieuses difficultés que j'aurai quelque jour l'occasion de faire connaître, mais au moins la recherche de cette affection ne nous est plus interdite par l'état lamentable dans lequel se trouvent trop souvent les accouchées dont le péritoine est envahi par une inflammation étendue et violente.

J'ai dit plus haut que la respiration pouvait être accélérée par le développement tympanique de l'abdomen, et l'on conçoit que cette dyspnée toute mécanique suffise pour masquer une dyspnée pleurétique. Eh bien, je ferai observer que c'est presque toujours à l'aide de ce signe, l'accélération des mouvements respiratoires, que j'ai suspecté des épanchements pleuraux, qui ne m'étaient d'ailleurs révélés par aucun autre phénomène séméiotique : toux, expectoration, point de côté, etc. En général, voici la remarque pratique que j'ai faite. Toutes les fois que chez une accouchée le chiffre des respirations dépasse 28 à 30, alors même qu'il n'existerait aucun autre signe rationnel de l'épanchement pleural, on doit diriger ses investigations du côté de la plèvre, notre expérience personnelle nous ayant appris qu'on rencontre très-souvent là l'explication de la dyspnée.

Si la pleurésie constatée à l'autopsie n'a pas été reconnue pendant la vie, à plus forte raison n'avons-nous pas dû soupçonner l'épanchement péricardique.

D'ailleurs il faut ajouter, beaucoup moins pour notre justification que pour l'édification du lecteur, que, quand le début des manifestations graves d'une maladie n'est séparé du terme fatal que par un intervalle de quarante-huit heures, il n'est guère matériellement possible de faire un diagnostic complet de toutes les lésions que révèlera l'examen cadavérique.

Obs. II. — *Péritonite généralisée et pleurésie droite.*

Femme F..., vingt-sept ans, primipare ; pas de maladies antérieures graves, grossesse bonne, accouche naturellement, le 31 mars 1867, d'une fille pesant 2,660 grammes.

Le surlendemain de l'accouchement, léger sentiment de froid. A dater de ce jour, le pouls est devenu fréquent (90 à 100), l'utérus quelque peu sensible; il y avait en même temps des déchirures vulvaires assez profondes; du reste, pas d'autres symptômes inquiétants.

Dans la soirée du 6 avril, le pouls s'élève à 120, et le lendemain matin, 7 avril, nous constatons l'état suivant :

Chaleur intense à la peau, pouls à 120, pas de céphalalgie, sommeil bon. Langue sèche, rouge sur ses bord, pointillée de blanc à sa surface; anorexie; ventre volumineux, médiocrement sensible. On ne sent plus l'utérus dans la région hypogastrique. Pas de vomissements, sept garde-robes en diarrhée. L'orifice vulvaire présente des escharres nombreuses, s'étendant assez loin dans la cavité vaginale, en partie grises, en partie jaunâtres très-fétides. La muqueuse qui avoisine ces escharres est d'un rouge cramoisi. Lochies grisâtres non fétides. Cataplasmes sur l'abdomen, lavement amidonné et laudanisé, injections avec la camomille chlorurée toutes les deux heures, pansement à la charpie imbibée d'eau chlorurée; tilleul, bouillons.

Le 8, pouls étroit, détaché, à 120; respiration à 36; ni toux ni expectoration. Agitation et délire. La malade prétend se trouver bien; elle a voulu se lever plusieurs fois; de temps en temps elle jette des cris. Chaleur moite à la peau. Ventre tendu, ballonné, non douloureux à la pression; pas de garde-robes depuis hier; même aspect grisâtre et gangréneux des escharres. On ne sent pas l'utérus dans la région hypogastrique.

Le délire et l'agitation continuent dans la journée; le soir, le pouls s'élève à 130; tous les accidents s'aggravent pendant la nuit, et la malade succombe le lendemain, à sept heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, issue d'une quantité consi-

dérable d'un liquide séreux légèrement trouble, mêlé de flocons purulents et pseudo-membraneux peu abondants. Le péritoine intestinal est à peine altéré; il ne présente ni dépoli, ni vascularisation, ni adhérences. Mais la surface convexe du foie et de la rate est recouverte de fausses membranes déjà organisées, d'une épaisseur d'un millimètre environ et assez intimement unies à la surface concave du diaphragme pour que la séparation présente quelques difficultés.

J'ai fait examiner ces fausses membranes au microscope, par M. Ranvier, et l'habile histologiste a constaté qu'elles étaient constituées par des globules de pus englobés dans de la fibrine. Celle-ci se montre avec l'aspect fibrillaire; d'autres fois elle offre l'apparence granuleuse. En outre de la fibrine et du pus, on trouve çà et là quelques cellules épithéliales.

Quant aux flocons purulents, ils ont la même constitution histologique que les fausses membranes; seulement, ils renferment aussi du mucus.

L'estomac, considérablement amplifié et les intestins, notablement distendus, contiennent une quantité énorme de bile verte, en consistance de sirop, et rappelant l'aspect de la mélasse. En raison de cette hypersécrétion biliaire, il était intéressant de connaître l'état du foie.

Celui-ci ne paraissait pas augmenté de volume; sa couleur était à peu de chose près celle de la chair musculaire; on n'y apercevait pas, à l'œil nu, la moindre trace de coloration jaune. La vésicule biliaire était remplie d'une bile ayant exactement la même apparence que celle contenue dans l'estomac.

Examiné au microscope par M. Ranvier, le foie présente des cellules non pigmentées. Cette absence de pigment biliaire est un fait d'autant plus digne de remarque que la quantité du produit de sécrétion avait été plus considérable. Toutes les cellules sont bien conservées; elles contiennent deux ou trois noyaux, et à la périphérie de ces cellules, on aperçoit des gouttelettes de graisse. Cette multiplication des noyaux, ainsi d'ailleurs que la présence de la graisse, ne sont point spéciales au cas particulier. On les observe chez toutes les femmes en couche.

Autant qu'il est permis d'en juger avant dessiccation, il n'y avait pas d'épaississement de la trame de l'organe.

L'utérus, examiné avec le plus grand soin, n'a présenté aucune altération appréciable. Presque entièrement rétracté, il ne mesurait guère que 10 centimètres sur 7; son tissu nacré, brillant, blanchâtre, était partout entièrement intact; le col peu volumineux, ecchymosé et noirâtre comme d'ordinaire, d'ailleurs très-sain; la face interne tapissée d'une boue rougeâtre qui, raclée par le scalpel, laissait apparaître le tissu utérin parfaitement indemne de toute lésion; des coupes multipliées à l'infini sur toutes les parties de l'utérus et particulièrement sur le lieu d'implantation des ligaments larges, ne nous ont révélé l'existence, non-seulement d'aucun point purulent, mais même d'aucun caillot sanguin. Tous les sinus utérins étaient vides. Les ovaires assez volumineux, mais sains; les trompes à l'état normal.

Épanchement abondant d'un liquide trouble, mélangé de pus et de fausses membranes dans la plèvre droite. La surface externe du poumon de ce côté, aussi bien que les espaces interlobaires, sont occupés par des fausses membranes déjà organisées; il en existe de très-manifestes après qu'on a arraché le poumon de sa cavité pleurale sur la surface convexe du diaphragme. Le lobe inférieur du poumon droit est splénisé, noirâtre, gorgé de sang. A gauche, plèvre et poumon en bon état, sauf un peu d'engouement à la partie inféro-postérieure de l'organe pulmonaire.

Plusieurs cuillerées de liquide citrin dans le péricarde, qui est notablement distendu. Caillot fibrineux décoloré dans le ventricule droit; soumis à des tractions assez énergiques, ce caillot résiste. Autre caillot également décoloré dans les cavités gauches, dont il occupe les deux compartiments, ventriculaire et auriculaire, pour de là se prolonger jusque dans l'aorte, à plusieurs centimètres de distance.

Dans son article sur la péritonite (Dict. en 30 vol. t. XXIII, p. 584) Chomel s'exprime ainsi : « Les médecins ne sont pas assez pénétrés de ce fait général qu'une péritonite spontanée et primitive est une maladie peu commune et que, toutes les fois qu'au lit de la malade ou à l'ouverture d'un cadavre on rencontre des symptômes ou des lésions anatomiques qui semblent lui appartenir, on doit constamment diriger ses recherches dans le but de reconnaître si cette inflammation du péritoine ne se lierait pas dans le cas actuel comme dans la plupart des cas bien observés, à une autre affection dont elle ne serait que la conséquence. »

Je suis de l'avis de Chomel; je crois comme lui qu'en principe et d'une manière générale la péritonite aiguë, spontanée, primitive, est très-rare, et j'ajoute que cette proposition n'est pas seulement vraie pour les sujets placés en dehors de l'état puerpéral, mais qu'elle est applicable, quoique avec moins de rigueur, aux femmes en couches elles-mêmes.

Oui, chez les femmes en couches la péritonite est rarement exempte de quelque complication phlegmasique du côté de l'appareil utérin. Oui, l'on rencontre presque toujours soit dans l'utérus, soit dans les ovaires, soit dans les trompes, soit dans les ligaments larges, quelque suppuration qui peut suffire à nous rendre compte de l'inflammation du péritoine, inflammation qui, d'abord circonscrite, a dû s'étendre par voie de propagation à la totalité ou à la presque totalité de la séreuse abdominale.

Mais cette règle, si vraie, si incontestable qu'elle soit, souffre des exceptions, et ces exceptions, dont les deux observations précédentes nous offrent des exemples, ne sauraient être révoquées en doute. Comment expliquer ces exceptions?

Faut-il admettre que dans certains cas les recherches cadavériques n'ont pas été faites avec assez de soin et de patience pour découvrir le lieu précis qui a servi de point de départ à la phlegmasie péritonéale, que dans d'autres cas le point malade est resté introuvable, non plus faute d'attention, d'habitude ou d'expérience, mais parce qu'il existerait des lésions ignorées jusqu'à ce jour et qui auraient peut-être provoqué le développement des accidents péritonéaux? Je ne le crois pas et voici mes motifs.

1° Bien que le péritoine ne s'enflamme pas volontiers spontanément et primitivement, il n'y a pas de raison, soit anatomique, soit physiologique, pour laquelle il ne se prendrait pas, indépendamment de toute lésion de voisinage, au même titre que la plèvre, le péricarde, les méninges, etc.

2° S'il est vrai que l'extension de la péritonite s'effectue dans la majorité des cas, chez les femmes en couches, des parties inférieures vers les parties supérieures, c'est-à-dire, du voisinage de l'utérus et de ses annexes vers les régions sus ombilicales de l'abdomen, il est des cas parfaitement avérés, et dont je possède de nombreux exemples, cas dans lesquels la péritonite, au lieu de se faire par propagation, se produit d'emblée dans toutes les parties de l'abdomen, sans exception, et d'autres cas beaucoup plus concluants où il n'existe qu'une péritonite diaphragmatique, c'est-à-dire, exempte de tout rapport avec l'appareil utérin qui est forcément ici hors de cause.

3° Quoique les produits de l'inflammation soient identiquement les mêmes dans la péritonite vulgaire et dans la péritonite puerpérale, il est constant que chez les femmes en couches ces produits sont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus abondants, beaucoup plus rapides dans leur formation, beaucoup plus prompts à se généraliser que dans les autres espèces de péritonite, par étranglement, par perforation, etc. Il semble que le processus morbide obéisse à une autre loi que celle qui préside à la production de la péritonite vulgaire.

4° Étant admis que les femmes en couches sont sous le coup d'un mode spécial d'empoisonnement, comment répudier toutes les conséquences pathologiques possibles de cet empoisonnement? Or, si vous croyez à une pleurésie puerpérale, affection qu'on n'accusera certes pas d'être en connexion nécessaire avec le traumatisme utérin, pourquoi ne pas croire à une péritonite qui se développerait sous l'influence de la même cause : l'intoxication puerpérale?

Cessons donc de repousser une évidence qui devient grossière à force d'être irrécusable. J'ai apporté deux faits à l'appui de ma manière de voir; j'aurais pu en invoquer bien d'autres, empruntés non-seulement à ma pratique personnelle, mais à l'expérience de mes devanciers. Mais ici le nombre n'eût rien ajouté à la force de ma démonstration. *Non numerandæ observationes, sed perpendendæ.*

DES PARALYSIES TRAUMATIQUES

des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées (1),

Par le Dr A. Bianchi,
Ancien interne et lauréat des hôpitaux de Lyon.

Outre les paralysies résultant de causes diverses, on peut observer chez les nouvelles accouchées des paralysies traumatiques, survenant à la suite de la compression ou de la contusion des nerfs sacrés par la tête du fœtus ou par des manœuvres instrumentales.

Ces paralysies sont rares, surtout dans les hospices spéciaux. Elles surviennent ordinairement après un accouchement laborieux et prolongé, dans lequel le fœtus s'est présenté par le sommet, et qu'on a dû terminer par l'application du forceps. Presque toujours unilatérales et limitées à la sphère du nerf sciatique, elles sont incomplètes, temporaires ou persistantes, et peuvent se compliquer de l'atrophie des muscles intéressés. Leur processus pathogénique spécial et leur forme symptomatique particulière, leur assignent une existence indépendante à côté des autres variétés de paralysies puerpérales.

Enfin, parmi les divers agents thérapeutiques qu'on peut mettre en usage pour réveiller l'excitabilité des muscles frappés de paralysie, l'électricité d'induction appliquée d'une manière méthodique et persévérante produit toujours les meilleurs résultats.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mai 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture transmet :

1° Deux rapports de MM. les docteurs Quary (de Figeac), médecin des épidémies de l'arrondissement de Figeac, et Clary, médecin inspecteur de l'assistance publique, sur les accidents syphilitiques qui se sont produits dans la commune de Cardaillac (Lot), par suite de la vaccination opérée sur un certain nombre d'enfants;

2° Quinze tableaux de vaccination (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux lettres de MM. Ernest Baudrimont et Coulier, qui se présentent comme candidats pour la section de pharmacie;

2° Un rapport sur le choléra, avec une enquête qui prouve que le choléra n'est pas contagieux. (Commission du choléra.)

3° Une note sur la trichinose, de M. le docteur Tigri.

— M. J. Cloquet fait hommage à l'Académie du discours qu'il se proposait de prononcer, s'il n'en avait été empêché par une circonstance indépendante de sa volonté, sur la tombe de Jobert (de Lamballe), au nom de l'Académie des sciences.

— M. Huguier, au nom de M. le docteur Humbert (de Montigny-sur-Aube), dépose sur le bureau la relation manuscrite d'une opération césarienne suivie de succès. M. le docteur Humbert attribue l'heureuse terminaison de cette opération à la précaution qu'il a prise d'empêcher l'épanchement des eaux de l'amnios dans le péritoine. (Renvoyé à M. Jacquemier.)

— M. Poggiale, au nom de M. Davereux, présente un travail sur l'action évacuante du tartre stibié.

— M. Larrey présente :

1° En son nom, un rapport sur le mémoire de M. le docteur Chassin, concernant le pinto du Mexique;

2° Au nom de M. le docteur Leclerc, une brochure intitulée : *De la traduction annotée de Dioscorides;*

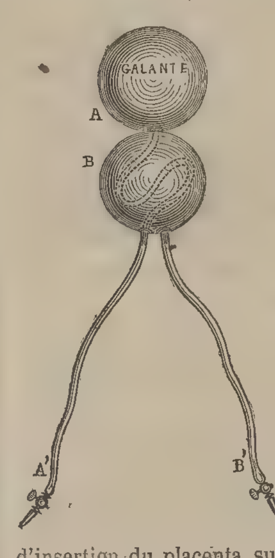
3° Au nom de M. le docteur Lebert, les lettres sur les maladies provoquées par les trichines;

4° De la part d'un médecin militaire, dont nous n'avons pu entendre le nom, deux mémoires manuscrits : l'un sur les maladies simulées par les conscrits dans les arrondissements de Meaux et de Thionville, et l'autre sur la topographie médicale de Thionville et de son arrondissement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Galante présente à l'Académie un instrument qu'il a construit pour M. le docteur Chassagny de Lyon.

Cet instrument, destiné à remplir certaines indications dans lesquelles la pelote à tamponnement vaginal du docteur Gariel était insuffisante, est composé de deux ampoules sphériques A et B, réunies par une surface circulaire d'un centimètre de diamètre. L'inférieure B est munie de deux tubes A' et B'; le premier la traverse et va s'ouvrir dans la poche A; le second est immédiatement placé sur la pelote B, avec l'intérieur de laquelle il est en communication. Chacun de ces tubes sert à l'insufflation de la poche correspondante.



Il résulte de cette combinaison qu'on peut dilater l'ampoule A sans pour cela faire varier le volume de l'ampoule B et *vice versâ.*

Les hémorrhagies qui surviennent après les accouchements compliqués d'insertion du placenta sur le col sont souvent beaucoup plus graves et plus inquiétantes que celles qui ont précédé ou accompagné le travail.

Leur intensité, l'état de faiblesse dans lequel se trouve ordinairement la malade ne donneraient pas aux hémostatiques ordinaires le temps de manifester leur action; la compression de l'aorte n'est pas toujours praticable, etc.

Le tamponnement est donc le moyen le plus prompt et le plus héroïque, il se pratique avec la plus grande facilité avec la pelote du docteur Gariel; mais ce ballon remplit la cavité utérine et laisse libres et à l'abri de toute compression la face interne et le bord flottant du col utérin, par lesquels l'hémorrhagie continue avec violence. Un tamponnement secondaire devient donc nécessaire pour combler la cavité du col.

La « double ampoule hémostatique » remplit parfaitement cette indication. Le ballon A étant introduit et gonflé dans la cavité utérine, on gonfle à son tour le ballon B; l'appareil forme alors une espèce de bouton à double tête, qui remplit à la fois et la cavité de l'utérus et la cavité cervicale.

La parole est à M. Bertillon, pour une lecture.

LECTURE.

Mouvement de la population. — M. Bertillon fait la lecture d'une *Étude sur la mortalité comparée à chaque âge :* 1° en France, en Prusse, en Autriche; 2° dans les départements de France comparés entre eux. Dans toutes les études qui ont la population pour sujet, il établit la nécessité de considérer isolément les principaux groupes d'âge. Il serait absurde de mesurer ensemble, de confondre les tailles des hommes et des enfants dans les recherches sur la taille; il l'est encore plus de confondre la vitalité d'un nouveau-né avec celle d'un adulte, avec celle d'un vieillard; car si un adulte a près de quatre fois la taille d'un nouveau-né, celui-ci a une chance de mourir dans l'année quinze à vingt fois plus grande que celui-là. M. Bertillon a fait porter son travail sur une période de huit années (1856-64), dont ces chiffres sont les moyennes annuelles. Pour montrer par les faits la supériorité de l'étude de la mortalité à chaque groupe d'âge sur toute autre méthode usuellement employée pour apprécier la vitalité comparée des populations, il cite le département de la Corse et celui de Vaucluse, rapprochés de la France entière. La mortalité générale en France est de 23 décès annuels par 1,000 habitants; elle est aussi de 23 dans la Corse et de 25 dans Vaucluse; l'âge moyen des décédés, fort improprement appelé vie moyenne (la vie moyenne, espérance mathématique de vie, est une tout autre valeur), le nombre des survivants à 20 ans (déterminé par le nombre des conscrits comparés aux chiffres des naissances vingt ans avant), assignent également le premier rang à la Corse, le dernier à Vaucluse. Ainsi, la Corse fournit 72 conscrits sur 100 naissances, la France 61 à 62, et Vaucluse 50 seulement. Et pourtant quand l'analyse statistique décompose la population par groupes d'âge, on aperçoit que c'est seulement par la mortalité de ses jeunes enfants que Vaucluse est inférieur, car par 1,000 enfants de 0 à 1 an d'âge, il en perd annuellement 252, la France entière 208, et la Corse 168; en calculant en bloc le groupe de population de 0 à 5 ans d'âge, la France perd annuellement 74 enfants, la Corse seulement 64, et Vaucluse plus de 100. Mais pour les âges suivants, Vaucluse prend peu à peu le dessus; pour la population de 5 à 15 ans, la France enregistre 7 à 8 décès (7,3), la Corse presque 9 (8,83), Vaucluse moins de 7 (6,8); aux âges suivants la supériorité de Vaucluse, l'infériorité de la Corse se prononcent; ainsi, dans la population de 15 à 60 ans, la France compte, année moyenne, 11 à 12 décès (11,8), Vaucluse n'en a que 9 à 10 (9,88), la Corse 14 à 15 (14,76).

Ainsi, après la cinquième année d'âge, Vaucluse conserve mieux sa population, beaucoup mieux ses adultes producteurs (il n'en perd que 10, quand la Corse en perd 15); la Corse conduit en plus grand nombre ses enfants à leur majorité, mais c'est au profit d'une mort prématurée, tandis que le moins grand nombre amené à 20 ans par Vaucluse sont des hommes solides.

De ce dernier fait, dit M. Bertillon, il ne faut pas se hâter de croire, avec plusieurs *a-prioristes*, qu'une enfance éclaircie par une rude mortalité assure toujours aux survivants une solidité plus grande. Son travail montre de malheureuses populations qui ont le privilége de fournir à tous les âges une moisson touffue à la fatale moissonneuse! Mais il résulte que les indices de vitalité qui placent la Corse bien au-dessus de Vaucluse sont fallacieux, et qu'il faut toujours faire intervenir l'analyse selon les âges, quand on veut ap-

(1) In-8°, prix : 1 fr. 50. Paris, 1867, Victor Masson et fils.

précier les qualités intimes des populations. Cette remarque est très-générale : « Vous me direz en vain, écrit M. Bertillon, le nombre des mariages, celui des naissances, la production et la consommation par 1000 habitants, je me ferai des idées très-fausses sur la valeur respective des adultes des diverses collectivités, si j'ignore que telle population par 1000 ne renferme que 580 à 590 adultes de 15 à 60 ans (la Nièvre, la Lozère, le Finistère), seuls aptes au mariage, à la production, etc.; tandis que d'autres ont 650, 660 de ces mêmes âges producteurs, et d'autres même 750, comme la ville de Paris. »

Que toujours, ajoute-t-il, les divisions par âge soient données, et avec une précision de plus en plus grande, par les documents officiels, que les savants les réclament et les emploient.

Ensuite l'auteur passe à l'étude comparée de la mortalité en France, en Prusse, en Autriche. La Prusse se conduit comme Vaucluse.

Par 1000, population de 0 à 14 ans, elle compte 40 décès annuels, tandis que la France n'en a que 33 à 34; quant à l'Autriche propre (les deux provinces d'Autriche et celle de Salzebourg, habitées par les seuls Allemands), elle compte 58 décès, et tout l'empire 52. Mais à l'âge suivant, la Prusse a rattrapé la France, et pour la population de 14 à 60 ans, toutes deux enregistrent 11 décès; l'Autriche propre 13 à 14 et près de 13 (12,8) pour tout l'empire; au delà de 60 ans, la France compte 72 décès, la Prusse 76 à 77, et l'Autriche propre, toujours au dernier rang, 86 à 87. M. Bertillon étudie ensuite la mortalité comparée des départements de France.

Dans la population enfantine de 0 à 5 ans, la France enregistre près de 74 décès annuels (toujours par 1000), Vaucluse plus de 100, le Finistère 136, tandis que la Manche n'en a que 50, la Haute-Saône, la Gironde, l'Orne, le Gers 56 à 63 décès.

Ces différences si tranchées ne sont pas propres au premier âge; de 5 à 15 ans, où le danger de mort dans l'année est à son minimum, et où on ne compte guère en France que 7 décès (7,3) sur 1000, population de cet âge, la Haute-Marne, la Haute-Saône en ont à peine 5 (4,6 Haute-Marne); mais il y en a plus de 9 dans le Finistère; plus de 10 dans la Haute-Vienne.

Aux âges précieux de 15 à 60 ans où la France compte 11 à 12 décès, la Haute-Marne en a moins de 9; le Gers, l'Orne, la Haute-Saône un peu plus de 9 (9,1 à 9,25); mais la Corse, le Finistère en comptent 14 à 15 et la Haute-Vienne en a 16!

Des différences encore importantes se poursuivent dans la population âgée de plus de 60 ans. Sa mortalité en France est de 72 par 1000; mais dans la Haute-Marne, la Manche cette population ne compte guère plus de 64 décès, tandis que le Finistère en enregistre 80; la Gironde, qui conserve bien tous ces âges, sauf ses vieillards, compte près de 85 décès et la Haute-Vienne (avec le Finistère toujours dans le dernier rang) 92 à 93.

M. Bertillon se demande pourquoi ces énormes différences dans les hécatombes annuels de chaque âge, différence qui porte tantôt sur un seul âge, comme Vaucluse qui perd ses enfants, la Corse ses âgés producteurs, la Gironde ses vieillards; tantôt décime tous les âges par une mortalité double; telles, la Haute-Vienne, le Finistère; tantôt épargne tous les âges et semble ne leur imposer que le tribut minimum obligé par les imperfections de l'organisme humain, tels la Haute-Marne (1), la Haute-Saône, la Manche, l'Orne et le Gers.

Pourquoi, dit M. Bertillon? Je n'en sais absolument rien. J'espérais le découvrir dans la statistique des causes de décès dont, sur la consultation du ministre, vous avez voté l'opportunité il y a déjà plusieurs années, mais dont une réalisation effective et sérieuse est encore à attendre.

Tout ce que l'on peut présumer, ajoute M. Bertillon, c'est que ces causes de mort qui frappent si diversement des Français ne sont pas toutes liées invinciblement à leur organisme, pas même à des conditions géographiques, quand je rencontre le Bas-Rhin, la Haute-Vienne, le Finistère, les Pyrénées-Orientales voisins d'infortunes, et la Haute-Marne et la Manche, le Gers, la Haute-Saône et l'Orne également favorisés. Il me paraît donc que des influences empruntées au milieu social ont, sans doute, la plus forte part dans cette inégale répartition, et partant qu'il n'est pas au-dessus du pouvoir humain d'atténuer les mortalités rapides qui déciment les âges et les localités signalés. Mais pour agir, il fallait d'abord connaître l'ennemi, où il est, et quel il est; je viens de constater son existence et son gîte. Aidez-moi, messieurs, de votre haute autorité pour obtenir que l'on précise, que l'on étende l'enquête et que, par exemple, en satisfaction à vos vœux, on organise sérieusement (au moins aussi bien qu'en Belgique) une statistique des causes de décès.

Quel triomphe, quelle vraie gloire si la science, si la civilisation pouvaient ramener ces départements d'une vitalité misérable à la mortalité normale moyenne de nos bons départements.

Ce serait, messieurs, une épargne annuelle de plus de 52,000 enfants de 0 à 5 ans, de plus de 8,500 jeunes gens de 5 à 15 ans; de plus de 44,000 adultes producteurs de 15 à 60 ans, et de 25,000 vieillards, 130,000 hommes qui, chaque année, nous sont comme indûment enlevés, sans aucune nécessité de l'organisme humain; 130,000 hommes qui succombent à des maladies qui, en fin de compte, s'appellent la barbarie, la misère et l'ignorance; nos vrais, nos seuls ennemis, et auxquels il vous appartient, messieurs, de déclarer et de faire une guerre d'extermination sans conférences ni merci. (Cette lecture est suivie de marques nombreuses d'approbation.)

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de candidature de la section de thérapeutique.

M. le docteur Guillon a adressé dans la précédente séance au président de l'Académie une lettre dans laquelle il annonce qu'il présente pour le concours du prix Barbier, pour l'année 1867, sa méthode de stricturotomie intra-uréthrale. Il joint à cette lettre une brochure intitulée : *De la guérison complète et rapide des rétrécissements de l'urèthre, etc.*, où se trouve consigné le rapport de la commission sous les yeux de laquelle il a expérimenté pendant dix ans ce mode de traitement.

(1) Pour ce département il faut excepter la première année de la vie, dont la mortalité considérable tient, sans doute, à des nourrissons.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente	503 fr.
E. B.	20 »
X. de la Rochelle	2 »
M. le directeur des eaux de Vals	50 »
M. Adde-Margras (de Nancy)	20 »
M. le docteur Destord	5 »
M. le docteur Bazin	20 »
M. le docteur J. Sichel	10 »
Total.	630 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 mai 1867, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur en récompense de leur conduite courageuse et dévouée dans les opérations de guerre qui ont eu lieu sur la côte occidentale du Mexique, MM. Jobard, médecin de 2e classe de la marine et Reymonencq, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

— La première série des épreuves du concours pour le bureau central est terminée.

Sont admissibles par ordre alphabétique :

MM. Baudot, 41 points; Bricheteau-Gravelonne, 41; Cornil, 41; Descroizilles, 40; Labbé, 40; Lecorché, 40; Ollivier, 40; Proust, 42.

— Dans sa séance du 6 mai, l'Académie des sciences a élu membre correspondant M. Siebold (de Munich), pour remplir la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie, par suite du décès de M. Nordmann.

— Les docteurs J. et A. Sichel recommenceront leur cours de clinique ophthalmoscopique le jeudi 16 mai, à une heure, à leur dispensaire, rue du Jardinet, n° 3, et le continueront les samedis, mardis suivants. Les opérations auront lieu les mardis.

— M. le docteur Fort recommencera son cours de médecine opératoire, le lundi 13 mai, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Manœuvres opératoires, par MM. les élèves, de une heure à deux heures.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Kystes pierreux ou calcaires des sourcils.

MM. les docteurs J. Sichel et A. Sichel fils ont bien voulu nous communiquer les considérations pratiques suivantes, sur un point de pathologie chirurgicale et d'oculistique peu connu. Ces considérations font partie d'un ouvrage encore inédit (*Traité complet, théorique et pratique des maladies des yeux*).

« Les kystes des sourcils appartiennent aux maladies rares ; toutefois, nous les croyions suffisamment étudiés et décrits. En voulant réunir les cas qui s'en sont présentés dans notre pratique, nous nous sommes aperçus avec étonnement que les traités les plus récents d'ophthalmologie les ont presque entièrement passés sous silence et n'en ont point du tout mentionné une espèce particulière, les *kystes pierreux* ou *calcaires du sourcil*.

Ayant vu un certain nombre de ces derniers, et l'un de nous ayant eu occasion d'en extirper un, nous publions cette observation avec quelques remarques, auxquelles nous nous proposons de faire succéder plus tard un article sur les kystes simples des sourcils et leur opération.

Les kystes pierreux des sourcils ou plutôt de la région sourcilière (car ils sont presque toujours placés un peu au-dessous du sourcil, sous le derme), sont des tumeurs d'une dureté osseuse ou pierreuse, peu volumineuses, d'un diamètre de 4 millimètres à 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2, irrégulièrement ovalaires, d'ordinaire plus ou moins quadrangulaires, toujours très-aplaties. Assez mobiles sous la peau, elles ne se laissent pas toujours déplacer dans tous les sens ni dans une très-grande étendue, parce que leur face postérieure est presque toujours adhérente en un point ou un autre, le plus souvent au centre. Par cette raison il convient, dans leur opération, de faire toujours l'incision de la peau un peu plus longue que les dimensions de la tumeur ne semblent l'exiger au premier regard, sans quoi la dissection de la face postérieure du kyste et son extraction deviennent pénibles pour l'opérateur et le malade ; car l'opération n'est ni assez grave ni assez douloureuse pour demander le concours de l'anesthésie.

Observation, par le docteur J. Sichel père. — Mlle M..., d'une constitution lymphatique et nerveuse, mais d'ailleurs saine, porte depuis son enfance un kyste pierreux ou calcaire de la région sourcilière droite. Cette tumeur indolente qui, en 1843, lorsque la malade, âgée de dix-sept ans, me fut présentée pour la première fois, avait à peu près la forme et la grandeur d'une fève de haricot, était située transversalement entre le grand pli de la paupière supérieure et le bord inférieur du tiers externe du sourcil, sous la partie supérieure de la paupière, et se laissait en partie refouler sous le sourcil.

Je proposai l'extraction de la tumeur ; mais la gêne causée par celle-ci étant trop peu considérable pour vaincre l'appréhension d'une opération, ma proposition ne fut pas acceptée, et l'on se borna pendant trois ans à l'emploi de différents topiques fondants, dont j'avais prédit l'inefficacité.

En 1846, la tumeur n'avait que très-peu augmenté, mais elle était devenue adhérente dans la moitié supérieure de sa face postérieure. La difformité assez choquante, nullement cachée par le sourcil, trop peu fourni, contrariait assez la jeune personne et ses parents pour qu'on vînt réclamer l'opération. Celle-ci, pratiquée le 6 juillet 1846 par une incision transversale, fut facile, la malade étant très-courageuse. Il n'y eut de difficile que la dissection de l'adhérence très-intime de la partie supérieure de la face postérieure du kyste, qui dut être faite avec beaucoup de précaution, de peur de léser le périoste. Après son extirpation, elle avait 16 millimètres de longueur, 12 de largeur et 3 d'épaisseur. Elle n'était enveloppée d'aucune membrane ; seulement, du tissu cellulaire l'entourait, même dans sa partie adhérente.

Une autre grosseur semblable, mais moins dure et comparable à un ganglion engorgé ou à un kyste fibreux, se voyait au devant de l'oreille gauche.

La cicatrice devint linéaire et à peine visible.

Examen chimique et micrographique. — Il ne fut fait qu'en mai 1849, par M. Leconte, alors préparateur au Collége de France. Voici la note qu'il eut la bonté de me remettre :

« La tumeur, conservée depuis près de trois ans, s'était desséchée, un peu rapetissée et brisée en deux.

« Ce kyste était séparé en deux fragments, l'un de la grosseur d'une petite fève, l'autre de celle d'un grain de millet. Sa couleur était jaunâtre, sa densité plus grande que celle de l'eau. Il ne se laissait entamer que difficilement par les instruments tranchants ; sa section présentait dans certains points un aspect corné.

« Traité par l'acide azotique étendu d'eau, il produisit une légère effervescence. Après un contact suffisant, la liqueur fut partagée en deux portions pour servir, l'une à la recherche des bases, l'autre à celle des acides.

« La première portion, additionnée de chlorhydrate d'ammoniaque, neutralisée par l'ammoniaque pure et enfin traitée par l'oxalate de cette base, fournit un précipité assez abondant, indice de chaux. Le liquide résultant de la filtration fut essayé par le phosphate de soude et l'ammoniaque ; il se forma un précipité, indice de magnésie. Les tentatives faites pour déceler d'autres bases donnèrent des résultats négatifs.

« La deuxième portion de la liqueur, traitée par fractions séparées, l'une par le chlorure de barium, l'autre par l'azotate d'argent, ne laissa rien se précipiter ; d'où point d'acide sulfurique ni chlorhydrique. L'azotate d'argent, les sels de magnésie, l'azotate d'urane, le chlorure de fer, ne purent déceler la présence de l'acide phosphorique dans une troisième fraction, dont on avait préalablement précipité les bases à l'aide de l'acide sulfurique et de l'alcool.

« Le résidu solide, non attaqué par l'acide azotique, bien lavé, offrit au microscope des cellules irrégulières ; calciné avec de la potasse sèche, il laissa dégager de l'ammoniaque.

« En conséquence le kyste est composé de carbonate de chaux et de carbonate de magnésie, déposés dans les cellules irrégulières d'une substance organique abondante et azotée. »

Laryngoscopie. — Opinions et pratique de M. le docteur Morell Mackensie.

Nous avons exposé dans la dernière Revue, d'après l'ouvrage récemment publié par M. le docteur M. Mackensie, et avec l'aide de la traduction et des annotations de M. Fauvel, l'historique de la découverte et des progrès de la laryngoscopie. Nous ferons connaître aujourd'hui, grâce au même concours, les appréciations du chirurgien anglais sur divers points de pratique laryngoscopique et les résultats de ses méthodes thérapeutiques.

M. M. Mackensie rejette les miroirs laryngiens en métal, parce qu'ils se ternissent facilement, et se détériorent au contact fortuit des solutions employées pour le traitement des maladies du larynx, et préfère avec raison les miroirs de verre étamés à l'argent, recouverts d'une plaque de packfurg en arrière, et inclinés à 120 degrés. Pour éclairer le miroir, il se sert du réflecteur concave de Czermak, ou d'une grosse passe-loupe, plan concave, adaptée à un tube en forme de manchon qu'il adapte au moyen d'un certain mécanisme à toutes les lampes.

A l'exemple de Czermak, pour acquérir la dextérité dans le maniement du miroir laryngien, il donne le conseil de pratiquer l'auto-laryngoscopie.

On regrette de ne pas voir mentionner dans ce chapitre l'appareil si ingénieux de M. le docteur Moura, car il n'en est pas de plus commode ni de plus simple pour faire l'examen de son propre larynx ou pour faire voir au malade lui-même l'image de ses cordes vocales.

Dans l'enseignement laryngoscopique, il existe toujours une grande difficulté, c'est de montrer très-clairement aux assistants l'image laryngienne. Si l'on se sert de la lumière Drummond, le miroir laryngien est si brillamment éclairé, il reflète avec tant d'éclat l'image de la glotte, que plusieurs personnes peuvent la voir à la fois, comme lorsqu'on emploie l'éclairage solaire.

Mais si l'on se sert d'une lampe ordinaire, il est souvent impossible de bien montrer à un seul assistant l'image laryngienne. Le docteur Smyly (de Dublin) a imaginé, à cet effet, un appareil qu'il appelle *récipro-laryngoscope* et dont M. Mac-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de plessimétrisme, par M. le professeur PIORRY. — **Cannes et son climat**, par M. le docteur DE VALCOURT.

I.

Parmi ceux qui ont été nos maîtres, les uns comme Rostan, et, avec plus de tact que l'archevêque de Grenade, se retirant à temps de la vie active, résument dans le silence du cabinet la base de la doctrine qu'ils ont enseignée ; d'autres, comme Chomel, Gerdy, écrivent quelque monographie importante, ou bien tentent, comme Roux, Trousseau, de résumer leur vaste pratique chirurgicale ou médicale ; d'autres ne veulent compter ni avec les années, ni avec leurs forces. M. Piorry fut l'un de ces derniers.

Le *Traité du plessimétrisme* (1) contient tout ce que M. Piorry a publié et enseigné depuis quarante ans sur ce sujet. Comme son collègue Rostan l'a fait pour l'organicisme, il a exposé toute sa doctrine dans ce volume, tout ce qui fut lui, tout ce qui constitue son individualité, son originalité.

Cet ouvrage est divisé en deux parties. Dans la première, M. Piorry s'occupe : 1° des notions qui ont rapport aux faits de physique générale correspondant au plessimétrisme ; 2° de l'étude des sensations que donne cette méthode ; 3° des instruments qu'exige le plessimétrisme et de la manière de s'en servir.

Dans la deuxième partie, l'auteur fait l'application de ces faits et de ces recherches à chaque organe en particulier. Procédant selon la méthode cartésienne, il va du connu à l'inconnu, esquisse l'anatomie normale et anormale, puis expose les expérimentations qu'il a faites et les faits cliniques qu'il a observés.

Tout le monde sait à quel degré de perfection M. Piorry a porté la percussion qui, entre ses mains, est devenue non-seulement un art mais une science. Il a tout percuté dans l'économie humaine, cerveau, poitrine, abdomen, cuisse, etc., etc. Il ne s'en est pas tenu là et, en 1865, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il a cherché, par des expériences fort ingénieuses, à reconnaître le son des divers liquides : eau de Seltz, alcool, vin, pus, etc. Pour ma part, j'admire une telle ardeur dans de semblables recherches, mais j'avoue qu'il faut une oreille bien exercée et bien musicale pour suivre le professeur dans toutes ses inquisitions. Tous ceux qui ont assisté à la clinique de l'ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, savent avec quel soin il faisait mesurer et délimiter, à l'aide du crayon dermographique, les organes sains ou malades.

Dans cet ouvrage, l'auteur rappelle en passant quelques-unes des discussions assez récentes auxquelles il a pris part à l'Académie, à propos de la thoracentèse, du goître exophthalmique, etc. Malgré l'autorité du nom de M. Piorry, je ne puis me résigner à voir dans cette dernière maladie (thyromégalie) la conséquence mécanique de l'augmentation de volume du corps thyroïde. Tous ceux qui ont observé cette singulière affection ont pu constater qu'il existe un élément nerveux que M. Piorry ne peut pas nier et qui m'avait fait jadis proposer le nom de *névrose thyro-exophthalmique*. Il n'y a, entre cette dernière maladie et le goître proprement dit, aucune analogie, ni sous le rapport pathogénique, ni sous le rapport physique, ni sous le rapport physiologique.

Des figures indispensables sont disséminées dans le cours de l'ouvrage, et serviront de guide à ceux qui n'ont pas assisté à la clinique de M. Piorry.

Le livre est fait avec une grande probité scientifique, et l'auteur aime à citer les noms de ses confrères et de ses élèves, qualité qu'on ne rencontre pas tous les jours. Mais le grand grief dressé contre M. Piorry, c'est sa nomenclature, ce sont des mots « longs d'une toise. » Moins doux à prononcer que le néologisme de M. le docteur Caron, ce sont ces expressions qui nous rappellent Ronsard,

« *Dont la muse en français parlait grec et latin.* »

Ce néologisme était la conséquence forcée de la doctrine organopathique de M. Piorry : il a eu le courage selon les uns, le tort selon les autres, d'être trop logique en parole et en action. Quelle que soit l'opinion qu'on ait de sa doctrine, il n'en reste pas moins acquis que M. Piorry sera l'une des physionomies les plus originales de son époque, et que la postérité placera sa découverte à côté de celle de Laennec.

II.

De l'organopathie de M. le professeur Piorry à l'holopathie des vitalistes, la transition ne serait pas facile si la médecine n'était une science universelle.

Les études climatologiques acquièrent une importance chaque jour croissante, et leur application pratique est facilitée aujourd'hui par la rapidité des moyens de communication. Grâce aux voies ferrées, on peut, à notre époque, réaliser ces deux vœux éternels de l'humanité : « Vivre bien, vivre longtemps. » Michelet a donc eu raison d'écrire :

« La Jouvence de l'avenir se trouve dans ces deux choses :

« Une science de l'émigration ;

« Un art de l'acclimatation. »

Savoir émigrer en temps opportun, savoir s'acclimater au pays qu'on habite, constituent donc la thérapeutique climatérique.

(1) Un vol. in-8°, avec 91 fig. 1866 ; prix : 14 fr., chez Adrien Delahaye.

kensie donne la figure. Il suffit, pour avoir cet instrument, d'ajouter au réflecteur concave supporté par un bandeau frontal une petite glace plane dont la surface polie soit dirigée vers le fond de la bouche du malade. Le réflecteur concave éclaire le miroir laryngien, et l'image du miroir laryngien va se refléter sur le miroir plan fixé au front de l'opérateur; l'assistant voit donc dans ce dernier miroir une image laryngienne très-nette sans gêner ni le malade, ni le médecin.

M. Fauvel lui-même a fait des recherches dans l'espoir de reproduire sur un écran, à travers une grosse lentille achromatique, l'image du miroir laryngien; il a fait ces expériences avec M. Debray, professeur de physique au lycée Louis-le-Grand, à Paris, avec M. Dubosq, et il n'est arrivé à aucun résultat satisfaisant. Il a cependant construit un système de prismes qui recueillent l'image du miroir laryngien et la reproduisent plusieurs fois; chacune de ces images reproduites est vue distinctement par plusieurs assistants.

Il faudrait, d'après M. le professeur H. Sainte-Claire Deville, projeter, dans le fond de la gorge, une lumière trop vive, et par conséquent donnant une chaleur trop grande, et qui ne pourrait être supportée par le malade pour arriver à produire nettement sur un écran l'image laryngienne.

L'un des chapitres les plus intéressants du livre de M. Mackensie est celui qui est relatif aux *applications des remèdes dans le larynx, à l'aide du laryngoscope*. Pour introduire des solutions médicamenteuses dans la glotte, l'auteur anglais se sert de petites brosses en poils d'écureuil ou de chameau coupés à angles droits à leur extrémité et fortement attachés par un fil d'aluminium ou d'argent. La tige qui supporte la brosse a un angle de 90 à 120 degrés. Dans la plupart des cas l'angle est de 108 degrés.

Bien que le traitement local soit aujourd'hui reconnu comme très-efficace, l'auteur cite à l'appui deux cas très-remarquables.

Une aphonie qui durait depuis plus de deux ans, provenant d'une désorganisation profonde des cordes vocales. Excroissance de la nature des verrues couvrant la face inférieure de l'épiglotte. Après une application locale persévérante de nitrate d'argent, de juin 1862 à septembre 1863, la voix a été rétablie, les cordes sont redevenues unies et les végétations ont progressivement diminué.

La seconde observation a trait à une malade qui avait aussi perdu la voix depuis deux ans, par suite d'excroissances verruqueuses sur le repli sus-épiglottique droit et dans le ventricule du même côté; quelques cautérisations directes, avec la brosse laryngienne imbibée d'une forte solution de nitrate d'argent, ont suffi en quelques semaines pour amener la guérison.

Après avoir rappelé que les inflammations du larynx sont de la même nature que celles des autres parties du corps, M. Mackensie ajoute que les remèdes qu'il a trouvés les plus efficaces sont les solutions de nitrate d'argent, de perchlorure de fer, de sulfate de cuivre ou de zinc, l'acide carbolic et l'iodine. La glycérine est pour lui le meilleur dissolvant de ces agents, et l'on se trouvera bien de varier les topiques dans les laryngites chroniques.

M. Mackensie rejette l'injecteur laryngien qui lance des poudres médicamenteuses, car on en jette ou trop ou pas assez, et très-souvent sur la région non malade, et l'on provoque des toux convulsives.

Les pulvérisateurs ne paraissent pas jouir d'une grande faveur auprès du médecin anglais. Cependant, dans les cas de laryngorrhée, il recommande les pulvérisations de tanin.

Pour appliquer le nitrate d'argent solide, il se sert d'un fil d'aluminium recourbé comme la brosse laryngienne et terminé par une extrémité rugueuse, râpeuse, qu'il plonge dans du nitrate d'argent fondu à l'esprit-de-vin, selon le conseil du docteur Ratchfuss (de Pétersbourg). De cette façon, une portion du nitrate adhère fortement au fil.

M. Mackensie a employé très-utilement le nitrate d'argent solide pour toucher les ulcérations, les condylômes, et la base des excroissances lorsqu'on a opéré l'extraction.

Les autres escharrotiques dont il s'est servi avec le plus de succès, sont l'acide nitrique, l'acide chromique, la pâte de Vienne.

M. Morell Mackensie est le premier qui ait pratiqué l'électrisation directe du larynx, et qui ait porté le réophore directement sur les cordes vocales, dans les cas d'aphonie paralytique ou hystérique de la glotte, lorsque l'électrisation indirecte avait été infructueuse. Le galvaniseur s'emploie dans les cas nombreux d'aphonie ou de dysphonie qui ne sont pas accompagnés de lésions organiques du larynx. L'auteur cite plusieurs observations très-remarquables de guérison par ce procédé chez des malades aphones de longue date; M. Fauvel a constaté, ainsi que lui, le rétablissement de la santé générale après le retour de la voix. La raison en est facile à comprendre : les malades qui ne parlent plus par suite de défaut de tension et de rapprochement des cordes vocales, ne peuvent plus emmagasiner l'air dans leurs poumons, et leur hématose est insuffisante.

M. Fauvel rapporte, à ce sujet, qu'il a soigné et guéri Mme L..., nièce de M. le docteur Louis, atteinte, depuis plusieurs années, d'une aphonie complète que cet illustre maître avait diagnostiquée phthisie laryngée probable. La malade avait perdu non-seulement la voix, mais l'appétit, le sommeil, les forces; la respiration était courte, saccadée; toutes les fonctions s'éteignaient une à une; une chloro-anémie très-prononcée s'était manifestée. M. Fauvel électrisa la malade directement sauf les cordes vocales; ce ne fut qu'à la huitième séance que la voix reparut claire et bien timbrée. A partir de ce moment, l'état général s'améliora sensiblement de jour en jour; l'électrisation fut continuée tous les jours, pendant plusieurs mois, vers les époques cataméniales; la guérison ne s'est pas démentie depuis bientôt trois ans.

Pour pratiquer la scarification dans le larynx, dont il se montre grand partisan, M. Mackensie se sert d'une lancette laryngienne de son invention, qui est très-simple et facile à manier; elle est cachée dans un fil de fer convenablement recourbé et fait saillie à la volonté de l'opérateur, qui pousse le long du manche de l'instrument un ressort destiné à faire sortir et rentrer alternativement la lancette. Dans le cas où le malade est menacé d'asphyxie (œdème sus-glottique), la lancette laryngienne rend un service immédiat. Mais M. Fauvel nous fait remarquer qu'il a toujours vu cette opération suivie de plaies gangreneuses longues, difficiles à guérir.

Pour ouvrir les kystes (affection très-rare) du larynx, cet instrument est très-favorable.

M. Mackensie a eu l'occasion de pratiquer un grand nombre de fois l'extraction de polypes et de végétations du larynx, soit avec des pinces (forceps comme on dit en anglais), soit avec les ciseaux, soit aussi avec un écraseur. Il donne de beaucoup la préférence aux instruments qui enlèvent ces petites tumeurs par arrachement.

Est-ce coïncidence ou est-ce une raison de climatologie? La plupart des polypes opérés par M. Mackensie étaient des verrues, des tumeurs papillaires; c'est aussi, dit M. Fauvel, ce que j'ai très-souvent rencontré; tandis que Turck, en Allemagne, en a opéré fort peu de cette nature.

Les conclusions de l'auteur sont toutes pratiques et se résument en ces mots : L'arsenal du chirurgien, qui ne veut pas faire de la laryngoscopie une spécialité, peut se réduire à deux miroirs laryngiens, un réflecteur éclairé par une simple lampe modérateur, quelques brosses laryngiennes, un galvaniseur et une pince à polypes.

Les brosses et le galvaniseur peuvent être employés sans danger, sans crainte de blesser le malade par des mains inexpérimentées; mais il n'en est pas de même de la pince et de la lancette laryngiennes.

Nous nous associons volontiers aux éloges que M. Fauvel adresse à notre confrère d'outre-Manche, pour la clarté et la méthode véritablement pratique avec laquelle il a traité son sujet, et pour l'impartialité de ses appréciations. Son livre peut être considéré comme un guide pour les médecins qui voudraient étudier la laryngoscopie.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES. — M. Paul Dauvé.

Fractures multiples de la voûte et de la base du crâne (étages antérieur et moyen), et des os de la face, par chute d'un lieu élevé. — Hernie du cerveau par l'orbite et exorbitis. — Pas de paralysie, ni de lésion des facultés. — Encéphalite; mort au septième jour.

(Observation recueillie par M. Oscar Durant, aide-major de 1re classe.)

Antoine D..., élève musicien au 10e régiment de dragons, âgé de dix-sept ans, robuste, voulant franchir la nuit le mur de la caserne, tombe sur le bord d'un abreuvoir d'une hauteur de vingt-cinq pieds. Relevé peu après sans connaissance, il est resté ainsi plusieurs heures et a rendu par le nez une notable quantité de sang.

Apporté le lendemain matin, 18 décembre 1866, dans le service de M. Dauvé, il présente ce qui suit :

Les sens sont revenus, mais il ne répond que par monosyllabes et ne manifeste qu'impatience et colère pendant l'exploration; pas de résolution, ni paralysie, ni contracture; un peu d'agitation; céphalalgie frontale vive, seule douleur qu'il accuse; pouls plein, dur, sans fréquence; soif assez forte.

Bouffissure générale du côté droit de la face et de la région temporo-frontale. Plaie contuse de deux centimètres au niveau du bord supérieur de l'arcade orbitaire, parallèle à cette arcade, et au fond de laquelle l'os est à nu. Deuxième plaie de trois centimètres, sans dénudation osseuse, à six centimètres au-dessus de la précédente, au niveau de la partie supérieure de la bosse frontale. Les bords de ces plaies sont meurtris, soulevés par du sang coagulé et infiltré au loin, surtout vers la tempe. Aucune autre plaie ne se voit sur la tête ni sur le reste du corps; il paraît presque certain que le choc a frappé tout d'abord la partie antéro-externe du frontal.

Ecchymose considérable occupant les paupières inférieures et supérieures des deux côtés; mais à droite surtout, elle est rouge violacé, avec tuméfaction énorme; après de grands efforts contrariés par les mouvements du blessé, on a pu les écarter un peu et voir une large ecchymose sous-conjonctivale, rouge vif. Le globe de l'œil est projeté notablement en avant et un peu en dehors. Vision nulle de ce côté. L'œil gauche est intact.

En pressant successivement tous les points de la face, on sent une crépitation emphysémateuse plus étendue à gauche, où elle va de l'angle interne de l'œil jusque vers l'angle de la mâchoire inférieure, plus limitée à droite, où elle ne dépasse pas la fosse canine.

A la palpation, rendue difficile par l'impatience du blessé, on ne trouve ni mobilité ni enfoncement des os de la face; la bouche s'ouvre assez pour constater l'intégrité du maxillaire inférieur. Le stylet, conduit dans la plaie orbitaire, fait reconnaître une rugosité osseuse vers le milieu de l'arcade, sans qu'on puisse la poursuivre plus loin.

Le nez est rempli de caillots sanguins, mais ne laisse écouler aucun liquide; aucun écoulement par les oreilles. Aucune douleur vers la voûte palatine ou la partie supérieure du pharynx, ni pendant les mouvements de déglutition; le blessé demande à manger.

L'ecchymose sous-conjonctivale, l'exorbitis, la rugosité signalée par le stylet font reconnaître de suite une fracture de l'arcade orbitaire; l'écoulement sanguin primitif par le nez, l'emphysème sans signes évidents de fracture des os propres du nez, indiquent que la fracture de la voûte orbitaire devait se continuer avec les sinus frontaux ou ethmoïdaux. Dès le premier jour on inscrivit donc : fracture de la voûte orbitaire et des sinus; commotion cérébrale disparue et laissant déjà quelques symptômes de contusion du cerveau (agitation, douleur frontale).

Le gonflement en masse de tout le côté droit de la face pouvait faire supposer une lésion du maxillaire supérieur; mais la palpation, gênée par l'indocilité du blessé, n'a pas donné de mobilité ou de crépitation osseuse; on n'a pu même obtenir qu'il ouvrît suffisamment la bouche pour aller avec le doigt presser sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et rechercher le signe bien indiqué par M. A. Guérin dans la fracture du maxillaire supérieur. L'imm-

---

Que de malades, considérés comme voués à une mort certaine, ont retrouvé au soleil du Midi la santé et la vie!

Ne croyons pas toutefois qu'il suffise d'émigrer pour réaliser certaines guérisons : tous les climats ne conviennent pas également à toutes les formes des maladies. Il est évident que si la forme *torpide* a besoin d'un climat tonique et vivifiant, la forme *éréthique* réclame un climat présentant les conditions opposées. A la forme torpide conviennent Nice, Hyères, Cannes; à la forme éréthique, Pau, Menton, etc.

Nous autres habitants du Nord, nous sommes agréablement surpris quand nous arrivons dans ces pays privilégiés; quand, au lieu du ciel gris de Paris, nous trouvons un ciel toujours bleu, des campagnes toujours vertes et parfumées, un soleil toujours radieux. Le sentiment de bien-être que nous éprouvons, nos valétudinaires l'éprouvent davantage.

M. le docteur de Valcourt s'est fait médecin voyageur, comme MM. Gigot-Suard, Carrière, etc.; il s'est déjà fait connaître par quelques publications sur la climatologie, et c'est un peu tardivement que j'ai reçu sa dernière brochure (1), qui fût arrivée plus à propos il y a deux ou trois mois.

Cannes, on le sait, est une ville nouvelle, fondée en 1834 par lord Brougham, qui vint y bâtir une résidence autour de laquelle beaucoup d'autres se sont groupées. Il n'y a que les Anglais aujourd'hui pour faire ces choses-là! A Cannes, comme à Hyères, il y a deux villes, une ancienne, inhabitable pour les étrangers, une nouvelle, sorte de petit Éden où se coudoient tous les peuples, où se parlent toutes les langues.

(1) *Cannes et son climat*, 1866, chez Germer Baillière, avec une vue de la ville. Prix : 2 fr.

Après le golfe de Naples, chanté par tous les poëtes et par tous les voyageurs, rien n'est plus beau que celui de Cannes. Bâtie sur les bords du golfe, abritée des vents du nord par la majestueuse chaîne de l'Esterel, Cannes a sous ses pieds la mer, dont la brise attiédit l'atmosphère. Dût-on m'accuser de chauvinisme, je ne crains pas de dire que, lorsqu'on a Cannes, on peut à la rigueur se passer de Naples, et qu'au lieu de répéter cette phrase banale : « Voir Naples et mourir, » on aurait plus raison de dire : « Voir Cannes et y vivre. »

A Cannes, comme à Hyères, ce n'est pas la vie mondaine, aux toilettes tapageuses de Nice, leur voisine; c'est la vie champêtre, c'est la vie libre, l'air parfumé, le soleil, la liberté et ce doux laisser-aller plein de charmes qui nargue l'étiquette et semble en harmonie avec le climat. L'ombrelle blanche y est plus utile que le *stick*, le chapeau de paille plus commode que le gibus ou le Pinaud, le par-dessus ou la pelisse plus avantageux que le veston court.

Cependant il ne faut pas l'oublier, Cannes a aussi un peu d'hiver, mais si peu...; Cannes a aussi ses variations diurnes de température, sa journée médicale. Il n'y a rien de parfait ici-bas.

M. de Valcourt nous fait connaître la riche végétation du pays déjà si habilement explorée en 1860, par un de nos confrères, aussi versé en botanique qu'en thérapeutique et qu'en pathologie, et à qui le sort vient de refuser à notre Faculté une chaire dont il était si digne. Orangers, roses, jasmins, cassies, tubéreuses, violettes, poussent à Cannes comme l'herbe; aussi quand on a habité cette résidence en malade, on y revient par reconnaissance, et j'en sais plus d'un qui a dit un adieu définitif à la grande ville pour terminer tranquillement ses jours dans ce petit paradis. Autant de pris d'avance sur celui qu'on nous promet.

M. de Valcourt résume ainsi l'état atmosphérique : pluies rares mais abondantes; ciel habituellement serein; jamais de brouillard.

Le pays est très-riche en géologie et en conchyliologie.

Chercher à remplacer cette douce température du Midi par la chaleur artificielle est chose mauvaise : mieux vaudrait pour nos malades le séjour dans une campagne saine. La chaleur des appartements leur est plus nuisible qu'utile; elle les énerve, les amollit, détermine la chlorose et hâte souvent la terminaison des maladies thoraciques. Le grand air est indispensable; il entretient la vie en tonifiant.

M. de Valcourt n'est pas le seul historiographe de Cannes. Il a eu pour devanciers MM. Girard et Bareste, Sève, Buttura.

M. de Valcourt a eu le tort, selon moi, de laisser de côté la partie thérapeutique. Ce n'est pas assez de nous dire que Cannes est agréable, il fallait nous dire que Cannes est utile et dans quelles circonstances. L'auteur aurait dû ajouter un chapitre dans lequel il aurait indiqué les maladies qui réclament le séjour dans cette station méridionale. Ce sont les maladies à forme atonique et dans lesquelles nous rangeons la chlorose, l'anémie, le lymphatisme, le ratichisme, les scrofules, l'affaiblissement consécutif aux excès de tout genre, les rhumatismes, les névralgies, les catarrhes bronchiques, vésicaux, utérins, etc., mais par-dessus tout la phthisie pulmonaire qui, plus d'une fois, s'est amendée et guérie. C'est un point qu'on ne saurait trop rappeler à propos d'une maladie qui passe à tort pour incurable. Nous devons donc faire émigrer nos phthisiques, mais ne pas trop attendre et nous n'oublierons pas le précepte de l'École :

I cito,... mora, tardeque reverte.

Dr A. Corlieu.

Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, par le docteur Moura. Avec gravures et observations. In-8°, deuxième tirage, prix 4 francs. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

nence de symptômes cérébraux graves a d'ailleurs empêché d'insister sur cette recherche.

Des sangsues en permanence ont été appliquées, selon la méthode de Gama, aux apophyses mastoïdes; vingt-cinq ont été employées pendant treize heures; saignée du bras de 300 grammes; émétique en lavage, deux lavements purgatifs, dont le deuxième avec une goutte d'huile de croton, a amené une véritable débâcle, suivie d'un calme très-marqué. Eau glacée sur le front pendant tout le cours du traitement; sinapismes promenés sur les membres inférieurs; cruchons d'eau chaude en permanence aux pieds.

Le deuxième et le troisième jour, il y eut une amélioration sensible; calme, réponses justes, pouls sans dureté ni fréquence; il demande des aliments. On a continué néanmoins l'émétique en lavage, le lavement purgatif, et, vers la fin du troisième jour, on est revenu aux sangsues en permanence appliquées aux tempes.

Le cinquième jour, on constate qu'il y a eu pendant la nuit de l'agitation et un peu de délire; la peau est chaude et sèche, le pouls plein et dur à 90 pulsations par minute. Il y a un peu de somnolence sans paralysie ni contracture. Il a constamment demandé à manger : un peu de bouillon maigre seulement lui a été accordé. Nouvelle application de sangsues.

Le sixième et le septième jours, même état fébrile continu; somnolence plus marquée; il a cependant toute sa connaissance, sans paralysie ni contracture. Les symptômes de compression cérébrale gagnent de plus en plus sur ceux de la contusion. Il s'éteint dans le coma au septième jour, le 24 décembre, à trois heures du soir, sans autre phénomène notable.

Nécropsie (vingt heures après la mort). — On s'est assuré qu'aucune lésion, aucune fracture n'existe sur le tronc ou les membres. Large ecchymose jaunâtre sur le cou et l'épaule du côté droit.

L'obligation de ménager la face du sujet, réclamé par sa famille, a forcé à faire une coupe de la tête un peu désavantageuse, mais la scie a été employée avec les plus grands ménagements pour éviter des fractures artificielles. La pièce, montrée à plusieurs membres de la Société de chirurgie, à la fin de la séance du 26 décembre, sera conservée dans le musée de l'hôpital de Versailles.

La peau du côté droit de la tête offre une ecchymose jaunâtre. Les tissus sous-cutanés, le muscle temporal surtout, sont le siége d'une infiltration sanguine noirâtre. Rien de semblable du côté gauche.

A l'ouverture de la boîte crânienne, s'écoule une grande quantité de sang noir venu des sinus de la dure-mère. Si l'on excepte la partie du cerveau répondant aux fosses cérébrales antérieures et à la fosse cérébrale moyenne droite, tout est sain : membranes intactes, cerveau ferme, sans piqueté ni sablé; un peu de sérosité citrine dans les ventricules.

1° Fosse cérébrale antérieure gauche : on y voit une fracture multiple du frontal, et à ce niveau, un épanchement de sang noir et concret, en lame mince, entre l'os et la dure-mère; là le cerveau offre un noyau infiltré de sang noirâtre et un peu ramolli.

2° Fosse cérébrale moyenne droite : même épanchement et même état du cerveau au niveau d'une fracture esquilleuse avec léger enfoncement de la grande aile du sphénoïde.

3° Fosse cérébrale antérieure droite. Là sont les plus grands désordres : toute la partie antérieure et inférieure de cette fosse, derrière une fracture multiple du frontal, est tapissée par un épanchement de sang noir et concret entre l'os et la dure-mère, en lame mince, mais ayant en bas surtout deux à trois millimètres d'épaisseur. La dure-mère est déchirée au niveau d'une fracture de la voûte orbitaire, du corps du sphénoïde et de la lame criblée. Toute la portion correspondante du lobe cérébral antérieur est réduite en une bouillie brunâtre, déliquescente, qui pénètre par cette rupture de la dure-mère et les fractures ci-dessus indiquées, d'une part dans les fosses nasales, de l'autre dans l'orbite où la matière cérébrale ainsi altérée s'étale en champignon autour du nerf optique sur une couche de sang noir et concret. On a ainsi l'explication de l'exorbitis signalé pendant la vie.

L'état des os offre une véritable dislocation du côté droit du crâne et de la face, et l'on s'étonne à bon droit du peu de symptômes observés, de l'absence, par exemple, d'une grande mobilité, et de crépitations multiples. Notons toutefois une épaisseur presque anomale du tissu fibreux périostal qui, sur ce sujet, retenait fortement les parties en rapport. La pièce seule peut donner une idée juste de tant de fractures d'un agencement si complexe; nous en donnons l'énumération. Aucune d'ailleurs ne faisait de saillie notable à l'intérieur du crâne.

A. *Côté gauche.* — 1° Disjonction de la suture sphéno-frontale avec petite esquille du frontal;

2° Enfoncement de l'os unguis, fracture de l'os planum de l'ethmoïde;

3° Fracture de l'apophyse montante du maxillaire supérieur; disjonction de cette apophyse avec les os propres du nez;

4° Fracture double de la voûte orbitaire, se reliant avec celle du côté opposé.

B. *Ligne médiane.* — 1° Disjonction des os maxillaires supérieurs suivant la voûte palatine, puis déviant à gauche en fracturant le palatin;

2° Fracture antéro-postérieure du vomer en sa partie moyenne;

3° Fracture de la lame criblée de l'ethmoïde et du corps du sphénoïde se reliant à angle aigu par l'intermédiaire des fractures des voûtes orbitaires.

C. *Côté droit.* — 1° Double fracture du frontal partant du milieu de l'arcade orbitaire et divergeant en haut, d'une part vers le sinciput, de l'autre suivant la ligne courbe temporale. Le fragment intermédiaire est un peu déprimé dans sa moitié inférieure;

2° Fracture esquilleuse avec enfoncement léger de toute la grande aile du sphénoïde.

3° Fracture du corps du sphénoïde, près de sa jonction à son apophyse ptérygoïde, se continuant en arrière jusques et y compris la suture pétro-basilaire.

4° Disjonction de l'os malaire avec l'apophyse orbitaire du frontal et avec l'apophyse zygomatique.

5° Fracture de l'apophyse zygomatique au point de réunion de ses deux racines.

6° Fracture de l'unguis resté adhérent à l'apophyse montante qui est disjointe du frontal et de l'os propre du nez.

7° Fracture de l'apophyse ptérygoïde dont la moitié inférieure restée adhérente au maxillaire; c'est un des points peut-être les plus curieux de la pièce.

8° Fracture du maxillaire supérieur, verticale, en dedans de la suture maxillo-malaire.

9° Fracture double du plancher de l'orbite, dont l'une avec écartement de deux millimètres, est à un demi-centimètre en dedans du canal sous-orbitaire et ouvre le sinus maxillaire, et l'autre parallèle à la précédente et un peu en dehors, intéresse ce canal.

En résumé :

1° La cavité orbitaire droite, dont la base déformée s'allonge en bas et en dehors, à toutes ses parois plus ou moins détruites, surtout sa paroi sphénoïdale qui, au niveau de la grande aile, offre de nombreuses esquilles. Le corps du maxillaire supérieur semble séparé de la tête, même vers l'apophyse ptérygoïde.

2° La fracture directe par excellence paraît siéger dans la région fronto-temporale droite, qui a dû recevoir le choc principal, les autres n'étant probablement le résultat que d'une extension ou d'un contre-coup.

3° L'épaisseur et la résistance du tissu fibreux ont maintenu les os assez en rapport pour que, à travers des parties molles fort tuméfiées par le sang et l'air, la pression ne donnât pas des signes évidents.

4° Par la fracture de l'ethmoïde et de la voûte orbitaire droite, la substance cérébrale a pénétré dans les fosses nasales et dans l'orbite, et amené l'exorbitis; des épanchements sanguins en lames minces se sont étalés entre la dure-mère et les os.

5° Cette lésion si forte du lobe antérieur droit du cerveau n'a amené aucun trouble de la parole.

6° La contusion du cerveau a été suivie, vers le cinquième jour, d'une encéphalite à appareil symptomatique modéré, sans retentissement sur la sensibilité générale et la motilité.

7° La mort n'a eu lieu qu'au septième jour, fait remarquable en présence de si grands désordres, devant lesquels le traitement le plus énergique ne pouvait espérer de succès.

8° Le léger enfoncement des fragments osseux et les épanchements sanguins entre la dure-mère et l'os n'ont donné aucun symptôme primitif de compression qui pût indiquer l'opération du trépan.

9° La cause elle-même de tous ces dégâts, chute d'un lieu élevé, rend encore cette observation intéressante; on la trouve rarement en effet dans les cas publiés jusqu'ici.

LES REMÈDES CONTRE LA RAGE

Par M. A. MAYGRIER.

M. Maygrier, secrétaire de la direction à l'école d'agriculture de la Saulsaie, vient de publier un aperçu critique, historique et bibliographique des remèdes contre la rage, depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours. (1)

Ce travail est le résumé de l'opinion des hommes les plus compétents et se résume dans ces quelques propositions.

1° La rage est incurable; elle attend encore son spécifique, que Boerhaave ne désespérait pas qu'on pût trouver un jour.

2° Il n'y a point de préservatif certain de la rage.

3° Le meilleur consiste dans la vulgarisation de la connaissance de ses symptômes précurseurs, particulièrement chez le chien, symptômes dont la description doit surtout être empruntée à William Youatt, à MM. H. Bouley et Sanson. M. le professeur Reynal y ajoute l'application rigoureuse de la législation sanitaire spéciale à la rage, mise en parfaite harmonie avec les progrès de la science.

4° Lorsqu'une personne a le malheur d'être mordue par un animal enragé ou supposé tel, la plaie, ou chaque plaie, doit être cautérisée dans le plus bref délai, et profondément, avec le fer rougi à blanc, et, à défaut du cautère actuel, par les caustiques les plus puissants, notamment le beurre d'antimoine.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 1er mai 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

M. LEGOUEST. La Société voudra bien se rappeler, je l'espère, que je suis un des chirurgiens d'armée qui rejettent et combattent cette opinion que les fractures du fémur par coups de feu nécessitent toujours l'amputation de la cuisse. J'ai été beaucoup plus loin que tous mes collègues dans la voie de la chirurgie conservatrice; et je crois avoir démontré d'une manière générale que les fractures du fémur par coups de feu, traitées par la conservation des membres, ne sont pas plus funestes que les amputations; et que les amputations donnent des résultats moins satisfaisants que la conservation dans les fractures par coups de feu de la moitié supérieure du fémur.

Ces principes, exposés par moi dans diverses publications et notamment dans mon *Traité de chirurgie d'armée*, ont été pris en grande considération par les chirurgiens américains, pendant la guerre de la sécession. C'est à cela, sans doute, que je dois l'honneur d'avoir reçu de M. le docteur George A. Otis, conservateur du musée médical de l'armée à Washington, les magnifiques photographies que je mets sous les yeux de la Société.

On sait quelle haute intelligence a présidé à la direction du service de santé des armées américaines, sous les auspices de M. William Hammond d'abord, puis de M. Barner. Entre toutes les choses utiles accomplies ou fondées par les chirurgiens en chef des États-Unis, il faut citer le musée médical militaire, qui au 1er janvier 1863 ne comptait pas moins de 1344 pièces anatomo-pathologiques de blessures de guerre.

Un atelier de photographie annexé à ce musée a reproduit les cas de chirurgie militaire les plus intéressants et le résultat de leur traitement.

Au nombre des photographies qui m'ont été envoyées, s'en trouvent vingt-trois représentant les résultats de fractures du fémur par coups de feu, traitées par la conservation du membre; la plupart sont des fractures du tiers supérieur. Toutes ces photographies, qui sont de grande dimension, portent, collée au verso, l'observation imprimée du cas qu'elles reproduisent. Elles ont pour moi un grand intérêt, puisqu'elles viennent à l'appui de mes opinions; elles n'en auront pas moins, je pense, pour la Société de chirurgie tout entière.

DISCUSSION SUR LE TRÉPAN (SUITE).

M. LARREY termine la lecture de son *Mémoire sur le trépan*, dont il présente l'analyse sommaire et les conclusions :

« J'ai cherché dans cette étude, dit M. Larrey, à coordonner les nombreux matériaux que j'avais amassés depuis plus d'une trentaine d'années, dans la pratique militaire surtout, pour les soumettre au jugement de la Société de chirurgie.

« Je n'ai pas seulement examiné, à mon point de vue, la question du trépan, restreinte, dans la discussion, aux fractures du crâne avec enfoncement, j'ai cru que toutes les lésions traumatiques de la tête pour lesquelles cette opération était discutable avaient entre elles, sous ce rapport, une solidarité plus ou moins étendue. C'est pourquoi il m'a paru tout à fait utile d'apprécier les indications et les contre-indications du trépan pour chaque lésion du crâne, malgré les difficultés d'une telle entreprise et malgré les incertitudes de la vérité, au milieu des opinions les plus contradictoires.

« Mais je suis responsable seulement de mon opinion personnelle, fondée toutefois, je dois le dire, sur la grande expérience de mon père, qui, ayant vu des milliers de blessures de la tête, n'avait eu recours au trépan que dans un très-petit nombre de cas et, d'après des indications bien précises.

« Les contusions du crâne, simples ou compliquées, les fractures avec ou sans enfoncement, la pénétration des corps étrangers dans la cavité osseuse, les épanchements sanguins, les lésions du cerveau, commotion, contusion, compression, les accidents nerveux, céphalalgie, convulsions, délire, épilepsie, les accidents inflammatoires de méningite ou d'encéphalite, avec ou sans épanchement purulent, et enfin la paralysie traumatique; telle est la série des cas dont j'ai tâché de déduire autant de propositions relatives au trépan.

« Je rappelle l'époque à laquelle l'opération peut être faite, la proportion des cas de trépanation au nombre des blessures du crâne, et les résultats de la statistique, d'ailleurs si controversée.

« Les abus, les accidents, les difficultés même, et enfin l'insuffisance de cette opération grave, à mon avis, deviennent autant d'arguments pour en restreindre l'emploi, si précieux alors, à des cas de nécessité bien reconnue.

« C'est dans cette pensée, c'est avec cette conviction que je recommande essentiellement de recourir d'abord à toutes les ressources de la thérapeutique, susceptibles, selon moi, de suppléer avec avantage, dans la plupart des cas, à l'opération du trépan.

« Je cite, pour preuves à l'appui, bon nombre d'observations empruntées à la chirurgie française, surtout à la chirurgie militaire, et plus particulièrement à la pratique de mon père, ainsi qu'à la mienne, témoignant en définitive combien j'ai le désir d'avoir contribué utilement à l'une des discussions les plus importantes de la Société de chirurgie.

« Les conclusions que je me crois en droit de formuler, d'après ce long mémoire, ont pour base trois conditions fondamentales comme indications, du trépan, à savoir :

« 1° La nécessité de l'opération; 2° la persistance des accidents; 3° l'insuffisance des autres ressources, dans les cas suivants :

« 1° Les fractures du crâne, soit par perforation plus ou moins profonde, soit avec enfoncement des fragments, lorsque la déchirure de la dure-mère ou la lésion du cerveau provoque des accidents graves et continus, sans que les tentatives de redressement soient possibles par d'autres moyens;

« 2° Les fractures avec enclavement des corps étrangers ou des projectiles dans l'épaisseur ou dans la cavité du crâne, si l'extraction ne peut en être faite autrement;

« 3° Les lésions localisées de la tête, ou les contusions du crâne, compliquées d'accidents immédiats et persistants de contusion ou de compression du cerveau, soit avec épanchement reconnaissable, soit avec hémiplégie prolongée, pourvu que l'emploi préalable de tout autre traitement actif devienne insuffisant.

« Les contre-indications du trépan seraient :

« 1° Les lésions profondes de la tête, sans localisation extérieure du traumatisme et fatalement mortelles;

« 2° Les fractures reconnues ou présumables de la base du crâne;

« 3° Les fractures compliquées de la voûte crânienne, avec mobilité des fragments ou perte de substance osseuse, formant une sorte de trépanation accidentelle;

« 4° Les cas d'enfoncement des os ou de pénétration de corps étrangers, si le redressement ou l'extraction en est praticable par d'autres moyens mécaniques;

« 5° Toute fracture limitée ou même étendue, qui ne serait compliquée d'aucun accident immédiat de compression;

« 6° La commotion cérébrale, comme l'inflammation aiguë du cerveau et des méninges.

« La conclusion générale qui, en définitive, résume pour moi toutes les autres, c'est que l'opération du trépan, si salutaire, si indispensable quelquefois, n'est pas toujours sans gravité par elle-même, et doit être réservée à des cas bien définis ou bien déterminés, mais non entreprise au hasard ou de parti pris, dans des cas douteux ou désespérés, sous peine d'aggraver le plus souvent les complications, et de hâter une terminaison funeste.

« C'est, au contraire, l'application active et trop de fois négligée des autres ressources de l'art qui peut, dans la plupart des circonstances, seconder les merveilleux efforts de la nature pour la guérison des blessures les plus graves de la tête. Voilà ce que je crois vrai.

(1) In 8° Paris, 1866, F. Savy.

« Puissé-je l'avoir démontré en faveur des progrès de la chirurgie conservatrice, à laquelle j'ai voué tous les efforts de ma carrière. »

La Société décide que le travail de M. Larrey sera imprimé dans ses mémoires.

M. le Président prononce la clôture de la discussion.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, DOLBEAU.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente	630 fr.
M. le docteur Arnal	40 »
M. Maisonneuve	20 »
M. le docteur J. C... (Haut-Rhin)	2 »
MM. Charrière, Robert et Collin	20 »
M. E. L.	10 »
Total	722 fr.

L'Académie de médecine, dans son comité secret de mardi dernier, a entendu la lecture du rapport de la section de thérapeutique, constituée en comité d'élection, sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section. La section a présenté les candidats dans l'ordre suivant : 1° en première ligne et *ex æquo* (par ordre alphabétique), MM. Davaine et Hardy ; 2° en deuxième ligne, M. Marrotte ; 3° en troisième ligne, et *ex æquo*, MM. Moutard-Martin et Oulmont ; 4° en quatrième ligne, M. Delioux de Savignac. L'élection aura lieu mardi prochain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

I. — *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Potteau, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, est élevé à la 3e classe de son emploi.

M. Quantin (Louis-Antoine) est nommé préparateur de mammologie et d'ornithologie (4e classe) au Muséum d'histoire naturelle.

M. Sénéchal (Charles) est nommé préparateur d'anatomie comparée (4e classe) au Muséum d'histoire naturelle.

II. — *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.* — M. Delacourt, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de clinique externe à ladite École (emploi vacant).

M. Robiou, professeur adjoint d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur d'anatomie et physiologie à ladite École, en remplacement de M. Delacourt.

M. Regnault, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie à ladite École, en remplacement de M. Robiou.

M. Perret, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, en remplacement de M. Robiou.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Duprey, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est autorisé à faire, près ladite École, un cours complémentaire de chimie.

— M. le préfet de la Seine vient de constituer une seule et même commission de surveillance pour les asiles d'aliénés de Sainte-Anne, Ville-Évrard et Vaucluse. Ont été nommés président et membres de cette commission, MM. Ferdinand Barrot, grand référendaire du Sénat ; Marchand, président de section au conseil d'État ; Barbier, conseiller à la Cour de cassation ; David, conseiller-maître à la Cour des comptes ; Legendre, membre du conseil général de la Seine.

— Sur huit candidats admissibles à la dernière épreuve du concours pour deux places de médecins au bureau central, quatre l'ont subie : MM. Descroisilles, Labbé, Lécorché et Proust.

Jusqu'à présent figurent en tête de la liste MM. Proust avec 67 points, Labbé avec 65, et Descroisilles avec 64.

— L'association mutuelle des médecins aliénistes de France, récemment élevée au rang des établissements d'utilité publique, vient de tenir son assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. Baillarger. D'après le rapport du secrétaire général, M. Legrand du Saulle, cette institution qui compte à peine deux ans d'existence, a reçu pour 8,000 fr. de cotisations et de dons, et elle a déjà distribué 1,700 fr. à des veuves de médecins. Le chiffre des membres de cette association spéciale est en ce moment de 94.

— A l'occasion de diverses présentations à l'Académie de médecine, séance du 7 mai, nous disions :

« 4° De la part d'un médecin militaire, dont nous n'avons pu entendre le nom, deux mémoires manuscrits : l'un sur les maladies simulées par les conscrits dans les arrondissements de Meaux et de Thionville, et l'autre sur la topographie médicale de Thionville et de son arrondissement.

« Ce nom est celui de M. le docteur Allaire, médecin major de 1re classe. »

— Le journal le *Temps* a publié une lettre signée Louis Odier, élève en médecine, et le même journal publie, dans son numéro de mercredi, un *communiqué* administratif relativement à cette lettre. On nous prie de déclarer que cette lettre n'est point de M. Louis Odier, interne des hôpitaux, dont on a usurpé la signature, et une rectification a été adressée au *Temps* et à M. Husson, directeur de l'assistance publique à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'officine ou répertoire général de pharmacie pratique contenant : 1° Le dispensaire pharmaceutique, conspectus des pharmacopées, matières médicales et formulaires de tous les pays, précédé, sous forme de prolégomènes, de tableaux ou synopsis chimiques, minéralogiques, botaniques, zoologiques, de l'art de formuler ; 2° La pharmacie légale, comprenant la législation pharmaceutique, la toxicologie, l'essai pharmaceutique ; 3° L'appendice pharmaceutique, comprenant la pharmacie vétérinaire, la pharmacie homœopathique, la chimie pharmaceutique (analyse) ; 4° Le tarif général de pharmacie et des branches accessoires, par DORVAULT, directeur de la pharmacie centrale de France, chevalier de la Légion d'honneur, etc., etc. Septième édition, revue et corrigée ; planches intercalées dans le texte ; nomenclature étrangère. Un très-fort volume gr. in-8°, compacte, de 1,500 pages, imprimé sur deux colonnes et contenant la matière de dix vol. in-8° ordinaires ; prix : broché, 15 fr. ; cartonné à l'anglaise, 16 fr. 50 c. ; demi reliure, 17 fr. 50 c. 2 fr. en plus par la poste, en France. — Paris, 1867, P. Asselin.

Le choléra, d'après les neuf épidémies qui ont régné à Alger depuis 1835 jusqu'en 1865, par M. A. VINCENT, médecin-major de 1re classe et V. Collardot, médecin de l'orphelinat de Mustapha supérieur, in-8° raisin de 208 pages, avec une carte d'Alger et de sa banlieue ; prix : 3 fr. 50 c. — Paris, 1867, Victor Rozier.

Recherches sur les altérations des artères à la suite de la ligature, par Th. COCTEAU, docteur en médecine, prosecteur des hôpitaux. Gr. in-8° de 77 pages, prix : 2 fr. — Paris, 1867, J. B. Baillière et fils.

L'acte de la déglutition, son mécanisme, avec planches et gravures dans le texte, par le docteur MOURA. Grand in-8°, prix : 3 francs. Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Traité complet d'accouchement, par le docteur JOULIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Trois fascicules contenant les manœuvres obstétricales. Grand in-8° de 116 pages avec 27 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet : 16 francs. — Paris, 1867, F. Savy.

Traité élémentaire des diathèses, par le docteur CASTAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8° de 467 pages ; prix : 6 francs. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Étude médicale et statistique sur la mortalité à Paris, à Londres, à New-Yorck, etc., en 1865, avec carte, in-8°, pri : 5 fr. — Paris, 1867, Savy.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 57. — MARDI 14 MAI 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 14 MAI 1867. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 MAI 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

A la Société médicale des hôpitaux, le rapport sur les maladies régnantes peut se résumer ainsi : prédominance des affections gastro-intestinales et des affections rhumatoïdes.

Ajoutons qu'il s'est présenté un assez grand nombre de cas de *purpura hemorrhagica* ; que nous avons vu une variole révéler dès le début la forme noire avec pétéchies et hémorrhagies de toutes les muqueuses ; que des éruptions pétéchiales se sont montrées aussi dans le cours de plusieurs rougeoles, sans compter celle dont parle le rapport ; que la fréquence des pertes utérines nous a paru avoir augmenté, et, qu'en un mot, une tendance hémorrhagique nous a semblé être l'un des traits de la constitution médicale actuelle.

La discussion sur les bruits vasculaires a roulé principalement, pendant la dernière séance, sur des points de physique pure.

M. Nonat a fait l'éloge des expériences de Savart et de Cagniard-Latour. Savart a prouvé le premier qu'une veine liquide en vibrant émettait un son, et que, pour faire vibrer une veine liquide il suffisait de la faire sortir par un orifice sans ajutage, ou muni d'un ajutage plus large que cet orifice. Il a ainsi ouvert la voie aux observations de MM. Chauveau, Marey, etc., lesquels ont constaté de leur côté la production d'une veine liquide, sonore au niveau d'un point rétréci, lorsque le tuyau reprenait ensuite un plus grand calibre.

M. Nonat avait tiré parti de ces expériences, ainsi que de celles de Cagniard-Latour, pour appuyer sa théorie des bruits vasculaires.

Il lui semblait que les faits observés par lui dans l'anémie et dans la chlorose concordaient avec les données de Savart et de Cagniard-Latour, pour faire chercher la cause des bruits pathologiques dans les vibrations anomales et la composition du liquide circulant.

M. Isambert a critiqué toute théorie purement physique des bruits produits dans les liquides. Les physiciens les plus distingués ont renoncé, dit-il, à formuler sur ce sujet quelques lois qui pussent satisfaire les gens compétents. Ils se sont bornés à reconnaître que les tuyaux d'orgue, mis en vibration dans un liquide, font entendre les mêmes notes que dans l'air.

Enfin, après quelques remarques de M. Guérard sur Savart et ses expériences, M. Parrot est venu défendre ses idées propres contre les attaques de M. Nonat.

Peut-être cette défense a-t-elle fait encourir à son auteur l'application du vieux proverbe : « Qui prouve trop ne prouve rien. » M. Parrot s'est plaint très-vivement que dans les comptes rendus on ait presque fait disparaître deux de ses principaux arguments : 1° l'existence constante d'une insuffisance valvulaire dans les jugulaires des animaux qu'on ouvrait vivants ; 2° l'existence à peu près constante de la même insuffisance sur les cadavres humains dont on pratique l'autopsie.

Nous devons avouer que, pour notre part, nous avions cru précédemment avoir mal compris la pensée de M. Parrot, et que, maintenant encore, malgré toute l'attention que nous y avons consacrée, nous hésitons presque à attribuer à M. Parrot les deux propositions dont il s'agit. En effet, il n'en faudrait pas davantage à ses adversaires pour prouver que les bruits de souffle vasculaires n'ont point la cause qu'il leur attribue.

Si ces bruits de souffle étaient occasionnés par l'insuffisance des valvules veineuses, et si les valvules veineuses étaient toujours ou presque toujours insuffisantes, comment comprendre la rareté relative des bruits de souffle ?

Évidemment M. Parrot s'est laissé entraîner par la chaleur de la discussion, et il n'a pas prévu les conséquences des deux arguments qu'il invoquait.

Quant au troisième, plus efficace, celui que les comptes rendus ont tous reproduit : l'existence d'un pouls veineux dans certains cas, chez ceux qui présentent des souffles vasculaires, il est inutile que M. Parrot le fortifie par des observations nouvelles, car tous les praticiens sérieux ont eu l'occasion de vérifier le fait depuis l'époque où il a été signalé.

Ainsi, nous pouvons reconnaître que, chez les chlorotiques et les anémiques, il existe souvent un pouls veineux des jugulaires.

Mais cela ne saurait suffire pour faire admettre que les bruits de souffle inorganiques se produisent tous dans les veines et sont tous dus à un reflux sanguin par insuffisance valvulaire, puisqu'on entend journellement des bruits de ce genre dans les vaisseaux éloignés du cœur, dans les fémorales, par exemple, où un reflux sanguin ne pourrait être supposé.

La communication de M. Potain, sur le même sujet, a été remise à la prochaine séance; et M. Isambert doit faire alors un nouveau discours sur les expériences purement physiques dont il a jadis été témoin.

— Il s'organise en ce moment, à Londres, une Société de professeurs de médecine. Comme la *convention* de Cincinnati, dont nous avons parlé mardi dernier, cette Société doit avoir pour but de rendre l'enseignement médical plus uniforme dans les diverses facultés, et l'on espère qu'ainsi centralisé, le corps enseignant verra croître son influence et son autorité morale.

A Londres, presque chaque hôpital est une école de médecine où l'on confère des grades, et l'enseignement médical ne peut gagner à cette multiplicité extrême des professeurs, car les élèves sont obligés de choisir entre les diverses facultés.

Dans un pays de traditions comme l'Angleterre, il n'est pas facile de faire abandonner un système dont cependant les inconvénients sont reconnus par tous.

— Il est commun de voir les abcès du sein se succéder chez une femme récemment accouchée, surtout lorsqu'après avoir nourri pendant quelques jours, elle a cessé de le faire ; mais chez une femme enceinte, il est exceptionnel de rencontrer une pareille série de petits abcès. En ce moment, on peut en observer un exemple chez une malade qui se trouve dans le service d'accouchement, à l'hôpital des Cliniques. Elle était arrivée à peu près au sixième mois de sa grossesse, lorsqu'il s'est formé un premier abcès du sein droit ; depuis lors, on lui en a ouvert six autres du même côté et cinq du côté gauche.

Notons à ce propos que M. Bourdon a constaté, sur deux accouchées de son service, la réelle efficacité des applications de chlorhydrate d'ammoniaque, préconisées par M. Guéneau de Mussy, contre les engorgements du sein. Chez une de ces femmes on a pu employer une solution saturée de ce sel, sans que la peau en fût irritée, et l'engorgement a disparu rapidement. Chez l'autre, une éruption douloureuse a contraint de recourir à des solutions moins concentrées. Cette dernière malade est encore en traitement.

— Contre les vomissements des enfants à la mamelle, M. Guéneau de Mussy emploie souvent avec avantage une eau minérale bicarbonatée sodique mêlée au lait dans la proportion d'une cuillerée par tasse.

Il a pu ainsi faire disparaître chez un enfant de quelques semaines des vomissements noirs, qui avaient résisté à tout autre remède, et dont la nature ne put être expliquée par aucun des médecins, des chimistes et des micrographes qui les examinèrent. Ces vomissements ne contenaient pas de sang décomposé ; ils se reproduisirent lorsque, après plusieurs mois, on abandonna l'usage de l'eau minérale bicarbonatée et cédèrent de nouveau au même traitement.

— M. Bourdon se loue des injections hypodermiques d'atropine, essayées chez un asthmatique dont l'état n'avait pas été modifié par la belladone prise à l'intérieur.

Le même médecin a constaté la complète inefficacité du sulfate de quinine contre les arthrites et les synovites blennorrhagiques ou génitales. Trois femmes, atteintes d'affections de ce genre, se sont succédé récemment dans son service. Il les a traitées principalement par des moyens topiques, entre autres, par une préparation mercurielle à la glycérine appliquée sur les points malades. La glycérine a, sur les graisses rances qu'elle remplace en pareil cas, 'avantag ede ne point irriter la peau et de ne pas produire d'éruption — Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GOSSELIN.

Absence du vagin, tumeur volumineuse formée par la rétention du sang des règles. — Création d'un vagin et perforation de la poche sanguine. — Mort par épanchement de sang dans le péritoine. — Cause et mécanisme de cet épanchement.

(Observation recueillie par M. CASTIAU, élève du service.)

Le 18 mars 1867, entrait à la Pitié, au n° 19 de la salle Saint-Jean, service de M. Gosselin, la nommée A... (Clémence), âgée de dix-huit ans, journalière, jeune fille paraissant douée d'une bonne constitution et n'ayant fait, jusqu'à l'âge de seize ans, aucune maladie grave. A partir de cet âge elle ressentit tous les mois des douleurs dans le ventre, les reins et les cuisses. Ces douleurs étaient vives, duraient de trois à huit jours et présentaient des exacerbations qui forçaient quelquefois la malade à s'aliter. Depuis quelque temps, ces crises sont devenues plus douloureuses. Jamais il n'y a eu ni écoulement de sang par la vulve, ni flueurs blanches, ni aucun autre trouble fonctionnel. L'incontinence d'urine qu'annonce le médecin qui l'adresse n'a pas été constatée.

Par la palpation abdominale, on trouve une grosse tumeur arrondie occupant la ligne médiane du ventre et remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et à plus de 24 centimètres au-dessus du pubis. Dans chacune des fosses iliaques, et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, on trouve une autre tumeur dure, résistante, mobile comme la précédente. Il n'y a pas à douter que la tumeur médiane ne soit formée par l'utérus distendu et les tumeurs latérales, par les trompes distendues également. A l'entrée de la vulve, le doigt rencontre une ouverture par laquelle il pénètre à une petite distance. Cette ouverture est celle de l'urèthre dilaté. Une sonde de femme qui y est introduite fait écouler l'urine. On ne trouve pas d'ouverture vaginale. Par le toucher rectal, le doigt sent la sonde à travers une paroi assez mince, et à 3 ou 4 centimètres de profondeur, il sent une tumeur très-volumineuse et dure qui paraît remplir une grande partie de l'excavation pelvienne, et qui ne donne pas nettement la sensation de fluctuation. Cette exploration autorise à penser que le tiers inférieur du vagin manque, et que les deux tiers supérieurs sont, ainsi que l'utérus et les trompes, remplies du sang menstruel retenu depuis au moins deux ans.

Tous ces accidents étaient évidemment dus à la rétention du sang des règles. La malade était condamnée à une mort certaine et probablement assez prochaine. Dans ces conditions, M. Gosselin crut qu'il fallait agir. Pourtant il ne voulut opérer que quelques jours après la crise annonçant l'époque menstruelle. Cette crise survint dans les derniers jours de mars et fut des plus violentes. Les douleurs étaient tellement vives par moments qu'elles arrachaient des cris à la malade.

Cinq jours après la fin de cet accès, le 6 avril 1867, M. Gosselin procéda à l'opération. La malade étant placée comme pour la taille et complétement endormie par l'éther chimiquement pur. M. Gosselin fit une incision transversale au devant de l'anus. Puis, quittant le bistouri, il introduisit deux doigts dans la plaie pour opérer par décollement, comme l'a conseillé Amussat. Repoussant le rectum en arrière et l'urèthre en avant, il parvint ainsi, sans trop de difficulté et en quelques minutes, jusqu'à la partie inférieure de la tumeur. Le gros trocart droit fut alors glissé avec précaution sur le doigt, et une ponction pratiquée dans la poche ne donna issue qu'à une très-petite quantité de sang noir épais et visqueux. M Gosselin eût voulu, si le sang avait été assez coulant, se contenter de cette ponction, et n'évacuer le liquide que peu à peu ; mais l'écoulement étant impossible, et par la canule et par une grosse sonde en gomme par laquelle on l'avait remplacée, il fut forcé d'agrandir l'ouverture avec le bistouri. On vit sortir alors en grande abondance un liquide extrêmement épais, de la couleur et de la consistance d'une crème au chocolat un peu liquide ; et lorsque la malade fut reportée dans son lit, la tumeur médiane avait baissé de deux travers de doigt. — 4 pilules de 0,025 d'opium à prendre d'heure en heure.

Le 7, la malade a eu beaucoup de coliques hier dans la journée ; elle n'a pris que du bouillon, la nuit a été bonne. Ce matin elle se trouve bien, malgré un peu de céphalalgie. Pas de vomissements, point de coliques, pas de douleurs à la pression. Pouls un peu fréquent, bon appétit. La tumeur médiane est descendue à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et les tumeurs latérales plus bas encore. — Cataplasmes laudanisés; une portion de poulet.

Le 8, nuit assez bonne, un peu de pâleur, la malade accuse une douleur à l'épigastre et dans les cuisses ; quelques envies de vomir. Pouls toujours fréquent. M. Gosselin introduit le doigt dans la plaie, mais ne peut pénétrer dans l'ouverture faite au vagin. Il peut faire entrer une sonde de femme. Le liquide qui s'écoule, et qui n'a pas cessé de s'écouler depuis l'opération, est un peu moins visqueux, jaunâtre, et paraît mêlé de pus. La tumeur médiane a encore descendu un peu. Les latérales se rapprochent de la ligne médiane et des arcades crurales.

Le traitement est le même.

Le 9, beaucoup de coliques hier dans la journée, pas de sommeil, douleurs dans la fosse iliaque droite et dans le pli de l'aine, deux vomissements alimentaires, pas de selles, langue blanche, pouls toujours fréquent, peau chaude. Le liquide qui s'écoule de la poche est

devenu fétide. La tumeur médiane continue à s'abaisser; celle qui est formée par la trompe, à droite, est devenue plus grosse et plus dure. La malade prend 0,60 de calomel en trois paquets; potion de Rivière; alcoolature d'aconit, 2 grammes.

Le 10, la malade n'a pas encore eu de garde-robe; vomissements alimentaires et bilieux; langue sèche; pouls petit et très-fréquent; pas de sommeil, le ventre est un peu ballonné, toujours douloureux à droite et à l'épigastre. M. Gosselin agrandit un peu l'ouverture très-rétrécie qu'il avait faite au vagin.

Le traitement est le même, moins le calomel. Lavement purgatif.

Le 11, les vomissements continuent très-fréquents et porracés; le lavement purgatif est resté sans effet. Douleurs dans tout le ventre avec ballonnement. Adynamie profonde; le pouls ne peut plus se compter; les extrémités commencent à se refroidir. La mort survient à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — Le ventre ouvert, on trouve dans la cavité péritonéale une grande quantité de liquide chocolat, évidemment de la même provenance que celui qui s'est écoulé pendant l'opération, quoique plus coulant et moins foncé, à cause de son mélange avec la sérosité péritonéale. L'épiploon est rouge, très-injecté, épaissi, et présente quelques fausses membranes. Il est fortement tendu sur les anses intestinales. En bas, il est fixé à l'utérus et aux trompes par des adhérences, les unes faibles provenant de la péritonite qui a emporté la malade, les autres très-solides et anciennes. L'épiploon fendu en travers, on trouve dans toute la cavité abdominale les lésions de la péritonite récente et de plus quelques adhérences anciennes de l'épiploon avec une anse intestinale. Le fond de l'utérus est situé à peu près au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis. Les tumeurs formées par les trompes sont un peu plus bas. Du côté droit comme du côté gauche, il y a fusion entre l'ovaire et la trompe. On ne trouve ni les franges du pavillon ni l'orifice qui se trouve à leur milieu. Des deux côtés, la moitié interne de la trompe est dense et résistante, et son orifice utérin est oblitéré, de telle sorte que les deux poches formées par ces trompes distendues ne se sont pas vidées du côté de l'utérus. Sur la partie supérieure de la moitié externe ou ovarique des trompes, très-amincies en ce point par la distension, on rencontre deux ouvertures à droite et une seule à gauche par lesquelles on peut faire sortir, par la pression, du liquide chocolat semblable à celui qui se trouve dans la cavité péritonéale. C'est donc par ces ouvertures accidentelles des trompes que le liquide s'est évacué et épanché dans le péritoine, de manière à causer la péritonite mortelle. Il est à remarquer de plus que les trois déchirures des trompes se trouvent précisément placées au au niveau d'adhérences anciennes et très-solides de l'épiploon, ce qui peut servir à les expliquer. En effet, l'utérus se vidant et descendant a entraîné les trompes et avec elles l'épiploon, qui était maintenu en haut par l'estomac, refoulé en avant par la distension gazeuse de l'intestin grêle, et qui d'ailleurs avait peut-être perdu un peu de son extensibilité naturelle par les péritonites précédentes; l'épiploon étant ainsi maintenu par en haut, pendant que les trompes adhérentes à lui le tiraillaient par en bas, en descendant avec l'utérus, il a dû en résulter ces déchirures qui ont été cause de la mort.

Ce n'est pas la première fois que le chirurgien voit succomber, par suite d'une péritonite grave, une malade atteinte de rétention menstruelle due à l'absence ou à l'imperforation du vagin; M. Bernutz en rapporte plusieurs exemples dans le tome Ier de son ouvrage sur les maladies de l'utérus. Mais pourquoi et comment cette péritonite se développe-t-elle? M. Bernutz incline à penser que c'est par le passage d'une partie de la collection sanguine dans la cavité péritonéale à travers l'orifice ovarique, et que ce passage est occasionné par la contraction de ces dernières.

M. Gosselin a recherché avec soin, dans son autopsie, ce qui en était à cet égard, préoccupé qu'il était des précautions à conseiller pour éviter dans l'avenir, en se fondant sur les résultats anatomo-pathologiques, une terminaison fatale. Or, il y a un premier point évident, c'est que dans notre observation, l'orifice ovarique des trompes n'a pu rien laisser passer, puisqu'il était totalement oblitéré, et un autre point non moins évident, c'est que l'épanchement s'est fait par des ouvertures accidentelles ou déchirures qui ont été la conséquence ou d'une distension exagérée ou d'un tiraillement. Sans doute, la distension exagérée avait produit l'amincissement que nous avons signalé; mais il serait bizarre que, dans ce fait comme dans ceux rapportés par M. Bernutz, la déchirure se fût produite tout juste après l'opération. Il est incontestable, d'autre part, que les tumeurs tubaires sont descendues avec l'utérus, à mesure que celui-ci se ridait, et qu'en descendant elles ont entraîné et tiraillé l'épiploon. La rupture a dû se faire à la suite des tractions qui se sont ainsi produites au niveau des adhérences anciennes de l'épiploon sur les parties les plus minces des trompes dilatées.

La connaissance de ce mécanisme, qui n'avait pas été indiqué jusqu'à présent, ne conduit malheureusement à aucune déduction thérapeutique. Il est trop clair que, dans les cas où des adhérences pareilles existeront, l'évacuation de l'utérus qu'elle se fasse peu à peu ou promptement, sera suivie d'une migration en bas de tout l'appareil utérin, et que cette migration pourra être suivie de tiraillements et de ruptures analogues à ceux qui ont eu lieu sur notre malade. Il est clair aussi que, dans les cas où la collection dans les trompes aura perdu, comme sur cette jeune fille, toute communication avec l'utérus, la persistance des tumeurs tubaires favorisera tout à la fois et les déchirures et l'épanchement dans le péritoine. Si le chirurgien pouvait être sûr à l'avance de l'existence de ces deux lésions : les adhérences solides de l'épiploon aux trompes, et l'oblitération de l'orifice utérin de ces dernières, le mieux serait d'abandonner les malades à leur triste sort et d'attendre la mort par rupture spontanée, au lieu de la hâter par une rupture consécutive à l'opération. Mais comme le diagnostic des lésions dont il s'agit est impossible, il en résulte que l'on n'aurait pas le droit de tirer de notre observation une contre-indication absolue à une tentative opératoire dans les cas analogues.

M. Gosselin, dans la leçon clinique dont cette autopsie a fait le sujet, a insisté sur les deux remarques suivantes : 1° en présence de faits de ce genre, on doit plus que jamais donner le conseil de ne pas attendre, pour opérer, que l'utérus et les trompes soient aussi distendus, et que les péritonites partielles, survenant au moment des époques menstruelles, aient eu le temps d'amener des adhérences solides, dont les tiraillements, lors de la descente de l'utérus, peuvent déchirer une partie de la poche sanguine. Il faudrait que les malades fussent visitées et opérées dès la première, la seconde ou la troisième époque; 2° quand, dans les cas d'imperforation de l'utérus et du vagin, on trouve des tumeurs remontant sur la ligne médiane et sur les parties latérales, sensiblement plus haut que l'ombilic, il y a plus à craindre la mort par épanchement que dans ceux où la rétention menstruelle ne monte pas jusqu'à l'ombilic. Les rares succès que nous connaissons dans quelques faits de ce genre, notamment dans ceux d'Amussat (1), de MM. Debrou (2) et Dolbeau (3), ont été obtenus sur des femmes chez lesquelles la tumeur ne dépassait pas ou n'atteignait pas l'ombilic et chez lesquelles par conséquent l'utérus, en se vidant, n'a pas dû entraîner et tirailler autant les adhérences péritonéales s'il en existait.

(1) *Gaz. méd.*, 1835, p. 785 et 817.
(2) *Gaz. méd.*, 1851, p. 32.
(3) *Clinique chirurg.*, p. 209.

HOPITAL DE GENÈVE. — M. Piachaud.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre. — Uréthrotomie interne par boutonnière périnéale. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Devrient, interne.)

L...., trente et un ans, pêcheur, célibataire, entre à l'hôpital le 29 août 1866, pour une incontinence d'urine. Doué d'une constitution robuste, il était, en 1862, timonnier sur un bateau à vapeur, lorsqu'il fut frappé violemment au périnée par la roue motrice du gouvernail; il en résulta une forte contusion qui se termina par un abcès, dont la guérison ne fut achevée qu'au bout de six semaines de séjour à l'hôpital. Néanmoins, il resta de l'inflammation de la vessie, la miction était difficile et douloureuse, le jet d'urine filiforme, et en 1864, il s'aperçut qu'il perdait involontairement ses urines, qui coulaient goutte à goutte jour et nuit; il fut traité par un médecin de campagne, au moyen d'une médication interne qui n'eut aucun succès; et comme son infirmité lui rendait tout travail impossible, il se décida à entrer à l'hôpital. Nous constatons au périnée une tumeur dure, profonde, occupant la portion membraneuse de l'urèthre; l'urine coule continuellement par le méat. Diverses sondes métalliques, des bougies de caoutchouc, de baleine, de cire, sont introduites dans le canal, mais toutes sont arrêtées au niveau du rétrécissement, à une profondeur de 15 centimètres environ. Pendant un mois, j'essayai chaque matin de faire passer une bougie très-fine sans avoir pu y parvenir; elle se repliait de façon à prendre la forme d'une épingle à cheveu. Je fus interrompu dans mes tentatives par des accès de fièvre composés de frissons et de transpiration, ayant un type quotidien intermittent assez régulier, et qui durèrent pendant plusieurs semaines; le sulfate de quinine fut prescrit à la dose de 1 gramme par jour.

Le 13 octobre, le malade se plaint d'une douleur dans les bourses, où nous constatons une épididymite avec gonflement notable du cordon, ainsi que d'une douleur continue au périnée, qui est en effet le siége d'une tuméfaction douloureuse à la pression.

Le 16, la fluctuation est manifeste au périnée, et je fais de suite une incision parallèle au raphé, d'où il s'écoule une certaine quantité de pus mêlé d'urine. Depuis deux jours la fièvre a quitté le malade, après l'avoir vivement éprouvé par six accès dans un seul jour. Son état général est devenu mauvais, il a beaucoup maigri, son teint est gris, ses muqueuses pâles, il ne peut prendre aucune nourriture, sauf un peu de bouillon, il rejette même une potion d'alcoolature d'aconit et de bismuth; le pouls est à 76, assez mou; les urines continuent à s'écouler par le périnée les jours suivants, très-peu par le méat.

Le 24, amélioration de l'état général; L... peut supporter un peu de nourriture et prend du sirop de kina; l'épididymite a beaucoup augmenté et est fort douloureuse; traitée par des cataplasmes et des frictions d'iodure de plomb, elle n'a disparu qu'au bout d'un mois.

Le 4 novembre, la fièvre reparaît sous forme d'un accès, qui a duré quatorze heures; frisson intense et transpiration abondante : il ne s'est pas reproduit les jours suivants.

Le 29, exploration par le périnée avec le stylet, et par la verge avec une bougie, pendant un temps très-court, suivie de quelques frissons dans la journée et d'anorexie. Les jours suivants, l'état général est assez satisfaisant; la fièvre n'a pas reparu, et je me décide à tenter l'opération de l'uréthrotomie par le périnée.

Opération, le 7 décembre.

Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, j'introduis par la verge un cathéter cannelé, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le rétrécissement; guidé ainsi par la cannelure, je pratique sur le raphé périnéal une incision de 2 centimètres. Le cathéter retiré, j'introduis par la plaie un stylet, afin de chercher le passage du rétrécissement; après quelques tâtonnements, je parviens à le franchir, et le long du stylet je fais passer la bougie conductrice de l'uréthrotome, j'y visse le petit cathéter et je pousse le tout dans la vessie : une certaine quantité d'urine qui s'écoule me montre que je suis bien dans la bonne voie. La lame à trois branches est introduite dans la cannelure du conducteur et poussée jusqu'au delà de la stricture; je constate combien ce tissu cicatriciel est dur à la résistance qu'il oppose à sa section. Je ressors la lame en laissant le cathéter, et j'introduis par la verge une sonde ordinaire en gomme, munie d'un mandrin, espérant la faire entrer dans la vessie; elle rencontre bien le cathéter au niveau du rétrécissement, mais il m'est impossible de la faire passer plus avant; je la retire et me décide à la remplacer par une sonde n° 16 de Charrière, que je fais passer sans difficulté par la boutonnière périnéale, et qui arrive aisément dans la vessie en suivant le cathéter resté en place. Je retire alors le cathéter suivi de la bougie conductrice, et je fixe la sonde en gomme solidement à un bandage en T.

Pendant l'opération, la douleur a été assez vive, mais il y a eu fort peu d'écoulement de sang.

Dans la journée, il y a eu un peu de frisson, de la soif et peu d'appétit; la nuit a été bonne. Le malade débouchait la sonde toutes les heures et demie, et retirait chaque fois une certaine quantité d'urine.

Le 8, pouls, 80; état général bon. J'introduis par la verge une sonde de gomme n° 19 de Charrière et la pousse jusqu'à ce qu'elle rencontre la sonde périnéale restée en place depuis la veille; on retire cette dernière avec beaucoup de douceur, et sans difficulté notable; je parviens à traverser le rétrécissement avec la sonde de la verge, qui arrive jusque dans la vessie; je la fixe à demeure, et on fait un pansement simple de la plaie du périnée.

Le 10, légers frissons pendant la nuit; gonflement et douleur dans l'épididyme droit; pouls, 112; le malade est obligé d'uriner tous les quarts d'heure.

Le 12, pas de frissons; peau fraîche; pouls, 100; il urine moins souvent; l'urine n'est pas sortie par le périnée.

Le 13, il peut retenir l'urine pendant une heure et demie; épididyme très-douloureux et engorgé; ganglions tuméfiés dans le pli de l'aine droite; pouls, 100. Frictions mercurielles belladonées, cataplasmes.

Le 15, l'épididyme a un peu diminué; le malade n'a uriné que trois fois dans la journée et cinq fois dans la nuit. On cesse les frictions.

Le 16, ayant constaté de la fluctuation dans la partie inférieure du scrotum, à droite, je fais une incision qui donne issue à une assez grande quantité de pus; cette collection provient d'une fusée venue de la boutonnière, dont il est facile de suivre la trace par une induration douloureuse. Je change sans difficulté la sonde.

Le 19, peu d'appétit; sentiment de brûlure le long du canal; la sonde fonctionne bien, mais l'urine est très-purulente; pouls, 88. 15 grammes d'huile de ricin, qui produit une selle; 2 cuillerées de vin kina.

Le 23, épistaxis. Je change la sonde.

Le 25, accès de fièvre hier vers midi; pouls, 100; urine claire.

Le 27, l'accès de fièvre ne s'est pas reproduit, mais il y a un peu d'infiltration purulente à la racine des bourses, qui se vide par la boutonnière; j'agrandis donc celle-ci par une incision en avant, afin de faciliter la sortie du pus; pouls, 72.

Le 30, en changeant la sonde, je remarque que, comme les précédentes, elle s'est fendue au niveau de l'œil, ce qui me décide à la changer deux fois la semaine.

Le 6 janvier, faciès meilleur, pas de suppuration par le périnée, miction toutes les quatre heures. Je change la sonde, et comme elle s'altère rapidement, je la remplace par une sonde anglaise n° 13.

Trois jours après, je la trouve parfaitement intacte, en sorte que je la remets en place jusqu'au 16; en la retirant, je constate que l'œil n'a subi aucune altération, mais elle se casse au niveau de la naissance de la verge; je la remplace par une nouvelle; le malade se lève, il a pu faire une courte promenade.

Le 24, ayant retiré la sonde, j'essaye de laisser L... uriner seul; l'urine jaillit en effet par un jet volumineux et lancé vigoureusement; il n'en passe pas par le périnée; la sonde est remise en place. A partir de ce jour jusqu'au 2 février, on met la sonde le matin et on l'enlève le soir, puis on abandonne complétement la sonde, et le malade se passe lui-même matin et soir une bougie n° 20.

Le 4 février, quand le malade est debout, il urine moins souvent et ne perd jamais d'urine, mais lorsqu'il est couché, il s'en échappe quelques gouttes par le méat. La fistule périnéale est entièrement fermée.

Le 16, L... quitte l'hôpital, il urine normalement comme avant son accident. Il ne perd plus d'urine même pendant la nuit. Il aura soin de passer une bougie n° 20 matin et soir. Nous l'avons revu un mois après, et son état continue à être fort satisfaisant.

Réflexions. — L'observation qui précède me paraît présenter un véritable intérêt aux praticiens; il s'agit, en effet, d'un rétrécissement traumatique de l'urèthre, perméable pour l'urine, puisqu'il y avait incontinence, mais dans lequel il m'a été impossible, après des tentatives prudentes, mais assez longtemps continuées, de faire pénétrer la plus fine bougie. Ce malade, dans la fleur de l'âge, était, par suite de son infirmité dégoûtante, dans l'impossibilité absolue de se livrer à aucun travail, et je ne pouvais me résoudre à ne pas tenter de le guérir. L'uréthrotomie était la seule chance qui se présentât, mais pour la pratiquer par la méthode ordinaire, il fallait franchir le rétrécissement au moyen de la bougie conductrice; après trois mois de tentatives pendant lesquelles je fus arrêté par des accidents graves (accès de fièvre, phlegmon périnéal, épididymite), je dus renoncer à l'espoir d'y parvenir, et je me déterminai à employer une méthode qui me paraît nouvelle et que je crois pouvoir recommander dans des cas pareils. Elle consiste, ainsi qu'on l'a vu, à ouvrir immédiatement au devant du rétrécissement une boutonnière périnéale, par laquelle un stylet a plus de chance que la pointe d'une bougie de rencontrer le passage au travers du tissu cicatriciel. Une fois ce résultat obtenu, on rentre dans les conditions ordinaires de l'opération.

J'ai lu avec un vif intérêt les observations d'uréthrotomie publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* du 9 février, par le docteur Sonrier (de Strasbourg), ainsi que les remarques dont il les a fait suivre, et c'est pour répondre à son appel que je désire faire connaître le cas qui précède; je pense qu'il sera de nature à encourager les praticiens à ne pas redouter une opération qui, en donnant des résultats magnifiques, est le plus souvent exempte de dangers sérieux. Je suis convaincu

avec le docteur Sonrier qu'on finira par renoncer à la dilatation progressive dans les cas de rétrécissements traumatiques ou anciens, et qu'on ne s'en servira plus que pour les cas récents dans lesquels les tissus offrent peu de résistance. Dans les premiers, en effet, on s'expose, par des tentatives longtemps prolongées, à des accidents graves qui peuvent compromettre la vie, ainsi que cela m'est arrivé, et même à supposer qu'une fine bougie parvienne à traverser le rétrécissement, combien faudra-t-il de temps encore pour faire passer une bougie n° 20 ou une sonde ordinaire?

L'uréthrotomie, au contraire, donne un résultat immédiat, et de plus, quand elle se pratique sur une structure traumatique, le tissu de nouvelle formation qu'elle divise se rapproche assez du tissu fibreux pour que l'hémorrhagie ne soit pas à craindre. L'instrument à double lame me paraît préférable, bien que chacune des lames hit un développement moins grand, parce que la somme des deux incisions présente une ouverture plus large que celle qui serait pratiquée par une seule lame d'une saillie plus considérable; on s'expose moins ainsi à dépasser les limites du tissu cicatriciel. Il est absolument indispensable de laisser immédiatement une sonde à demeure pour maintenir béantes les lèvres de l'incision et pour éviter le passage de l'urine sur la plaie.

J'ai fait une remarque importante sur les altérations que subissent dans la vessie les sondes laissées à demeure, et je la livre aux praticiens, afin de leur montrer la nécessité de les surveiller avec soin. Au bout de deux ou trois jours la sonde de gomme ordinaire était fendue au niveau de l'œil, et au bout de huit jours l'extrémité à moitié détachée; en la laissant quelques jours de plus, elle se serait séparée complétement et serait restée dans la vessie. Il faut donc la changer au moins deux fois par semaine, ou, si on le préfère, employer des sondes anglaises, qui peuvent rester en place pendant dix à douze jours sans subir aucune altération; elles ne perdent nullement leur poli, et ne s'encroûtent pas le long du canal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 mai 1867. — Présidence de M. HÉRARD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Bourdon, président sortant, et M. Hérard, président élu, prononcent, à propos de l'installation de ce dernier, les discours d'usage qui sont vivement applaudis.

Maladies régnantes.

M. BESNIER lit le rapport mensuel de la commission des maladies régnantes.

Suivant M. Isambert, les médecins qui font le service du bureau central sont mieux placés pour se rendre compte des constitutions médicales que les médecins des hôpitaux, puisque les malades s'adressent à eux avant d'être envoyés dans les salles de ces derniers.

Au bureau central, M. Isambert a constaté qu'il fallait diviser le mois d'avril en deux périodes. Dans la première, il y avait, comme précédemment, prédominance d'affections catarrhales des voies respiratoires, bien qu'il y eût déjà moins de grippes; dans la seconde, les affections du tube digestif: embarras intestinaux, diarrhées gastriques, état saburral, fièvres typhoïdes, etc., étaient devenues beaucoup plus nombreuses, ainsi que les affections rhumatoïdes.

Voies respiratoires. — Les pneumonies ont été fréquentes et généralement plus franches. MM. Delpech, à Lariboisière, Empis, à la Pitié, Dumontpallier, à Cochin, Desnos, aux Incurables, en ont eu à soigner un assez grand nombre. M. Dumontpallier en a observé plusieurs du sommet. Chez un de ses malades, on avait trouvé du souffle et de la bronchophonie à gauche, et à l'autopsie on put constater qu'il s'agissait là d'un simple phénomène de transmission des bruits morbides formés à droite, car le poumon gauche était sain.

Les pleurésies n'ont pas été très-rares. A l'hôpital Cochin, M. Dumontpallier pratiquait la thoracentèse, lorsque la canule, assez petite, fut expulsée dans un effort de toux. Il n'était encore sorti que 800 grammes de liquide. M. Dumontpallier ne voulut pas recommencer l'opération. Il fit poser un vésicatoire, et le malade guérit parfaitement.

Affections diphthéritiques. — A Sainte-Eugénie, M. Barthez a eu dans son service dix cas de croup, tandis que M. Bergeron n'en avait pas un. A l'hôpital des Enfants, M. Roger a dû pratiquer trois trachéotomies. Deux ont été suivies de mort. M. Labric, sur quatre opérés en a perdu trois, dont un d'un abcès du médiastin.

Affections rhumatismales. — Les affections rhumatismales ont été remarquables tant par leur fréquence que par la variété de leurs manifestations extra-articulaires. M. Moutard-Martin, à Lariboisière, a vu chez un malade les manifestations articulaires être précédées de crampes pendant plusieurs jours. M. Siredey, dans le même hôpital, a observé un cas de rachialgie intense, avec impossibilité presque absolue de la marche, constipation, vomissements. L'huile de ricin avait arrêté les vomissements sans diminuer les douleurs, lorsqu'à la suite de huit ventouses, placées sur la région lombaire, la rachialgie fit place à un rhumatisme des articulations tibio-tarsiennes et fémoro-tibiales. M. Delpech a vu, dans le cours d'un rhumatisme articulaire, survenir une hémiplégie avec aphasie, qui ne dura que vingt-quatre heures.

Les affections rhumatismales ne cèdent parfois que peu ou point aux traitements qu'on leur oppose. M. Dumontpallier a administré sans résultat, chaque jour pendant plusieurs semaines, 75 centigrammes de sulfate de quinine; M. Siredey, 5 centigrammes par jour de vératrine. En cas pareil, on se demande si le remède prescrit a bien été administré, s'il n'y a pas eu erreur de substance, si l'absorption s'est faite. M. Dumontpallier, en expérimentant avec des solutions acides de sulfate de quinine, s'est assuré qu'il était souvent difficile de retrouver ce sel dans les urines vingt-quatre heures après son ingestion.

Affections éruptives. — La rougeole a prédominé dans les maisons d'enseignement, comme dans les hôpitaux. Généralement bénigne, elle a pourtant causé quelques morts imprévues.

M. Barthez a perdu deux malades sur douze. M. Empis a observé un cas, compliqué d'une véritable éruption pétéchiale. M. Lorrain, dans un lycée, a dû traiter plusieurs rougeoles et une scarlatine.

Les scarlatines sont peu nombreuses. De côté et d'autre on signale des cas isolés, qui restent stériles, suivant l'expression proposée par M. Fauvel à propos du choléra; on peut dire la même chose de la variole. M. Villemin a observé dans le cours d'une varioloïde une épidydimite double qui a guéri rapidement.

Fièvres typhoïdes. — M. Villemin a noté dans un cas de fièvre typhoïde la confluence extrême des taches rosées lenticulaires. M. Dumontpallier a fait une observation analogue chez une vieille femme qui a présenté des taches bleues en grande abondance depuis le septième jusqu'au vingt et unième jour d'une fièvre typhoïde bénigne.

Fièvres intermittentes. — Comme d'ordinaire à cette époque de l'année, il y en a eu un certain nombre.

Voies digestives. — Les affections digestives ont été nombreuses et de tout genre.

Affections puerpérales. — L'état sanitaire des salles d'accouchement est de nouveau satisfaisant, après avoir laissé à désirer pendant le mois d'avril, comme il ressort des communications de MM. Moissenet, Bourdon et Empis.

DISCUSSION.

Sur les bruits vasculaires inorganiques.

M. NONAT. J'ai abordé cette question en 1865, dans mon traité de la chlorose.

J'y rappelais les belles expériences de Savard et de Cagniard-Latour sur les vibrations moléculaires des liquides: de Savard, qui eut la gloire de rattacher le premier la production d'un bruit à celle de vibrations dans la veine liquide; de Cagniard-Latour, qui étudia surtout l'influence de la composition du liquide sur la production de ces bruits.

Les expériences peuvent se résumer ainsi:

1° Quand on adapte à l'orifice d'écoulement d'un liquide un ajutage d'un diamètre plus grand que cet orifice, l'écoulement du liquide entre en vibration et produit un bruit. L'écoulement devient aphone si l'orifice et l'ajutage ont le même diamètre.

2° L'état moléculaire des liquides exerce une grande influence sur la production des vibrations et des bruits.

Ainsi, de l'eau contenant une certaine proportion de gaz en dissolution (air ou acide carbonique) perd la propriété de vibrer et rend un son mat.

A mesure que les gaz se dégagent, l'eau recouvre la faculté de vibrer et rend un son de plus en plus clair.

Mais les vibrations cessent si l'eau est entièrement privée de gaz, ainsi que le démontre une autre expérience (*Ex.* le tube barométrique).

3° En remplaçant l'air ou le gaz acide carbonique par du sable fin ou de petits fragments de cailloux, le liquide recouvre la faculté de vibrer, bien qu'il soit privé de gaz.

4° Les parois du tube exercent également une influence marquée sur les vibrations du liquide. Dans un tube composé moitié de verre, moitié de caoutchouc, par exemple, les vibrations d'un liquide sont en harmonie, non pas avec la longueur totale du tube, mais seulement avec la longueur du tube de verre; en d'autres termes, le tube de caoutchouc arrête les vibrations moléculaires du liquide.

Si à ces influences diverses on ajoute l'influence bien connue de la vitesse du courant, on possède toutes les conditions physiques qui peuvent favoriser ou empêcher la production des bruits vasculaires.

Faisons maintenant l'application de ces données au sujet qui nous occupe.

Après les avoir rappelées, j'étudiais successivement chez les chlorotiques et les anémiques chacune de ces conditions:

1° Le défaut de rapport entre la masse du sang et le diamètre des tubes vasculaires.

On produit un bruit de souffle en diminuant la masse du sang par des saignées répétées.

2° La nature et l'état moléculaire des liquides.

Je rappelais les observations de M. Andral et Gavarret, celle de M. Bouillaud, les miennes, sur le rôle que joue la diminution des globules dans la production des bruits vasculaires, les globules sanguins semblant avoir une influence semblable à celle de l'air dans les expériences de Cagnard-Latour.

3° L'influence des parois vasculaires;

Et 4° Celle de la vitesse du courant sanguin, que je considérais l'une et l'autre comme très-accessoires, comme des causes plutôt modificatrices que productrices d'un bruit de souffle.

J'examinais ensuite chacune des théories ayant cours, celles de Laennec, de M. Bouillaud, de M. Beau, de M. Monneret, et je concluais ainsi:

Aucune de ces théories ne me paraît satisfaisante ni conforme aux données de la physique expérimentale. On sait, en effet, que lorsqu'une colonne liquide est en circulation dans un système de tubes toujours pleins (ce qui est le cas des vaisseaux sanguins dans l'état normal), le frottement de ce liquide contre les parois des tubes ne donne lieu à aucun bruit, quelle que soit la vitesse du courant.

Pour nous, le frottement du liquide contre les parois vasculaires est étranger à la production du bruit: la colonne sanguine ne joue pas plus le rôle d'archet dans les vaisseaux que la colonne d'air dans le larynx.

La cause des bruits vasculaires réside essentiellement dans les vibrations moléculaires du sang en mouvement, de même que la cause des sons laryngiens dépend des vibrations de la colonne d'air expulsée de la poitrine.

Les vibrations nées dans la colonne liquide se transmettent aux parois vasculaires et peuvent être perçues en appliquant la main sur le trajet des vaisseaux.

S'il en est ainsi, quelle est la cause en vertu de laquelle la colonne sanguine entre en vibration dans l'état chlorotique?

La détermination de cette cause est encore obscure. On peut cependant en rechercher l'explication dans les conditions physiques précédemment établies: à savoir, en premier lieu, la diminution de la masse du liquide par rapport à la capacité des tubes vasculaires; en second lieu, l'abaissement des globules, et partant la fluidité plus grande du sang; en troisième lieu, mais d'une manière accessoire, la vitesse du courant sanguin.

La diminution de la masse du sang est, comme je l'ai dit plus haut, la condition essentielle de la production des vibrations moléculaires du liquide. Elle permet l'intermittence du courant et, par suite, les bruits qui en résultent.

L'intermittence du courant, les vibrations moléculaires et les bruits ne peuvent se produire quand la masse du sang est augmentée par rapport à la capacité des vaisseaux ou quand elle les remplit exactement, comme on l'observe dans la pléthore sanguine et dans l'état normal. La théorie de M. Beau est donc en contradiction formelle avec les enseignements et les données de la physique.

A côté de cette condition fondamentale se place l'abaissement des globules, qui ne produit pas, mais qui favorise singulièrement les vibrations moléculaires de la colonne sanguine, de même que l'air, en certaine proportion, donne à l'eau la faculté de vibrer, comme l'ont établi les expériences déjà citées de Cagniard-Latour.

J'ajoutais que s'il est si difficile de faire disparaître les bruits de souffle chez les chlorotiques, c'est qu'on ne peut pas arriver à modifier la masse du sang, à refaire des globules, tant que dure la chlorose. J'ai défini la chlorose « un affaiblissement congénital de toutes les conditions qui président à l'hématose. » On aura beau donner des aliments, du fer, des médicaments de toute espèce, on ne guérira pas la chlorose, car l'hématose se fera mal, tant que les conditions organiques ne seront pas changées; ce qui peut avoir lieu par les progrès de l'âge et le développement de l'individu.

Voilà pourquoi les bruits de souffle persistent si longtemps, et lorsqu'ils disparaissent, se reproduisent si facilement en pareil cas. Ma théorie rend parfaitement compte de ces résultats d'une observation clinique attentive. Je ne puis donc admettre ces théories nouvelles qui refusent aux bruits vasculaires toute importance séméiotique. Par exemple, M. Parrot, si je l'ai bien compris, attribue la production de ces bruits à une insuffisance des valvules veineuses.

Mais cette insuffisance n'est pas prouvée, et d'ailleurs de deux choses l'une: 1° ou l'orifice auriculo-ventriculaire, sera lui-même insuffisant et alors on aura le pouls veineux; 2° ou il sera suffisant, et alors il n'y aura pas même de reflux.

La théorie du spasme, de la contraction des vaisseaux, celle du frottement, ne me semblent pas plus satisfaisantes.

M. ISAMBERT. M. Nonat semble ignorer les travaux de Wertheim dont j'ai eu l'honneur d'être le collaborateur en 1846 et 1847. Ce physicien éminent a longuement étudié dans le laboratoire de M. Raynaud la production des bruits dans les liquides. Il immergeait des tuyaux d'orgue et y faisait passer des courants d'eau. Eh bien, il avait reconnu la difficulté de formuler jusqu'à présent une théorie satisfaisante des bruits qui se produisent dans les liquides; mais quand l'expérience réussissait bien, les tuyaux d'orgue vibraient en pareil cas suivant les mêmes lois que lorsqu'ils résonnaient dans l'air. Une seule bulle de gaz suffisait pour empêcher toute vibration sonore.

Les expériences physiques de Savart et de Cagniard-Latour, sur lesquelles M. Nonat s'appuyait, ne prouvent rien dans la question. La physique a fait des progrès depuis cette époque, et la théorie de Savart n'a jamais pu être appliquée aux tubes clos.

M. NONAT. Je n'ai pas dit que je prenais les expériences de Savart pour base de ma théorie. Je ne les invoque pas comme certaines, mais je m'en sers par induction. En un mot, j'ai cherché à mettre les faits pathologiques que j'avais observés en harmonie avec les faits purement physiques qu'avaient observés Savart et autres. M. Isambert nie l'exactitude des lois formulées par Savart. Ne croit-il pas que, pour qu'il y ait bruit produit dans un liquide en mouvement, il faut qu'il y ait vibration; que cette vibration n'a pas lieu lorsque l'écoulement est continuellement égal? Qu'une certaine intermittence résulte de la vibration sonore? et que l'on peut mesurer, comme l'a fait Savart, cette intermittence par la diminution de la quantité de liquide écoulée dans un temps donné?

M. Isambert croit-il qu'un bruit puisse se produire, une vibration se faire dans un tube complétement plein?

M. ISAMBERT. Oui certes, un bruit, une vibration sonore peuvent se faire en pareil cas.

M. GUÉRARD. Je ne voudrais pas que la discussion s'égarât.

Savart a étudié seulement les lois de l'écoulement dans l'air. Il a fait à ce sujet les expériences les plus curieuses, constatant la tonalité de la note produite par le liquide qui s'écoulait dans ses expériences. Avec une basse, il prenait l'unisson, puis, lorsqu'il élevait ou baissait la note, on voyait la veine liquide s'élargir ou se rétrécir.

Il n'y a pas assimilation possible entre les conditions où se trouve un liquide qui s'écoule librement dans l'air, et celles d'un liquide enfermé dans un système de canaux. Les expériences de Savart n'ont aucune espèce de rapport avec les bruits vasculaires, organiques ou inorganiques.

M. NONAT. J'ai connu Savart, et il me semble qu'on ne comprend pas bien la portée de ses expériences. Ses conclusions restent intactes aujourd'hui comme au premier jour. Il a eu le mérite de prouver que ces trois faits: bruits, vibration, ralentissement de l'écoulement, étaient liés l'un et l'autre d'une manière intime. Il a le premier démontré que pour qu'un bruit se produisît il fallait mettre un ajutage plus large que l'orifice d'écoulement. Ces observations resteront exactes, quoi qu'il arrive, et elles ont permis de rechercher dans le liquide lui-même vibrant d'une certaine manière, et non dans les parois, la cause des bruits. On a pu compléter la théorie de Savart mais on ne la renversera pas dans ses points les plus essentiels.

Je dois dire qu'une fois, en faisant des expériences sur des lapins, j'ai remarqué qu'un bruit de souffle intense s'était produit chez un de ces animaux après que je lui eus fait une piqûre sur la moelle allongée près de l'origine des pneumo-gastriques. Cette observation est restée isolée.

M. PARROT. Le discours de M. Nonat peut se diviser en trois parties: 1° les idées propres de M. Nonat sur la production du bruit; 2° ses idées sur la chlorose; 3° la critique des théories qui ne sont pas la sienne.

Je ne m'occuperai pas des idées de M. Nonat, sur la chlorose; je serais d'accord avec lui sur les critiques qu'il a adressées à des théories que j'ai combattues comme lui; il me reste donc à parler de ses idées propres sur la production des bruits vasculaires.

Sa théorie repose sur les qualités et la quantité du liquide.

1° Il y a, pour lui, diminution relative de la masse du sang dans l'anémie et dans la chlorose. Or, dans les cas classiques, la masse du sang n'est pas diminuée le moins du monde. Lorsqu'on vient de saigner un malade à blanc, lorsqu'on a produit de cette manière une anémie artificielle, il est bien possible que d'abord la quantité du liquide circulant soit moindre; mais ce liquide se répare bien vite; il augmenterait même en pareil cas, selon certains auteurs très-compétents. Dans la chlorose, la masse du sang, je le répète, n'est jamais diminuée, ne l'ayant pas été d'une manière artificielle.

2° Quant à ce qui touche la qualité du sang, il est antiphysique et antiphysiologique d'assimiler les globules du sang, aux corps solides, à des globules d'air, corps gazeux.

M. Nonat s'appuie sur les expériences de Savart, et il admet que lorsqu'une partie plus large succède à une partie plus rétrécie, il y a vibration; mais sait-il que bien d'autres, Veber, Heinsius, Chauveau, etc., ont dit la même chose?

Quant aux objections qu'il adresse à ma théorie, si j'ai bien compris, la principale consiste à mettre en doute la réalité des insuffisances veineuses. Je regrette que les comptes rendus aient écourté ma démonstration. J'avais invoqué trois genres de preuves, et j'avais établi ma thèse : 1° anatomiquement; 2° physiologiquement; 3° cliniquement.

1° Anatomiquement. On n'a qu'à ouvrir des cadavres, et on verra que chez la pluspart, chez presque tous, les valvules veineuses ne peuvent point obturer le calibre du vaisseau.

2° Physiologiquement. Déjà, je crois Boerrhave et son commentateur Van Swieten, plus récemment, Chauveau et d'autres ont observé que si l'on ouvrait la partie inférieure du cou et la partie supérieure du thorax d'un animal, d'un chien par exemple, on voyait, à chaque contraction du cœur, un flot de sang refluer dans la jugulaire profonde et les autres veines.

3° Cliniquement. Déjà Lancisi, en s'en étonnant, disait : On voit très-bien, chez les femmes chlorotiques, un pouls veineux; depuis, j'ai observé la même chose, ainsi que M. Monneret et d'autres; j'en publierai bientôt de nombreuses observations.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

CORRESPONDANCE.

Sèvres, 10 Mai 1867.

Monsieur le rédacteur en chef,

Les auteurs des intéressants travaux que vous avez publiés sur la dilatation mécanique du col utérin, dans un but obstétrical, ne me paraissent pas avoir suffisamment tenu compte du rôle mécanique et physique important que joue l'introduction de l'air dans la cavité utérine.

Dans un mémoire *sur l'emploi de l'air, comme moyen obstétrical auxiliaire* présenté à l'Académie des sciences le 28 janvier 1867 (et dans lequel je propose entre autres un moyen très-simple de protection du plancher et du périnée contre des déchirures), j'ai rendu compte d'expériences entreprises pour bien préciser l'action mécanique et physique de l'air dans l'accouchement. Ce travail étant soumis à l'examen d'une commission, je ne puis vous le communiquer aujourd'hui; mais cette réserve ne m'empêche pas de m'inscrire contre une supposition exprimée dans votre numéro du 2 mai : « M. Hubert « supposa encore que l'écoulement prématuré des eaux amnio- « tiques et l'entrée de l'air dans la matrice, facilitée par la pré- « sence des bâtonnets dans le col, avaient amené la mort et la « putréfaction rapide du fœtus. » (Lettre du docteur Deneffe).

Pour quiconque s'est occupé en même temps de zymologie et d'expériences se rapportant spécialement au sujet dont il s'agit, il est évident, que la putréfaction peut provenir de la présence de l'air dans l'utérus, sans cause irritante locale, persistante, et sans un agent particulier, capable de provoquer la fermentation putride.

Mais quand on a introduit et laissé à demeure dans l'utérus un corps étranger, et au surplus quand on s'est servi d'une substance dont des parcelles peuvent agir comme ferment, alors on a fait tout ce qui est possible pour inviter l'air à agir comme agent auxiliaire de la fermentation.

Très-souvent l'air est accusé d'agir comme agent perturbateur. Il n'est pas toujours aussi facile que dans le cas actuel de contrôler de pareilles accusations.

Cependant il me semble que l'éminent professeur de Louvain, avant de formuler cette accusation, aurait facilement pu s'assurer par des expériences directes, comparatives, que dans des cas pareils la présence de l'air dans la matrice ne peut devenir une cause indirecte d'aggravation qu'après la provocation de la fermentation locale, soit par la malpropreté, soit par l'introduction spéciale d'un corps étranger, soit par n'importe quelle cause morbide capable de provoquer la fermentation.

Veuillez agréer, etc. Dr Kaufmann.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente.	722	fr.
M. le docteur Nourrigat (de Lunel).	5	»
M. le docteur Boens (de Charleroi).	10	»
M. le docteur Guillon	20	»
Un anonyme.	1	50
M. le docteur Fabreguettes.	5	»
Total.	763	50

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 mai, ont été nommés vétérinaires en 2e, MM. les aide-vétérinaires : Nicouleau, Foucher, Camus, Pacque, Daray, Fesquet, Janel, Gruet, Hème, Tixier, Marinèche et Mangenot.

— Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Duplay et Anger.

— M. le docteur Cazenave de la Roche, médecin consultant aux Eaux-Bonnes, a été nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Barcelone.

Du traitement des kystes et des tumeurs ovariques, par le docteur Wells; traduit et annoté, par le docteur Bottaro. In-8°. Prix: 4 fr. — Paris, 1867, L. Leclerc.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 MAI 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie est en travail de parturition. Depuis le commencement de l'année elle n'a pas eu moins de quatre élections, si nous ne nous trompons, et plusieurs candidatures sont encore ouvertes. Aujourd'hui elle a procédé à une nouvelle élection dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Gibert. La lutte s'est engagée, dès le premier tour de scrutin, entre M. Hardy et M. Marrotte. Sur 71 votants, M. Hardy a obtenu 32 voix et M. Marrotte 22. M. Davaine, qui représentait sur la liste l'histoire naturelle médicale, a eu 14 voix. Au deuxième tour, M. Marrotte a perdu 4 voix et M. Hardy en a gagné 19, ce qui lui a donné un avantage considérable sur son compétiteur. M. Hardy a été élu à 51 voix de majorité sur 72 votants.

Cette élection accomplie, l'Académie s'est aussitôt formée en comité secret pour préparer une élection nouvelle pour mardi prochain. C'est dans la section de pathologie médicale cette fois qu'a lieu la vacance, par suite du décès de M. Rostan. Les candidats en ligne sont : M. Nonat, qui a vaillamment disputé la place à M. Vigla dans l'élection précédente ; M. Chauffard, en qui il trouvera un rude adversaire, chaudement patronné à l'Académie ; M. Hérard, candidat non moins sérieux, et qui vient de se constituer un nouveau titre par un important ouvrage sur la phthisie pulmonaire, fait en collaboration avec M. Cornil, et enfin MM. Bernutz et Woillez, à qui appartient l'avenir. Il y aura vive lutte probablement mardi prochain. Après quoi l'Académie aura encore à pourvoir à une vacance en pharmacie, où il n'y a pas eu d'élection depuis longtemps, et peu après, sans doute, au remplacement de M. Jobert (de Lamballe) dans la section de pathologie chirurgicale. Espérons qu'après ce laborieux recrutement l'Académie pourra se livrer librement aux importantes discussions inscrites à son ordre du jour.

Entre la correspondance et l'élection, M. le docteur Garrigou, de Tarascon (Ariége), a eu la parole pour la lecture d'un travail dans lequel il a fait, avec sa triple compétence de géologue, de chimiste et de médecin, une étude comparée très-intéressante des sources thermales des Pyrénées au triple point de vue géologique, chimique et médical.

Nous signalerons enfin, parmi les présentations qui ont été faites à l'occasion de la correspondance, une publication qui se recommande autant par son intérêt propre que par le souvenir qui se rattache à son auteur, l'œuvre posthume d'Ernest Godard, publiée par les soins de M. Robin. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. JACCOUD.

Aphasie. — Lésion de la substance blanche avoisinant la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche.

(Observation recueillie par M. Georges DIEULAFOY, interne du service.)

Quand M. Jaccoud prit, à l'hôpital Saint-Antoine, le service de M. Millard, il trouva, au nombre des anciens malades, un homme âgé de quarante-quatre ans, couché au n° 10 de la salle Saint-Antoine, et dont l'entrée à l'hôpital remontait au 8 du mois de juin.

La figure était bouffie, un œdème considérable avait envahi ses membres, ses mains étaient tellement gonflées qu'il pouvait à peine fermer les doigts ; ses pieds, dont le derme était considérablement épaissi et saillant par places, étaient volumineux et ressemblaient assez à la maladie décrite sous le nom d'éléphantiasis.

Il n'y avait point d'ascite ; en auscultant le cœur, on entendait un bruit de souffle limité à la pointe et au premier temps.

On examina les urines : on trouva une quantité énorme d'albumine ; en outre, le microscope décéla la présence de cylindres graisseux et de cylindres hyalins.

Dès le début, diverses considérations avaient été instituées, aucune n'avait pu enrayer cette maladie de Bright.

Le 22 janvier, sans signes prémonitoires, sans prodromes appréciables, cet homme s'aperçut qu'il avait perdu l'usage de la parole, et à la visite du matin, on le trouva chagrin et inquiet, ayant conscience de son état, montrant du doigt ses lèvres et sa langue, indiquant qu'il désirait parler, mais qu'il ne le pouvait pas. Il était aphasique. Le bras et la jambe furent aussitôt examinés, surtout du côté droit : la sensibilité et le mouvement étaient intacts à la face ; la paralysie était appréciable, mais très-limitée ; les muscles zygomatiques et les élévateurs de la lèvre supérieure, du côté droit, paraissaient avoir été légèrement compromis ; les traits de la face correspondante étaient un peu déviés à gauche.

Cette liaison de l'aphasie avec une paralysie faciale limitée, sans trouble du côté des membres, donnait à l'observation un intérêt d'autant plus grand, que d'après la marche de l'albuminurie Brightique, l'autopsie semblait ne devoir pas être très-éloignée. Le jour même de l'accident, divers objets furent présentés au malade, il ne les confondait pas, et prenait successivement son verre ou sa fourchette, quand on les lui nommait, mais il était dans l'impossibilité de les nommer lui-même. Quand on prononçait devant lui un mot bien articulé, il examinait avec soin le mouvement des lèvres et finissait par dire quelques monosyllabes, tels que : « Bien, non, » mais c'était tout.

On lui mit un crayon dans les mains, plusieurs fois il essaya d'écrire son nom, jamais il ne put arriver au delà des premières lettres.

Au lieu de ces troubles divers, l'intelligence n'était que bien légèrement affaiblie.

En présence de ces symptômes, et tenant compte de l'affection cardiaque, M. Jaccoud, admit ou une emlobie, ou une hémorrhagie limitée en un point du lobe cérébral antérieur du côté gauche et peut-être au niveau de la troisième circonvolution.

L'aphasie fut d'assez courte durée ; déjà le 30 janvier le malade pouvait articuler distinctement quelques mots, surtout quand on avait soin de les prononcer d'abord, et avant la fin de février, il avait à peu près retrouvé l'usage de la parole.

Quant à la maladie du rein elle faisait toujours des progrès, et cet homme succomba le 22 avril.

A l'autopsie on trouva l'orifice mitral insuffisant, et les valvules couvertes de petites végétations. Les reins étaient volumineux et en pleine dégénérescence graisseuse ; le cerveau surtout fut examiné avec soin.

Les artères de l'hexagone, les sylviennes et leurs ramifications étaient saines, les méninges n'étaient nulle part adhérentes ; la surface des circonvolutions du lobe antérieur, n'était en aucun point altérée. Alors en coupant par tranches minces, et d'avant en arrière, le lobe antérieur gauche, on trouva deux foyers transformés en kystes, qui contenaient quelques gouttes de liquide. La surface de section était nette et bien limitée, sa teinte légèrement grisâtre, tranchait sur la couleur de la substance blanche cérébrale.

L'un de ces foyers, de la grosseur d'un pois, était situé à droite du second, dont le volume était trois fois plus considérable. Ils confinaient à la troisième circonvolution, dont la substance grise était respectée.

Les autres parties du cerveau (corps strié, couches optiques, bulbe et corps olivaire) furent examinées et trouvées saines.

La perte complète de l'usage de la parole, liée à l'intégrité des autres fonctions, la mort survenue peu de temps après l'accident, la netteté de la lésion en un point aussi limité du cerveau, donnent à cette observation la précision des expériences physiologiques.

Malheureusement, quant au sujet qui nous occupe, l'expérimentation au moyen des animaux ne peut être d'aucun secours, et l'on n'a d'autres ressources que les cas fournis par les autopsies. Ils sont rarement concluants.

En effet, quand un sujet est atteint d'aphasie sans troubles concomitants, on suppose, et avec juste raison, une lésion très-limitée quelque part dans cerveau.

Or, précisément parce que la lésion est peu étendue, la mort n'en est pas la conséquence, et l'examen du cadavre ne vient pas éclairer le diagnostic.

Si, au contraire, la perte de la parole coïncide, comme cela est fréquent, avec des paralysies plus ou moins étendues, le malade peut succomber à une époque quelquefois éloignée du début, et les désordres qu'on retrouve à l'autopsie sont tantôt considérables, tantôt masqués ou dénaturés par des transformations ultérieures, et l'on n'a que des renseignements incertains sur la nature ou le siége primitif de l'altération.

Quant à l'observation que je viens de rapporter, elle ne prouve pas que la troisième circonvolution soit l'organe de la parole, mais elle prouve qu'une lésion très-limitée de la substance blanche avoisinant la troisième circonvolution du lobe

---

FEUILLETON.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES INTERNATIONALES

DES SOCIÉTÉS DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER.

A l'occasion de l'Exposition internationale des sociétés de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer,

Il sera tenu à Paris *des Conférences internationales* de toutes les Sociétés de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer. Ces conférences auront lieu immédiatement après la clôture du congrès médical, le 26 août ; leur durée sera de six jours, soit du 26 au 31 août inclusivement.

Sont invités à ces conférences les délégués des Sociétés de secours aux blessés militaires de tous les pays ; tous les médecins civils et militaires, les chevaliers des ordres de Malte, de Saint-Jean de Jérusalem et Teutonique ; les membres de tous les ordres monastiques voués au service de la charité ; tous ceux enfin qui trouvent un intérêt scientifique et philanthropique à la propagation de l'œuvre.

Sont également invitées les dames qui ont participé aux travaux de l'œuvre et celles qui veulent bien s'y intéresser.

Pour faire partie de ces conférences, il suffit de déclarer son nom, sa qualité et son adresse, au bureau du comité séant à Paris, rue Roquépine, 18, ou à l'Exposition internationale des sociétés de secours, au champ de Mars.

Le droit d'inscription est fixé à 10 fr.

Les travaux des conférences seront dirigés par un président et par quatre vice-présidents, nommés à la majorité des voix par la Commission générale des délégués, avec un bureau composé de deux secrétaires généraux et quatre secrétaires.

Ont été élus par le comité des délégués :

Président : M. le général duc de Fezensac.

Vice-présidents : MM. le comte Sérurier ; Gustave Moynier, président du comité international de Genève.

Secrétaires généraux : MM. le comte F. de Rohan-Chabot, délégué du comité français, rue de Lascases, 9 ; Gauvin, médecin militaire, place de la Madeleine, 3.

Secrétaires : MM. le comte de Bréda, délégué du Comité français ; le major Staaff, attaché militaire à la légation de Suède et de Norvége à Paris, délégué du Comité suédois et norvégien ; le docteur S. Pietrowski.

Les présidents d'honneur, ainsi que les autres vice-présidents et secrétaires, seront nommés à la première séance des conférences.

Les conférences tiendront leurs séances tous les jours, à partir du 26 août, de neuf heures du matin à midi.

Toute personne qui prendra la parole ou qui lira un mémoire sera tenu de se faire inscrire chez le président un jour au moins avant la séance, et d'indiquer le sujet sur lequel il voudra se faire entendre.

Chacun prendra la parole suivant son ordre d'inscription.

Le temps accordé à chaque orateur ne pourra dépasser vingt minutes, à moins que le président ou l'assemblée ne lui accorde une prolongation.

Les lettres ou mémoires envoyés par les personnes qui ne pourront se rendre aux conférences seront examinés par le bureau, et il en sera statué suivant le temps et les circonstances.

Tout orateur ou auteur de mémoire désirant entretenir l'assemblée d'un sujet autre que ceux mis à l'ordre du jour et sur le programme, devra soumettre sa demande à l'avance à M. le Président.

Les procès-verbaux des travaux des conférences seront imprimés, et chaque membre en recevra un exemplaire sans frais.

Pour faciliter le travail du bureau, MM. les membres de la conférence internationale sont priés de laisser leurs adresses au siége de la Société de secours, rue Roquépine, 18, ou à l'exposition générale des sociétés de secours, au champ de Mars.

Questions à discuter dans les conférences internationales publiques des Sociétés de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer.

1° Quels sont les articles de la convention de Genève pour lesquels un amendement serait à désirer ?

2° Quels autres serait-il désirable d'y adjoindre ?

3° De quelle manière pourrait-on en assurer l'inviolabilité et ob-

antérieur gauche a produit l'aphasie et n'a produit que l'aphasie.

De là à l'opinion de M. Broca, il n'y a qu'un pas.

HOPITAL DU MIDI. — M. SIMONET.

Fongus syphilitique du testicule droit. — Sarcocèle syphilitique du testicule gauche.

(Observation recueillie par MM. DELFAU et A. HYBORD, internes du service.)

Le 13 novembre 1866, est entré à l'hôpital du Midi, salle 4e, lit n° 9, dans le service de M. Simonet, le nommé G..., âgé de cinquante-cinq ans, d'une santé ordinairement bonne, vigneron d'Argenteuil. Buveur, principalement de vin, et atteint d'un acné *rosacea* du lobule du nez. Son père est mort à quatre-vingt-quatre ans, sa mère à quatre-vingt-deux; il ne leur a jamais connu aucune maladie. Il s'est marié en 1830, a eu deux enfants, âgés aujourd'hui de plus de trente ans et bien portants.

En 1848, à l'âge de trente-sept ans, il est entré dans le service de M. Ricord, salle 1re, n° 26. Il avait un chancre du prépuce ou du gland, et on lui a dit qu'il avait la syphilis constitutionnelle. Il était en même temps couvert de boutons, qui, dit-il, lui occasionnaient des démangeaisons. On le trouve inscrit sous le n° 2,843 du registre des entrées; il a séjourné à l'hôpital du 1er au 9 novembre, huit jours seulement.

Le billet d'admission porte *syphilis*.

Une seconde fois, mais à une époque qu'il ne peut fixer, il est revenu dans le même service pour ces derniers boutons. Il était alors, dit-il, comme un tigre, tant il avait la peau bigarrée. Peut-être même est-il revenu une troisième fois, mais il ne peut l'affirmer.

Depuis trois ou quatre ans, sa santé s'est un peu altérée; il tousse quelquefois, mais surtout depuis quatre mois.

Depuis deux ans, le testicule droit a augmenté de volume. Six mois après, il a remarqué un petit bouton sur la peau des bourses; puis une fissure par laquelle est sortie une eau rousse. Un mois avant son entrée, le fongus a attiré son attention et le testicule gauche a commencé à grossir.

État actuel. — C'est un homme de taille moyenne, paraissant encore assez robuste, mais un peu pâle et amaigri.

L'hiver dernier, il a eu des sueurs nocturnes, mais il n'en a plus maintenant; jamais de diarrhée, plutôt de la constipation; pas d'hémoptysie; il tousse beaucoup; il est essoufflé quand il marche; il ne peut dormir sur le côté droit et sur le dos; c'est seulement en se couchant sur le côté gauche qu'il n'est pas gêné pour respirer.

L'examen du thorax donne les signes suivants : très-légère diminution du son dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule du côté droit.

Expiration un peu rude dans les fosses sus et sous-épineuse.

Expiration prolongée (au moins égale à l'inspiration) sous les deux clavicules, surtout à droite.

Le testicule et l'épididyme, du côté droit, sont confondus en une masse volumineuse, dure, d'une consistance uniforme en tous ses points; indolente spontanément et à la pression, mobile dans ses enveloppes et sans adhérences à la tunique vaginale, qui est le siége d'un léger épanchement.

A droite du raphé médian et sur la face antérieure, le scrotum offre une perte de substance arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce; la peau est un peu rouge au pourtour; par cette ouverture sort une excroissance fongueuse, d'une hauteur de 3 centimètres et d'une largeur de 3 à 4; elle est presque cylindrique à son origine; son extrémité libre est couverte d'une croûte noirâtre, qui lui donne l'aspect d'un champignon; dans le reste de son étendue, elle est d'un blanc jaunâtre; la surface suppure peu; au pourtour de l'ouverture, les deux feuillets de la vaginale sont accolés l'un à l'autre, mais n'adhèrent pas au fongus. Le jour de l'entrée, le fongus exhalait une odeur fétide, comme gangréneuse, qui disparut dès le lendemain, ainsi que la croûte noirâtre, sous l'influence d'un pansement au coaltar-saponiné. Cette tumeur n'est jamais le siége de douleurs spontanées ni d'élancements, elle est très-peu douloureuse à la pression; en lui imprimant des mouvements, on sent qu'elle adhère au testicule avec lequel elle se continue. Le cordon est intact; un peu de douleur à la pression.

Le testicule gauche présente les mêmes altérations que le testicule droit, moins le fongus. Comme lui, il est confondu en une seule masse avec l'épididyme; son volume est au moins triple de celui du volume normal; du reste, consistance uniforme, indolence; perte de la sensibilité *sui generis*.

Le cordon est intact; la pression n'y provoque aucune douleur.

Les organes génitaux externes, la verge, le gland, l'urèthre, les ganglions inguinaux, n'offrent rien de particulier. La miction se fait d'une manière normale. On ne peut obtenir de réponse nette sur les fonctions génésiques. Plus d'érections.

Ce malade, minutieusement examiné, ne présente aucune lésion ni sur la peau, ni sur les muqueuses, ni sur les os; le volume du foie est normal; pas d'alopécie; aucune cicatrice.

Le 19 novembre, iodure de potassium, 2 grammes par jour, en augmentant de 1 gramme tous les trois jours; le fongus est pansé localement avec le cérat.

Le 25, 4 grammes d'iodure de potassium; mais les effets physiologiques sont tellement marqués, qu'on cesse d'augmenter la dose. L'amélioration est déjà notable; le fongus a sensiblement diminué de volume.

Le 1er décembre. En raison des phénomènes produits par l'iodure, on est obligé de réduire la dose à 2 grammes par jour, le fongus a continué à diminuer de volume; les deux testicules sont aussi moins volumineux.

L'iodure a été porté successivement, et à mesure de la tolérance, à 3 et 4 grammes par jour.

Le 1er janvier 1867, le malade présentait les lésions suivantes :

Le testicule droit était encore volumineux et, par l'ouverture qui se trouve décrite plus haut, sortait une masse fongueuse du volume d'une petite noix.

Le testicule gauche avait un volume double de son volume normal. Le malade prenait alors 6 grammes d'iodure de potassium, et il les a continués jusqu'au 15 janvier. Du 15 au 21, 8 grammes. Sorti pendant six jours, il a été mis à sa rentrée à 2 grammes, puis, trois jours après et jusqu'au moment de sa sortie définitive, à 4 grammes.

Sous l'influence de ce traitement, nous avons pu suivre, pour ainsi dire pas à pas, l'amélioration.

Le fongus a successivement diminué de volume; il s'est pour ainsi dire retiré sur lui-même. Ce retrait était parfaitement sensible; et, en comparant chaque jour le fongus avec le dessin qui en avait été pris lors de l'entrée du malade, nous pouvions constater le progrès de la guérison. La surface, qui n'avait jamais sécrété beaucoup, était devenue presque sèche.

En même temps les testicules tant à gauche qu'à droite ont diminué de volume; et ce n'est que lorsque la masse fongueuse a été réduite au volume d'un gros pois qu'une adhérence cicatricielle s'est établie entre elle et les bords de l'ouverture qui donnait issue au fongus.

Le 14 février, le malade a demandé à quitter l'hôpital.

La guérison peut être considérée comme complète; voici, du reste, ce que nous constatons :

1° *Cicatrice.* — Sur la partie antérieure des bourses, à un centimètre et demi de la ligne médiane, à 4 centimètres et demi de la racine de la verge, à droite, existe une dépression cupuliforme tout à fait analogue à celle qui, dans une pomme, supporte les débris du calice de la fleur; à cette cupule viennent se rendre, comme à un centre et comme autant de rayons, les plis du scrotum; l'intérieur de cette dépression est formé par la peau des bourses repliée, rentrée en quelque sorte sur elle-même, mais son fond est constitué par une surface bleuâtre qui représente la cicatrice du fongus, et qui ne fournit plus qu'un léger suintement incolore.

Les tuniques des bourses glissent comme à l'état normal, mais au niveau de la cicatrice, il y a une adhérence intime du fond de la cupule au testicule droit, de telle sorte que celui-ci est fixé au scrotum comme par un pédicule et ne peut être attiré vers l'anneau par les contractions du crémaster sans entraîner avec lui la cicatrice. Tout autour de la cicatrice, et dans un rayon de 2 centimètres à peu près, les tuniques des bourses sont plus épaisses, moins souples et plus rigides que dans le reste de leur étendue, où elles ont conservé leurs caractères normaux.

2° *Testicules.* — Le testicule gauche a un volume normal. On peut limiter nettement la tête et le corps de l'épididyme, mais la distinction ne peut s'établir au niveau de la queue.

La pression du testicule n'est pas douloureuse ou du moins elle ne produit la douleur caractéristique que quand je la porte à un certain degré; la sensibilité de l'organe est donc diminuée. Au toucher, la tunique albuginée paraît plus dure et plus épaisse, et le testicule moins élastique qu'à l'état normal. En un mot, la sensation que l'on éprouve est un peu différente de celle que donne habituellement le testicule sain : ici, on a sous le doigt une masse plus dense et plus résistante qu'à l'ordinaire, le cordon est un peu plus volumineux, mais non douloureux.

L'épididyme droit présente les mêmes particularités que l'épididyme gauche; mais au niveau de sa tête, il existe une petite dureté, un noyau, du volume d'une noisette.

Le testicule donne la même sensation, mais beaucoup plus caractéristique qu'à gauche. La tunique albuginée semble également plus épaisse, mais elle ne présente plus la dureté qu'elle offrait encore il y a une quinzaine de jours.

La pression du testicule est, à pression égale, plus douloureuse à droite qu'à gauche; le testicule est donc de ce côté plus sensible.

Près du bord inférieur de l'organe, et sur sa face externe on constate avec la plus grande facilité l'adhérence du testicule à la cicatrice dont j'ai parlé.

Le cordon est à droite plus sensible et un peu plus volumineux que de l'autre côté.

Disons, en terminant, que le malade a des éjaculations, qu'il peut avoir des érections, et que le coït (il a pu en faire récemment l'expérience) lui procure tout autant de satisfaction que par le passé.

Cette observation, ainsi que nous l'a fait remarquer M. Simonet, est intéressante à divers points de vue.

1° Elle vient augmenter le nombre fort restreint des observations de fongus syphilitique consignées dans les annales de la science. Le mémoire de M. Rollet n'en renferme que trois, auxquelles sont venues s'ajouter depuis celles de M. de Méric et celle du professeur Gosselin.

2° Elle est, jusqu'à ce jour, nous le croyons du moins, la seule dans laquelle le fongus n'ait été accompagné d'aucune autre manifestation syphilitique que le sarcocèle de l'organe similaire.

3° Elle démontre, une fois de plus, que le traitement local est insignifiant; que l'intervention chirurgicale est au moins inutile, sinon fâcheuse dans les manifestations de la syphilis, puisque, dans l'espèce, le fongus s'est résorbé et que le malade a conservé des facultés génésiques que l'excision d'une certaine quantité de canalicules spermatiques aurait peut-être pu compromettre dans l'avenir.

4° Elle vient à l'appui de cette opinion, aujourd'hui à peu près universellement admise, que, dans la syphilis tertiaire, l'iodure de potassium doit être administré *larga manu*.

5° Elle est une preuve de la difficulté du diagnostic des tumeurs du testicule, et du besoin d'une révision sérieuse des observations de prétendues orchites chroniques qui, à mesure qu'on les soumettra au contrôle de l'expérience et de l'étude, tendront à se grouper sous ces trois chefs principaux : syphilis, tuberculose et cancer.

6° Enfin, en y lisant attentivement la façon dont, au dire du malade, s'est produite, hors du scrotum, l'issue du fongus en question, on arrive à cette conclusion que l'ulcération de l'albuginée s'est faite à la suite d'adhérence des deux feuillets de la vaginale, et qu'il n'y a pas eu production d'abcès, mais une ulcération en forme de fissure par laquelle s'écoulait le liquide vaginal.

DES CONDITIONS ORGANIQUES

Et pathologiques qui favorisent la terminaison du choléra par asphyxie (1),

Par M. le Dr J. ROUX (de Brignoles), fils, médecin en chef de la Charité de Marseille.

L'étude des divers états organiques et pathologiques qui favorisent la terminaison du choléra par l'asphyxie nous amène à poser les conclusions suivantes :

1° Tout individu placé par l'âge ou des maladies préexistantes dans des conditions qui ne permettent pas d'espérer une forme de choléra plus favorable que la forme cyanique, doit être soustrait à l'influence épidémique.

2° L'émigration à la campagne, loin des foyers cholériques, est le meilleur mode de préservation. Elle doit s'effectuer dès le début de l'épidémie, être dirigée (autant que possible) dans le sens d'une perpendiculaire à la direction suivie par le courant épidémique et durer jusqu'à l'extinction complète du fléau.

3° Lorsque l'individu menacé ne pourra pas émigrer, sera-

(1) Une brochure in-8°. Marseille, 1867. Barlatier-Faissa et Demonchy.

tenir l'accession des pays qui n'ont pas encore déclaré leur adhésion?

4° Quels sont les moyens les plus expéditifs pour enlever les blessés du champ de bataille et en faciliter l'accès aux membres de la Société?

5° Les sociétés de secours doivent-elles établir des hôpitaux à proximité du théâtre présumé de la guerre?

6° Quelles sont les instructions à donner aux membres délégués des sociétés de secours fonctionnant sur le théâtre de la guerre?

7° Comment les délégués de la Société pourront-ils suivre les grands quartiers généraux avec un petit train de matériel et de personnel?

8° Comment pourrait-on établir la correspondance si indispensable avec la Société de secours de l'armée ennemie?

9° Comment pourrait-on neutraliser le matériel et le personnel des sociétés de secours des armées aussitôt après la déclaration de guerre et faciliter la communication des agents?

10° Par quels moyens pourrait-on encourager les populations à aider l'œuvre sur le théâtre de la guerre?

11° Quel est le meilleur mode d'abri pour établir une ambulance?

12° Quel serait le matériel modèle dont la conférence recommanderait de préférence l'adoption aux différents comités des sociétés de secours?

13° Dans quelle mesure la Société doit-elle s'occuper de la désinfection des champs de bataille, et cette tâche est-elle du ressort des Sociétés de secours?

14° Quel serait le meilleur procédé à employer pour informer les corps d'armée, ou les parents des blessés et des tués, de la mort ou de la blessure des combattants?

15° Par quels moyens, pendant la paix, les comités de secours se prépareront-ils à fonctionner activement pendant la guerre?

16° Est-il désirable qu'il soit fondé un journal international des Sociétés de secours?

17° Ne serait-il pas utile que des assemblées de ces Sociétés fussent tenues tous les deux ans dans une capitale différente?

Organisation de sections pour les travaux préparatoires et les objets de ces travaux en vue des conférences internationales.

Pour fournir aux conférences publiques des matières de discussion, et pour les études comparatives et critiques des objets exposés par la Société de secours aux blessés des armées de terre et de mer, on formera dès à présent trois sections composées chacune d'un président, et de six membres choisis par les délégués du comité des conférences internationales.

La première section sera chargée de la partie scientifique applicable au traitement des blessés militaires des armées de terre et de mer.

Elle aura pour tâche de soumettre à un examen approfondi :

1° Tous les perfectionnements techniques réalisés dans les bandages, les instruments de chirurgie, etc.

2° Les moyens de transport des ambulances, cuisines de campagne, brancards, trousses, boîtes à médicaments, etc., etc., en usage jusqu'à présent, en se fondant sur l'expérience fournie par les dernières guerres et sur l'examen des objets exposés.

3° Le meilleur mode de désinfection des champs de bataille, des latrines, des hôpitaux et ambulances de campagne.

4° Elle aura à statuer sur le perfectionnement à apporter aux ambulances, et rédigera un mémoire sur la manière de se servir du nouveau matériel.

5° A étudier la construction la plus convenable à donner aux hôpitaux de campagne, aux baraques, tentes, etc., et s'occupera de la réunion du matériel et des ustensiles nécessaires à ce but.

6° A composer la liste des médicaments et des appareils les plus indispensables aux blessés.

7° Proposer une liste des meilleures préparations alimentaires, et formuler des régimes extra pour les sujets grièvement blessés.

8° Étudier les meilleurs modèles de membres artificiels.

9° Soumettre des projets relatifs à la construction d'hôpitaux de district pour les blessés, et de petites maisons de retraite pour les invalides dans les provinces; rédiger les règlements applicables à ces maisons.

10° Faire subir à ces neuf articles les modifications nécessaires par rapport à la guerre navale.

Nota. — Pour faire face aux frais de construction des modèles, le comité des délégués de la conférence internationale mettra à la disposition de la section les fonds nécessaires.

La 2e section aura à s'occuper de la partie législative et administrative de l'œuvre, notamment :

t-il possible de le soustraire au danger? Il sera encore possible de préserver le vieillard, le malade, l'enfant forcé de séjourner au milieu d'un foyer cholérique, par un système d'isolement rigidement observé, dans un logement sain, avec le concours de tous les moyens hygiéniques dont la science moderne dispose. Les beaux résultats obtenus dans ces dernières années à l'hospice de la Charité de Marseille ; la préservation constatée par le docteur Tauze à la prison cellulaire, par d'autres confrères dans plusieurs monastères cloîtrés, et bien d'autres exemples que nous pourrions invoquer, ont depuis longtemps porté la conviction dans notre esprit.

4° Le nombre et la gravité des cas développés chez les malades préexistants dans nos hôpitaux, nous prescrivent l'évacuation des salles par tous les valétudinaires que l'on pourra renvoyer sans inhumanité.

5° L'avenir du traitement de la période algo-cyanique est dans l'emploi d'injections dans les veines. L'expérimentateur se souvenant, avec Stevens, que les sels du sérum sont indispensables à l'artérialisation, cherchera à remplacer les pertes énormes des cholériques par des injections de sérum ou d'eau tiède exactement dosés de sels de soude solubles, le sulfate de préférence, et sous cette influence il verra la chaleur renaître, les malades soulagés parler, revenir à la vie, ou du moins pourra-t-il comme M. Hérard, prolonger leur vie de quelques heures, rendre leur agonie plus calme et la voir se terminer dans une douce somnolence.

NOTE

Pour servir à l'histoire de la rage

Par M. Allevin.

J'ai lu dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 mars la note de M. Émile Thierry, pour servir à l'histoire de la rage chez la chienne.

Ce fait de l'enlèvement immédiat de toute la portée chez une chienne qui vient de mettre bas est pour moi une cause du développement de la rage, du moins dans certains cas.

En 1843 ou 1844, dans la commune de Muret, canton d'Aulchy-le-Château, arrondissement de Soissons, une chienne de chasse mit bas pendant les grandes chaleurs : on détruisit de suite les petits, et les symptômes décrits par M. Thierry et observés par lui dernièrement se développèrent chez cette chienne, qui s'échappa de la maison et mordit plusieurs chiens et plusieurs personnes, entre autres un homme de trente-six ans habitant le canton de Braisne, où j'exerçais alors. Cet homme que j'ai soigné est mort hydrophobe des suites de la morsure. Je ne parle pas des autres personnes, ne leur ayant pas donné mes soins.

Quant à la férocité et la ténacité du chat, c'est incontestable. Le dernier hydrophobe auprès duquel j'ai été appelé est mort à Duizy (Seine-et-Marne), il y a trois ans. Cet homme, âgé de quarante ans environ, ancien carabinier, fut mordu au pouce par son chat, et ne put lui faire lâcher prise qu'en l'étouffant. Deux mois après cette personne mourut.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mai 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce adresse à l'Académie :

1° Deux rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Yvonneau (de Blois) et Madin (de Verdun) ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans les départements de la Dordogne, des Basses-Pyrénées, de la Lozère, du Lot, de la Loire (Commission des épidémies) ;

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbottin ; de Gréoulx (Basses-Alpes), par M. le docteur Jaubert ; de Digne (Basses-Alpes, par M. le docteur Silve ; de Saint-Alban (Loire), par M. le docteur Gay ; de Vichy (Allier), par M. le docteur Alquié (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

M. Béclard offre en hommage, au nom de M. le docteur Garrigou, médecin consultant aux eaux d'Ax (Ariége), deux brochures intitulées, l'une : *Ax, ses sources, sa géologie* ; l'autre ; *Considérations générales sur les eaux minérales des Pyrénées et principalement sur celles de Luchon, d'Ax et des Pyrénées-Orientales.*

— **M. Wurtz** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Naquet, agrégé à la Faculté de médecine, la deuxième édition augmentée des *Principes de chimie fondée sur les théories modernes.*

— **M. Michel Lévy** présente, au nom de M. le docteur Le Roy de Méricourt, un rapport sur les progrès de l'hygiène navale, publication faite sous les auspices du ministère de l'instruction publique.

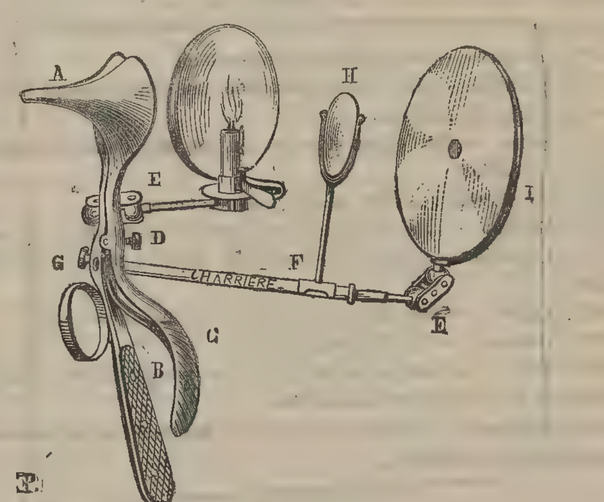
— **M. Cerise** présente, au nom de M. le docteur Félix Roubaud, une brochure intitulée : *Les cures de petit-lait en Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie.*

— **M. Larrey** présente, au nom de M. le docteur Francisco Cortese, une relation de la campagne d'Italie de 1866, au point de vue sanitaire de l'armée.

— **M. Bouley** fait hommage à l'Académie, au nom de M. Bourrel, ex-vétérinaire de l'armée, d'une brochure sur la rage.

— **M. Bouvier**, au nom de MM. Robert et Collin, présente à l'Académie deux instruments fabriqués par M. Charrière pour le docteur Blanchet.

L'un est un otoscope ; il se compose :



1° D'un speculum auri à valves très-coniques noircies intérieurement ;

2° D'un miroir concave à trois centres. Ce miroir peut être fixé dans tous les sens par le fait d'une articulation en genouillère ;

3° D'une lentille bi-convexe mobile et d'une bi-concave pour l'accommodation ;

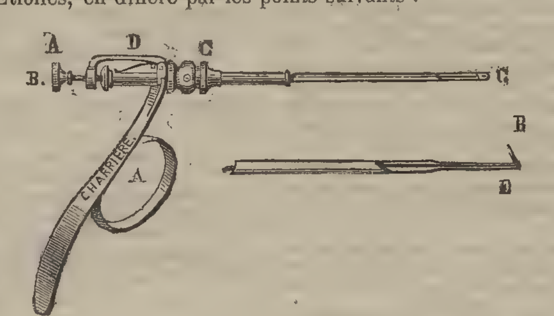
4° D'un porte-bougie avec réflecteur tournant dans tous les sens ;

5° D'une crémaillère permettant de limiter le développement des valves et de les maintenir écartées.

(Dans les cas simples, l'appareil lenticulaire est inutile.)

Le deuxième instrument est une curette pour extraire les corps étrangers de l'oreille.

Cet instrument, qui a quelque ressemblance avec la curette de Leroy d'Étiolles, en diffère par les points suivants :



1° On peut manœuvrer l'instrument d'une seule main ;

2° La curette peut tourner dans tous les sens ;

3° Pour faire redresser la curette il suffit de presser sur un bouton, et, en appuyant sur un ressort, on peut l'abaisser instantanément.

— **M. Robin** offre en hommage, au nom de la famille Godard, un ouvrage (un fort volume avec atlas) intitulé : *Égypte et Palestine*, par Ernest Godard.

L'Académie, dit M. Robin, n'a pas oublié que ce savant, mort à Jaffa d'une maladie de foie contractée à Jérusalem pendant qu'il y étudiait la lèpre, a fondé un prix annuel de 1000 fr., qui a été déjà décerné deux fois. En me nommant son exécuteur testamentaire, Godard avait exprimé le désir que les principales de ses notes et quelques-uns de ses dessins manuscrits ou photographies fussent publiés. C'est pour répondre aux vœux du mourant que sa famille m'a prié de faire la publication dont je présente un exemplaire à l'Académie. Au milieu de la variété et du grand nombre d'observations que renferment ce volume et cet atlas, je signalerai particulièrement celles, tout à fait neuves, qui concernent l'histoire médicale de la lèpre, où se trouvent des observations qui montrent que, depuis la rédaction des livres bibliques, le peuple de la Palestine est resté physiquement et médicalement ce qu'il était alors.

LECTURE.

Étude comparée des sources thermales des Pyrénées. — M. le Dr Garrigou, médecin consultant aux Eaux d'Ax (Ariége), donne lecture de la première partie d'une Étude comparée des sources thermales des Pyrénées au triple point de vue géologique, chimique et médical.

L'étude des eaux minérales, dit M. Garrigou, n'incombe pas seulement au médecin ; la chimie et la géologie doivent à la médecine leur concours actif, pour que celle-ci puisse tirer le plus grand parti possible de l'agent thérapeutique spécial qu'elle puise dans les entrailles de la terre. Le géologue découvre et aménage la source ; le praticien doit surveiller l'aménagement des griffons pour éviter que le géologue n'opère des mélanges intempestifs ; le chimiste joue un rôle des plus importants ; sans lui le médecin ne pourrait dire si les sources, dont il prescrit l'usage à ses malades, sont sulfurées, sodiques ou calciques, si elles renferment ou non des chlorures, si le sulfate de chaux accompagne celui de magnésie. Toutes ces substances sont très-actives dans les diverses sources qui les renferment. Leur emploi irrationnel peut entraîner souvent les accidents les plus graves. C'est surtout dans les questions d'hydrologie générale que les trois branches des sciences précédentes ont une utilité fort importante. La chaîne des Pyrénées a été le principal théâtre des observations qui ont amené les conclusions du présent travail. Un seul coup d'œil jeté sur une carte géologique des Pyrénées indiquant les stations thermales, permet de reconnaître immédiatement deux catégories de sources minérales : 1° celles qui appartiennent aux terrains anciens dits primitifs ou granitiques et de transition ; 2° celles qui sourdent des terrains plus récents, dits secondaires et tertiaires. Les premières sont les plus importantes et les plus difficiles à étudier. Elles comprennent toutes les sources sulfurées, sodées, chaudes et froides de la chaîne des Pyrénées. L'auteur les divise en deux groupes ; 1° celui de l'est comprenant la masse de sources des Pyrénées orientales, Ax dans l'Ariége, et Luchon ; 2° celui de l'ouest comprenant : Baréges, Saint-Sauveur, Cauterets, les Eaux-Bonnes.

Dans le groupe, les sources de Luchon et celles des Pyrénées orientales sont complétement différentes les unes des autres ; celles d'Ax forment entre ces deux premières l'intermédiaire le plus tranché et le plus curieux. En effet, les eaux des Pyrénées orientales sont les plus alcalines de la chaîne, celles de Luchon n'offrent pas trace d'alcalinité, si ce n'est celle qu'elles empruntent au sulfure ; les eaux d'Ax présentent une alcalinité très-notable. Le dégagement d'acide sulfhydrique est très- considérable à Luchon, nul dans les eaux des Pyrénées orientales, notable dans celles d'Ax ; il en est de même pour les dépôts de soufre, qui blanchissent les eaux de Luchon, bleuissent celles d'Ax et laissent incolores celles des Pyrénées orientales. Les barégines d'Ax sont encore un passage gradué entre celles d'Olet et de Luchon. La géologie et la minéralogie d'Ax rappellent complétement celles des deux localités auxquelles la station sulfureuse de l'Ariége sert d'intermédiaire ; certaines des sources Pujade, à Amélie-les-Bains sont identiques à la plupart des sources d'Ax, au point de vue médical. Dix mille observations environ permettent de dire que les eaux d'Ax guérissent le scrofule d'une manière assez remarquable pour mettre cette station bien au-dessus de toutes les autres. Dans le traitement de la syphilis, elle est moins utile que Luchon, mais plus utile que les sources des Pyrénées orientales. Pour ma part, dit l'auteur, je n'administre jamais nos sources d'Ax dans un cas de phthisie confirmée. La goutte est exaspérée à Luchon, heureusement influencée par les sources d'Ax, mieux encore par celles des Pyrénées orientales : rien ici cependant ne peut remplacer pour les goutteux l'usage des eaux bicarbonatées.

Le deuxième groupe d'eau sulfurée-sodique des Pyrénées ne ressemble en rien à celui que nous venons d'étudier. Le principe sulfureux était facilement décomposable au contact de l'air dans le premier, dans celui-ci il est au contraire très-fixe. La chimie, la géologie et la médecine nous montrent Barége comme une sorte d'unité hydro-mi-

---

1° De l'étude des articles de la Convention de Genève, dont la dernière guerre a démontré l'insuffisance.

2° De l'étude des moyens pour faire passer dans les règlements de service militaire les articles respectifs de la Convention de Genève qu'il serait nécessaire de faire connaître aux armées.

3° Élaboration d'un manuel et d'instructions détaillées concernant les devoirs et obligations des infirmiers volontaires, ainsi que les notions pouvant servir à l'emploi du matériel qui aurait été jugé réunir les meilleures conditions.

4° Pourra-t-on considérer comme faisant partie des Sociétés de secours les membres du clergé, les corporations religieuses, les chevaliers de Saint-Jean de Jérusalem, les chevaliers des ordres Teutoniques et de Malte, les médecins, les pharmaciens, et les fonctionnaires administratifs? Tout membre d'un comité ne fera-t-il pas partie de droit des comités de tous les pays ?

5° D'un projet d'organisation d'une correspondance internationale en temps de paix, et plus encore en temps de guerre, sur terre et sur mer.

6° Des moyens de pouvoir établir, aussitôt après la déclaration de guerre, aux quartiers généraux et auprès des commandants de corps, de petits convois conduits par des membres de la Société qui marcheraient avec l'armée et fonctionneraient librement, sans gêner en rien les opérations de la guerre.

7° Du mode de distribution rapide du matériel des Sociétés sur le théâtre présumé de la guerre, et de la manière de sauvegarder la neutralité et d'assurer la surveillance de ce matériel, même avant le commencement des hostilités.

8° Des moyens de pourvoir à l'entretien des membres actifs de la Société en fonction près des armées.

9° De l'application des moyens susmentionnés aux guerres maritimes.

La 3e section aura à s'occuper d'autres buts généraux de la Société, et notamment des services purement administratifs.

1° Tenir à jour l'état civil et le domicile des blessés.

2° Le meilleur mode de rapatrier les blessés qui en auraient manifesté l'intention.

3° Soumettre des statuts en vue de donner des secours aux parents des membres actifs de la Société décédés dans l'exercice de leur emploi.

4° Proposer le meilleur mode de faire parvenir aux prisonniers des secours en argent et en nature.

5° Proposer le mode le plus convenable d'exciter la charité publique en faveur des victimes de la guerre.

6° Proposer un règlement pour les affaires de caisse et de comptabilité, et la publication des travaux de la Société et de leurs résultats, en fondant partout des journaux internationaux *ad hoc*, comme il en existe déjà en France, en Prusse et en Belgique.

Ces statuts seront modifiés par rapport à la marine.

Les sections se réuniront immédiatement pour commencer leurs travaux respectifs ; — leur tâche doit être terminée un mois avant l'ouverture des conférences.

Tout membre d'une section sera susceptible d'être élu dans une autre section.

Les procès-verbaux et les mémoires des sections seront imprimés et distribués à tous les membres de la conférence internationale.

Paris, le 4 mai 1867.

Cte F. de Rohan-Chabot,
Secrétaire général.

---

nérale; les sources de cette station sont principalement utiles dans le traitement des blessures par armes à feu.

Les sources de Saint-Sauveur, de Cauterets et des Eaux-Bonnes naissent sur le trajet d'un grand accident géologique que je rapporte au soulèvement propre des Pyrénées; le trajet des sources est d'autant plus prolongé dans des couches légèrement gypsifères qu'on s'approche des Eaux-Bonnes, par conséquent cette station est celle qui renferme la plus grande quantité de sulfate de chaux et de sulfure de calcium, en même temps qu'une faible proportion de sulfure de sodium; c'est le mélange de sulfure de calcium avec le sulfure de sodium que je considère comme donnant aux sources de Bonnes des qualités essentielles dans le traitement de la phthisie; Cauterets n'est pour nous qu'un succédané de Bonnes se rapprochant aussi de Baréges. Cette station occuperait dans le groupe ouest la même place que j'ai assignée à celle d'Ax dans le groupe de l'est.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Voici la liste des candidats proposés par la section et adoptée par l'Académie :

En première ligne et *ex æquo*, MM. Davaine et Hardy.
En deuxième — — Marrotte.
En troisième — *ex æquo*. Moutard-Martin et Oulmont.
En quatrième — — Delioux de Savignac.

Le nombre des membres votants est de 71, majorité 36.

Au premier de scrutin, MM. Hardy a obtenu. . . 32 voix.
Marrotte . . . . . 22 »
Davaine. . . . . 14 »
Delioux. . . . . 3 »
Oulmont. . . . . 1 »

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, on procède à un second tour de scrutin.

Nombre de votants 72, majorité 37.

MM. Hardy obtient. . . . . 51 voix.
Marrotte. . . . . . 18 »
Davaine. . . . . . 3 »

M. Hardy, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1866.

301. Brochard. — De l'identité de la colique sèche des pays chauds et de la colique saturnine.
302. Dejust. — Des applications thérapeutiques du lait.
303. Courchet. — Des luxations sus-acromiales de la clavicule et de leur traitement.
304. Bounaud. — De l'emploi des injections intra-utérines après l'accouchement.
305. Fourchet. — Quelques considérations sur la syphilis.
306. Frarier. — Étude sur le phlegmon des ligaments larges.
307. Loignon. — Étude sur les luxations congénitales de l'épaule.
308. Lœwenberg. — La lame spirale du limaçon de l'oreille de l'homme et des mammifères, recherches d'anatomie microscopique.
309. Dupré. — De la colique sèche des pays chauds et de son étiologie saturnine.
310. Pétrowitch. — De la nostomanie.
311. Bayonne. — Des principaux accidents survenant dans le rhumatisme.
312. Hemey. — De la péritonite tuberculeuse.
313. Barbe. — De l'hématocèle funiculaire.
314. Montreul. — Physiologie et pathologie de la sueur.
315. Faur. — Considérations pratiques sur l'anesthésie obstétricale.
316. Reverchon. — De l'hydrothérapie appliquée au traitement des affections mentales.
317. Legras. — Contribution à l'emploi thérapeutique de l'alcool.
318. Goupil des Paillières. — Traitement médical de la pustule maligne et des affections charbonneuses par l'extrait de quinquina à haute dose.
319. Goulard. — De la transfusion du sang.
320. Faduilhe. — Du climat d'Arcachon au point de vue de quelques maladies de poitrine.
321. Faure. — De l'expectation et du régime dans les maladies aiguës des enfants.
322. Bouchereau. — Des hémiplégies anciennes.
323. Magnan. — De la lésion anatomique de la paralysie générale.
324. Ledrolle. — Essai sur l'hérédité physiologique et pathologique.
325. Legros. — Des tissus érectiles et de leur physiologie.
326. Gontard. — Le fou devant la loi.
327. Tripier. — Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse.
328. Bouchard. — Étude sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences, dans sa séance du 13 mai, a élu M. Pictet (de Genève) membre correspondant dans la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. Eudes Deslonchamps (de Caen), décédé.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation le dimanche 19 mai, à l'Isle-Adam. Départ de Paris à 9 heures 25 minutes du matin (Chemin de fer du Nord). On est invité à se munir de provisions pour le déjeuner.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le vendredi 17 mai, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel de Ville.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Péter, sur le travail de M. de Ranse; 2° Communication de M. Blachez, sur la péritonite spontanée; 3° Lecture, par M. Caudmont, à l'appui de sa candidature ; 4° scrutin sur la nomination de M. le docteur Bertin, comme membre correspondant; 5° discussion des rapports de MM. Charrier et A. Martin.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

	fr.	
Liste précédente.	763 fr.	50
M. le docteur Guicheteau.	5	»
M. le docteur X..., à Port-Louis. .	2	»
M. le docteur E. F..., à Givry . .	5	»
Un anonyme.	3	»
Total.	778	50

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la statistique du service d'accouchements de la Pitié et des mesures hygiéniques instituées dans cet hôpital contre la fièvre puerpérale, par le docteur Empis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Deux volumes in-8°. Prix : 11 fr., franco. — Paris, 1867.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur Garrod. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8° accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. — Paris, 1867. — Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Traité pratique des maladies des yeux, par Fano, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 59. — SAMEDI 18 MAI 1867. (40e ANNÉE.) SAMEDI 18 MAI 1867. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16
Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du traitement de la pneumonie des enfants.

On sait à quel degré de simplicité a été ramené dans nos services d'enfants le traitement de la pneumonie, réduit même dans quelques-uns à l'expectation pure. C'est peut-être trop peu ; et il est possible qu'il y ait chez nous, à cet égard, une tendance à passer d'un excès à un autre, en substituant une confiance un peu trop absolue peut-être dans la marche naturelle de la pneumonie chez les enfants, à une crainte exagérée et à un zèle excessif pour une thérapeutique antiphlogistique ou perturbatrice. Quoi qu'il en soit, on n'apprendra pas sans intérêt quelle est, sur ce point important de médecine pratique, la manière d'agir de quelques-uns des médecins des pays voisins. Voici ce que nous trouvons dans une note insérée dans l'un des derniers cahiers du *Bulletin général de thérapeutique*, sur le traitement de la pneumonie adopté à l'hôpital des Enfants d'Edimbourg.

Dans tous les cas de la pneumonie aiguë, est-il dit dans cette note, l'intensité de la fièvre, la force du malade estimée surtout par l'état du pouls et l'étendue de la lésion, sont d'abord prises en sérieuse considération avant d'instituer aucun traitement. Si la maladie est à son début, si la fièvre est forte et si le pouls est bon, de petites doses de vin d'antimoine et d'ipéca avec une solution d'acétate d'ammoniaque sont prescrites : 5 gouttes de chaque vin toutes les trois heures si l'enfant est jeune, plus s'il est âgé. Quelquefois on y ajoute de petites doses d'acide nitrique dilué et de teinture de digitale. Quand les enfants entrent à l'hôpital dans un état de prostration qui réclame l'emploi des stimulants, ce qui paraît être le cas le plus fréquent, on leur donne alors un mélange de liqueur ammoniacale aromatisée et d'esprit de nitre, une cuillerée à dessert de vin toutes les trois heures, du lait et du thé de bœuf. En général, on permet aux enfants la nourriture qu'ils préfèrent. Quand la toux est fréquente, les quintes pénibles et répétées, ce qui est rare chez les enfants, on leur fait prendre quelques grains d'*hydrargirum cum creta* ou de poudre de Dower

Tant que persistent les symptômes aigus, surtout s'il y a de la dyspnée, des fomentations d'eau chaude sont appliquées et constamment maintenues sur la poitrine.

Tel est le traitement de la période aiguë. Depuis six ans que l'hôpital est ouvert, dit l'auteur de la note, pas une goutte de sang n'a été extraite à un malade atteint de pneumonie.

Dans une période plus avancée de la pneumonie, on cherche à aider à la résorption des produits enflammés par des frictions avec un liniment à l'huile de croton ou avec la teinture d'iode.

Durant la convalescence, les médecins de l'hôpital d'Edimbourg prescrivent généralement, comme toniques, du fer et de l'huile de foie de morue.

En résumé, non-seulement on s'abstient de tous les remèdes qui pourraient déprimer les forces des enfants, mais le traitement lui-même a surtout pour but de les restaurer.

De la phthisie pulmonaire. — De la granulation tuberculeuse.

C'est surtout en médecine qu'on peut dire avec raison : Rien n'est fait, tant qu'il reste quelque chose à faire. A une époque encore peu éloignée de nous, après les beaux travaux qui ont fait tant d'honneur à l'École française, on a pu se flatter que l'histoire de la phthisie pulmonaire était faite, qu'il ne restait plus à l'avenir qu'à compléter quelques parties accessoires et à combler l'énorme lacune de la thérapeutique. Le temps des études micrographiques est venu, qui a posé les bases d'une science nouvelle, l'histologie physiologique et morbide. L'histoire anatomo-pathologique de la tuberculisation a été reprise de fond en comble, en Allemagne d'abord, sous la vive impulsion de l'École histologique moderne, qui a déjà donné à la science tant de gages de zèle et d'activité, puis en Angleterre et en France. Et de cette lutte d'émulation est sorti un ensemble de travaux importants qui ont momentanément jeté le trouble dans les esprits en remettant en question les points que l'on pouvait croire le plus solidement établis. Nous avons déjà fait connaître quelques-uns de ces travaux et des faits nouveaux qu'ils ont introduits dans la science.

Deux de nos confrères on ne peut plus favorablement préparés pour une pareille œuvre, M. Hérard, l'un de nos plus habiles cliniciens, et M. Cornil, initié dès le début de sa carrière aux recherches histologiques et à la littérature médicale allemande, ont entrepris, par une nouvelle étude anatomo-pathologique et clinique complète de la question, de vérifier, de contrôler et de coordonner l'ensemble de tous ces travaux récents, en y ajoutant le fruit de leurs propres recherches et de leurs observations. C'est cet important ouvrage, dont le sujet est d'un intérêt clinique toujours si puissant, que nous nous proposons de résumer ici dans ses parties principales (1).

Que doit-on entendre par tubercule? Quelle est la signification précise de la granulation miliaire? Rentre-t-elle dans la phthisie ou constitue-t-elle la lésion d'une maladie spéciale, différente de la tuberculisation? Que faut-il comprendre sous les dénominations diversement interprétées de phthisie aiguë, phthisie galopante, et d'une manière plus générale, quelles formes, quelles variétés convient-il d'assigner à la maladie? Telles sont les questions que MM. Hérard et Cornil se sont proposé d'étudier.

Leur premier soin a été de déterminer d'une manière précise ce que l'on doit entendre par tubercule. C'est au microscope qu'ils ont demandé cette détermination. Mais hâtons-nous de dire que, dans tout le cours de leur étude, ils n'ont jamais séparé les résultats que donne l'examen microscopique de ceux que fournit l'observation clinique. C'est en procédant ainsi, en faisant marcher de front et en contrôlant les uns par les autres les procédés physiques d'examen et l'analyse symptomatique, qu'on éclaire réellement la pathologie, sans courir le risque de la fourvoyer dans les abstractions nosologiques ou dans les subtilités anatomiques.

Le microscope a permis d'établir sur des bases certaines ce fait anatomo-pathologique important, à savoir que les masses jaunâtres, caséeuses, considérées par Laennec et son école comme tuberculeuses et hétéromorphes, sont des pneumonies lobulaires ou lobaires, dans lesquelles les produits exsudés ont subi la dégénération granulo-graisseuse ; et qu'il n'y a de tubercule que la granulation miliaire semi-transparente ou opaque, lésion primordiale, spécifique, et véritablement caractéristique de la diathèse.

C'est de la partie du travail de MM. Hérard et Cornil qui est relative à cette lésion spécifique que nous allons nous occuper dans ce premier article.

Des granulations tuberculeuses en général.

Les granulations tuberculeuses constituent la lésion essentielle et fondamentale de la tuberculose. Telle est la première proposition de MM. Hérard et Cornil. Voici les caractères que ces granulations offrent à l'œil nu :

Elles ont la forme de petites nodosités, dont la grosseur varie depuis un grain à peine visible, jusqu'au volume d'une graine de millet ou de chènevis. Leur couleur est blanchâtre ou grise ; elles sont semi-transparentes à leur début, plus ou moins opaques ou caséeuses à leur centre lorsqu'elles sont plus grosses et plus anciennes. Elles font toujours, et c'est là un de leurs meilleurs caractères, une saillie, soit à la face libre des membranes séreuses, soit sur la surface de section de l'organe où on les étudie, lorsque leur siége est plus profond.

Tant qu'elles n'ont pas encore subi de ramollissement central, elles sont dures et résistantes, difficiles à écraser; elles adhèrent solidement aux tissus qui les environnent et ne peuvent pas s'énucléer. Lorsqu'on a enlevé l'une d'elles avec les ciseaux, et qu'on essaye de la disséquer avec les aiguilles et de la dissocier, on éprouve une certaine résistance, qui donne une juste idée de la grande cohésion des éléments qui entrent dans sa structure.

A mesure que la granulation grossit et vieillit, elle perd sa demi-transparence, et devient trouble à son centre, qui jaunit bientôt, se ramollit et présente alors un point friable demi-liquide, d'aspect caséeux. Parfois une granulation tuberculeuse isolée devient jaune et se ramollit dans toute sa masse, du centre à la périphérie ; c'est ce qui se remarque lorsqu'elle est très-ancienne. Dans ce cas, son volume ne dépasse guère celui d'un grain de chènevis ; on a plus rarement l'occasion d'observer des nodosités ayant le volume d'un petit pois ou d'une noisette. Cela se voit cependant quelquefois sur les séreuses, par exemple, sur le péritoine, et alors ce n'est pas une granulation isolée qui est devenue aussi volumineuse, mais bien un groupe de granulations, ainsi que le démontre la surface mamelonnée de pareilles tumeurs. Quant aux grosses nodosités du poumon, du cerveau et de quelques autres organes qui

(1) *De la Phthisie pulmonaire, étude anatomo-pathologique et clinique*, par M. Hérard, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, et M. V. Cornil, chef de clinique de la Faculté. 1 vol. in-8, avec 27 fig. intercalées dans le texte et 3 planches en chromolithographies. Paris, 1867, chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17. Prix : 10 fr.

FEUILLETON.

SITUATION DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Nous empruntons au compte rendu de la huitième assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, l'exposé suivant de la situation morale, personnelle et financière de cette institution.

Le nombre des Sociétés locales agrégées qui, l'année dernière, était de 96, n'est plus, pour cette année, que de 95, par suite de la fusion qui s'est opérée entre une société d'arrondissement et une société départementale.

Le mouvement du personnel de l'Association se traduit par les chiffres suivants : le dernier recensement, à quelques lacunes près, donne le chiffre total de 6,293 membres ; augmentation de 84 sur le chiffre de l'année dernière et de 220 si l'on tient compte des 136 décès qui ont frappé pendant le cours de l'année sur ce personnel.

L'avoir acuel des différents éléments de l'Œuvre est ainsi constitué :

Caisse générale	52,487	53
Caisse des pensions viagères d'assistance	94,056	63
Société centrale	39,345	90
Sociétés locales	285,645	62
Total général de l'avoir de l'Œuvre	471,635	68

L'excédant du capital sur le dernier exercice, est de 44,258 fr. 62 c.

Soit, pour la Caisse de pensions viagères d'assistance, de	22,589	83
pour la Société centrale, de	4,603	»
pour les Sociétés locales, de	17,065	79
Total	44,258	62

Les dons et les legs faits à l'Association figurent dans les recettes de l'année pour la somme de 13,112 francs, ainsi répartie :

A la Caisse des fonds généraux	3,350	»
A la Caisse des pensions viagères d'assistance	4,325	50
Aux sociétés locales	5,436	60

Voici ce que l'Association a réalisé dans le dernier exercice, au point de vue de l'assistance et du secours.

Huit Sociétés locales ayant épuisé leurs fonds de secours ont adressé des demandes de subsides au Conseil général, qui, d'une manière définitive ou provisoire, a fait droit à toutes ses requêtes.

A ces huit Sociétés locales, le Conseil général a alloué des subsides pour une somme de 3,300 fr.

Les Sociétés locales ont accordé pour une somme de 17,442 fr. 35 de secours.

Dans l'ensemble de l'œuvre, l'Association a distribué la somme de 27,332 fr. 35 pour secours à des sociétaires malheureux, à des veuves ou à des enfants de sociétaires.

C'est 10,000 fr. de plus que dans l'exercice précédent.

Depuis le moment où l'Association a pu distribuer des secours, c'est une somme de 83,442 fr. 45 qu'elle a consacrée à cet emploi.

Le rapport énumère, en outre, les actes de secours et de protection, sous toutes les formes, accomplis par l'Association dans le dernier exercice, ainsi que les mesures de protection et de défense qu'elle a mises en œuvre.

Voici maintenant la situation de la Société centrale :

Le nombre des sociétaires s'est élevé de 39 : c'est une augmentation de 14 sur l'année précédente. Ces admissions nouvelles ont comblé les vides faits dans nos rangs par le passage de quelques-uns des membres de la Société centrale dans d'autres Sociétés locales des départements et par les décès, qui se sont élevés au chiffre de 19.

ÉTAT DES FINANCES.

Recettes augmentées de l'encaisse existant au 1er janvier 1866		15,572	90
Emploi et dépenses de 1866	9,949 »	15,572	90
Reste en caisse au 1er janv. 1867	5,623 90		

L'avoir de la Société centrale se compose, au 1er janvier 1867, de :

1° Capital disponible.

Sommes en dépôt à la caisse des dépôts et consignations	30,800	»
Sommes en caisse de la Société centrale	5,623	90

répondent à la dénomination de tubercules crus de Laennec et de M. Louis, on verra plus loin qu'elles ne sont pas simplement constituées par des granulations, et, en ce qui concerne particulièrement le poumon, qu'elles reconnaissent pour cause ordinaire la pneumonie tuberculeuse.

Cette transformation que subit la granulation, arrivée à un certain degré de son développement, représente ce qu'on exprimait autrefois en disant qu'elle se *tuberculisait*. Cet état caséeux ne serait autre, en effet, d'après les auteurs du travail que nous analysons, qu'une transformation graisseuse, une mortification des éléments de la granulation, transformation qui n'a rien de spécial pour elle et qu'on rencontre au centre de toutes les tumeurs anciennes, quelle que soit leur nature.

Quant aux nodosités plus ou moins infiltrées de sels calcaires, endurcies à leur périphérie, molles, blanches ou crétacées à leur centre, entourées de couches de tissu lamineux, que l'on rencontre dans les autopsies, dans celles des vieillards principalement, ce sont des granulations isolées qui, depuis de longues années, sont dans l'économie comme des corps étrangers et inertes. Ce sont des granulations guéries.

A l'examen microscopique les granulations sont caractérisées par une agglomération en un point d'un nombre considérable d'éléments anatomiques petits, d'éléments embryoplastiques et de cytoblastions, presque toujours à l'état de noyaux. Ces éléments, pressés les uns contre les autres, amoncelés, réunis par une matière amorphe peu abondante et les éléments préexistants du tissu où ils se sont développés, s'atrophient et deviennent bientôt granuleux au centre du petit tubercule, qui ne tarde pas à subir le même sort dans son ensemble.

Quel est le mode de formation du tubercule ? Que se passe-t-il lorsque apparaît le rudiment d'une granulation ? Voici sur ce point très-controversé ce que MM. Hérard et Cornil considèrent comme constant dans le début des granulations miliaires : quelle que soit leur petitesse, disent-ils, alors qu'elles sont à peine visibles à la loupe, elles consistent en un groupe de noyaux ou de cellules de très-petite dimension, répondant par leurs caractères physiques et micro-chimiques aux cytoblastions de M. Robin. Presque toujours le siége précis de ces éléments de nouvelle formation est le pourtour d'un petit vaisseau, le tissu cellulaire qui représente la membrane adventice. C'est dans l'angle que forme une branche collatérale avec le vaisseau d'où elle émane, ou bien dans un réseau anastomotique de capillaires, plus rarement sur la continuité d'une petite artère, que la granulation se montre tout d'abord. Alors ces vaisseaux sont distendus et remplis de sang. Autour du groupe de petits noyaux qui est la granulation naissante, de nombreux noyaux naissent, restent d'abord un peu espacés, ou réunis en groupes de deux à cinq, puis s'unissent aux premiers formés, de telle sorte que la granulation s'agrandit peu à peu par leur adjonction. Cette formation de noyaux et l'hypertrophie des corpuscules préexistants du tissu conjonctif se continuent autour de la granulation, même alors qu'elle a acquis le volume d'un grain de millet et plus. Il en résulte que le processus qui aboutit à former des granulations tuberculeuses s'accompagne aussi d'un épaississement du tissu conjonctif voisin, dû à une hypergénèse de ses éléments.

On vient de voir quels sont les caractères physiques et la nature histologique de la granulation tuberculeuse ; pour que sa description fût complète et son existence bien établie comme production pathologique particulière, il fallait pouvoir la différencier des granulations de diverse nature qui s'en rapprochent et avec lesquelles elle peut être confondue, telles, par exemple, que la granulation cancéreuse, le tubercule syphilitique, le tubercule de la morve, etc. Les caractères différentiels des granulations tuberculeuses avec ces diverses productions morbides, sont, il faut le dire, réduits souvent à de simples nuances qui échapperaient aisément à ceux qui n'ont pas une certaine habitude de ce genre d'observation, si le lieu d'élection propre à chacune d'elles, les divers degrés d'évolution qu'elles peuvent offrir simultanément et l'existence d'autres lésions concomitantes ne venaient y aider.

Des granulations tuberculeuses du poumon.

MM. Hérard et Cornil ont étudié les granulations tuberculeuses dans les divers tissus, dans les membranes séreuses, dans les muqueuses, dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les glandes et ganglions, le tissu nerveux, le tissu osseux et enfin dans le poumon. Nous ne nous occuperons ici que des altérations tuberculeuses des poumons, les plus complexes en même temps que les plus graves, les seules d'ailleurs qui nous intéressent particulièrement en ce moment.

Ici il y a à considérer deux séries de lésions, soit isolées, soit réunies. Ce sont : 1° les granulations tuberculeuses proprement dites ; 2° les lésions diverses concomitantes ou consécutives qui peuvent toutes être ramenées aux diverses formes et aux divers types connus de la pneumonie.

Les granulations tuberculeuses se développent dans le poumon, comme dans tous les autres organes, au milieu du tissu conjonctif et autour des vaisseaux. Elles siégent dans le tissu lamineux qui constitue les cloisons des lobules et surtout autour des vaisseaux artériels veineux et capillaires qui entourent les bronches (indépendamment de celles qui se développent à la surface de la plèvre viscérale et interlobaire et à la surface muqueuse des bronches).

Les granulations du poumon, grises et semi-transparentes au début, présentent, au bout de quelque temps, un point opaque et jaune à leur centre ; elles sont tantôt isolées, tantôt groupées et réunies en plus ou moins grand nombre dans une masse unique.

L'examen microscopique de ces granulations les fait distinguer nettement des petites masses arrondies de pneumonie, par la présence des petits noyaux et des petites cellules (cytoblastions) caractéristiques, tandis que les lobules de pneumonie ne laissent voir que des cellules épithéliales pavimenteuses et des leucocythes qui n'en diffèrent pas moins par leur forme que par leur volume.

Les granulations pulmonaires naissent, en général, comme une végétation de noyaux et de petites cellules dans le tissu conjonctif. Mais on trouve, en outre, des granulations qui se développent dans le groupe des alvéoles pulmonaires d'un *infundibulum* dont elles occupent la place.

Ainsi constituées, les granulations pulmonaires ne tardent pas à devenir opaques à leur centre, leurs noyaux et cellules s'infiltrent de granulations protéiques et graisseuses. Les vaisseaux autour desquels elles se sont développées sont bientôt aussi comprimés par cette formation exagérée de petits éléments serrés les uns contre les autres, et finissent par l'oblitérer.

Autour des granulations, les alvéoles sains d'abord et vides présentent une injection très-prononcée de leurs vaisseaux capillaires, et leur cavité se remplit d'un liquide teint par la matière colorante du sang. Ce sont là les lésions de la congestion.

On verra plus loin quelles sont les autres lésions qui viennent se grouper autour de cette lésion primitive spéciale et caractéristique de l'affection tuberculeuse.

En résumé, la granulation tuberculeuse du poumon ne diffère en rien, comme on le voit, au point de vue de sa structure, de ce qu'elle est partout ; elle est toujours formée, comme élément essentiel, par de petits noyaux et de petites cellules, agglomérés et pressés les uns contre les autres, séparés par une matière amorphe qui les agglutine et par les fibres élastiques du tissu qui leur a servi de matrice. Les granulations pulmonaires se développent le plus souvent autour des bronches et des vaisseaux, ou bien dans le tissu conjonctif sous-pleural ou interlobulaire, et alors elles sont tout à fait indépendantes des alvéoles pulmonaires ; d'autres fois elles occupent la place d'un groupe d'alvéoles pulmonaires, qu'elles comblent par la nouvelle formation des mêmes petits éléments.

Nous consacrerons un deuxième article dans la Revue prochaine à l'examen des diverses altérations des organes qui accompagnent les granulations tuberculeuses, la pneumonie et ses diverses formes.

DES CORPS ÉTRANGERS

Dans les voies aériennes.

Par M. le docteur T. Bertholle, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'Académie de médecine a décerné le prix Godard, 1855, au travail dont nous venons de transcrire le titre.

On lira avec intérêt l'index bibliographique que nous reproduisons, et qui montrera combien l'auteur a pris de soins pour rassembler le plus grand nombre connu d'observations.

1° Aiguille dans le larynx, guérison (Lamartinière, cité par Louis, t. V, *Acad. chir.*).
2° Noyau d'abricot, mort 60 heures après (Lescure, *ibid.*).
3° Louis d'or de 24 livres, suppuration et mort (*id.*, *ibid.*).
4° Fragment d'os, séjour de 10 mois, suppuration (obs. de Lenglet, *ibid.*).
5° Croupion de pigeon, séjour de 17 ans, rejet, mort (*id.*, *ibid.*).
6° Portion de coquille d'aveline, séjour de 7 ans, rejet, guérison (Tulpius, lib. II, obs. VII).
7° Ducat d'or du Portugal, rejet au bout de 2 ans, guérison (Hechsteterus, ob. decad. VI, cap. x).
8° Noyau d'aveline, séjour de 2 mois, guérison (Bartholin, cent. II, hist. XXVII).
9° Pilules, dissolution au bout de 3 heures, guérison (obs. Marcellus Donatus, rapportée par Louis).
10° Os, suppuration, rejet au bout de 4 mois, guérison (Stalpart Van der Viel, dans Louis, *Acad. chir.*, t. IV).
11° Noyau de cerise, séjour de trois semaines, rejet, guérison (de Sennert, *ibid.*).
12° Morceau de champignon, trachéotomie, guérison (de Heister, *ibid.*).
13° Haricot, trachéotomie, guérison (Ranvier, *ibid.*).
14° Fève, mort au bout de 3 heures (Verdier, *ibid.*).
15° Haricot, mort 3 jours après (Louis, *ibid.*).
16° Haricot, séjour de 7 jours, mort (*id.*; obs. Laromiguière).
17° Fragment d'os, trachéotomie, guérison (Verduc, *Path. chir.* Amsterdam, 1717).
18° Balle de plomb, mort (Verduc, *id.*, *ibid.*).
19° Aveline, suffocation (De Haller, *Opusc. pathol.*, obs. VII).
20° Haricot, mort dans la nuit suivante (*Ephem. acad. nat. curios.*, déc. III).
21° Morceau de châtaigne, mort le cinquième jour (Marcellus Donatus, *Hist. med.*, lib. III, cap. xiv).
22° Os, mort au bout de 5 jours (T. Bonet, *Sepulchretum anat.*).
23° Fève, mort dans la troisième semaine (Muys, *Pract. chir. rat.*, dec. VII).
24° Noyau de cerise, séjour de 2 ans, mort (Desault, *Œuvres chir.*, t. II).
25° Fragment d'os, trachéotomie, mort (*id.*, *ibid.*).
26° Pierre dans le larynx, trachéotomie, mort (*id.*, *ibid.*).
27° Haricot, trachéotomie, guérison (Boyer, *Mal. chir.*, t. II).
28° Perles, trachéotomie, guérison (Boyer, *Journal hebd.*, t. VII).
29° Haricot, trachéotomie, guérison (Dupuytren, *Leçons orales*, t. III).
30° Haricot, trachéotomie, guérison (*id.*, *ibid.*).
31° Haricot, trachéotomie, guérison (*id.*, *ibid.*).
32° Pièce de monnaie de 50 centimes, séjour de 5 années, phthisie pulmonaire, mort (*id.*, *ibid.*).
33° Pepin de raisin, rejet, guérison (*id.*, *ibid.*).
34° Morceau de viande, suffocation, mort (*id.*, *ibid.*).
35° Haricot, trachéotomie, mort (Pelletan, *Clin.*, t. I).
36° Haricot, trachéotomie, guérison (*id.*, *ibid.*).
37° Mâchoire de maquereau, trachéotomie, guérison (*id.*, *ibid.*).
38° Moule de bouton, trachéotomie, guérison (*id.*, *ibid.*).
39° Caillou, trachéotomie, mort (*id.*, *ibid.*).
40° Morceau de laine, suppuration du poumon, mort (*id.*, *ibid.*).
41° Tendon de veau, trachéotomie, mort (*id.*, *ibid.*).
42° Fragment de coque de noix, rejet au bout de 8 jours, guérison (journal *l'Expérience*, 1840).
43° Arête de poisson, rejet au bout de 4 ans, guérison (*Arch. de méd.*, 1833).
44° Noyau de prune, rejet au bout de trois mois, phthisie et mort (*ibid.*, 1838).
45° Os, rejeté le quarante-huitième jour (The *London med. Gaz.*, 1829).
46° Épi de seigle, rejet au bout d'un an, suppuration du poumon, guérison (*Revue méd.*, 1822).

2° Capital non disponible.

114 francs de rente française 3 p. 100	2,622 »
Une obligation du chemin de fer des Ardennes	300 »
Avoir total de la Société centrale...	39,345 90

Il a été distribué, sous la forme de secours, une somme de 6,700 francs à 21 personnes, au nombre desquelles sont plusieurs veuves de médecins civils et de médecins militaires : c'est 2,600 fr. de plus que l'année dernière.

Dans la séance du 29 avril, l'assemblée a entendu :

1° Le rapport de M. Davenne, au nom de la commission de comptabilité, sur les comptes rendus de M. Chaillaux, agent comptable. (M. Chaillaux, obligé par suite des nouvelles fonctions auxquelles il a été appelé, de résilier ses fonctions d'agent comptable, M. Brun a bien voulu accepter cette charge, qu'il cumule désormais avec celle de trésorier de la Société centrale.)

2° Un rapport de M. Tardieu sur les démarches faites par le conseil général, en vue d'obtenir des modifications à la loi de vent se qui rendent plus efficaces les pénalités édictées contre l'exercice illégal de la médecine.

3° Une communication de M. Brun relative à l'interprétation des statuts en ce qui concerne l'époque où le conseil général doit accorder aux Sociétés locales qui ont épuisé leur fonds de secours les subsides qu'elles ont demandés. (L'interprétation de cet article des statuts ayant toujours été faite par le conseil général dans le sens le plus libéral et le plus rapide, l'assemblée a consacré par un vote unanime les antécédents du conseil général sur cette matière.)

4° Une proposition de M. Dieu, président de la Société locale de la Moselle, relative à la caisse des pensions viagères d'assistance, qui n'a donné lieu à aucune décision.

5° Une lecture de M. le docteur Hameau, délégué de la Société de la Gironde, sur l'organisation d'un service médical dans le département de la Gironde. (La question a été maintenue à l'ordre du jour des Sociétés locales.)

6° Enfin une communication de M. le docteur Huette, président de la Société locale du Loiret, qui a appelé l'attention de l'assemblée sur l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI, et sur les entraves que cet article oppose souvent à l'exercice de la médecine rurale.

L'assemblée a procédé, dans cette même séance, à l'élection de trois membres du conseil général, en remplacement de MM. Michon, Mélier et Jobert (de Lamballe), décédés.

D'après les statuts, un tiers des membres du conseil général devant être élu parmi les membres de l'association dans les départements, il a été convenu que sur les trois élections, deux porteraient sur des membres habitant Paris et une troisième sur un membre habitant les départements.

Ont été élus à l'unanimité : MM. Henri Roger et Horteloup, à Paris, et M. Halléguen, président de la Société locale du Finistère.

Traité de la carie dentaire, recherches expérimentales et thérapeutiques, par le docteur E. Magitot (1).

Il y a peu de temps, la *Gazette* rendait compte d'une brochure de M. le docteur Magitot sur la salive ; aujourd'hui nous allons entretenir nos lecteurs d'un ouvrage didactique considérable, le *Traité de la carie dentaire*.

Nous nous trompons fort, ou ce livre est le premier travail complet qui ait été écrit en France sur cette maladie.

Le traité de M. Magitot se divise à la manière des descriptions nosographiques ordinaires, en une série de chapitres qui sont relatifs à l'anatomie pathologique, l'étiologie, la marche et la symptomatologie, la nosologie et le diagnostic, et enfin le traitement.

Un aperçu fort intéressant sur l'historique de la question nous montre la carie dentaire remontant jusqu'aux premiers âges de l'humanité et aux époques anté-historiques. (La mâchoire fossile de Moulin-Quignon portait une dent cariée) ; elle est envisagée ensuite aux différentes époques avec la mention des opinions diverses émises sur sa nature et quelques détails sur son existence chez les différentes espèces animales.

Dans l'anatomie pathologique, M. le docteur Magitot nous fait assister, au moyen de deux planches gravées, aux lésions successives qui, de l'extérieur de la couronne, portent l'altération jusqu'au centre

(1) Un volume grand in-8° de 230 pages avec figures dans le texte, deux planches gravées et une carte ; J. B. Baillière.

47° Pince d'écrevisse, séjour de 7 ans, rejet, suppuration, guérison (*id.*, *ibid.*).

48° Noyau de prune, rejet le quatrième jour, guérison (*Gaz. méd.*, 1839).

49° Noyau de cerise, rendu le soixante-huitième jour, guérison (*Rev. méd.*, 1827).

50° Haricot, rejet au bout de 13 jours, guérison (thèse Lebouis, 1836).

51° Pepin, rejet, guérison (Lille, *Anecd. méd.*, t. II).

52° Haricot, rejet le sixième jour, guérison (*Ancien Journal méd.*, 1776, t. XLV).

53° Coquille de noix, rejet au bout de 8 mois, phthisie, guérison (*Bibl. méd.*, t. LV, p. 104).

54° Clou, rendu au bout de 4 mois, guérison (*ibid.*, t. LXI).

55° Morceau de crayon, rejet au bout de 6 ans, guérison (*Journal du progrès*, 1820).

56° Épi d'herbe, suppuration du poumon, rejet au bout de 41 jours, guérison (*Gaz. méd.*, 1834).

57° Os de côtelette, mort (*Bibl. nouv. méd.*, 1826).

58° Fève, rejetée au bout de 31 jours, guérison (Société de Marseille, 1819).

59° Dent arrachée et avalée, rejet au bout de 6 semaines, guérison (*Recueil périodique*, t. XXXVIII).

60° Os, rejeté au bout de 4 mois, guérison (Planque, *Obs. rares*. Paris, 1758, t. I).

61° Coquille de noix, rejet au bout de 14 mois, guérison (*ibid.*).

62° Pièce artificielle de dents, rejet au bout de 46 jours, suppuration du poumon, guérison (*Gaz. méd.*, 1837).

63° Bille de 8 lignes, trachéotomie, guérison (A. Bérard, *ibid.*, 1833).

64° Os, mort au bout de 2 mois (*Arch. de méd.*, t. XXV).

65° Épi de fausse-avoine, suppuration du poumon, mort (Stanski Gaétan, *Soc. an. path.*, t. X).

APERÇU SYSTÉMATIQUE

Des végétaux médicinaux, alimentaires, etc.

Par M. le professeur Oberlin. (1)

Sous ce titre, M. Oberlin vient de publier le catalogue exact de la collection de matière médicale de l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg, dont il est un des professeurs les plus estimés.

Les végétaux médicinaux, dont les synonymies prêtent à tant d'erreurs et imposent de si longues et si difficiles recherches; les végétaux alimentaires, les végétaux employés dans les arts et dans l'industrie, les principes immédiats aujourd'hui connus des médicaments, avec leurs formules élémentaires, sont groupés dans un ordre systématique. Au milieu de cette longue énumération, un astérisque signale le nom des substances qui font partie des collections de matière médicale appartenant à l'école de pharmacie.

Ce livre rendra de véritables services aux étudiants.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 8 mai 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— **M. le Président** annonce à la Société que MM. Michaux (de Louvain) et Bernard Beeck (de Fribourg en Brisgau) assistent à la séance.

M. Cloquet. J'ai l'honneur d'offrir en hommage à la Société de chirurgie un exemplaire du discours que j'ai composé, au nom de l'Institut, à l'occasion de la mort de M. le professeur Jobert (de Lamballe).

LECTURE.

M. Leroux, chirurgien à l'hôpital de Versailles, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De l'emploi du bichromate de potasse dans le traitement de la syphilis secondaire*. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Perrin, Verneuil et de Saint-Germain, rapporteur.

(1) In-12, prix : 2 fr.; Paris, 1867, Victor Masson et fils. — Strasbourg, Salomon, libraire.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. Cullerier a adressé la lettre suivante :

Voici ce que j'ai écrit dans mon ouvrage :

Le chancre induré une fois établi, que faut-il faire? La pratique généralement acceptée est de soumettre immédiatement le malade au traitement mercuriel. On s'appuie sur ce fait que je reconnais : le chancre est déjà la vérole; il faut donc le plus tôt possible attaquer celle-ci, et à cette période, le moyen par excellence c'est le mercure.

Pour moi, la question n'est pas aussi simple, et quoique je sache bien les résistances que je rencontrerai et chez les malades et chez les médecins eux-mêmes, je ne crains pas d'avancer une opinion diamétralement contraire. Je ne traite pas le chancre par le mercure, et voici sur quoi je me fonde : le mercure administré dès le début, avant l'apparition des accidents secondaires, en trouble l'évolution régulière, les retarde souvent, mais ne les prévient pas; tôt ou tard ils paraîtront. Je sais bien qu'en restant inactif on a à se demander si les accidents à venir ne seront pas plus graves, et c'est cette crainte qui fait instituer le traitement mercuriel dès que l'induration est bien caractérisée. J'ai longtemps suivi cette manière de faire, et ce n'est que parce que j'ai vu maintes fois des phénomènes secondaires très-légers chez des individus indemnes de traitement mercuriel, tandis que j'ai observé ces mêmes accidents et très-intenses et très-persistants chez des malades mercurialisés pour leur induration, que j'ai renoncé à cette pratique, que je me contente de traiter l'induration localement, et que ce n'est que lorsque la maladie a suivi son cours naturel, à la première apparition des accidents dits secondaires sur la peau et sur les muqueuses, que j'administre le traitement interne, et j'ai remarqué qu'alors celui-ci est mieux supporté et que la maladie est modifiée, atténuée d'une manière bien plus rapide et bien plus durable; car le mercure n'est pas un préservatif de la syphilis : il en attaque seulement les manifestations plus énergiquement que toute autre médication.

Je rappelle ce que j'ai déjà dit : qu'il y a des chancres indurés, quoique ce soit rare, qui ne sont pas suivis d'accidents généraux, de sorte qu'après un chancre induré traité par le mercure, si aucun symptôme ne se fait voir, on est naturellement porté à attribuer à la vertu du traitement ce qui n'est dû probablement qu'à l'effort de l'économie, qui a triomphé de l'empoisonnement diathésique.

Si l'état général du malade fournit quelque indication, il faut se hâter de la remplir, afin de préparer l'économie à la lutte qu'elle va avoir à supporter; les toniques, les anti-strumeux seront ici fréquemment prescrits et souvent avec avantage.

Mais si je conseille de s'abstenir du traitement général pour les chancres, je crois que lorsque les manifestations de l'empoisonnement constitutionnel se font voir, c'est le moment d'y avoir recours : c'est dire que, dans les syphilides, le moment est venu de le mettre en usage, et par là, je rentre dans la question posée par M. Dolbeau. Je suis partisan du mercure, bien que je reconnaisse que certains symptômes cutanés et muqueux peuvent disparaître sans l'intervention de ce médicament. Il suffit d'avoir observé dans la pratique nosocomiale, pour être pénétré de cette vérité : c'est ainsi que j'ai vu bon nombre de fois, tant à l'hôpital de Lourcine qu'à celui du Midi, des individus dans l'adolescence ou dans l'âge adulte nous arrivant avec des plaques muqueuses, de la roséole, ou même avec une syphilide papuleuse non encore traitée, être pris dès leur entrée d'une maladie aiguë intercurrente, fièvre typhoïde, pleurésie, arthrite ou autres, pendant lesquelles il était impossible de songer au traitement spécifique, et chez ces individus, les accidents syphilitiques avoir entièrement disparu pour ne plus jamais se reproduire, sans que pourtant ils aient pris la moindre quantité de mercure; on connaît aussi l'éloignement invincible de certains malades de la pratique particulière pour les préparations hydrargyriques qu'ils ont en horreur, et pourtant beaucoup d'entre eux guérissent sans elles.

Mais comme tous les malades n'ont pas le même bonheur, comme le médecin ne sait jamais jusqu'où ira une syphilide, même légère à son début, la prudence doit l'emporter sur la théorie et sur les préventions, et si l'on a dans ses mains, si ce n'est l'antidote au moins jusqu'à présent le meilleur médicament à lui opposer, ce serait être coupable que de ne pas y avoir recours.

C'est par des symptômes du côté de la peau et des muqueuses dans lesquelles on trouve les différents groupes de nos syphilides actuelles, que fut caractérisée la grande épidémie du quinzième siècle, et les auteurs qui nous en ont donné la description nous apprennent que la saignée, les purgatifs et les bains, et surtout les applications locales d'onguents de toutes sortes, constituèrent pendant quelque temps le seul traitement qu'on lui opposât.

Cependant le mercure, qui déjà antérieurement avait triomphé de quelques maladies cutanées très-rebelles, fut employé de nouveau, bien qu'assez timidement d'abord, et il eut des succès : c'était l'onguent Sarrazin en applications locales et en frictions. C'était le cynabre en fumigations; plus tard, quelques préparations à base d'oxyde de mercure, telles que la poudre rouge de Vigo, la poudre angélique de Massa, furent administrées à l'intérieur.

Peu à peu les préceptes relatifs au traitement mercuriel se régularisèrent, et l'on peut dire que depuis, malgré bien des tendances d'oppositions périodiques, il est constamment resté dans la pratique. Aveugle quelquefois, inutile souvent, il a rendu trop de services pour qu'après des éclipses momentanées on ne se soit pas empressé d'y recourir de nouveau.

Ainsi les bois sudorifiques, tels que le gaïac et plus tard la squine et la salsepareille qu'on chercha à lui substituer, eurent pendant quelque temps de bons résultats; mais leur insuffisance avérée dans les cas graves, fit qu'on revint aux préparations mercurielles. Ainsi, pendant le règne éphémère de la médecine physiologique, le mercure fut à peu près banni du traitement antisyphilitique, ce qui n'a rien d'étonnant à cette époque, où le virus syphilitique lui-même était ou révoqué en doute ou nié complétement. Les exagérations de la médecine physiologique ont passé, et le mercure est resté tout-puissant.

Ainsi, de mes jours encore, lorsque l'iodure de potassium est entré dans la thérapeutique antisyphilitique, on a pu croire un moment que c'en était fait du mercure, mais peu de temps a suffi aux vrais observateurs pour reconnaître que ces deux médicaments, héroïques dans le traitement de la syphilis, ne pouvaient pas s'adresser aux mêmes phases de la maladie, qu'ils ne se suppléaient pas l'un l'autre, et que d'un effet vraiment merveilleux dans certains cas, ils sont inutiles, quelquefois même dangereux dans d'autres; le tact médical que donne seule la pratique étant de les administrer à propos.

Dans mon service au Midi, j'ai suivi les errements que j'avais commencés à l'hôpital de Lourcine, dans l'emploi du mercure à l'intérieur. Dans la crainte très-fondée que les pilules ne soient pas avalées, j'ai donné le mercure sous forme de sublimé et c'est la liqueur de Van Swieten que j'employais, parce que, comme on peut faire parler le malade immédiatement après la lui avoir fait prendre, on est plus sûr qu'elle a été absorbée en totalité.

Les malades affectés de syphilis doivent toujours être placés dans de bonnes conditions hygiéniques; leur régime doit être sévère, mais cependant pas trop débilitant. Ainsi les viandes rôties, le vin généreux, seront permis avec avantage. Il faudrait joindre autant que possible l'habitation dans un lieu sain et privé d'humidité; l'exercice sera favorable pour entretenir toutes les fonctions et particulièrement celles de la peau, si souvent prises dans la syphilis. En un mot, la méthode hygiénique recommandée par M. Diday, plus le mercure, seront mis en usage.

M. Le Fort. La Société de chirurgie doit commencer aujourd'hui la discussion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de la syphilis. Autorisé moralement par les opinions émises par quelques chirurgiens français et étrangers et par quelques-uns de nos collègues, j'ai voulu voir par moi-même quelle était en réalité l'utilité de ce traitement. Dans ce but, j'ai cessé, depuis deux mois, d'administrer des mercuriaux aux malades de mon service à l'hôpital du Midi.

Aujourd'hui, ma conscience m'empêche de continuer plus longtemps une expectation qui m'a donné des résultats déplorables, et que je crois concluants. L'expérience qui ressort de ces faits ne doit pas être perdue; nous avons tous ici le désir d'élucider scientifiquement une question scientifique, je demande à la Société de vouloir bien nommer une commission qui pourra visiter mon service, à laquelle je communiquerai toutes les observations de mes malades, et à la disposition de laquelle je me mets entièrement.

Après une courte discussion, la Société passe à l'ordre du jour.

M. le Président. Il y a déjà plusieurs semaines que la discussion sur la syphilis est pendante; je prie donc M. Dolbeau de résumer brièvement les conclusions de son travail, afin de mieux préciser les termes sur lesquels le débat devra porter.

M. Dolbeau. Vous savez, messieurs, combien l'étude de la syphilis a fait de progrès depuis une trentaine d'années; il ne m'appartient pas de déterminer quelle part au juste revient à l'école du Midi, mais je me plais à déclarer que c'est grâce à l'impulsion des chefs de cette école que les grandes questions de la pathologie vénérienne ont été soumises à l'observation clinique avec des résultats qu'on peut déclarer satisfaisants. Certes, l'étude de la syphilis a fait d'incontestables progrès, il m'a semblé toutefois que la question du traitement n'avait point marché de pair avec la pathologie; il m'a paru qu'on avait, en thérapeutique spéciale, accepté sans contrôle suffisant les anciennes doctrines, et que le traitement de la vérole était absolument empirique. C'est pourquoi j'ai saisi l'occasion qui s'offrait à moi, en vous rendant compte de l'intéressant travail de M. de Saint-

---

de la cavité de la pulpe. Une division de la maladie en trois périodes permet d'exposer clairement la série de ces faits en : lésions de l'émail, lésions de l'ivoire, lésions de la cavité de la pulpe. C'est dans cette exposition qu'on rencontre une étude tout particulièrement neuve, celle du mode de résistance vitale qu'oppose à la marche de la maladie l'organe dentaire, la lutte qu'il soutient contre l'envahissement par un ensemble d'actes que M. Magitot caractérise en les désignant sous les noms de dentification condensante de l'ivoire et production de dentine secondaire au sein de la cavité de la pulpe. Ce sont ces phénomènes organiques de réaction qui entraînent, dans certains cas favorables, l'arrêt ou suspension spontanée de la maladie et son passage à l'état de la carie sèche.

Cette recherche est précédée d'un coup d'œil sur l'anatomie normale de la dent, d'après les travaux antérieurs publiés par M. Magitot, soit en son nom seul, soit en commun avec le savant professeur d'histologie de la Faculté, M. Charles-Robin.

Le chapitre de l'étiologie et des expériences est fort considérable. Il comprend successivement l'examen des conditions anatomiques prédisposantes et l'étude de l'agent de la maladie, la salive, de ses modifications; l'exposé des expériences sur la production de la carie artificielle et le mécanisme de l'altération. Nous n'avons pas à revenir sur ces derniers points, qui rentrent dans un travail récent analysé déjà, mais nous devons nous arrêter sur les conditions anatomiques prédisposantes.

Sous ce titre, M. le docteur Magitot comprend les imperfections de structure congénitales, les vices de conformation qui, troublant plus ou moins profondément la texture et la structure intime de l'organe dentaire, le préparent de la sorte à subir plus facilement l'envahissement de la carie.

Ces imperfections de structure sont de deux ordres : accidentelles et isolées, comme l'érosion, bien connue des médecins et résultant d'un arrêt dans l'évolution intrafolliculaire par une affection intercurrente de l'enfance; générales et profondes, c'est-à-dire entraînant pour la totalité de l'organe et l'ensemble des dents une défectuosité permanente et indélébile. Cette dernière espèce serait même, dans l'opinion de M. Magitot, presque fatalement héréditaire, et par suite transmissible à la famille et à la race.

Sur ce dernier point, l'hérédité des prédispositions anatomiques de la carie, l'auteur entre dans de grands développements et trace une véritable histoire ethnologique de la question.

Étudiant alors la conformation du système dentaire dans les différentes races générales, il indique la place dévolue à chacune d'elles à ce point de vue; puis, localisant le problème à une région limitée, la France, M. Magitot dresse, d'après les chiffres officiels du service de la guerre pour les cas d'exemption par mauvaise denture, un tableau comparatif de la répartition de la carie par départements, et une carte pittoresque à trois teintes de cette distribution géographique. En présence de ce document, dont la physionomie est fort curieuse, l'auteur se demande à quelle cause on doit attribuer la fréquence de la maladie dans certaines régions et sa rareté dans d'autres; alors, passant en revue les influences invoquées, boissons usitées, voisinage de la mer, des rivières, etc., etc., M. Magitot conclut, par cette solution un peu inattendue peut-être pour beaucoup d'esprits, que la diversité des prédispositions endémiques à la carie est une question de race.

Le chapitre d'étiologie est suivi de l'exposition de la marche, des symptômes et des signes, du diagnostic de l'affection.

Enfin le cinquième chapitre est relatif au traitement. Ici, M. le docteur Magitot, conservant sa division en trois périodes, expose la thérapeutique spéciale à chacune d'elles, faisant suivre ses descriptions d'une série d'observations types fort complètes.

De cette dernière partie se dégage cette conclusion consolante que la carie dentaire est radicalement curable dans l'immense majorité des cas; que la méthode générale de traitement curatif consiste dans l'isolement précédé de l'emploi de moyens appropriés aux accidents.

La thérapeutique est exposée avec détail; quant à l'isolement, il consiste dans deux opérations terminales :

1° La résection pour certaines caries tout à fait superficielles;

2° L'obturation pour toutes celles qui sont plus ou moins profondes.

En résumé, le livre de M. Magitot nous paraît être tout autant une œuvre de doctrine qu'un traité pratique; il sera donc, comme tel, aussi utile à consulter pour le médecin désireux de s'enquérir d'un problème intéressant d'odontologie que pour le praticien qui, par sa position, peut être appelé à substituer à la méthode barbare de l'extraction une thérapeutique rationnelle et régulière.

Dr E. Le Sourd.

Germain, d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur le traitement de la syphilis.

Pour que la discussion ne s'égare pas, il est nécessaire de préciser les points principaux sur lesquels doit porter le débat. Il est une première proposition sur laquelle je désire fixer l'attention de la Société. Je regrette de formuler ici une opinion personnelle, car l'idée ne m'appartient en aucune façon : Il ne faut pas soumettre les malades au traitement lorsque ceux-ci ne présentent autre chose que l'accident primitif. En effet, on ne peut jamais affirmer que le chancre, quels qu'en soient les caractères, sera ou non suivi de manifestations ultérieures. Le traitement mercuriel, administré préventivement, n'empêche pas le développement des accidents constitutionnels, il n'est pas démontré qu'il atténue l'évolution de la diathèse. Je repousse donc, pour ma part, le traitement préventif de la syphilis.

Lorsque les manifestations secondaires de la vérole ne laissent plus de doute sur l'existence d'une syphilis constitutionnelle, est-il nécessaire d'administrer les mercuriaux ? C'est là, messieurs, la question vraiment capitale de ce débat. Si j'en crois quelques objections que m'ont faites plusieurs personnes, j'ai lieu de supposer que ma pensée n'a point été bien comprise; on a dit, par exemple, que je prenais la parole pour démontrer l'inefficacité du mercure dans le traitement de la syphilis secondaire. Telle n'est pas ma manière de voir; je n'ai point eu la pensée de nier l'importance d'une médication que je considère comme très-énergique. Le traitement mercuriel est une ressource précieuse ; mon maître, M. Velpeau, a bien fait voir l'influence salutaire qu'exerce le mercure dans les phlegmasies des membres, dans certaines ophthalmies, etc. Loin de nier l'efficacité du traitement mercuriel je la proclame hautement, je pense même que cette médication facilite la disparition des accidents secondaires de la syphilis. Ce que j'ai dit dans mon rapport je le répète ici : le mercure n'est point un antisyphilitique; il n'empêche point le développement de la syphilis; pendant qu'on administre ce médicament, longtemps après qu'on en a fait usage, de nouvelles manifestations démontrent que la diathèse persiste, que le mercure n'a point troublé l'évolution de la vérole, et que l'action du médicament se résume à faire disparaître les accidents secondaires. Je dirai donc, rappelant en cela une expression de M. Ricord : Le mercure ne guérit point la vérole, c'est parfois, mais pas toujours, un bon moyen de blanchir les malades.

Le mercure n'étant point un antisyphilitique et son emploi n'étant pas toujours sans inconvénient, j'aurais certaine tendance à ne point conseiller ce médicament dans le traitement de la syphilis secondaire. Cependant je n'ose point encore me déclarer partisan de l'expectation dans le traitement de la syphilis secondaire et, en effet, j'ai expérimenté le bichromate de potasse.

M. Lefort nous déclarait tout à l'heure qu'il ne lui est plus possible d'abandonner ses malades aux seuls efforts de la nature ; je me joins à nos collègues pour le prier de nous apporter ici ses observations, car, pour ma part, j'ai une grande tendance à traiter la syphilis secondaire en employant seulement les toniques et les topiques.

Ma seconde proposition est donc celle-ci : Le mercure n'est point un antisyphilitique.

Après une série de manifestations sur la peau et sur les membranes muqueuses, la vérole peut continuer son évolution, et l'on observe alors une série d'accidents rares qui portent le nom d'accidents tertiaires.

Le traitement mercuriel ne s'oppose pas à l'apparition de ces accidents tardifs, mais l'iodure de potassium est un moyen le plus souvent héroïque. On a supposé que l'action de l'iodure de potassium était subordonnée à l'usage du mercure pendant la période secondaire, aussi le traitement qu'on appelle mixte a-t-il dû son institution à l'idée que les deux médicaments se prêtaient un mutuel concours dans le traitement de la vérole.

Les faits que j'ai observés n'ont point confirmé cette doctrine ; je pense donc que l'iodure de potassium est un agent très-précieux, mais que son action n'emprunte rien à l'usage du mercure administré au début de l'infection syphilitique.

Voici, messieurs, le résumé de mes opinions ; je ne crois plus guère à la nécessité de faire usage du mercure dans le traitement de la syphilis. Je veux cependant faire une réserve et, en cela, je fais appel à l'expérience de nos collègues qui s'occupent spécialement d'accouchements : quels sont les résultats du traitement mercuriel chez les femmes grosses? Quelle foi faut-il avoir dans ce même traitement lorsqu'il s'agit de jeunes enfants atteints de syphilis ?

Dans notre numéro du 11 mai nous avons inséré un travail de M. Fauvel, *prétendue* traduction du livre de M. Mackensie, sur l'usage du laryngoscope.

Nous lisons dans cet article : « M. Mackensie rejette l'injecteur laryngien qui lance des poudres médicamenteuses, car on en jette ou trop ou pas assez, et très-souvent sur la région non malade, et l'on provoque des toux convulsives. »

Or, M. le docteur Édouard Fournié, contre qui cette attaque est dirigée, nous remet un exemplaire de l'ouvrage de M. Mackensie, et nous lisons, page 98 :

« Powdered substances may be introduced into the larynx in various ways; but either the apparatus of Dr Édouard Fournié, or my modification of Rauchfuss's injector (already described), will be found the most convenient instruments. In some cases of laryngorrhoea, the employment of alun in this way will be found useful. »

Ce qui veut dire en français :

« Les poudres peuvent être introduites dans le larynx de diverses manières ; mais l'appareil de M. le docteur Édouard Fournié ou ma modification de l'injecteur de Rauchfuss (déjà décrit), seront estimés les instruments les *plus convenables*. Dans quelques cas de laryngorrhée on pourra, de cette manière, se servir avec utilité de l'alun. »

Nos lecteurs peuvent, par cette citation, voir comment M. Fauvel s'est servi de son rôle de traducteur pour travestir la pensée de l'auteur anglais, au préjudice d'un confrère. Nous leur laissons le soin de qualifier ce procédé : quant à nous, nos mesures sont prises pour ôter désormais — en ce qui nous concerne — à M. le docteur Fauvel, le moyen d'abuser ainsi de la publicité scientifique.

Le Directeur,
Dr E. Le Sourd.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente. . . . . . , . .	778	50
M. V. C..., élève en médecine. :	3	»
Un étudiant en médecine. . . .	20	»
M. le docteur Jasseron.	5	»
Total.	806	50

Par les résultats de la dernière épreuve, les candidats aux deux places de médecin près le bureau central se trouvent classés ainsi qu'il suit :

1° M. Proust, 67 points ; 2° MM. Cornil, Labbé et Ollivier, 65 points; 3° MM. Baudot et Descroizilles, 64 points.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 60. — MARDI 21 MAI 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 21 MAI 1867. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 MAI 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

A l'Académie des sciences, une place se trouve vacante dans la section de médecine et de chirurgie. MM. Nélaton, Laugier et Jules Guérin se présentent pour y remplacer Jobert de Lamballe.

Les titres scientifiques antérieurs de candidats aussi distingués sont trop connus pour que nous les rappelions ici. L'un d'entre eux, M. le professeur Laugier, vient encore de lire, à la dernière séance de l'Institut, un mémoire fort intéressant sur la commotion cérébrale.

Les phénomènes qui surviennent à la suite de cet accident y sont analysés avec le plus grand soin, et rapportés aux parties de l'encéphale qui, d'après les notions physiologiques actuelles, président aux fonctions compromises. M. Laugier établit ainsi que les hémisphères cérébraux sont intéressés, car l'intelligence, les facultés intentionnelles et affectives, la conscience des excitations de toute espèce sont suspendues. La sensibilité inconsciente, au contraire, et les mouvements involontaires qui en résultent par action réflexe sont conservés ; ce qui prouverait l'intégrité de la protubérance annulaire des autres parties constituantes de l'isthme, et très-probablement des couches optiques des corps striés, etc.

« Mais pourquoi, dit M. Laugier, certaines parties du cerveau subissent-elles moins la commotion, bien que leur situation par rapport aux os du crâne soit la même? La protubérance annulaire repose sur l'apophyse basilaire de l'occipital ; elle devrait, ce semble, recevoir l'ébranlement par vibration des os du crâne, plus encore, dans les chutes sur le siége ou les pieds, que les hémisphères cérébraux qui répondent à la voûte crânienne ; il n'en est rien pourtant, et dans une pareille chute, ce sont encore ceux-ci qui, d'après les symptômes, sont le siége le plus évident de la commotion.

« On peut trouver des raisons assez plausibles de ce fait : 1° la consistance de la protubérance, plus ferme que celle de la substance grise périphérique, doit la préserver davantage des effets de l'ébranlement ; 2° les noyaux de substance grise de la protubérance, c'est-à-dire son centre d'activité, situés dans son épaisseur à une distance notable de sa surface, sont par cela même moins à la portée des vibrations du crâne.

« Dans les hémisphères, au contraire, la substance grise, siége principal de l'intelligence et de l'activité cérébrale intentionnelle, est à la surface du cerveau.

« La conclusion de cette étude de la commotion, c'est qu'il n'est point exact de dire qu'elle occupe à la fois tout l'encéphale ; elle a pour siége constant et à peu près unique les hémisphères cérébraux, et peut-être même seulement leur substance grise.

« Par contre, l'isthme du cerveau en paraît exempt dans l'immense majorité des cas, en supposant même qu'on doive faire une réserve pour le fait très-rare de mort immédiate. »

Nous n'avons point à faire ici l'éloge de M. le professeur Laugier ; mais évidemment, pour attaquer la Faculté de Paris comme une école démoralisatrice, il faut ne pas savoir qu'elle compte parmi ses membres les plus influents des hommes d'un tel caractère.

Certes nous voyons avec bonheur les Sociétés médicales de province, comme du reste celles de Paris, prises d'un surcroît d'activité presque fébrile. Les publications scientifiques qui nous viennent des départements se multiplient en si grand nombre, et nous apportent tant de documents intéressants, qu'on ne sait plus par lesquelles commencer pour en rendre compte.

Les grandes villes ont maintenant deux journaux de médecine, et parmi ces villes, où l'on pourrait peut-être trouver les éléments de Facultés nouvelles, Bordeaux se classe dans les premières.

Mais ce n'est pas une raison pour entreprendre une croisade contre notre école de Paris.

Ceux qui désirent connaître à fond la médecine ont besoin de voir beaucoup. Dans nos hôpitaux ils trouveront des maladies observées avec le plus grand soin, sous tous leurs points de vue, par des hommes qui cherchent des interprétations différentes. Ainsi discuté, le fait se grave ; l'esprit se mûrit par le doute ; on adopte un système avec réserve, l'œil au guet, prêt à reconnaître ce qui pourrait être contradictoire ; et cessant d'être un disciple crédule, on devient un vrai médecin, capable d'observer soi-même et de se conduire. Quant aux théories générales, ceux qui ne les ont pas approfondies pendant leurs études pourront les trouver dans les livres, et les faits cliniques dont ils auront garni leur mémoire ne leur seront pas inutiles pour les juger. Du reste, la plupart devront plus d'une fois, dans leur carrière, abandonner celles qu'ils croyaient d'abord le plus exactes.

Tant que l'école de Paris conservera son caractère pratique, on pourra rester indifférent sur les doctrines qu'y professerait tel ou tel, car, je le répète, ce que l'élève y apprendra surtout, ce ne seront point des doctrines : ce seront des faits, l'art de bien voir, et la prudence dans les déductions.

Nous aurons bientôt à revenir sur le journal de Bordeaux qui motive ces réflexions, lorsque nous parlerons de tous ces journaux de province qui s'accumulent devant nous.

—On sait avec quel engouement on a préconisé en Angleterre l'usage des spiritueux dans la plupart des maladies. Ces théories avaient passé de l'autre côté de l'Atlantique, où elles avaient été adoptées d'autant plus facilement que, pendant la guerre de la sécession, les Sociétés de tempérance avaient perdu presque tout crédit.

Aujourd'hui une réaction simultanée se manifeste tant en Amérique qu'en Angleterre. Devant la Société médicale du comté de New-York on a présenté une statistique sur la diminution de longévité qu'occasionnerait l'usage habituel de l'alcool, et un membre s'est élevé vivement contre toute prescription médicale dont le résultat pourrait être de provoquer ou de rendre excusables les habitudes alcooliques. Il paraît que les catholiques romains refusent, en Amérique, la sépulture chrétienne à ceux qui sont morts par suite d'ivresse.

A Londres, le professeur Wilkes vient de faire une leçon clinique sur l'abus des alcooliques dans les maladies ; et l'éditeur de la *Lancette*, après avoir reproduit cette leçon, l'a fait suivre d'un article fort sage sur le même sujet.

Il est bien établi que les alcooliques peuvent remplir certaines indications déterminées, même dans des maladies fébriles et inflammatoires au plus haut degré ; mais il y a des dangers réels à les employer sans discernement chez ceux qui n'en ont pas une ancienne habitude, et qui n'ont pas besoin de stimulation.

— Ceux qui s'occupent de la question des régénérations osseuses, peuvent observer, en ce moment, dans le service de M. Richet, une belle série d'opérés :

I. Un évidement du calcanéum a été pratiqué pour une carie de cet os, chez un jeune homme. Il existait des trajets fistuleux. L'os fut mis à nu sur sa face externe par une incision oblique ; le périoste, couvrant la partie que l'on devait creuser, fut détaché, puis on fit plusieurs ouverture au moyen d'un perforateur, et l'opération fut terminée à l'aide de la gouge ; toutes les parties fongueuses de l'os furent enlevées. La cavité ainsi creusée pouvait se diviser en deux parties : 1° une arrière-cavité se dirigeait en haut et ne laissait qu'une séparation très-mince entre elle et l'articulation ; elle pouvait admettre aisément la dernière phalange du doigt ; 2° une autre partie, plus extérieure, beaucoup plus large, qui n'était plus limitée en dehors que parl e périoste lui-même, en arrière de l'ouverture pratiquée par le chirurgien ; ce malade va bien, une suppuration de bonne nature s'est établie, la plaie se comble, et tout fait espérer une guérison complète.

On voit qu'il s'agissait bien là d'évidement classique, suivant la méthode décrite dans le traité de M. Sédillot (1), qui a partagé le grand prix de l'Institut avec le beau livre de M. Ollier (2).

(1) *De l'évidement sous-perioste des os*, par M. le docteur Sédillot, in-8°. Paris. J.-B. Baillière et fils, 1867.

(2) *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, par M. le docteur Ollier. 2 vol. in-8°. Paris, Victor Masson et fils, 1867.

II. Chez un autre malade, il existait une nécrose centrale du fémur. Il a fallu faire l'extraction du séquestre par une opération qui ressemble beaucoup à celle de l'évidement. A l'aide d'un perforateur, on a creusé de loin en loin des trous dans l'os ; puis on a fait tomber les ponts osseux à l'aide de la gouge. Mais on n'avait point à creuser l'os. La nature s'était chargée de faire la séparation du mort et du vif, et les parties saines étaient limitées autour du séquestre par une véritable membrane pyogénique. Le malade a repris bon appétit et meilleure mine.

III. Chez un troisième, il existait une mortification, non plus des couches centrales, mais de toute l'épaisseur d'un os. Le métacarpien, nécrosé dans ses deux tiers inférieurs, fut mis à nu. Le périoste enflammé, gonflé, peu adhérent, fut détaché avec une spatule et les séquestres furent extraits.

Cette fois, c'était une opération sous-périostée, mais pratiquée dans les conditions les plus favorables. Tout fait penser que l'os sera reproduit dans ces circonstances, dont M. Ollier a parfaitement fait ressortir les avantages.

—La jeune fille trépanée par M. Maisonneuve est morte au bout de quelques jours. A l'autopsie, on a trouvé un abcès siégeant dans l'hémisphère gauche, vers la partie antérieure et externe.

—L'ovariotomie, pratiquée récemment par M. Nélaton, semble devoir réussir et nous en reparlerons. — Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Des lésions viscérales dans le rhumatisme articulaire chronique.

(Leçon recueillie par M. le Dr BALL.)

Messieurs,

Nous avons consacré la dernière partie de la leçon précédente à l'étude de l'endocardite dans le rhumatisme articulaire aigu. Nous allons vous montrer que des lésions analogues se rencontrent dans le rhumatisme chronique. Mais avant d'aborder ce sujet, nous signalerons en peu de mots les lésions *éloignées* qui succèdent à l'endocardite rhumatismale.

On sait aujourd'hui que des corps mobiles peuvent se détacher des orifices malades, soit aux dépens des dépôts fibrineux, soit aux dépens des valvules elles-mêmes, et que, projetés dans le torrent circulatoire, ils vont au loin produire des accidents variés.

Lorsque les artères des membres se trouvent ainsi oblitérées, il en résulte une ischémie qui se termine ordinairement par la gangrène. Watson, Tufnell, et plusieurs autres auteurs en ont rapporté des exemples dans l'endocardite rhumatismale.

Lorsque les capillaires de la peau sont oblitérés, on voit se produire des taches ecchymotiques plus ou moins étendues.

Lorsque les vaisseaux de l'encéphale sont atteints, il en résulte des ramollissements, tantôt rouges, tantôt blancs, qui sont l'une des causes les plus fréquentes des hémiplégies chez les adultes non encore parvenus à un âge avancé.

La rate peut devenir le siége d'embolies capillaires, qui donnent naissance à des infarctus suivis d'accidents que nous n'avons point à décrire ici.

Les reins peuvent aussi subir des lésions analogues : M. Rayer, sans en connaître l'origine, les a fort bien décrites sous le nom de *néphrite rhumatismale*.

Le foie lui-même n'est pas à l'abri de ces accidents ; mais ils ne se développent que rarement dans cet organe.

A ces lésions, qui relèvent des embolies artérielles ou capillaires, il faut joindre les phénomènes septicémiques qui se développent parfois à la suite des cardiopathies rhumatismales. On voit alors survenir l'*état typhoïde*, l'*ictère grave*, les *fièvres intermittentes symptomatiques* qui s'associent au rhumatisme articulaire aigu.

Messieurs, après avoir ainsi tracé l'histoire de l'endocardite et de la péricardite dans le rhumatisme aigu, nous chercherons à vous démontrer que ces complications ne sont pas exclusivement propres à cette forme de la maladie.

On les rencontre d'abord dans le rhumatisme sub-aigu, malgré la loi célèbre de M. le professeur Bouillaud, loi rigoureuse, loi tyrannique, si j'ose m'exprimer ainsi.

Sans doute, l'endocardite et la péricardite sont plus fréquentes dans le rhumatisme aigu et polyarticulaire. Valleix, Latham, Bamberger, Fuller sont ici d'accord avec le savant clinicien français.

Cependant les complications cardiaques se rencontrent dans des cas où peu de jointures sont affectées et où le mouvement fébrile est peu intense. West l'a constaté chez les enfants; Walshe, Ormerod et Garrod chez les adultes. S'il m'est permis d'invoquer ici ma propre expérience, j'ai vu plusieurs cas de rhumatisme sub-aigu, dans lesquels l'autopsie a eu lieu, coïncider avec des affections du cœur. Un de ces faits est consigné dans la thèse d'agrégation de M. le docteur Ball. (1).

Mais il s'agit de prouver que ces lésions peuvent exister dans le rhumatisme chronique proprement dit, dans le rhumatisme noueux.

Un fait de ce genre a été signalé par Romberg en 1846. Deux autres cas se trouvent consignés dans la thèse de M. Trastour et dans la mienne, sur un ensemble de quarante et une observations. Depuis cette époque, l'attention étant éveillée sur ce point, les faits se sont multipliés. Le plus souvent, il y a eu, à une époque antérieure, une attaque de rhumatisme articulaire aigu; mais j'ai recueilli un petit nombre d'observations dans lesquelles l'endocardite s'est développée chez des rhumatisants chroniques, sans que la maladie ait jamais affecté la forme aiguë. Deux de ces faits sont consignés dans la thèse de M. le docteur Ball (2).

La *péricardite* est probablement fréquente chez les rhumatisants chroniques, car sur neuf autopsies que j'ai pratiquées en 1863 avec M. le docteur Cornil, je l'ai rencontrée quatre fois. Nous avons d'ailleurs sous les yeux un fait de ce genre en ce moment, et M. le docteur Mauriac en a observé un cas fort remarquable à l'hospice des Ménages.

En résumé, l'endocardite et la péricardite existent incontestablement dans quelques cas de rhumatisme articulaire chronique; ces affections offrent les mêmes caractères que dans le rhumatisme aigu. Elles se développent de préférence à l'époque des exacerbations de la maladie, et lorsqu'on se rapproche en quelque sorte de l'état aigu. Au reste, ces maladies ont en général un caractère moins sérieux lorsqu'elles se développent dans le rhumatisme chronique.

Mais les affections cardiaques ne sont pas les seules manifestations viscérales de la diathèse rhumatismale. Il importe de remarquer ici que les autres manifestations habituelles du rhumatisme articulaire aigu se rencontrent plus rarement que les précédentes dans le rhumatisme chronique. Mais nous reconnaîtrons bientôt que, par contre, cette dernière forme de la maladie comporte certaines affections presque complétement étrangères au rhumatisme aigu, ainsi qu'on pouvait aisément le prévoir.

Nous allons successivement passer en revue, à cet égard, les principaux appareils de l'économie.

Appareil respiratoire. — La pleurésie se retrouve dans le rhumatisme articulaire subaigu et chronique; mais elle est beaucoup plus rare que dans la forme aiguë.

La pneumonie aiguë est une complication fréquente de l'arthro-rhumatisme aigu; je ne l'ai jamais rencontrée dans la forme chronique. J'ai observé, sans doute, quelques cas de pneumonie chronique chez des rhumatisants, mais c'étaient des sujets cachectiques.

La congestion pulmonaire rhumatismale, cet accident si formidable qui expose les malades à une mort presque subite, peut se rencontrer dans le rhumatisme chronique. M. le docteur Ball en a rapporté un cas fort remarquable dans sa thèse d'agrégation.

Certaines affections thoraciques se présentent surtout dans les formes chroniques et mal définies du rhumatisme articulaire. L'asthme suivi d'emphysème est aussi commun dans cette affection que dans la goutte. Garrod a signalé l'existence d'une laryngite chronique dans le rhumatisme noueux.

La phthisie pulmonaire a-t-elle des rapports avec le rhumatisme chronique? Cette question est encore douteuse, et nous ne voulons pas la discuter ici.

Appareil urinaire. — Dans le rhumatisme aigu, il existe une néphrite spéciale que nous venons de signaler. Dans la goutte, les altérations du rein sont presque la règle. Dans le rhumatisme chronique, la néphrite albumineuse est assez fréquente dans les périodes avancées, d'après les recherches que j'ai entreprises sur ce sujet avec M. Cornil. Ces lésions, d'ailleurs, se rencontrent toujours chez des cachectiques.

Les affections de la vessie ne sont pas très-communes dans le rhumatisme articulaire aigu. Il ne faut point confondre avec la goutte vésicale ces ardeurs éprouvées en urinant par les rhumatisants, et qui tiennent à la concentration extrême des urines.

Dans le rhumatisme chronique, la cystite est au contraire assez fréquente, surtout chez les sujets depuis longtemps confinés au lit.

Appareil de l'innervation. — A. *Affections cérébrales.* Nous avons constaté les analogies profondes qui existent entre l'encéphalopathie rhumatismale et les accidents cérébraux de la goutte. La folie rhumatismale, décrite par Burrows, Mesnet, Griesinger, se trouve assez souvent associée aux formes subaiguës du rhumatisme.

Des accidents de cette espèce ont été signalés dans le rhumatisme chronique par Fuller et M. Vidal. Mais ces faits sont peu communs.

La migraine, si commune dans l'intervalle des accès de goutte, se retrouve aussi dans le rhumatisme chronique.

(1) *Du rhumatisme viscéral*, p. 61.

(2) Op. cit., p. 121 et suiv.

B. *Affections médullaires.* — La chorée, dont les rapports avec le rhumatisme aigu sont si bien démontrés, ne paraît pas exister dans le rhumatisme chronique; du moins je ne l'ai jamais rencontrée dans cette affection.

Mais plusieurs maladies qui se rattachent à la moelle épinière se rencontrent dans la forme chronique du rhumatisme.

La paralysie agitante, ou tout au moins le tremblement, peuvent coïncider avec le rhumatisme chronique partiel ou généralisé.

J'ai vu plusieurs cas d'ataxie locomotrice coïncider avec l'arthrite sèche et les nodosités des jointures.

Quant aux paraplégies, elles s'unissent rarement au rhumatisme aigu ou subaigu, et il faut bien se garder de confondre les *douleurs articulaires* des affections spinales avec le rhumatisme fixé sur les jointures, car les lésions traumatiques de la moelle épinière produisent quelquefois une tuméfaction douloureuse des articulations, ainsi que l'ont vu Mitchell, Morehouse, Remak, et plusieurs autres observateurs.

Il nous reste maintenant à signaler certaines lésions qui, sans occuper les viscères intérieures, sont cependant placées en dehors des jointures. Nous avons vu que la goutte, en dehors des maladies viscérales, produit quelquefois des affections abarticulaires; il en est de même dans les formes aiguës et chroniques du rhumatisme.

Ainsi les douleurs musculaires de la goutte, suivies de crampes et de rétraction des muscles (Guilbert), peuvent aussi se rencontrer dans le rhumatisme aigu; mais on les trouve bien plus souvent encore dans le rhumatisme chronique.

Les névralgies sciatiques et trifaciales, qui s'observent à la fois dans la goutte et le rhumatisme, appartiennent surtout aux formes subaiguës et peu intenses de ces deux maladies. On peut aussi les rencontrer dans le rhumatisme d'Heberden. M. le docteur Bastien m'en a communiqué un cas.

L'appareil visuel peut être affecté aussi bien dans la goutte que dans le rhumatisme. Nous vous avons déjà parlé de l'iritis et de la sclérotite goutteuse. Les affections des yeux dans le rhumatisme aigu sont rares; mais il en est tout autrement dans le rhumatisme subaigu (Garrod, Fuller) et dans le rhumatisme chronique (Cornil). Il s'agit en général d'une iritis, mais il peut exister aussi des conjonctivites rebelles.

Enfin les affections de la peau, si bien connues dans la goutte et le rhumatisme aigu, se rencontrent aussi dans le rhumatisme chronique. Elles sont peu communes dans la forme *intense* de cette maladie; on les trouve surtout dans le rhumatisme chronique partiel. M. Bazin fait remarquer, du reste, que les affections cutanées sont d'autant plus tenaces et opiniâtres que les arthropathies sont moins prononcées.

Nous avons plusieurs fois retrouvé chez les rhumatisants chroniques les affections cutanées décrites par M. Bazin : l'eczéma, le psoriasis nummulaire; le lichen, le prurigo arthritique.

Enfin, nous avons souvent vu l'érysipèle lié au rhumatisme noueux.

Dans la prochaine séance, nous aborderons la syptomatologie du rhumatisme chronique.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Kystes multiples de la mamelle. — Kystes hémato-cholestériques.

(Observation recueillie par M. Casaubon, interne du service.)

S'il est un organe dont les maladies ont été l'objet d'une étude attentive, c'est certainement la mamelle. Les travaux des chirurgiens anglais, Astley Cooper surtout, et les travaux des chirurgiens français, ont jeté une vive lumière sur la nature des tumeurs mammaires, dont M. Velpeau a donné des descriptions très-précises dans son savant ouvrage des maladies du sein.

Les travaux des micrographes modernes, ceux surtout de M. Lebert, nous ont donné des notions très-exactes sur l'hypertrophie mammaire, souvent confondue avec le cancer de la mamelle. Il y a donc peu de choses nouvelles à dire sur les maladies de cet organe. Toutefois, on trouve de temps en temps certains faits qui méritent encore d'être signalés et qui pourront servir un jour de matériaux pour étudier certains points de la pathologie mammaire. Le fait que nous publions plus loin, sous la dénomination de kystes hémato-cholestériques, est de ce nombre. En effet, ce genre de tumeur n'a été rencontré que deux fois par M. Demarquay, dans le service duquel nous voyons un bon nombre de tumeurs de cet organe. En parcourant ses leçons classiques sur les maladies de la mamelle, nous n'avons point trouvé un fait qui fût en tout point semblable à celui que nous publions. Dans le traité de M. Velpeau, nous en avons toutefois trouvé un qui pourrait être rapproché de celui que nous avons recueilli; nous le signalons, afin que celui qui serait tenté de faire l'histoire de ces kystes sache où les retrouver. L'ancienneté du fait que nous publions exclut toute idée de dégénérescence. L'étude attentive de ces kystes a démontré qu'ils étaient formés par la dilatation des canaux galactophores, et que la petite masse charnue que nous avons essayé de faire représenter était formée par un élément glandulaire. Tandis que toute la glande avait subi une atrophie de toute sa masse, M. Demarquay a enlevé toute la mamelle. Il n'a pu suivre sa première opérée; mais celle dont nous publions l'histoire ne sera point perdue de vue, afin de savoir si sa guérison restera complète.

Mme T... (Marie), âgée de soixante-dix ans, sans profession, née à Clermont, veuve, entre à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay, le 28 mars 1867.

La malade porte une tumeur du sein gauche. Il y a vingt-deux ans, elle s'aperçut qu'il sortait un liquide assez clair par le mamelon de ce côté; quelques années plus tard l'écoulement étant plus abondant, se renouvelant à des époques de moins en moins éloignées, la malade s'en préoccupa davantage. Elle crut remarquer alors que le liquide s'était modifié, qu'il était devenu plus épais, plus consistant et ressemblait à du lait. Une petite tumeur apparut à la même époque, et graduellement la malade vit son sein augmenter de volume.

Cette augmentation de volume n'est pas très-considérable si on compare la mamelle du côté opposé. La malade n'a jamais souffert et ne souffre pas positivement de sa tumeur; mais ayant consulté des médecins qui lui ont conseillé une opération, elle demande cette opération.

Cette tumeur est dure en certains points, surtout à la base; en d'autres points elle présente de la fluctuation. Au-dessous du mamelon existe surtout une grande poche fluctuante.

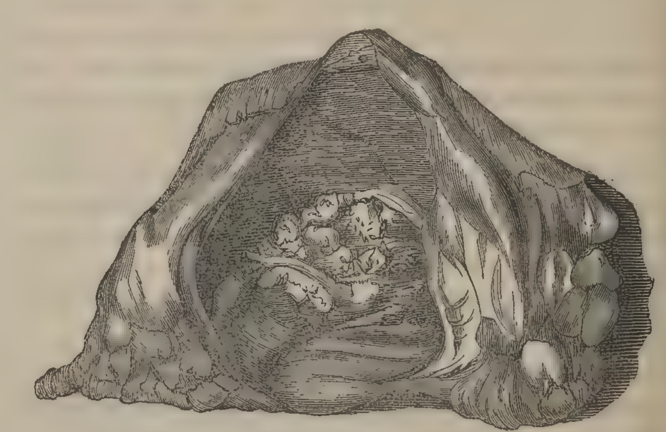
Elle n'adhère pas au grand pectoral; on sent des bosselures, des inégalités, des dépressions sur toute la surface de la mamelle. La peau est amincie au niveau des poches fluctuantes; elle présente de la rougeur sur toute l'étendue du kyste situé au-dessous du mamelon.

M. Demarquay, le 30 mars, ponctionne ce kyste inférieur; il recueille environ 30 grammes d'un liquide verdâtre peu consistant et d'une odeur légèrement fétide. L'affaissement des parois de la poche lui permet de constater la présence d'autres petits kystes situés plus profondément. M. Demarquay se décide alors à pratiquer l'extirpation de toute la glande mammaire. Une des premières incisions avec le bistouri crève une des poches supérieures, dont le liquide s'échappe en jet; l'énucléation de la glande est faite néanmoins très-rapidement.

Les ligatures posées, des éponges sont laissées à demeure et un simple pansement à la glycérine appliqué.

Examinée après son extirpation, on constate que la tumeur doit son volume à plusieurs petits kystes ne communiquant pas entre eux, mais accolés les uns aux autres.

M. Demarquay ouvre six de ces loges ou kystes, et dans chacune il trouve le même liquide, de même couleur brun verdâtre et une ou deux végétations sur une des parois de chaque loge.



L'examen du liquide et des fongosités est fait au microscope par notre collègue et ami Audhoin, interne à la Maison de santé.

Selon lui, la tumeur est formée d'une série de kystes et d'une partie pleine, molle, irrégulière, du volume d'une grosse noix.

La paroi des kystes est assez épaisse; elle mesure 1 à 2 millimètres. Elle est constituée par du tissu conjonctif très-dense, dont les fibres sont toutes réunies en faisceaux, séparés par des interstices (corps fusiformes fibro-plastiques) remplis de granulations et de globules graisseux.

La face externe de ces kystes, dans une grande étendue, se confond avec le tissu cellulaire avoisinant, et en certains points elle s'unit à la partie profonde de la peau.

La face interne est lisse et dépourvue d'épithélium.

Le contenu des kystes est liquide; on y trouve des globules rouges, nombreux; des corps granuleux, la plupart polyédriques, volumineux; des globules de graisse et des cristaux de cholestérine.

En examinant le fond des kystes, on voit des espèces de végétations s'élevant de leur surface interne, et qui forment une saillie assez prononcée à l'intérieur des cavités.

Une coupe complète de la tumeur permet de bien saisir les rapports qui existent entre ces kystes et ces végétations. Les végétations ne sont que la surface irrégulière de la partie pleine de la tumeur, partie qui, à la coupe, présente un aspect spongieux, grumeleux, et qui est profondément divisé en aréoles par les prolongements des parois. On fait suinter de ces aréoles, par la pression, un liquide lactescent, contenant : des noyaux libres, arrondis, petits, finement granuleux, des noyaux de même aspect inclus dans des cellules petites, uninucléées, rondes, ovales, fusiformes.

Des coupes faites à travers ces parties montrent : des noyaux semblables aux précédents, les uns disséminés entre les fibres, les autres contenus dans des espaces fusiformes, étoilés, anastomosés entre eux; enfin un très-petit nombre de tubes glandulaires, revêtus de leur épithélium, et des vaisseaux remplis de globules rouges.

L'analyse chimique du liquide est faite par M. Pouillet, pharmacien en chef de la Maison de santé, et voici le résultat de son analyse :

Le liquide, d'une couleur rouge brunâtre foncée, présente un aspect chatoyant très-remarquable, qui le fait paraître gras à sa surface.

L'examen au microscope fait reconnaître que cette apparence est due à la présence d'une multitude de petites lamelles quadrangulaires, très-nettement cristallisées, qui flottent au milieu du liquide, en même temps que des globules sanguins.

La forme cristaline des tables fit soupçonner la cholestérine.

Pour s'en assurer, une partie du liquide, trop épais pour être filtré, fut évaporée jusqu'à siccité; le résidu pulvérisé fut repris par l'éther, et la solution, filtrée et évaporée, abandonna les mêmes lames cristallines.

On put alors s'assurer que cette matière, ainsi isolée et à peu près pure, présentait les réactions caractéristiques de la cholestérine, signalées par M. Schiff. Pour rendre l'identité plus certaine, on opéra comparativement sur un échantillon de cholestérine pure.

Le liquide ne tenait en suspension que de la cholestérine et des

globules sanguins. Il renfermait lui-même une quantité d'albumine assez grande pour que, chauffé à 100 degrés, il se prît en masse solide.

Pour apprécier cette quantité, on pesa exactement 5 grammes de liquide qu'on fit évaporer au bain-marie, jusqu'à ce que la capsule qui le renfermait ne perdît plus de son poids : le résidu pesait 40 centigrammes.

Épuisé par l'éther et desséché de nouveau, il ne perdit que 1 centigramme environ de son poids ; la partie dissoute consistait en cholestérine avec des traces de matière grasse.

Enfin le résidu épuisé par l'éther et calciné, fournit une très-petite quantité de cendres où l'on put constater cependant la présence de chlorures, sulfates et carbonates alcalins.

Ajoutons qu'on ne put constater, dans le liquide, la présence de la matière colorante de la bile ; on n'y retrouva également pas de sucre en quantité sensible, même après élimination complète de matières albumineuses qui auraient pu masquer sa présence.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, on ne remarqua qu'un petit mouvement fébrile le soir, et un peu d'agitation chez la malade. Le pouls était de 92 à 104, et la température prise sous l'aisselle de 37°,1/5 à 37°,3/5.

Le 2 avril, il se déclara un érysipèle autour de la plaie, complication qui nous donna des inquiétudes jusqu'au 9 avril. Le pouls monta alors jusqu'à 112 pulsations, et la température jusqu'à 30°,3/5.

A dater du 9 avril, la rougeur érysipélateuse diminua sensiblement, et la plaie marcha rapidement à la cicatrisation. Elle était presque complétement fermée lorsque l'opéré quitta la maison de santé le 28 avril.

DES CORPS ÉTRANGERS

Dans les voies aériennes (1).

Par M. le docteur T. Berthollé, ancien interne des hôpitaux de Paris.

66° Morceau de liége, trachéotomie, mort (*id.*, *ibid.*, t. XXX).

67° Clou dans une bronche, séjour de 2 ans, mort (*id.*, *ibid.*, t. I).

68° Aiguille, trachéotomie, guérison (*id.*, *ibid.*, t. III).

69° Bouton d'or dans la bronche droite, séjour de 4 mois, phthisie et mort (*id.*, *ibid.*, t. VIII).

70° Haricot, rejet au bout de 40 jours, guérison (Laserre, *Bull. Acad. méd.*, t. IV).

71° Ficelle, suppuration du poumon, rejet, guérison (*id. ibid.*), 1840).

72° Noyau de cerise, trachéotomie, guérison (Laserre, *ibid.*).

73° Haricot, trachéotomie, guérison (Aubry, *Gaz. hôp.*, 1857).

74° Noyau de cerise, rejeté au bout de 9 mois, guérison (Maslieurat-Lagémard, *Gaz. méd.*, 1841).

75° Noyau de prune, rejeté au bout de 12 heures, guérison (Lageneau, *ibid.*, 1841).

76° Noyau de prune, trachéotomie, mort (Kennedy, *ibid.*, 1840).

77° Haricot, trachéotomie, guérison (Pescheux, *ibid.*, 1840).

78° Pierre, rendue après 4 mois, guérison (Maslieurat-Lagémard, *ibid.*).

79° Noyau de prune, laryngotomie, guérison (Maisonneuve, *ibid.*, 1839).

80° Noyau de cerise, expulsé au bout de 2 mois, guérison (Guastamacchia, *ibid.*, 1838).

81° Noyau de cerise, rejeté par un vomitif, guérison (*ibid.*).

82° Dent, rendue au bout de 2 mois, guérison (Monteggia, *ibid.*).

83° Morceau de bois, trachéotomie, guérison (Houston, *ibid.*, 1844).

84° Noyau de cerise, suppuration des poumons, mort (*Éphém. cur. de la nat.*, déc., an. X).

85° Fragment de clou, mort (*Gaz. méd.*, 1844).

86° Haricot, trachéotomie, guérison (Rendu, *ibid.*, 1844).

87° Morceau de carotte, trachéotomie, guérison (Vogelvanger, *ibid.*, 1846).

88° Graine de melon, séjour de 20 mois, rejet, guérison (Reali, *ibid.*, 1844).

89° Fruit de hêtre, séjour de 10 ans, rejet, guérison (W. Rose, *id.*, *ibid.*).

90° Souverain avalé par Brunel, trachéotomie, rejet, guérison (Brodie, *ibid.*, 1858).

91° Noyau de prune, trachéotomie, mort (Welhouse, *ibid.*).

92° Os, suppuration du poumon, mort (Leselliers, *ibid.*, 1853).

93° Os, gangrène du poumon, mort (Struthers, *ibid.*)

94° Graine de café, rejet, guérison (Gaultier de Claubry, *ibid.*, 1833).

95° Vers lombricoïdes, suffocation, mort (Arronsohn, *Arch. méd.*, 1836).

96° Caillou, rejeté par l'inclinaison, guérison (Power, *Gaz. hebd.*, 1864).

97° Épingle reconnue par le laryngoscope, extraction, guérison (Moura-Bourouilhou, *Acad. méd.*, 1864).

98° Haricot, séjour de 5 mois, mort (Ruyer de Sénone, *Gaz. hôp.*, 1846).

99° Noyau de cerise, trachéotomie, guérison (Hundhausen, *ibid.*, 1843).

100° Bouton double, rejet après 24 heures, guérison (Faivre, *ibid.*, 1844).

101° Fragment de manche de cuiller, rejet au bout de 6 semaines, suppuration du poumon, guérison (Vandesleben, *ibid.*, 1853).

102° Haricot, trachéotomie, guérison (Guersant, *ibid.*, 1842).

103° Haricot, trachéotomie, mort (*id.*, *ibid.*, 1846).

104°-105°-106° Haricots, trachéotomie, guérisons (Comm. Paul Guersant).

107° Épingle, rejet, guérison (Hansford, *Gaz. hôp.*, 1850).

108°-109°-110° Grains de pastèque, de blé, perle, rejet par l'inclinaison, guérisons (Hansford, *ibid.*, 1850).

111° Noyau de cerise, trachéotomie, guérison (Boutillier, *ibid.*, 1851).

112° Brin de foin, expulsion par un abcès thoracique, guérison (Marrow, *ibid.*, 1862).

113° Haricot, trachéotomie, mort (Monod, *ibid.*, 1846).

114° Balle de plomb, rejet, guérison (*ibid.*, 1856).

115° Péricarpe de marron, suppuration, mort (Hamon de Fresnay, *ibid.*, 1756).

116° Haricot, trachéotomie, guérison (Carville, *ibid.*, 1858).

117° et 118 Haricots (*id.*, *ibid.*).

119° Balle de plomb, suppuration du poumon, rejet, guérison (Beneys, *ibid.*, 1852).

120° Fruit de gratteron, suppuration du poumon, rejet, guérison (Meng, *ibid.*, 1854).

121° Tuyau de pipe, trachéotomie, guérison (Adler, *ibid.*, 1861).

122° Os, rejet, suppuration du poumon, abcès thoracique, guérison (sir Henry Cooper, *ibid.*, 1861).

123° Coquillage, trachéotomie, guérison (Hutchinson, *Gaz. Hebd.*, 1865).

124° Grain de blé, trachéotomie, guérison (*Amer. med. Times*, 1864).

125° Haricot, rejet, guérison (Limousin, *Courrier médical*, 1864).

126° Os, rejet, suppuration du poumon, guérison (Lemercier, *ibid.*).

127° Haricot, trachéotomie, mort (R. Blache, *Soc. méd. des hôp.*, 1864).

128° Boucle d'oreille en verre bleu, suppuration du poumon, mort (M. Fredet, *Gaz. hôp.*, 1865).

129° Tige en ivoire, trachéotomie, mort (obs. I de ce Mémoire).

130° Haricot, trachéotomie, guérison (obs. II de ce Mémoire).

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE (1).

Par M. le Dr Hemey.

En prenant pour sujet de sa thèse la péritonite tuberculeuse, M. le docteur Hemey s'est proposé :

1° De décrire une maladie assez fréquente et sur laquelle les auteurs classiques ne donnent que des renseignements restreints ;

2° De présenter une idée d'ensemble sur la tuberculose.

M. le docteur Hemey montre que tous les faits qu'il avance, loin d'être nouveaux, ont été observés et décrits par les auteurs anciens et modernes ; c'est l'interprétation qui présente un côté neuf. Par exemple, cet état inflammatoire aigu, si merveilleusement étudié par M. Empis sous le nom de granulie, chemine toujours près de la tuberculisation. La granulie est la première et souvent la plus importante manifestation de la diathèse tuberculeuse.

Enfin pour M. Hemey, la tuberculose ne donne pas un produit spécial ; ses produits sont nombreux et variables. L'hyperhémie, les suffusions séreuses, les dépôts fibrineux, les granulations grises et jaunes, etc., sont autant de manifestations, toutes immédiatement dépendantes de la tuberculose.

(1) In-8°. Paris, 1867, Germer-Baillière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 1er février 1867.

Présidence de M. Boys de Loury, président.

Le procès-verbal de la séance du 18 janvier est lu et adopté.

Discussion sur le choléra.

M. Boinet achève la lecture de son travail sur le choléra.

Après la lecture de M. Boinet, M. Voisin présente quelques observations tendant à établir que, d'après les renseignements fournis par la préfecture de police, le choléra a débuté à Paris, en 1866, non le 12 juillet, comme le veut M. Boinet, mais bien le 5 juillet.

M. Boinet proteste contre l'assertion de M. Voisin. Les documents, dit-il, ne sont pas exacts en ce sens que l'on n'enregistre le bulletin de décès à la préfecture de police que le jour de la déclaration et non le jour même du décès. Ceci explique la divergence des renseignements de MM. Boinet et Voisin, puisés tous deux à une source officielle.

M. Boinet ajoute qu'il n'a fait son travail que dans un but, celui de prouver la non-contagiosité des cas qui se sont produits dans son arrondissement pendant l'épidémie cholérique de 1866, et non dans le but de préciser le jour et la date de l'apparition de l'épidémie.

M. Worms n'entrera pas, ainsi que M. Boinet, dans les détails, mais il ne peut laisser passer son travail sans réponse.

M. Boinet a recherché si les cas qu'il a observés dans le 2e arrondissement avaient un rapport quelconque les uns avec les autres, et il n'a jamais constaté qu'aucun rapport eût existé. Pour réfuter la conclusion que M. Boinet a cru devoir tirer de ses observations, il suffirait de citer des cas de contagion manifeste, et ces cas pullulent dans la science. On pourrait, en employant le procédé de M. Boinet, à propos d'une épidémie de variole ou de scarlatine à Paris, arriver au même résultat, mais les faits négatifs n'ont jamais rien prouvé. Que disent les non-contagionistes ? c'est que le choléra n'est pas contagieux, puisque les personnes qui entourent le cholérique ne sont pas atteintes par la maladie ; mais on peut répondre que le choléra est une maladie idiopathique et que chacun fait son choléra à son heure. M. Boinet et les médecins qui partagent son opinion admettent que le principe du choléra est dans l'air ; pourquoi se refusent-ils à admettre que chaque cholérique porte ce principe avec lui, ce qui paraît cependant si évident ? et pourquoi, si le choléra est dans l'air, ne frappe-t-il que quatre personnes en un jour ? Il faut se défier de sa propre observation en pareille matière ; pour n'en citer qu'un exemple, M. Worms a observé, pendant la dernière épidémie, un cas de choléra rue Chauveau-Lagarde. Ce cas paraissait tout à fait isolé ; mais, en scrutant avec soin les habitudes de la personne qui avait été atteinte, il a pu suivre la contagion pas à pas et remonter à sa source.

M. Simonet. Messieurs, toute discussion sur la propagation du choléra n'est possible qu'à la condition de préciser nettement la question qui, à mon sens, doit être ainsi posée :

Le choléra peut-il se développer spontanément ? en un mot, est-il épidémique ? ou bien est-ce par transmission d'individualité à individualité que le choléra se propage d'un lieu à un autre ?

Pour décider laquelle de ces deux propositions est l'expression de la vérité, il me paraît plus rationnel d'étudier les faits dans leur ensemble, que d'isoler les mêmes faits pour les opposer les uns aux autres sous le titre de faits positifs et de faits négatifs. Nous savons, en effet, qu'en raison d'une foule de circonstances, impressions de l'observateur, méthodes d'observation, etc., le même fait, positif pour les uns, est négatif pour les autres, et réciproquement. MM. Boinet et Voisin viennent de nous en donner la preuve ; tous les deux ont recherché le lieu et la date du premier décès cholérique de Paris pour l'année 1866, tous les deux ont puisé leurs renseignements aux sources officielles, et cependant ils sont arrivés à des résultats contradictoires.

Ceci dit, j'arrive au motif qui m'a fait demander la parole ; M. Worms, répondant à M. Boinet, nous a dit : Qu'est-ce que l'épidémie ? C'est en somme la multiplicité des malades. Que notre collègue, essentiellement contagioniste, émette cette opinion, je le comprends, mais je ne puis l'accepter, car, à ce titre, l'endémie fébrile des localités impaludées, l'endémie dysentérique de nos colonies seraient des épidémies, ce qui est parfaitement inexact.

L'épidémie, quelle que soit son expression morbide, est une constitution pathologique spéciale, toujours accidentelle et limitée, circonscrite ici, diffuse là, aussi capricieuse pour le lieu et l'instant de son apparition que pour le moment et la direction de ses migrations, dont la multiplicité absolue ou relative des malades est l'effet et non la cause ; l'épidémie a ses périodes distinctes, incubation et action, dont les différentes phases, prodrômes, augment, état, déclin et recrudescence, ne sont pas moins capricieuses dans leur durée, leur succession et leur activité que les apparitions et les migrations ; l'épidémie imprime à l'ensemble des symptômes un caractère de malignité qui lui donne une physionomie susceptible de varier pour chaque apparition, mais identique pour toutes les victimes de la même apparition, à ce point qu'elle efface constitutions individuelles et habitudes pathologiques des lieux.

Quant aux causes épidémiques, elles nous échappent comme échappe aux contagionistes le contagium de la contagion la mieux avérée, et, tout en reconnaissant que l'observation nous conduit à les rattacher à un état telluro-atmosphérique anomal, il faut avouer qu'elles sont un problème que les sciences physico-chimiques sont encore appelées à résoudre. Devons-nous pour cela nier l'épidémie ? Assurément non, et cette ignorance des causes premières ne nous permet pas plus la négation de l'épidémie en présence de ses manifestations, qu'elle n'autorise la négation de la vie en présence de l'organisme vivant ; or attribuer l'épidémie à la contagion, c'est la nier, c'est commettre la faute de ceux qui expliquent la vie par la force vitale ou les forces physico-chimiques, c'est prendre l'effet pour la cause.

Sans doute, lorsque l'épidémie a pour expression une maladie contagieuse comme la variole ou la scarlatine, elle accroît la force de contagion, qui devient alors un puissant auxiliaire de sa propagation.

Mais, lorsqu'il s'agit du choléra, de la fièvre jaune ou de toute autre affection qui, endémique ou sporadique, ne fournit aucun exemple de transmission, sa puissance expansive est, d'une part, exprimée par la somme des influences développées par la constitution épidémique, multipliées par leur agglomération, et, d'autre part, mesurée par la quantité de prédisposition que va fatalement acquérir toute individualité appelée à vivre dans le milieu épidémique. Nous avons, du reste, la preuve expérimentale que la contagion est impuissante pour produire l'épidémie. Certes la variole est contagieuse, et pourtant il n'existe pas d'exemple que l'inoculation varioleuse, pratiquée en temps opportun, alors qu'elle était employée comme moyen préventif, ait développé une épidémie de variole.

Voici, messieurs, un tableau où le docteur Walther, médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, a établi, par des lignes diversement teintées, la durée et la marche de l'épidémie cholérique pour la colonie entière et ses deux villes principales, Basse-Terre et Pointe-à-Pitre, en prenant pour terme de comparaison l'épidémie parisienne de 1832.

Sans m'arrêter aux détails, je vous signalerai les faits principaux. D'abord l'excessive mortalité de cette épidémie, 7,93 p. 100 sur une population de 150,000 habitants, puis le peu de relation qui existe entre la répartition de cette mortalité et le chiffre de la population des différentes localités. Ainsi, tandis qu'à la Basse-Terre, ville de 10,000 âmes, elle s'élève à 19,46 p. 100, à la Pointe-à-Pitre, ville de 15,807 âmes, elle ne s'élève plus qu'à 8,25 p. 100. En outre, un défaut de concordance entre l'intensité épidémique et l'impaludation des lieux qui encourage peu à accepter la parenté du choléra et du miasme paladéen. Enfin, il suffit de jeter un coup d'œil sur cette reproduction graphique de l'épidémie, pour se convaincre que toutes ces lignes décrivent des angles d'une acuité très-accentuée, et par contre, accusent une brusquerie d'oscillations qui justifie cette question : si la contagion a développé cette épidémie, il est logique d'admettre que son intensité doit grandir proportionnellement à la multiplicité des éléments contagieux ; comment expliquer alors que ce soit au moment où ils atteignent leur chiffre le plus élevé, que la contagion s'arrête pour se reproduire avec une nouvelle intensité, quand ce même chiffre est considérablement abaissé ?

Je ne sais comment messieurs les contagionistes pourront expliquer ce fait ; mais j'avoue que, pour moi, il démontre une fois de plus qu'à l'endroit du choléra, l'idée de la contagion n'a pas de raison d'être, et que même elle est dangereuse en nous entraînant à substituer la séquestration quarantenaire à la plus large dissémination, qui me paraît être la première nécessité hygiénique, alors même qu'une épidémie cholérique, contractée à son lieu d'origine, serait apportée sur nos côtes dans sa période d'incubation, en raison de la rapidité du voyage et de la multiplicité des voyageurs.

M. Géry père, comme vérificateur des décès, a observé des cas multiples dans plusieurs maisons, et par conséquent il croit qu'il ne faut pas se hâter de conclure à la non contagion du choléra.

M. Lunier dit qu'au début de toutes les épidémies, le même fait se produit. On met au passif de l'épidémie bien des cas douteux. Ainsi, dans cette épidémie, au début, on a mis sur le compte du choléra des entérites cholériformes des enfants. Or tout le monde sait que cette maladie fait journellement des victimes en dehors de toute influence épidémique.

Au reste, c'est surtout et seulement à Paris que l'on voit des médecins non-contagionistes. En province, la filière des cas est bien plus facile à suivre que dans la capitale.

RAPPORT.

M. WORMS lit la première partie d'un rapport sur les travaux de MM. Bonnafont et Cazalas sur le choléra.

LECTURES.

M. CHARRIER lit un mémoire sur le souffle ombilical, sur sa séméiotique et les moyens de remédier aux accidents qui l'accompagnent. (Voir notre numéro du 4 avril dernier.)

Ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

M. DURAND FARDEL lit la première partie d'un travail sur la genèse des tumeurs.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, A. CHARRIER.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

1. Fournier. — De la brièveté du cordon ombilical.
2. Boudy. — De la cataracte traumatique.
3. Champeaux. — Des ulcérations du col dans la métrite chronique complexe.
4. Hallette. — Des perforations de l'appendice cæcal.
5. Legroux. — Essai sur la digitale et son mode d'action.
6. Puel. — Essai sur les pseudarthroses consécutives aux fractures des membres et sur les moyens d'y remédier.
7. Louvet. — De la périostite phlegmoneuse diffuse.
8. Sockeel. — Des corps étrangers vivants du conduit auditif externe.
9. Vigier. — Étude sur la mort subite.
10. Mireur. — Essai sur les kystes hydatiques du foie.
11. Ultudjian. — Un quatrième moyen contre l'ivrognerie et toutes les maladies qui résultent de l'ignorance de l'homme sur la physiologie.
12. Ducastel. — Des rapports de l'arthritis et de la dartre tirés des symptômes.
13. Chanoine. — Considérations sur les altérations du bassin produites par le raccourcissement des membres inférieurs.
14. Roubaud. — De la gastralgie dans ses rapports avec le cancer d'estomac.
15. Divry. — Des tumeurs hydatiques du foie.
16. Réfrégé. — Essai sur le diagnostic de l'étranglement intestinal à symptômes cholériformes.
17. Brébant. — Principes de physiologie pathologique appliquée.
18. Chanu. — De la blépharite.
19. Daupley. — Étude sur le café, ses applications à la médecine.
20. Quentin. — Étude sur le choléra, observé à l'Hôtel-Dieu de Rouen, en 1865-1866.
21. Kleczkowski. — Sur les arthrites aiguës consécutives aux inflammations des os.
22. Batus. — De l'hémorrhagie puerpérale.
23. Flous. — Traitement des épiplocèles traumatiques.
24. Demon. — Essai sur la péritonite tuberculeuse chez l'adulte.
25. Belloc. — De l'ophthalmie glaucomateuse, son origine et ses divers modes de traitement.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente.	806	50
M. le docteur Rabasse.	4	75
M. et Mme Dubourg.	5	»
M. le Dr P. C. de Montpellier. .	5	»
M. Lamirre, à Mennery.	2	»
Total.	823	25

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer définitivement par la nomination de MM. Proust, agrégé de la Faculté, et Ollivier, chef de Clinique de la Faculté.

— L'Académie des sciences commence à voir défiler devant elle les candidats à la place laissée vacante dans la section de médecine et de chirurgie par le décès de M. Jobert (de Lamballe). Parmi les compétiteurs, on signale déjà MM. Jules Guérin, Larrey, Laugier, Nélaton, Piorry et Sédillot.

— Une commission spéciale, instituée par le ministre de l'instruction publique du royaume d'Italie, pour préparer un projet de loi sur les études supérieures, vient de terminer ses travaux.

La disposition principale présentée par cette commission est la diminution du nombre des universités, qui seraient réduites à sept, savoir : Bologne, Naples, Padoue, Palerme, Pavie, Pise et Turin. Il resterait toutefois à Florence une sorte de Faculté, succursale de celle de Pise, mais seulement pour les deux dernières années des études médico-chirurgicales et pour les examens qui se rapportent à cette période. L'Université de Cagliari conserverait aussi quelques années de cours.

Les sept universités maintenues avec le titre d'Universités gouvernementales embrasseraient toute la série des enseignements relatifs à la médecine et au droit. Quelques-unes seulement auraient, en outre, un cours philosophique. Ce cours comprend, réunies en une seule Faculté, les études de philosophie et de littérature, et celles des sciences physiques et naturelles.

A chaque école de médecine serait annexée une école de pharmacie.

Il est loisible aux provinces, sous certaines réserves et garanties, d'instituer des universités libres. Les universités dites aujourd'hui secondaires et qui, d'après le jugement de la commission, devraient cesser d'être gouvernementales, conserveraient néanmoins les revenus qui leur appartiennent. Le gouvernement pourrait même attribuer des subsides spéciaux aux communes, soit pour favoriser l'établissement d'universités libres, soit en vue de telles autres institutions favorables au développement de l'instruction publique.

L'enseignement libre et la condition des professeurs libres, ainsi que celle de leurs élèves, sont envisagés par la commission sous le point de vue le plus libéral.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire de la langue française, par M. E. LITTRÉ, membre de l'Institut. La 15e livraison (2e du tome second, I J K et commencement de L) vient de paraître. — En vente le tome Ier ; 1 vol. grand in-4° de 2080 pages, broché, 45 fr. ; relié, 50 fr. — On vend séparément, 1re partie du tome Ier (A B C), 1 vol. broché, 22 fr. 50 ; relié, 27 fr. 50. — 2e partie du tome Ier (D E F G H), 1 vol. broché, 22 fr. 50 ; relié, 27 fr. 50. — Paris, 1866, L. Hachette et Ce.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le 11e demi-volume (le 1er du tome sixième) vient de paraître aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin. Il contient les principaux articles suivants : Argent, par MM. L. Orfila, Gobley, Charcot et Ball ; Arsenic, par MM. L. Orfila, Delioux de Savignac et Beaugrand ; Artères, par MM. Marc Sée, Lancereaux et Legouest ; Arthralgie et Arthrite, par M. Ollier. Divers articles de botanique, par M. Baillon ; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. Prix du demi-volume : 6 francs. — Paris, P. Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Recherches sur l'absorption des médicaments faites sur l'homme sain, par le docteur DEMARQUAY, chirurgien de la Maison municipale de santé. Grand in-8°. Prix : 1 fr. — Paris, 1867, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 61. — JEUDI 23 MAI 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 23 MAI 1867. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — HÔPITAL DES ENFANTS (M. Bouchut). Nature et traitement du purpura hémorrhagica. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Ministère de la guerre. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographie.

PARIS, LE 22 MAI 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

L'hygiène de l'enfance est à l'ordre du jour. L'Académie a entendu hier deux lectures qui ont pour objet, à des titres différents, la mortalité dans les premiers âges. La première se rattache plus particulièrement à la grande question actuellement soumise à l'étude d'une commission spéciale de l'Académie, elle est relative à l'influence funeste de l'allaitement artificiel. On se rappelle l'effrayant tableau que M. Husson fit, l'année dernière, de la mortalité des enfants dans les départements de l'ancienne province de Normandie, sous l'influence du régime si général dans ce pays du *petit-pot*. M. le docteur Denis Dumont, professeur à l'école de médecine de Caen, est venu apporter à la tribune, à l'appui de cette assertion, le témoignage des chiffres. Il résulte, des recherches statistiques auxquelles il s'est livré pour le département du Calvados, que la mortalité des enfants dans le cours de la première année y est représentée par la proportion de 17,50 p. 100; chiffre déjà assez considérable, comme on le voit, mais qui ne dépasse pas en définitive sensiblement la moyenne générale de la mortalité des enfants de 0 à 1 an dans toute la France. Mais si l'on décompose ce chiffre et qu'on suppute le rapport de cette mortalité générale avec le nombre des enfants élevés au sein et celui des enfants élevés au biberon ou au petit-pot, on arrive à un résultat bien plus significatif. Ainsi, tandis que les enfants élevés au sein ne figurent dans cette mortalité que pour 10,89 p. 100, les enfants élevés au biberon présentent la proportion énorme de 30,77 p. 100.

Voilà des chiffres qui ont une signification précise et claire.

N'est-ce qu'en France que les choses se passent ainsi ? Non. M. Liebig, l'illustre chimiste, dans une communication toute récente faite à l'Académie des sciences (dans la séance du 20 mai), nous a appris qu'en Allemagne encore plus qu'en France, l'alimentation au biberon avec du lait de vache a une influence déplorable sur les nouveau-nés. Plus de 42 p. 100 des jeunes enfants, dit-il, succombent aux conséquences de ce régime.

Il y aura donc lieu de prendre en considération sérieuse les faits exposés dans le travail de M. Denis Dumont et les conclusions qu'il propose. Ce sera l'affaire de la commission à laquelle le mémoire de M. Dumont a été renvoyé.

La deuxième lecture, qui n'intéresse pas moins le sort de l'enfance, est un rapport de M. Devilliers sur un mémoire de M. le docteur Gustave Rousseau relatif à la constatation des naissances.

M. le docteur Gustave Rousseau semble s'être imposé la tâche d'achever l'œuvre entreprise et longtemps poursuivie avec tant de zèle et de persistance par le docteur Loir : soustraire l'enfant nouveau-né aux dangers qu'entraîne souvent, pendant les saisons rigoureuses son transport à la mairie pour l'accomplissement du premier acte civil, la constatation de la naissance. Aujourd'hui même, quelques instants avant que M. Devilliers prît la parole pour lire son rapport sur le premier mémoire de M. Rousseau, l'Académie recevait de cet honorable confrère un deuxième mémoire sur le même sujet.

Le rapport de M. Devilliers donne entière satisfaction aux réclamations de M. Rousseau et au vœu général du corps médical, et cela par la proposition de mesures très-simples au fond et d'une exécution facile. Il ne s'agit pas, en effet, comme cela avait été plusieurs fois proposé déjà, de réclamer la révision des articles 55 et 56 du Code civil, ce qui serait loin d'être aisé à obtenir. Le texte même de ces articles n'implique nullement la nécessité du déplacement de l'enfant. L'ensemble des mesures proposées par le rapport ne présente donc aucune difficulté légale. Il peut y être fait droit par voie purement administrative. Aussi ces propositions ont-elles été favorablement accueillies par l'Académie, qui sur la demande de MM. Ségalas et Larrey, les transmettra au Conseil général de la Seine et au ministre de l'intérieur pour les départements. Avec l'appui moral de l'Académie, il y a lieu d'espérer que l'administration se prêtera à l'adoption d'une mesure d'hygiène d'un aussi grand intérêt et que nous verrons donner enfin satisfaction aux vœux que nous exprimions tout récemment encore à cet égard.

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre dans la section de pathologie interne. Il y a eu lutte, ainsi que nous l'avions prévu, entre les deux premiers candidats, M. Nonat et M. Chauffard. Le premier tour de scrutin a donné 28 voix à M. Nonat et 31 à M. Chauffard. Mais au second tour M. Chauffard a gagné 15 voix sur son compétiteur. Il a été, en conséquence, proclamé élu.

M. Chauffard portera à l'Académie, avec toute l'activité de la jeunesse, son esprit dogmatique et son amour de la lutte, soutenus par des convictions chaleureuses et par un talent éprouvé.

A la fin de la séance, M. le docteur Lepelletier (de la Sarthe) a fait hommage à l'Académie de l'ouvrage qu'il a publié il y a quelques années sur la physiognomonie (1).

Ce n'est ni de la science de Gall, ni de la science de Lavater et moins encore de l'ancienne chiromancie, qu'il s'agit dans ce livre. M. Lepelletier, qui est loin d'en être à ses débuts et qui a donné depuis longtemps sa mesure dans la presse et dans les concours, a eu, dans ce nouvel ouvrage, une visée à la fois plus haute et plus juste. C'est en véritable physiologiste qu'il a envisagé et traité son sujet. Partant de ce principe que l'homme est un être complexe, esprit et matière, il cherche à arriver à la connaissance de l'homme physique et de l'homme moral à la fois, en procédant du premier au second. Afin de simplifier l'ordonnance d'un aussi vaste sujet, il a procédé par des divisions qui constituent autant de parties distinctes de son livre et qui embrassent : l'histoire physiologique et philosophique de l'homme (tempéraments, caractères); l'influence réciproque du physique et du moral (instinct et raison); des notions générales sur la physiognomonie et une appréciation raisonnée de ses principaux systèmes; exposition de la science physiognomonique (traduction de l'homme moral par les manifestations ostensibles de l'homme physique); et application pratique de la physiognomonie.

Il y a là plus d'un sujet intéressant, bien fait pour piquer la curiosité des lecteur. Nous nous bornerons pour le moment à ce simple énoncé, le temps et l'espace ne nous en permettant pas davantage. — Dr Brochin.

(1) *Traité complet de physiognomonie* ou l'homme moral positivement relevé par l'étude raisonnée de l'homme physique, avec des considérations sur les tempéraments, les caractères, leurs influences réciproques, par M. Lepelletier (de la Sarthe). 1 vol. in-8°. Paris, 1864, chez Victor Masson et fils, place de l'École de médecine.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUCHUT.

Nature et traitement du purpura hémorrhagica.

Bien que les affections hémorrhagiques et scorbutiques diminuent beaucoup de fréquence et que les diathèses accidentelles ou innées dans lesquelles se montrent des hémorrhagies soient assez rares, il y en a eu récemment plusieurs exemples dans cette clinique. En ce moment, on y observe un fait de *purpura* qui offre un réel intérêt sous le double rapport de la nosologie et du diagnostic. Je vais vous en présenter l'analyse, et j'espère en tirer quelques aperçus qui pourront éclairer, dans votre esprit, l'histoire de cette maladie.

Purpura; urines alcalines précipitant des sels par l'ébullition. — Traitement par les acides. — Guérison.

Marie L..., treize ans, non formée, entrée, le 28 janvier 1867, au n° 23 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants-Malades. — Elle en est sortie le 30 avril suivant. Cette enfant, dont le père et la mère sont bien portants, n'est sujette elle-même à aucune hémorrhagie, et a eu, il y a deux ans, un *purpura* qui s'est prolongé pendant trois mois. Cette année, il y a quinze jours qu'elle a été reprise de la même maladie, formée par des taches violacées, dans l'épaisseur de la peau et se résorbant peu à peu en passant par toutes les nuances de l'ecchymose; quelques-unes de ces taches sont souvent recouvertes d'une bulle de 1 à 2 centimètres remplie de sérosité roussâtre. Çà et là existent quelques noyaux sous-cutanés avec large ecchymose profonde. Les taches n'existent que sur les membres et sur le dos, point sur le ventre; ni épistaxis, ni hématurie, ni mélanose. L'enfant mange bien, dort de même et n'a pas de fièvre.

A l'ophthalmoscope les yeux ne présentent pas d'hémorrhagie. La papille est peut-être un peu diffuse, et la différence de coloration entre les veines et les artères est peut-être un peu moins prononcée.

Potion : eau sucrée, 100 grammes et perchlorure de fer, xx gouttes.

Le 1er février, l'éruption de purpura existant au moment de l'entrée a disparu et ne laisse plus que quelques macules, mais depuis hier une nouvelle poussée a eu lieu et couvre les bras, les pieds, la partie inférieure du dos et les fesses. Langue naturelle, pas de gastralgie, plus de diarrhée, pas de fièvre. — Potion d'eau sucrée avec perchlorure de fer, xx gouttes.

Le 7, il paraît encore de nouvelles taches hémorrhagiques remplaçant celle dont le sang se résorbe. L'enfant se plaint de douleurs assez vives d'estomac, de maux de cœur, n'a pas de diarrhée. Ventre souple, indolent, un peu douloureux à l'estomac. Peu d'appétit; pouls 88. — Même prescription.

Le 11, cette nuit, après quelques douleurs de tête et douleurs dans les membres, une nouvelle éruption de taches hémorrhagiques s'est faite sur les membres inférieurs, point de gastralgie, de vomissements, ni de coliques; pouls petit, faible, 100. — Sirop : 30 grammes, eau sucrée; citron (suc de), 35 grammes; perchlorure de fer, xx gouttes.

Le 2 mars, tous les cinq, six jours, il se fait une nouvelle poussée hémorrhagique sur la partie postérieure des membres supérieurs et sur la partie déclive des membres inférieur; ce sont d'innombrables taches rouges, sans vésicules épidermique, et de temps à autre, il y a foyer hémorrhagique dans les interstices des muscles. Les urines sont toujours alcalines, et donnent par l'ébullition une précipité qui se redissout dans une goutte d'acide. Etat général excellent; pas de fièvre.

1° Suc de deux citrons, à prendre tous les jours.

2° Suc d'herbes, à prendre tous les jours.

3° Même potion d'eau sucrée avec le perchlorure de fer, xx gouttes.

Le 15, l'enfant reste de cinq à six jours sans avoir de nouvelle hémorrhagie à la peau; puis, tout à coup, sur les parties déclives du dos, des bras et aux membres inférieurs il se fait une grande quantité de pétéchies miliaires plus ou moins larges donnant lieu à de larges taches de la peau. — Pas d'épistaxis ni d'hémorrhagies intestinales ou urinaires. Bon appétit, digestions régulières, pas de fièvre. — Suc de deux citrons; eau sucrée avec perchlorure de fer, xx gouttes. Suc d'herbes, 120 grammes.

Le 1er avril, l'éruption de purpura persiste à revenir par bouffées de temps à autre lorsque l'enfant se fatigue, et hier, comme elle était restée debout plusieurs heures, il s'est fait une éruption des plus confluentes, occupant les fesses, la partie postérieure des cuisses et les jambes. Seulement, comme l'enfant avait mis des bas, des jarretières et ses bottines, les parties des membres inférieurs comprimées restèrent blanches et sans hémorrhagie. — Même prescription.

Le 30 avril, l'enfant sort guérie sans avoir eu, depuis un mois, aucune hémorrhagie nouvelle.

Chez cette enfant, il s'agit d'un purpura. Mais quelle est la variété qui se présente à nous ? C'est ce qu'il convient de déterminer.

Le *purpura cachectique*, maladie très-commune chez les enfants, se montre toujours à la fin des maladies chroniques ayant produit un certain degré d'amaigrissement et de marasme. On l'observe sur la paroi du ventre, sur les hypocondres et sur les membres inférieurs. C'est un phénomène ultime de la vie expirante. Il est, comme le muguet des maladies chroniques, un signe pronostique très-grave. C'est l'indice d'une mort prochaine. Notre malade ne présente aucun signe de cachexie, elle n'a aucune maladie chronique à sa fin, son purpura n'a donc rien de cachectique.

Le *purpura scorbutique* s'accompagne de gonflement avec ramollissement hémorrhagique des gencives; or, ici il n'y a rien de semblable.

Le *purpura contagiosa* n'est autre chose qu'une manifestation des typhus ou des fièvres typhoïdes graves accompagnées de pétéchies, et notre enfant n'a aucun état semblable.

Restent le *purpura simplex* et le *purpura hemorrhagica* qui, seuls, peuvent être ici opposés l'une à l'autre. Il faut écarter le premier, qui est caractérisé par la présence de taches hémorrhagiques de la peau, sans hémorrhagies interstitielles viscérales et sans hémorrhagies des muqueuses, ni du tissu cellulaire ou de la surface du derme. Quant au second, ou purpura hemorrhagica, c'est de lui qu'il s'agit dans une de ses formes les plus légères, taches hémorrhagiques de la peau se reproduisant en grand nombre à six mois de distance, vésicules hémorrhagiques de l'épiderme, hémorrhagies du tissu cellulaire, coliques, vomissements, etc., rien n'y manque, si ce n'est la gravité du mal.

En présence de cas de purpura hemorrhagica de moyenne intensité sans hémorrhagies viscérales, il faut approfondir ce qu'il présente de particulier, et quand on analyse les différents phénomènes morbides présentés par la malade, on voit que sous le quadruple rapport de l'étiologie, de l'apparition des hémorrhagies, du diagnostic et du traitement, son observation attentive peut donner lieu à des considérations utiles.

Étiologie. — Habituellement le purpura, maladie voisine du

scorbut, se montre chez les sujets débilités, affaiblis par le défaut d'air, de lumière, d'exercice et par l'alimentation insuffisante ou viciée. Aucune de ces conditions fâcheuses n'existe ici. Chez ses parents, le logis est large et le soleil y entre à l'occasion; la table est suffisamment garnie de viandes et de vin. Sous le rapport de l'hygiène donc, ce *purpura hemorrhagica* venant pour la seconde fois à moins d'une année d'intervalle, ne reconnaît aucune des causes occasionnelles et déterminantes de cette maladie.

Il semble que ce soit là une affection constitutionnelle et diathésique ancienne. C'est la seconde fois qu'elle se reproduit dans le cours de la même année, sans troubler profondément la santé, et elle a tous les caractères d'une maladie acquise, puisqu'il n'y a ici ni scorbut ni hémorrhaphilie. C'est une maladie du sang et dans le sang une maladie de la fibrine.

Jusqu'ici, cette altération du sang n'a guère été considérée que comme une altération de quantité de la fibrine. D'abord, on avait annoncé que le scorbut, le *purpura hemorrhagica* et les pyrexies qui se compliquent de purpura, étaient caractérisés par une diminution du chiffre normal de la fibrine, chiffre pouvant descendre au-dessous de trois millièmes.

En effet, sur trois malades, dont les analyses du sang ont été publiées par M. Rodes en 1845, on voit que : dans un purpura chronique datant de six mois, une première saignée donna les résultats suivants :

Fibrine	1,315
A une seconde saignée :	
Fibrine	1,146
Globules	121,280
Matériaux organiques du sérum	79,778
Matériaux inorganiques	8,864
Eau	788,931
A une troisième saignée :	
Fibrine	1,286
Globules	126,372
Matériaux organiques	75,284
Matériaux inorganiques	9,160
Eau	787,896
Perte	2,000

Sur un second malade, le chiffre de la fibrine était de 2,765 et sur le troisième il était de 1,923.

Depuis lors, sans affirmer que le chiffre de la fibrine dût diminuer dans le scorbut, dans le purpura et dans les pyrexies donnant lieu à des hémorrhagies, on déclara seulement que cet élément du sang avait de la tendance à diminuer de quantité. Mais cela n'était pas exact. D'abord Becquerel et Rodier démontrèrent que le chiffre trois millièmes, considéré comme chiffre normal de la fibrine, était beaucoup trop élevé et qu'il fallait le réduire à deux millièmes et demi. Ce fait est important, car il fait rentrer tous les cas de pyrexie compliqués de purpura, ayant moins de trois millièmes de fibrine, dans la catégorie des faits normaux, tandis qu'on les avait regardés comme des faits pathologiques. De plus, Fauvel et Becquerel ont montré que, dans un certain nombre de cas de scorbut, il y avait non pas une diminution du chiffre normal de la fibrine, qui est deux millièmes et demi, mais au contraire une augmentation pouvant dépasser quatre millièmes.

Ce n'est donc pas à une altération quantitative de la fibrine qu'il faut attribuer la production du purpura et des maladies ayant quelque tendance aux hémorrhagies muqueuses, viscérales ou cutanées. S'il existe une altération de cet élément du sang, c'est une altération qualitative. Mais existe-t-elle? Voilà la question; et j'y répondrai par l'affirmative. Oui, il existe une altération qualitative de la fibrine du sang, altération qualitative qui n'est autre qu'un défaut de plasticité ou de coagulabilité. Quand Huxham parlait de la dissolution du sang dans les pyrexies, il avait raison, et cela voulait dire : défaut de coagulabilité de la fibrine. En effet, examinez le caillot d'une saignée dans la fièvre typhoïde et les typhus ou dans la pneumonie aiguë franche, et vous verrez les plus grandes différences. Dans les premières de ces maladies, le caillot est à peine couenneux, large, mou, friable, laissant aisément échapper sa matière colorante, tandis que dans l'autre cas, ce caillot est petit, couenneux, dur, résistant, élastique, et témoigne d'une grande résistance de la fibrine. C'est qu'en effet, selon les maladies, la coagulabilité de la fibrine est différente, forte dans les phlegmasies, moindre et même quelquefois nulle dans les pyrexies et dans les hémorrhagies autrefois appelées passives. On a vu un cas de scorbut où le sang tiré de la veine restait liquide et absolument incoagulable.

Ce qui est vrai dans l'état morbide ne l'est pas moins dans l'état physiologique, chez l'homme comparé à l'homme ou chez l'homme comparé aux animaux. En effet, c'est à la plasticité de la fibrine que nous devons l'arrêt spontané des hémorrhagies qui résultent d'une petite blessure de la peau; mais il y a des différences à cet égard selon les individus, et telle hémorrhagie qui s'arrête promptement chez un sujet, ne peut s'arrêter chez un autre. C'est l'histoire des piqûres de sangsues chez certains enfants dont le sang est peu coagulable ou de ces hémorrhagies, suite d'une piqûre d'épingle, chez les individus atteints d'hémorrhaphilie, qui n'est en effet qu'une diathèse due à l'incoagulabilité de la fibrine.

Comparez maintenant l'homme aux animaux, principalement au chien, et vous verrez que, tandis que l'homme meurt aisément d'une hémorrhagie artérielle, il est impossible de tuer le chien par hémorrhagie en lui ouvrant les quatre artères des membres.

Chez ce dernier la syncope arrive, puis un caillot se forme, et après quelques temps de faiblesse, l'animal se remet sur ses pattes, et guérit.

On peut donc considérer la diminution de la plasticité du sang comme la cause du purpura; mais maintenant quelle est la cause constitutionnelle ou acquise de cette nosohémie? Il est difficile de le dire. Cependant, il y a dans la science une hypothèse à cet égard, c'est l'augmentation de la proportion des sels alcalins du sérum. Telle était l'opinion de Magendie et avant lui de Huxham. Est-elle exacte? Oui, si l'on en croit une analyse d'Andral. Mais cela est à vérifier. Elle n'est que probable, et ce qui peut nous engager à y croire, c'est que dans le purpura, d'après mes observations récentes, les urines sont neutres ou alcalines et remplies de phosphate ammoniaco-magnésien, qui se précipite par la chaleur et qui se dissout par l'addition d'acide nitrique.

Mécanisme de l'apparition du purpura. — Quand on voit se produire le purpura par des milliers de petites hémorrhagies cutanées, il est difficile de comprendre le mécanisme de ces petits épanchements sanguins, si l'on accepte comme vraie la théorie moderne exclusive des hémorrhagies. Jadis on admettait, ainsi que j'ai dû le faire dans mon *Traité de pathologie générale*, qu'il y a des hémorrhagies par rupture ou déchirure des capillaires, et des hémorrhagies par transsudation sans rupture des vaisseaux capillaires. Aujourd'hui, depuis les découvertes de l'histologie sur la structure des capillaires, on admet que ces vaisseaux n'ayant aucune ouverture ni porosité susceptible de laisser passer les globules du sang, il faut de toute nécessité, pour que les globules rouges s'échappent et qu'il y ait hémorrhagie, que les vaisseaux capillaires soient rompus. En effet, les globules du sang ont un diamètre tel, qu'on peut soutenir qu'ils ne peuvent sortir du cercle fermé des capillaires sans une déchirure des parois du vaisseau. Cependant dans les cas de purpura, où il se fait au même moment sur toute la surface de la peau des milliers d'hémorrhagies cutanées, il est difficile d'admettre des milliers de ruptures des capillaires ayant lieu à la même heure. On se demande où est l'effort qui peut amener cette rupture et on n'en voit pas le mécanisme. Que dans une attaque d'épilepsie, comme je l'ai vu, sous l'influence de la congestion active de la face, il en résulte des hémorrhagies miliaires des paupières, cela se comprend; il y a un excès de pression qui peut amener la rupture des capillaires. Que dans l'application d'une grande ventouse Junod sur le membre inférieur il se produise des hémorrhagies cutanées, cela se comprend encore, par suite du défaut de pression atmosphérique sur le membre et par l'effet du vide opéré autour de la jambe; mais dans le purpura, on ne peut expliquer la production des hémorrhagies, ni l'action de l'effort interne, ni le défaut de pression atmosphérique.

En l'absence de ces causes de rupture, on peut se demander s'il est bien vrai que cette rupture soit nécessaire à la production des hémorrhagies, et si l'opinion des micrologues, très-fondée lorsqu'il s'agit de l'état normal, est encore exacte dans l'état pathologique. On peut se demander si elle résiste sérieusement à l'expérience dans le purpura, dans les hématidroses publiées par Gendrin et Parrot, et s'il ne faut pas conserver à la science l'hypothèse de la transsudation du sang à travers les parois capillaires. Pour moi, je crois à cette transsudation, et sans nier la force de l'argument contradictoire tiré du diamètre des globules rouges du sang normal avec les porosités des parois des capillaires, je dis qu'il y a moyen de concilier les deux opinions opposées qui sont également vraies, car dans l'état morbide du purpura ou du scorbut les globules rouges ne sont plus dans l'état normal, ils nagent dans un sérum fortement alcalin, produisant des urines alcalines, ils s'y altèrent, se dissocient et peuvent unir leur matière colorante au plasma moins coagulable du sang, ce qui favorise l'anasarque et les hémorrhagies cutanées sans rupture des capillaires par une véritable transsudation. C'est, à peu de chose près, la théorie de Huxham, qui croyait que le tissu des globules rouges devenait lâche, se brisait et pénétrait dans les vaisseaux qui ne le reçoivent pas à l'état normal en transsudant par diapédèse. Cette manière de voir fait mieux comprendre que la théorie de la rupture la production des millions de pétéchies que produisent à la fois le purpura et certaines formes de scorbut.

Un nouvel argument vient appuyer mon opinion. Il est tiré de l'état alcalin des urines et de leur altération par la présence de phosphates terreux se précipitant par l'ébullition et simulant l'albuminurie. Il y a quelques jours, l'un de vous m'adressait une de ses parentes, âgée de neuf ans, atteinte de purpura et d'anasarque avec des urines précipitant par la chaleur. Le médecin de la famille y avait répandu l'alarme en diagnostiquant une albuminurie; ce n'était pas exact. L'enfant avait des urines alcalines, chargées de phosphates précipitant par l'ébullition et se dissolvant par addition d'une goutte d'acide nitrique, épreuve qu'on avait oublié de faire.

Chez la petite fille de nos salles, avec le purpura il y a des urines rendues alcalines dans un vase de porcelaine très-propre, et ces urines donnent par l'ébullition un précipité blanc, abondant, que l'on pourrait prendre pour de l'albumine, mais qui n'en est pas, car il se dissout dans quelques gouttes d'acide et se reproduit ensuite par addition d'ammoniaque. C'est, comme vous le savez, le caractère des précipités d'urine formés de phosphate ammonico-magnésien amorphe ou cristallisé. Ici, avec le microscope, je vous ai fait voir que c'était du phosphate ammoniaco-magnésien amorphe. J'insiste sur ce fait pour deux raisons : la première, c'est qu'il vous permettra d'éviter une erreur qui se commet assez souvent et dont j'ai vu bien des exemples; la seconde, c'est que dans l'histoire du purpura il forme un phénomène important comme cause et comme symptôme, n'ayant pas encore été indiqué par les nosographes.

C'est la troisième fois que je l'observe, et je ne l'ai cherché que trois fois sur les derniers malades que j'ai vus. Si le fait est constant et vérifié par d'autres médecins, il est impossible de ne pas voir combien il jette de lumière sur la pathogénie du purpura. En effet, à défaut d'analyses quantitatives des sels alcalins du sang, des urines sécrétées alcalines, renfermant une grande quantité de phosphates alcalins faciles à isoler, révèlent un état d'alcalinité considérable du sang. Cela est certain, et les personnes qui abusent des remèdes alcalins au point d'arriver à la saturation alcaline du sang rendent des urines alcalines et ont bientôt après du *purpura hemorrhagica*. J'ai vu plusieurs exemples de ce genre, et je ne doute pas qu'on ne puisse expérimentalement produire le purpura au moyen des alcalins. Si de l'alcalisation expérimentale un malade arrive à l'urination alcaline et au purpura, il est évident qu'en présence d'un purpura accidentel, si l'on découvre une urination alcaline, on devra deviner le dernier terme du problème qui est une alcalisation spontanée du sang ou acquise par des causes inconnues. Le fait anomal de la présence du phosphate ammoniaco-magnésien dans l'urine des sujets atteints de purpura a donc une importance pathogénique assez grande, car il dépend d'une altération du sérum qui est de même nature et qui explique l'incoagulabilité de la fibrine, l'altération des globules rouges et la fluidité anomale du sang nécessaire à la production des hémorrhagies.

Traitement. — Il semble que la nature du purpura suffisamment caractérisée par la fluidité de la fibrine et des globules, ainsi que par l'excès de sels alcalins, doive en indiquer très-facilement le remède. Il n'en est pas tout à fait ainsi, car jadis on employait la saignée générale contre cette nosohémie. Aujourd'hui cela ne se fait plus, et le traitement repose sur des indications empruntées à l'empirisme et devenues scientifiques depuis qu'elles ont eu l'honneur de s'accorder avec nos connaissances de chimie.

La première des indications consiste à neutraliser l'alcalinité du sang et à combattre la saturation alcaline du sérum par la saturation acide. La limonade sulfurique citrique ou acétique, le suc de citron, de grenade ou d'orange sont, sous ce rapport, les meilleurs moyens à mettre en usage.

L'autre indication est de combattre l'anémie, et quelquefois l'œdème ou l'anasarque qui en résultent, par le régime analeptique, par les toniques, par les excitants et par les préparations ferrugineuses. A cet égard, il faut prescrire la viande à peine grillée ou la pulpe de viande crue légèrement salée, 100 grammes par jour, le vin pur en quantité raisonnable, 150 grammes, le vin de quinquina au madère ou au malaga, l'alcoolat de menthe ou de mélisse dans de l'eau sucrée après les repas, enfin le fer réduit par l'hydrogène, les sels de fer et surtout le perchlorure de fer.

Cette dernière préparation, vantée comme spécifique par le docteur Pize, de Montélimart, et ici par le professeur Piorry, donne de très-bons résultats, mais cette médication a besoin d'être instituée selon certaines règles que je vais vous indiquer, et que ne connaissent pas tous les médecins. Ainsi, on lit dans certains traités de pathologie qui sont devenus classiques, que le perchlorure de fer se donne dans le purpura à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 centigrammes dans une potion gommeuse. Eh bien, cette formule est mauvaise, et si vous l'employez, vous n'aurez aucun effet curatif. En effet, comme je l'ai dit, après bien d'autres, dans mon *Dictionnaire de thérapeutique*, publié avec Desprès, le perchlorure de fer mis dans une potion gommeuse forme une combinaison nouvelle que quelques personnes appellent du gommate de fer, et qui tombe à l'état de précipité abondant au fond du verre. Il perd ainsi toutes ses propriétés styptiques et astringentes, qui sont justement la raison de son emploi dans les maladies hémorrhagiques. Lors donc que vous devrez employer le perchlorure de fer à l'intérieur, ne l'associez jamais à la gomme, ni aux infusions végétales contenant du tannin, et donnez-le dans l'eau ordinaire ou dans de l'eau sucrée. Ici je l'ai prescrit à la dose de 1 gramme pour cent grammes d'eau, et c'est habituellement là la dose qu'il convient d'employer.

Résumons-nous :

Le cas de purpura qui vient de servir de prétexte à cet entretien s'est développé en dehors des causes hygiéniques débilitantes habituelles.

Il a présenté les caractères du purpura hémorrhagica simple.

Il était accompagné d'une sécrétion urinaire alcaline simulant l'albuminurie.

Il dépendait d'une alcalinité du sang ayant produit la dissolution des globules et de la fibrine du sang, alcalinité révélée par l'état des urines.

Il a guéri par l'usage des *acides*, du *perchlorure de fer* et des *sucs d'herbes*.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 mai 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné pendant l'an-

née 1866 dans les départements de : la Moselle, la Savoie, la Charente-Inférieure et l'arrondissement de Savenay (Loire-Inférieure). (Commission des épidémies.)

2° Des rapports sur les eaux minérales d'Aix-les-Bains, par M. le docteur Vidal; de Monetier de Briançon, par M. le docteur Chabrand; d'Ax, par M. le docteur Auphan. (Commission des eaux minérales.)

3° Le tome XV° de la 2° série de la collection de la *Statistique de France.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Woillez, qui annonce à l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section de pathologie médicale ;

2° Une lettre de M. Filhol, qui réclame la priorité au sujet de quelques-uns des faits énoncés dans la lecture de M. Garrigou;

3° Un travail de M. le docteur Pons, intitulé : *De la médecine moderne, de la hauteur de son caractère et de l'universalité de ses connaissances ;*

4° Un deuxième mémoire, de M. le docteur Rousseau, intitulé : *De la déclaration des naissances.* (Renvoi à la commission nommée ; M. Devilliers, rapporteur.)

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur Fort, une brochure intitulée : *Anatomie et physiologie du poumon, considéré comme organe de sécrétion.*

— **M. BOUILLAUD** présente, au nom de M. le docteur Moura, une brochure intitulée : *L'acte de déglutition, son mécanisme.*

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce la présence de MM. Sédillot et Le-pelletier (de la Sarthe), correspondants de l'Académie.

M. le Président annonce ensuite la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Follin, qui vient de succomber à la longue et douloureuse maladie qui le tenait depuis longtemps éloigné. Ses obsèques auront lieu après-demain, jeudi, à onze heures.

LECTURE.

Influence de l'allaitement artificiel sur la mortalité des enfants. — **M. LE Dr DENIS-DUMONT,** professeur à l'École de médecine de Caen, donne lecture d'un mémoire relatif à l'influence de l'allaitement artificiel du biberon sur la mortalité des nouveau-nés dans le département du Calvados. Il expose d'abord avec détail la manière dont il a recueilli les divers éléments d'une statistique qui, jusqu'ici, n'avait jamais été faite.

Dans le département du Calvados les naissances, en 1865, ont été au nombre de 9,611.

Les enfants morts avant un an sont au nombre de 1,684.

Ce qui donne indistinctement pour les enfants élevés au sein et au biberon une mortalité de 17,50 pour 100.

Sur ces 9,611 enfants, 6,407 ont été élevés au sein et 3,204 ont été élevés au biberon.

Le nombre des décès pour les 6,407 enfants élevés au sein a été de 698, c'est-à-dire de 10,89 pour 100.

Le nombre des décès pour les 3,204 enfants nourris au biberon a été de 986, c'est-à-dire que la mortalité a atteint le chiffre effrayant de 30,77 p. 100.

Mettons en regard ce double résultat, continue l'auteur :

Mortalité des enfants au sein. . . . . . 10 p. 100
Mortalité des enfants au biberon. . . . 30 p. 100

Ces chiffres sont éloquents; ils confirment pleinement les accusations portées contre l'allaitement artificiel ; ils proscrivent l'usage du biberon et font peser sur les parents qui s'en servent, à moins d'une nécessité impérieuse, une très-grave responsabilité; enfin ils doivent provoquer de la part de tous, hommes de science, hommes d'administration, les plus constants efforts pour débarrasser notre pays de ce régime meurtrier qui nous enlève chaque année des milliers d'enfants. Il s'agit d'arracher à la mort, seulement dans le Calvados, en moyenne 600 victimes chaque année.

Toute la part de l'influence désastreuse du biberon est-elle faite quand nous avons indiqué les décès qui doivent lui être imputés? Telle n'est pas notre opinion: après les tués il faut compter les blessés. Si ce système enterre tant d'enfants, n'est-il pas rationnel de supposer qu'il altère d'une manière profonde, irremédiable, la constitution d'un très-grand nombre ?

M. Denis Dumont pense qu'on peut trouver là, au moins en partie, l'application des résultats singuliers fournis par le recrutement de l'armée dans l'ancienne Normandie, où les exemptés pour défaut de taille sont au nombre de 47 seulement, tandis que 310 sont réformés pour infirmités. On sait que la taille est surtout l'expression de la race, et n'est guère altérée par les diverses conditions hygiéniques auxquelles se trouve soumis l'individu.

Ainsi, poursuit M. Denis Dumont, l'influence malfaisante du biberon sur les nouveau-nés se résume par deux mots : *mort* des uns ; *étiolement* des autres.

Toutefois, nous avons hâte de le dire, tout le mal n'est pas imputable à l'allaitement artificiel. Gardons-nous de faire du biberon le bouc émissaire chargé de toutes nos fautes, de toutes nos infractions aux lois de l'hygiène. De combien d'erreurs, de préjugés, de coutumes absurdes nos pauvres enfants en Normandie, ceux qui sont élevés au biberon, comme les autres, ne sont-ils pas victimes?

Personne ne contestera que l'allaitement artificiel, s'il était fait avec soin en respectant scrupuleusement les lois de l'hygiène, serait moins funeste. Le chiffre de 30 p. 100 pourrait être certainement abaissé. Qui oserait également prétendre que celui de 10 p. 100, qui représente la mortalité des enfants élevés au sein, ne soit trop élevé, et qu'une foule d'abus ne vienne grandement compromettre leur santé ou leur vie !

Cette mortalité moyenne, pour les uns et pour les autres, de 17,50 p. 100 peut donc être abaissée ; il faut qu'elle le soit.

M. Denis Dumont termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Le tiers à peu près des enfants du département du Calvados est soumis à l'allaitement artificiel, au biberon (vulgairement appelé petit pot dans les campagnes) ;

2° La mortalité des enfants soumis à ce régime du biberon s'élève à 30 p. 100, tandis qu'elle n'est que de 10 p. 100 pour les enfants élevés au sein ;

3° La moyenne de la mortalité, tant pour les enfants au sein que pour les enfants au biberon (17,50 p. 100), pourrait être notablement réduite par l'observation rigoureuse des plus simples précautions hygiéniques ;

4° Il y a lieu dès lors, tout en proclamant la supériorité de l'allaitement naturel sur l'allaitement artificiel, de répandre par tous les moyens possibles la notion des règles hygiéniques qui doivent présider à l'éducation de l'enfance. (Le travail de M. Denis Dumont est renvoyé à la commission de la mortalité des enfants en bas âge.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La liste de présentation soumise à l'Académie par la section classe les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Nonat; 2° M. Chauffard; 3° M. Hérard; 4° M. Bernutz; 5° M. Woillez (M. Woillez s'est désisté).

Au premier tour de scrutin, le nombre des membres prenant part au vote étant de 74, majorité 38.

MM. Chauffard obtient . . . . . . 31 voix.
Nonat — . . . . . . 28 »
Hérard — . . . . . . 12 »
Bernutz — . . . . . . 3 »

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, on procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des membres votants est de 75, majorité 38.

MM. Chauffard obtient. . . . . . . 46 voix.
Nonat — . . . . . . 27 »
Hérard et Bernutz, chacun . . . . 1 »

M. Chauffard ayant obtenu la majorité est proclamé élu.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de S. M. l'Empereur.

RAPPORT.

Constatation des naissances. — **M. DEVILLIERS** en son nom et au nom de M. Duvergie, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Gustave Rousseau, intitulé : *De la constatation des naissances.*

M. le rapporteur résume son rapport en ces termes :

a. Les recherches de la science ont, depuis longtemps, démontré que la sortie prématurée des enfants nouveau-nés pour la présentation légale à la mairie offre de graves inconvénients au point de vue de leur santé, surtout pendant certaines saisons.

b. La législation est suffisante et n'a nul besoin d'être modifiée pour faire de la constatation des naissances à domicile une mesure générale.

c. Les termes de la loi ne s'opposent nullement à l'adoption de cette mesure et lui sont plutôt favorables; celle-ci, à son tour, permettra que la loi soit exécutée dans toutes ses dispositions, ce qui n'a généralement pas eu lieu jusqu'à ce jour.

d. La délégation donnée par les officiers de l'état civil pour remplir la formalité demandée peut être régularisée en assermentant les médecins vérificateurs.

e. L'expérience prouve, depuis plus de vingt ans, que la constatation des naissances à domicile, là où elle est instituée, ne rencontre aucune difficulté, et qu'elle présente au contraire des avantages réels qui sont appréciés par les populations.

f. L'adoption de cette mesure enfin doit être singulièrement facilitée par la création sur toute l'étendue de l'empire, des deux services de la médecine cantonale et de la vérification des décès avec lesquels peut être confondu le service de la constatation des naissances à domicile.

En conséquence, la commission soumet à l'Académie les propositions suivantes :

En ce qui concerne le travail qui a été adressé par le docteur Gustave Rousseau,

1° Remercier ce jeune médecin de son intéressante communication et déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

En ce qui concerne la question elle-même de la constatation des naissances à domicile,

2° Adresser ce nouveau rapport à S. Exc. le ministre de l'Intérieur en appelant toute son attention sur la nécessité de faire pour la constatation des naissances à domicile ce qu'il vient de faire pour la constatation des décès, et de confier ce double service à des médecins assermentés.

M. SÉGALAS demande que le rapport de M. Devilliers soit transmis au Conseil général de la Seine.

M. LARREY propose, en outre, que ce rapport soit adressé, par l'intermédiaire du ministre, à tous les Conseils généraux des départements. Il ajoute qu'il serait juste que le nom de M. le docteur Loir, qui, pendant vingt ans, s'est occupé de cette question avec un si grand zèle, fût mentionné dans les conclusions du rapport.

M. BOUDET dit qu'il serait bon de rappeler les rapports qui ont été faits antérieurement sur le même sujet.

M. TARDIEU. Il sera tenu compte de ces diverses observations, qui seront consignées dans la lettre d'envoi.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. LEPELLETIER (de la Sarthe) dépose sur le bureau un exemplaire de l'ouvrage qu'il a publié sous le titre de *Traité complet de physiognomonie*, et présente de vive voix une analyse sommaire de l'objet de ce livre.

La séance est levée à cinq heures.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

*Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'*ÉLÈVE MÉDECIN *à l'École du service de santé militaire de Strasbourg.*

L'École du service de santé militaire, instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg, est destinée à recevoir des élèves qui, après leur réception au doctorat, sont appelés à devenir aides-majors de deuxième classe, en passant un an à l'école impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Aux termes du décret impérial du 27 avril 1864, l'École du service de santé se recrute annuellement, par la voie du concours, par des élèves qui, sans avoir encore pris d'inscription, rempliront les conditions exigées pour être admis à prendre une première inscription de doctorat.

Un concours pour l'admission à l'École du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira :

A Paris, le 2 septembre 1867;
A Strasbourg, le 11 du même mois;
A Lyon, le 18 du même mois;
A Montpellier, le 22 du même mois;
A Toulouse, le 25 du même mois;
A Bordeaux, le 20 du même mois;

D'après les dispositions ci-dessus mentionnées, seront admis à ce concours :

Les élèves pourvus du diplôme de bachelier ès lettres et du diplôme de bachelier ès sciences restreint ou complet.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être Français ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1867, plus de dix-sept ans et moins de vingt ans (aucune dispense d'âge ne peut être accordée, même pour service militaire);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat délivré par un médecin militaire du grade au moins de major; en outre, elle pourra être vérifiée au besoin par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission;

4° Souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études complémentaires.

Pour les élèves qui obtiendront le dégrèvement intégral ou partiel du prix de la pension ou du trousseau, l'engagement dont il vient d'être parlé sera remplacé par un engagement régulier au service militaire.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

En conformité des dispositions qui précèdent, un concours pour l'admission aux emplois d'élève pharmacien à l'école du service de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 10 septembre 1867;
A Bordeaux, le 15 du même mois;
A Toulouse, le 21 du même mois;
A Montpellier, le 21 du même mois;
A Lyon, le 24 du mois;
A Strasbourg, le 27 du même mois.

Toutefois, l'administration de la guerre se réserve de réunir les candidats à Paris, dans le cas où le chiffre de ceux qui se seraient fait inscrire dans les localités indiquées ci-dessus ne serait pas assez considérable pour motiver le déplacement du jury d'examen.

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte dès le 1er juillet prochain dans les bureaux de MM. les intendants militaires des 1re, 6e, 8e, 10e, 12e et 14e divisions. La clôture de cette liste aura lieu, à Paris, la veille du jour où commenceront les épreuves, et, dans les autres localités, le 20 août.

En se faisant inscrire, chaque candidat devra déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance dûment légalisé ;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire;

3° Le diplôme de bachelier ès sciences ou les deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, ou les certificats d'aptitude à recevoir ces diplômes (ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves).

Chacun d'eux indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève.

Les candidats admis seront appelés à l'école du 1er au 10 novembre prochain. A moins qu'ils ne résident dans le département du Bas-Rhin, ils recevront à leur arrivée à Strasbourg, par les soins de M. l'intendant militaire et sur la présentation de leur lettre de service, l'indemnité de route attribuée à l'ancien grade de pharmacien sous-aide.

Indépendamment de cette indemnité, ceux d'entre eux qui appartiendraient déjà à l'armée recevront, pour se rendre à Strasbourg, une feuille de route donnant droit au bénéfice du tarif militaire sur les voies ferrées.

Chaque épreuve d'interrogation pourra durer de quinze à vingt minutes.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire qui le présidera et de deux professeurs à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires désignés par le ministre.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement provisoire des candidats par ordre de mérite dans chaque localité; au terme de sa mission, il se réunit de nouveau à Paris pour dresser, par ordre de mérite, la liste définitive des candidats admis.

Régime intérieur de l'école.

Les élèves du service de santé de l'armée sont casernés et soumis aux règles de la discipline militaire; ils portent l'uniforme attribué par l'ordonnance du 12 août 1836 aux élèves de l'ancien hôpital de perfectionnement.

Tous les frais d'inscriptions, de conférence, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont payés par le ministère de la guerre.

Concession de places gratuites.

Les bourses et demi-bourses, trousseaux et demi-trousseaux sont accordés par le ministre de la guerre, sur la présentation du conseil d'administration, auquel se joignent pour cette opération les deux professeurs qui ont fait partie du jury d'examen pour l'admission.

La présentation du conseil doit avoir lieu vers le 10 octobre, avant la rentrée des élèves.

En conséquence, les demandes d'adresse au ministère de la guerre devront être remises au plus tard avant le 1er août au préfet chargé de les instruire et de les transmettre.

Le 1er août, le préfet enverra la liste au ministre, liste qui sera ainsi arrêtée et close définitivement.

Toute demande produite après le 1er août, de quelque manière qu'elle se présente et quelles que soient les causes du retard, sera irrévocablement écartée.

Dans le courant d'août, le préfet soumettra au conseil municipal chaque demande appuyée de renseignements détaillés sur les moyens d'existence, le nombre d'enfants et les autres charges des parents, ainsi que d'un relevé du rôle des contributions; il provoquera une délibération du conseil à ce sujet; il y joindra ses observations et son avis.

Le travail du préfet, avec chaque dossier ainsi complété, devra être envoyé au ministre de la guerre avant le 15 août. Passé cette époque, il ne pourrait plus être présenté au conseil de l'École en temps utile.

Toutefois, les candidats qui, l'année précédente, avaient déjà fait les justifications qui viennent d'être indiquées seront dispensés de les renouveler. Il suffira qu'ils fassent parvenir au ministre de la guerre, dans le délai qui vient d'être énoncé, un certificat délivré par le maire et visé par le préfet, à l'effet d'indiquer les changements qui peuvent être survenus dans leur position de fortune, ou de constater que cette position n'a pas varié.

Les bourses et demi-bourses, trousseaux et demi-trousseaux sont accordées par le ministre de la guerre, sous la condition, par les concessionnaires, d'avoir à contracter un engagement militaire régulier avant leur entrée à l'École.

Élèves payants.

Des places payantes sont réservées aux candidats reconnus admissibles qui n'auront pas justifié de leurs titres à l'obtention d'une bourse ou demi-bourse.

Le prix de la pension est fixé à 1,000 francs par an et celui du trousseau à 1,050 francs une fois payés.

Indépendamment du prix de la pension et de celui du trousseau, tout élève, même boursier, sera tenu, au moment de son entrée à l'École, de déposer entre les mains de l'officier comptable une somme de 150 francs, dont il conservera la propriété, et qui sera affectée à la garantie des pertes et dégradations qui pourraient être mises à sa charge pendant le cours de ses études.

Nul ne peut, d'ailleurs, être reçu à l'École qu'en payant immédiatement le prix du trousseau, s'il n'en a pas obtenu le dégrèvement, et en remettant au directeur une promesse sous seing privé, dans la forme indiquée par l'article 1326 du Code Napoléon, par laquelle son père, sa mère ou son tuteur s'engage à verser dans la caisse du trésorier payeur du Bas-Rhin, par trimestre et d'avance, le montant de la pension, si l'élève est pensionnaire, ou de la demi-pension, s'il a obtenu une demi-bourse, et se soumet à la contrainte par voie administrative pour le cas où ce versement ne serait pas fait aux époques réglementaires.

Cette promesse, qui doit être légalisée par le maire et le sous-préfet, sera faite par l'élève lui-même s'il jouit de ses biens.

Les élèves dont les père, mère ou tuteur ne résident pas à proximité de Strasbourg doivent avoir un correspondant dûment accrédité auprès du directeur de l'École.

M. le Dr Fauvel nous déclare :

Que c'est *par lapsus* qu'il a mis le mot *poudre médicamenteuse* au lieu de *liquide*,

Que, d'accord avec M. Mackensie, il a accepté, dans les cas de laryngorrhée, l'insufflation de la poudre d'alun.

M. le Dr Fauvel déclare de plus que, dans cet article, il n'a aucunement songé à porter préjudice à M. le Dr Édouard Fournié.

Nous lui donnons acte de cette déclaration, et sommes heureux de la présenter à nos lecteurs.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

26. Puistienne. — Remarques et observations sur quelques tumeurs enkystées, pelviennes ou abdominales chez la femme.

27. Léopold Galais. — Des mutilations chez les aliénés, pour servir à l'histoire des altérations de la sensibilité chez ces malades.

28. Carrier. — Étude sur la localisation dans le cerveau du langage articulé.

30. Tautier. — Quelques mots sur l'hygiène de la seconde enfance.

31. Allix. — Étude sur la physiologie de la première enfance.

32. Bureaux. — Du bubon.

33. Roux. — De l'hémorrhagie utérine pendant les trois derniers mois de la grossesse et pendant l'accouchement.

34. Landur. — Des affections utérines chroniques.

35. Besnier. — Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique, considéré dans ses formes et ses accidents secondaires. (Épidémies de 1865-1866.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Follin, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Ses obsèques auront lieu, jeudi 23 mai, à onze heures très-précises, à l'Église Saint-Germain-des-Prés.

Les confrères qui n'auraient pas reçu de lettres de la famille sont priés de considérer cet avis comme une invitation.

— M. Le docteur Maurice Raynaud, professeur agrégé, chargé du cours complémentaire sur les maladies mentales et nerveuses, commencera ce cours, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté, vendredi prochain 24 mai, à cinq heures du soir, et le continuera à la même heure les lundis et vendredis suivants.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 24 mai, à huit heures du soir, à la Faculté de médecine. Lecture de M. Lolliot : congestion pulmonaire et cérébrale, suite d'effort. Lecture de M. Sanné.

Notices sur la chirurgie des enfants, par M. P. Guersant, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. Huitième et dernier fascicule, contenant: De la thoracenthèse. — De l'ectropion. — Du trichiasis. — Des polypes naso-pharyngiens. — De l'onixis ou ongle incarné. — De quelques cicatrices vicieuses. — Des maladies de l'ombilic. — Décollement des épiphyses. — Tumeurs cutanées. — De l'écrasement des doigts et de la main. — De l'incision des gencives. — Des abcès de la cloison nasale. — Des luxations congénitales. — Corps étrangers dans l'œsophage. Prix ; 1 fr. Les 8 fascicules réunis en 1 volume, cartonné à l'anglaise : 8 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Mémoire sur l'emploi de la force en obstétrique, par le docteur Joulin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. In-8°. Prix 1 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 62. — SAMEDI 25 MAI 1867. (40e ANNEE.) SAMEDI 25 MAI 1867. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un musée de calculs.

Nous avions déjà le Musée Dupuytren et le Musée Orfila. Une communication officieuse nous apprenait récemment que nous allions avoir un musée de dermatopathologie à l'hôpital Saint-Louis, qui possédait déjà, il y a quelques années, une collection de pièces pathologiques des organes génito-urinaires. M. Depaul s'occupe en ce moment de former un petit musée obstétrical à l'hôpital des Cliniques. Il faut ajouter à ces richesses et à d'autres que nous omettons l'existence d'un petit musée de calculs vésicaux, que peu de personnes connaissent sans doute. Il y a quelques mois, pendant une de nos tournées dans les hôpitaux, nous rencontrâmes à Necker M. Civiale, qui nous invita à voir la collection de calculs urinaires qu'il venait d'installer dans un petit local attenant à son service. Il nous en fit très-obligeamment les honneurs, faisant passer successivement sous nos yeux des calculs de toutes les dimensions, de toutes les formes et de toutes les compositions, les uns entiers, les autres fragmentés, d'autres réduits en poussière; le tout soigneusement catégorisé, classé, étiqueté et disposé sur des cartons et des planchettes, de manière à laisser voir toutes les particularités et les menus détails caractéristiques de chaque échantillon et à montrer dans l'ensemble une sorte de tableau naturel.

Nous n'avions pas plus tôt vu cette curieuse collection, que nous eûmes la pensée d'en faire part à nos lecteurs. Mais on peut se faire une idée de la difficulté de retenir et de faire saisir par la description des détails que la vue seule peut bien faire connaître. M. Civiale nous est venu lui-même en aide, et la communication qu'il a faite dans l'une des dernières séances de l'Académie des sciences relativement à cette collection, nous facilite aujourd'hui notre tâche.

Les calculs de la collection de l'hôpital Necker proviennent de 2,700 malades traités depuis 1824, et dont 1,600 ont été opérés par la lithotritie. Une grande partie de la poudre et des débris rendus par ces derniers a été utilisée pour les analyses chimiques.

M. Civiale a été conduit par ses observations à établir des distinctions essentielles par rapport aux éléments, à la formation et au développement des concrétions urinaires.

Il distingue deux classes de calculeux. Dans la première figurent tous ceux dont la pierre constitue toute la maladie. Dans la deuxième, l'affection calculeuse est précédée de désordres locaux ou généraux.

Dans les cas simples, les dépôts de l'urine ont pour base l'acide urique et ses composés, l'oxalate calcaire et la cystine.

Ces dépôts sont expulsés naturellement et en grande quantité sous forme de cristaux, de paillettes, de poudre amorphe.

Un grain reste-t-il dans la vessie, il devient le noyau d'un calcul qui se développe par couches lamellées ou par grains agglomérés; quelquefois ces deux modes de développement alternent ou coïncident.

De là trois grandes divisions correspondantes dans le développement des calculs.

Dans les développements par lamelles, qui passent pour être les plus communs, la matière solidifiable de l'urine se dépose autour d'un grain primitif.

Dans la structure granulée, qui est la plus commune, les grains se forment et grossissent isolément; après avoir acquis un certain volume, ils s'agrégent aux autres grains, tantôt d'une manière régulière, tantôt sans ordre, ce qui donne à la pierre une configuration extraordinaire.

Dans quelques graviers arrondis, la matière agglutinative qui sert à unir les grains forme à l'extérieur une croûte assez mince pour laisser entrevoir les granulations sous-jacentes.

Dans les calculs, cette croûte augmente d'épaisseur et forme une enveloppe solide.

Les concrétions, à leur première période de développement, sont le plus souvent d'une structure simple et homogène, les unes granulées, les autres lamellées.

Il n'en est pas ainsi des calculs. Un petit nombre seulement de graviers lamellés continuent à se développer par couches successives. Les lignes concentriques qui délimitent les couches sont coupées par d'autres lignes excentriques qui rayonnent du noyau vers la périphérie. Cette disposition rend les calculs fragiles, au point qu'il y en a qui se brisent spontanément dans la vessie. Ces calculs cassants, une fois hors de la vessie, se désagrégent au moindre choc, quelles que soient d'ailleurs leur composition et leur consistance.

Les graviers granulés se transforment à mesure qu'ils grossissent, et les granules se mêlent aux lamelles. Dans la plupart des cas, les couches lamellées alternent, soit avec d'autres couches d'une structure et d'une composition différente, soit avec des dépôts granulés.

Il y a des calculs granulés à l'extérieur et lamellés à l'intérieur. D'autres, en plus grand nombre, présentent la disposition inverse. Quand les deux structures alternent ou se confondent, le calcul est mixte.

Quant aux calculs composés, leurs éléments simples en en apparence ne le sont pas en réalité. L'acide urique, par exemple, est associé à l'urate de potasse, de soude et d'ammoniaque, à l'oxalate et au phosphate calcaire. Dans ce cas, les cristaux ne présentent pas la même régularité que dans les concrétions homogènes.

Toutes les fois que le gravier séjourne longtemps dans la vessie, son action sur la surface vésicale provoque une phlegmasie, et, par suite, une sécrétion morbide, dont le produit se mêle à l'urine et modifie la nature des dépôts lithiques; en sorte que les lamelles et les grains récemment formés ne ressemblent aux premiers ni par la structure, ni par la composition. On voit là les effets très-remarquables de l'influence considérable de la matière animale unissante sur le développement des calculs.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur les variétés infinies de forme et de configuration des calculs, variétés de configuration qui dépendent surtout, à part leur structure et la composition de leur noyau, de la conformation plus ou moins vicieuse des organes qui les contiennent et des frottements auxquels ils sont soumis.

Les débris pierreux provenant de l'opération méritent une attention spéciale. Dans la collection de M. Civiale figurent plusieurs calculs qui ont été soumis, dans la vessie, à l'action des instruments lithotriteurs. Les uns ne sont qu'écornés ou perforés, les autres sont réduits en éclats assez ténus pour sortir par l'urèthre.

L'action mécanique des instruments lithotriteurs sur les calculs vésicaux est surtout appréciable par la forme des éclats restés dans la vessie ou des fragments et des débris expulsés après chaque séance. Les pièces font voir l'action graduelle des divers instruments, laquelle varie elle-même d'après la nature et le volume de la pierre. Il ressort de la comparaison de ces pièces, que l'effet du trilabe qui agit surtout comme écraseur est dans tous les cas très-puissant, même dans les circonstances les moins favorables.

On remarque, à la surface et dans les anfractuosités des calculs qui ont séjourné dans la vessie longtemps après avoir été attaqués par les instruments, des couches de cristaux ou de dépôts terreux abondants qui masquent en partie l'action des instruments.

Enfin M. Civiale a fait une catégorie à part, et ce n'est pas la moins digne d'attention, des concrétions qui sont formées des dépôts ordinaires de l'urine et des produits des phlegmasies vésicales qui précèdent le plus souvent la formation de cette espèce de calculs.

On a ainsi sous les yeux, indépendamment de tous les éléments qui ont servi à constituer l'histoire de la formation et du développement des concrétions urinaires, les témoignages matériels de l'action réciproque du contenant sur le contenu et du contenu sur le contenant, ce qui n'est assurément pas la partie la moins intéressante de l'histoire de l'affection calculeuse.

De la digitale dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile.

Lorsque M. le docteur Oulmont a lu à l'Académie de médecine, il y a cinq semaines environ, son mémoire sur l'emplo de la digitale dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile, nous en avons donné un court résumé, en prenant l'engagement d'y revenir lorsque nous aurions le travail en entier sous les yeux, le sujet étant trop important pour nous en tenir à ce simple énoncé. Nous tenons aujourd'hui cet engagement.

M. Oulmont a traité, par la digitale, 24 cas de rhumatisme articulaire aigu, sans tenir compte ni des formes de la maladie, ni des constitutions particulières qui avaient pu présider à son développement. La seule condition dont il a tenu compte était un état fébrile suffisamment caractérisé. Il a prescrit à chacun de ces malades 1 gramme de poudre d'herbe de digitale en infusion dans 120 grammes d'eau sucrée, à prendre par cuillerées d'heure en heure. Cette dose était continuée jusqu'à production de nausées ou de vomissements. Le médicament était suspendu alors; définitivement, si la maladie marchait

---

FEUILLETON.

Leçons de clinique chirurgicale. — Professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. DOLBEAU.

En présence des nombreux travaux qui depuis quelque temps se font jour dans la science, soit pour élucider quelques points obscurs de la chirurgie, soit pour en développer les principes, on pourrait à bon droit s'étonner de l'absence à peu près complète de leçons cliniques, si l'on ne se représentait pour expliquer cette absence la difficulté même de leur production. Sans parler en effet des éléments pour ainsi dire matériels de toute clinique, éléments encore assez rares à trouver rassemblés, je veux parler des malades d'abord, des auditeurs ensuite, du professeur enfin; on est bientôt frappé, pour peu qu'on y prenne garde, des difficultés sans nombre qui surgissent au devant de quiconque entreprend de mener à bien un livre de clinique chirurgicale. Il est bien entendu que je ne veux parler ici que de la clinique vraiment digne de ce nom, et que je mets hors de cause ces volumineux recueils qui, tout en portant le même titre, contiennent tout, excepté des leçons faites sinon au lit des malades, ce qui serait difficile, mais à l'amphithéâtre et sur des affections que l'on vient d'étudier et qu'on pourra par conséquent suivre. Parmi les difficultés auxquelles je faisais allusion, les unes tiennent aux malades, les autres regardent le professeur. On sait en effet qu'il est impossible de faire une clinique (profitable s'entend) sur les premiers sujets venus. Il faut choisir avec soin des cas qui, sans être exceptionnels, présentent cependant des particularités intéressantes, et sortent de la banalité. Les caractères veulent être grossis à la scène. Il en est de même pour la clinique. Il faut que chacun des signes sur lesquels doit s'appuyer le diagnostic soit assez saillant pour être nettement mis en lumière et laisser par suite, dans l'esprit des auditeurs, une impression durable. Le malade une fois trouvé, examiné, commence un travail indispensable, la préparation de la leçon. Cette préparation, dont l'examen de ce qui a été fait sur le sujet est la base, présente elle-même un redoutable écueil pour la saine clinique : je veux parler de la substitution des faits généraux au fait particulier, de l'adaptation des phénomènes décrits à ceux que l'on a sous les yeux.

La clinique devient alors une leçon de pathologie appliquée et se trouve dénaturée par le fait. Si l'on ajoute à cela la nécessité presque absolue d'un diagnostic précis, suivi le plus souvent d'un contrôle immédiat, l'obligation presque indispensable de suivre de point en points dans l'opération annoncée, le plan que l'on a arrêté d'avance, et enfin le travail qui consiste après la leçon à la raprendre en sous-œuvre pour en compléter quelques points restés incomplets, en élaguer quelques autres, on ne tarde pas à demeurer convaincu que pour produire un bon livre de clinique chirurgicale, il est nécessaire de réunir au plus haut degré trois qualités essentielles : la précision dans le diagnostic; l'exécution sûre, sinon brillante, du manuel opératoire; et enfin la clarté dans l'exposition.

Nous venons de lire l'ouvrage de M. Dolbeau avec le plus grand soin; je dirai plus, avec le vif intérêt qui s'attache à toute œuvre sérieusement conçue et développée d'une manière aussi sage que hardie. C'est là, si je ne me trompe, un vrai livre d'enseignement où la clinique se trouve sainement discutée et débarrassée de tout remplissage. Si donc nous en donnons ici une sèche analyse, c'est moins pour faire apprécier les qualités d'un ouvrage qui les montre assez de lui-même que pour engager le lecteur à faire comme nous; c'est-à-dire à s'instruire en l'étudiant.

M. Dolbeau divise son livre en six chapitres, et adopte pour cette division un ordre anatomique. C'est ainsi qu'il groupe dans un même chapitre les affections des yeux; dans un autre les affections du crâne et de la colonne vertébrale, etc. Nous ne saurions en cela trop le féliciter de cette disposition qui facilite considérablement la lecture, et épargne à l'esprit un travail assez compliqué de coordination. Il est en effet très-peu intéressant de savoir que un tel jour une clinique a été faite sur tel ou tel sujet, lorsque quelques semaines après on est forcé de revenir sur un cas à peu près analogue; ce qu'il importe au contraire, c'est de trouver réunis, à propos d'un certain nombre de malades présentant des affections d'un caractère commun, les phénomènes cliniques les plus saillants propres à fixer le diagnostic, la discussion même de ce diagnostic en présence de plusieurs cas analogues, mais non semblables, et enfin l'exposé critique des ressources que la thérapeutique chirurgicale possède, et dont les applications sont souvent si différentes en présence de telle ou telle forme de la même affection. L'ordre qu'a suivi M. Dolbeau est donc essentiellement logique et nous a séduit tout d'abord.

Le premier chapitre comprend les affections des yeux. L'atrophie

vers la guérison; temporairement, s'il n'y avait qu'une rémission, et en cas de rechute, il faisait reprendre la digitale à la dose de 50 centigrammes seulement.

Nous avons déjà fait connaître, d'une manière sommaire, les effets immédiats sur le pouls et sur la température. Nous y revenons, afin que ces effets soient bien nettement établis.

Le pouls conserve sa fréquence et ses qualités primitives généralement jusqu'après trente-six ou quarante-huit heures. Après quarante-huit heures, la chute du pouls est déjà notable, et atteint 10 et même 20 pulsations. Mais l'écart augmente beaucoup quand arrivent les symptômes d'intolérance (nausées et vomissements), et il atteint alors 20 et même 40 pulsations. La chute du pouls peut être très-brusque, M. Oulmont l'a vu tomber, en vingt-quatre heures, de 52 plusations. Cet abaissement du pouls est le phénomène le plus constant et le plus caractéristique de l'action de la digitale.

Dans les cas où l'administration de la digitale a été suspendue à cause de l'intolérance, le pouls a néanmoins continué à baisser très-faiblement pendant trois ou quatre jours, puis il est remonté assez rapidement à son chiffre normal.

La qualité du pouls n'a pas varié sensiblement pendant les premiers jours de l'administration de la digitale. Il était généralement fort, développé ou résistant, et en rapport avec l'intensité et la gravité de la maladie. Au bout de quelques jours après la défervescence, il devenait mou et quelquefois ondulent. Vers le quatrième ou cinquième jour, M. Oulmont l'a vu plusieurs fois devenir inégal, irrégulier et intermittent, comme cela arrive dans les cas où la digitale a été donnée à dose toxique. Cette irrégularité, quand elle a été observée, est toujours arrivée après qu'on avait cessé l'usage de la digitale, et elle n'a pas empêché une issue heureuse de la maladie.

La température a suivi une progression descendante analogue à la dépression du pouls, quoique moins sensible. Dans les deux ou trois premiers jours, la température n'a offert que des variations peu sensibles; mais, au bout de ce temps, elle a commencé à baisser, d'abord de quelques fractions de degré, puis elle est arrivée à 1 degré, qu'elle a rarement dépassé. Une seule fois l'abaissement a été jusqu'à 2 degrés.

Cette diminution de la température, tout en correspondant avec la chute du pouls, s'est toujours effectuée lentement. Quand elle est parvenue à son maximum, elle reste à cet état sans changement pendant un ou deux jours après qu'on a cessé la digitale; puis elle remonte vers l'état normal. M. Oulmont n'a jamais vu l'abaissement de la température survenir plus tard que la chute du pouls; il n'a pas remarqué non plus qu'il la précédât. Les deux phénomènes se sont toujours montrés concomitants.

L'action de la digitale sur les manifestations morbides s'est montrée généralement en quelque sorte parallèle à celle qu'elle exerce sur le pouls et la température. Nulle ou à peu près, dans les deux ou trois premiers jours de son administration, elle n'est devenue manifeste que lors de l'apparition des symptômes gastriques. En même temps que le pouls et la température tombaient, et le plus ordinairement le lendemain, les douleurs diminuaient, la rougeur et la tuméfaction disparaissaient, et la transformation était quelquefois d'une surprenante rapidité. Trois malades ont été complétement guéris en six jours et ont pu sortir de l'hôpital du huitième au dixième our.

La guérison n'a pas toujours été aussi prompte. Cependant, dans les cas simples, franchement pyrétiques, sans complications ou même avec des complications d'une médiocre gravité, et quand le malade en était à sa première attaque, la maladie a pu disparaître en douze ou quatorze jours.

Les choses se sont passées différemment chez les individus diathésiques, ou chez ceux qui avaient eu déjà des attaques antérieures. Quand la manifestation actuelle de la maladie était à réaction forte, franche et bien caractérisée, le rhumatisme a subi l'influence de la digitale, et il a pu disparaître rapidement et sans retour. Mais le plus ordinairement l'amélioration, qui se manifestait assez vite, ne s'est pas maintenue. Des rechutes ont eu lieu, et dans les rechutes, la digitale est restée sans effet.

Il est ressorti en dernière analyse de ces faits, ainsi que nous l'avons déjà énoncé dans notre premier résumé, que la digitale, qui a eu une action si évidente dans les manifestations fébriles du rhumatisme, est restée généralement impuissante contre la diathèse rhumatismale.

C'est là un fait qu'il était bon de constater, bien qu'il ne donne qu'une satisfaction incomplète aux espérances que l'on avait pu fonder dans cette circonstance sur les effets connus de la digitale. Il serait intéressant de chercher quelle a été, comparativement à l'action de cette substance, celle du sulfate de quinine, de la vératrine et des autres agents thérapeutique expérimentés dans ces derniers temps contre le rhumatisme articulaire aigu. C'est ce que nous essayerons de faire.

Quant à ce qui pourrait être déduit des expériences de M. Oulmont par rapport au mode d'action physiologique de la digitale, nous aurons probablement aussi l'occasion d'y revenir prochainement, ce sujet ayant été traité récemment avec de grands développements à la Faculté de médecine, dans le cours de thérapeutique, par M. le professeur Sée.

MANUEL D'OPÉRATIONS CHIRURGICALES (1).

Par le Dr Dubreuil,

Prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

Nous venons de recevoir les deux premiers fascicules d'un manuel d'opérations chirurgicales.

L'auteur, M. le docteur Dubreuil, est trop connu par d'estimables travaux et ses succès de concours pour qu'il soit nécessaire d'insister sur la valeur de ce manuel. Les élèves lui sauront gré d'être venu à leur aide, par des descriptions courtes, précises, appuyées de bonnes planches coloriées.

Le Ier fascicule est consacré aux opérations qui se pratiquent sur l'appareil circulatoire (artères).

Le fascicule II contient la suite et la fin des opérations qui se pratiquent sur l'appareil circulatoire : les opérations pour la cure des varices, du varicocèle et des hémorrhoïdes.

Quatre autres fascicules compléteront ce manuel.

Nous nous bornons à signaler ce manuel; son utilité pratique n'a pas besoin d'être affirmée.

DE L'OPHTHALMIE GLAUCOMATEUSE

son origine et ses divers modes de traitement (2).

Par M. le Dr Léon Belloc.

M. Léon Belloc, conformément à l'opinion généralement adoptée, considère le glaucome comme une affection de nature inflammatoire.

« C'est, dit-il, une phlegmasie des membranes internes de l'œil, une irido-choroïdite aiguë ou chronique, qui comparée à l'irido-choroïdite ordinaire, paraît emprunter, comme l'a dit V. Graefe, tous ses caractères différentiels, à la distension exagérée du globe oculaire, par une exhalation de liquides séreux. »

M. Belloc n'a pas cru devoir méconnaître une variété propre aux sujets arthritiques et qui se distingue des autres par une tendance remarquable à revêtir le caractère glaucomateux (2e forme d'iritis de Beer.)

L'influence arthritique autrefois limitée aux articulations ou aux appareils digestifs et urinaires, a des relations intimes avec l'ophthalmie glaucomateuse. Le traitement chirurgical doit donc être appuyé d'un traitement général pour modifier la diathèse, cause première et source de tout mal.

On trouvera dans ce travail une étude de divers procédés opératoires mis en usage dans le traitement de cette maladie.

(1) In-18. Prix : 1 fr. 50 le fascicule. Paris, 1867, F. Savy.

(2) In-8°, prix : 3 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 8 mai 1867. — Présidence de M. Legouest.

Suite de la discussion sur le traitement de la syphilis.

M. MAURICE PERRIN. Il y a deux mois environ, M. Dolbeau, à propos d'un travail de M. de Saint-Germain sur l'érosion chancreuse, s'est élevé de l'objet spécial de son rapport, à des considérations générales fort graves, qui dominent le traitement de la syphilis. Appuyé sur son expérience personnelle, notre collègue conteste l'efficacité du mercure dans le traitement préventif de la syphilis et dans traitement le curatif des accidents secondaires. On peut le dire sans exagération, c'est frapper de déchéance l'une des croyances les plus accréditées de la pratique médicale, c'est toucher à la base des doctrines régnantes en matière de syphilis. Les nombreux et excellents travaux destinés à faire connaître les différentes espèces ou les différentes formes du chancre, à tracer les caractères des manifestations secondaires perdraient de la sorte beaucoup de leur importance clinique et rentreraient dans le domaine de la philosophie médicale.

A quoi bon, en effet, savoir distinguer le chancre infectant de celui qui ne l'est pas, l'un et l'autre ne réclament que le même traitement local? Évidemment on simplifie beaucoup de la sorte l'étude de la syphilis. C'est sans doute dans ce sens que l'un de nos collègues attribuait aux opinions de M. Dolbeau l'inconvénient de prêter appui aux guérisseurs sans mercure, et de faire de la syphiliographie à l'usage des ignorants. J'avoue que cette considération me touche peu. Si l'étude des maladies vénériennes était ainsi simplifiée, sans inconvénient ou avec avantage pour le malade, qui pourrait s'en plaindre? Nous y gagnerions des loisirs qui ne resteraient pas sans emploi dans cette question si vaste, si obscure encore de la syphilis.

Les idées émises par M. Dolbeau sont loin d'être nouvelles, ainsi qu'il le rappelait lui-même. Elles étaient une conséquence naturelle des doctrines de l'école physiologique. Aussi, du temps de Broussais, traitait-on déjà la vérole sans mercure et par les antiphlogistiques. Desruelles, entre autres, n'eut guère d'autre pratique à l'hôpital du Val-de-Grâce; son livre sur les *Maladies vénériennes* l'indique suffisamment, et ses contemporains, que j'ai interrogés à cet égard, témoignent qu'il guérissait tout aussi bien ses malades, sans encourir les inconvénients ou les risques des salivations excessives fort en honneur en ce temps-là. Depuis lors, pour ne parler que de la France, les mêmes idées ont eu surtout pour chaleureux défenseur un observateur attentif et un homme de talent, M. Diday de Lyon.

Et pourtant, je dois le dire, ce n'est pas sans une véritable émotion que j'ai écouté la communication de M. Dolbeau. Dans nos discussions habituelles, la santé ou tout au plus la vie de l'individu sont en jeu. Ici, il s'agit d'un mal plus profond qui s'attaque à l'espèce ellemême, et qui, selon qu'il est bien ou mal traité, peut avoir des conséquences sociologiques incalculables.

Soumettre sans motif, et comme par routine, à l'usage d'un agent énergique comme le mercure, la populeuse tribu des vérolés, n'est-ce pas affaiblir systématiquement l'individu et peut-être introduire une cause réelle de dépérissement dans les masses? Et d'un autre côté renoncer au traitement mercuriel sans des raisons dix fois convainquantes, n'est-ce pas retourner aux plus mauvais jours des temps passés?

A la vérité, M. Dolbeau nous a rassuré un peu par cette présomption consolante que le virus syphilitique perd progressivement de son activité au fur et à mesure qu'il se dilue à travers les générations. Si je ne me trompe, ce fait ne serait pas sans analogues en physiologie pathologique. Je l'accepte donc de grand cœur, mais je ne m'y fie pas. Incontestablement, les suites de la syphilis sont aujourd'hui moins graves qu'elles ne l'étaient autrefois. Remarquez que je ne fais pas allusion ici à la proportion des syphilitiques qui a pu diminuer par suite de causes contingentes, telles que l'augmentation du bien-être général, l'élévation du niveau intellectuel et moral des masses, et surtout, je crois, l'institution de mesures de police sanitaire plus efficaces. Je veux seulement parler de la gravité des suites éloignées de l'infection syphilitique. Mais cette différence provient-elle de ce que la semence a perdu de son activité, de ce que le terrain est moins propice, ou bien de ce que le traitement est meilleur. Je laisse à d'autres le soin d'en décider. Mais je dirai pourtant qu'en consultant l'histoire de la syphilis, on serait conduit à attribuer au traitement mieux dirigé, les immunités dont nous jouissons. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que la vérole est vieille comme l'humanité, et quelques érudits ont même l'irrévérence de soupçonner que le saint roi David eut tant soit peu à souffrir de ses atteintes. Malgré cette haute

papillaire y est étudiée avec le plus grand soin dans ses rapports avec la paralysie générale au début, et avec la fièvre typhoïde considérée dans ses suites. Viennent immédiatement après les apoplexies rétiniennes symptomatiques d'une maladie du cœur. En opposition à ces affections essentiellement liées à des troubles physiques des milieux de l'œil, l'auteur place les troubles dus simplement au défaut d'accommodation. Il termine par de considérations cliniques et thérapeutiques sur les irido-choroïdites, et sur les ophthalmies sympathiques ou réflexes. Ce qui nous frappe principalement dans ce chapitre, c'est d'abord la logique serrée avec laquelle l'auteur déduit d'une altération locale les signes nets et précis d'une affection intéressant tout l'organisme, soit à son début, soit dans ses suites, et remonte d'un fait particulier à une application générale; mais ce que nous aimons surtout à trouver ici, et ce qui montre aussi clairement que possible le but pratique de l'ouvrage, c'est la netteté parfaite qui préside à l'examen des milieux de l'œil ainsi que de ses surfaces, soit au moyen de l'ophthalmoscope, soit à l'aide de l'éclairage oblique. En présence de ces démonstrations si claires, on se prend à ne regretter qu'une chose; c'est que les circonstances n'aient point permis à l'auteur de consacrer une leçon aux kératites et aux cataractes, et de compléter ainsi une tude parfaite des affections oculaires qu'il importe le plus de connaître.

Nous trouvons dans le second chapitre une observation remarquable de tumeurs crâniennes, diagnostiquées gommes sous-périostiques, et traitées avec succès par l'iodure de potassium, et une excellente description du mal de Pott, établie sur trois malades, et suivie d'une discussion très-intéressante des moyens thérapeutiques à employer suivant les cas. L'auteur termine ce second chapitre par une observation curieuse d'abcès rétro-pharyngien, traité avec succès par l'expectation.

Les maladies du tube digestif occupent à elles seules le troisième chapitre, et comprennent un cas très-curieux de rétrécissement de l'œsophage avec perforation de la plèvre; mais ce qui nous a tout particulièrement intéressé, c'est une leçon relative aux obstructions intestinales, au rétrécissement de l'intestin et à la création d'un anus artificiel. Je ne doute pas qu'en présence des avantages de l'entérotomie opposée au résultat fatal et inévitable de l'abstention, en présence surtout de l'exposition simple et précise que l'auteur donne de cette opération, plus d'un chirurgien ne regrette d'avoir, en pareille circonstance, péché par timidité, et ne se trouve vivement encouragé à intervenir là où, comme le montre clairement M. Dolbeau, le malade a tout à gagner et n'a malheureusement plus rien à perdre.

Dans le chapitre IV, l'auteur a l'occasion de passer en revue d'une manière à peu près complète les tumeurs de l'abdomen. Commençant par l'ascite symptomatique d'une péritonite chronique, il établit le diagnostic quelquefois si délicat des kystes de l'ovaire et de la trompe, et discute les indications thérapeutiques que ces affections réclament, depuis la ponction simple jusqu'à l'ovariotomie. Les kystes du foie viennent ensuite, et donnent à l'auteur l'occasion de traiter à fond la question du diagnostic de ces sortes de tumeurs, et de présenter des considérations très-intéressantes au sujet du traitement par les diverses méthodes et par l'acupuncture multiple en particulier. Les phlegmons et abcès de la paroi abdominale terminent le chapitre réservé aux tumeurs du ventre.

Dans le chapitre V, consacré aux maladies des organes génitaux, l'auteur traite de la chute de la matrice et de l'allongement hypertrophique du col utérin. Il expose quels sont les moyens soit prothétiques, soit chirurgicaux, à mettre en usage contre cette affection. Il consacre ensuite une grande partie de ce chapitre à la discussion relative aux tumeurs du testicule, notamment à l'orchite blennorrhagique, à l'orchite tuberculeuse avec affection concomitante des vésicules séminales; mais ce qui a tout particulièrement frappé dans cette partie de l'ouvrage de M. Dolbeau, c'est l'observation si intéressante de l'absence congénitale du vagin et de la création d'un vagin artificiel. La description des symptômes relatifs à cette affection, l'étude des moyens propres à éclairer le diagnostic, la discussion des procédés à employer pour obvier à cette grave difformité, et enfin la description de l'opération elle-même, constituent une sorte de monographie qu'il est impossible de lire sans le plus vif intérêt.

Après les organes génitaux viennent les organes urinaires, que M. Dolbeau a cru devoir séparer complétement. Ce chapitre commence par la description d'une affection encore assez obscure dans ses manifestations, à savoir : du spasme et de la contracture de la portion musculeuse de l'urèthre. L'auteur donne les moyens de diagnostiquer cette affection des rétrécissements proprement dits; il propose comme traitement la section uréthrale de dehors en dedans, et justifie l'emploi de ce moyen, extrême en apparence, par l'insuffisance des moyens plus doux employés jusqu'ici, par la ter-

antiquité, elle franchit une longue série de siècles sans rien perdre de son activité, ainsi qu'en témoignent les relations de plusieurs épidémies qui sont parvenues jusqu'à nous, et en particulier de celle qui sévit en France en 1494. Ce n'est qu'à partir du seizième ou du dix-septième siècle, c'est-à-dire à l'époque où le traitement mercuriel prévalut définitivement, que le mal s'atténua progressivement pour devenir ce qu'il est aujourd'hui. Mais je laisse de côté cette induction rétrospective pour arriver au point spécial qui nous occupe.

Sans plus tarder je commence par déclarer que les faits qu'il m'a été donné d'observer m'ont conduit, j'allais dire malgré moi, à des conclusions qui se rapprochent beaucoup de celles de M. Dolbeau. Pour vous mettre mieux à même d'apprécier le bien ou mal fondé de mon jugement, il me semble utile d'entrer dans quelques détails sur les circonstances dans lesquelles il s'est formé.

En 1858, je fus chargé de la direction du service des vénériens à l'hôpital du Val-de-Grâce. Ce service contenait une centaine de lits, environ. J'arrivais là tout imbu, j'allais dire tout enthousiaste encore, des doctrines de l'hôpital du Midi. J'estime que beaucoup d'entre nous ont dû commencer par là ; c'est si simple, c'est si net et si séduisant pour l'esprit! Je ne tardai pas à rencontrer de nombreux mécomptes, tant au point de vue de la classification des chancres, de la transmission des accidents secondaires précoces, que de l'efficacité du traitement mercuriel. Ils se multiplièrent au point de ne laisser dans mon esprit que trouble et embarras. Sur ces entrefaites parurent les lettres de M. Diday sur la syphilis; dans ce recueil chaleureux, passionné peut-être, la valeur des préparations mercurielles dans le traitement préventif du chancre induré et dans le traitement curatif des accidents secondaires est vivement remise en question. C'était, comme vous le voyez, une partie de mes doutes qui avait pris un corps sous cette plume exercée. Le seul parti à prendre était de rechercher où se trouvait la vérité; c'est ce que je fis dans la limite de mes ressources. J'avais deux salles contiguës et de contenance à peu près égales. Je donnai du mercure dans l'une, je le proscrivis dans l'autre. Cette sorte d'isolement relatif me mettait à l'abri d'une objection qui a été faite à propos d'une autre question, à savoir, que les vapeurs mercurielles répandues dans l'atmosphère, si l'on fait usage de frictions surtout, peuvent impressionner les malades traités par l'abstention.

Ces dispositions furent prises vers le mois d'octobre 1858. A partir de ce moment, je tins compte des faits de part et d'autre, et dans l'espace de quatre années, je parvins à avoir des renseignements sur 470 syphilitiques traités dans mes salles.

Je n'ose qualifier du titre d'observation ces notes consignées au jour le jour sur les cahiers de visite. Ce serait un titre trop ambitieux. Aucune d'elles ne renferme l'histoire complète de la maladie. Il ne s'agit que de son passé et d'une durée limitée de son présent. C'est assez dire qu'elles sont insuffisantes pour ajouter un trait nouveau à l'histoire de cet être abstrait qui s'appelle diathèse syphilitique. Mais elles sont fondées à nous dire quelles sont les suites prochaines d'un chancre induré, selon qu'il est abandonné à lui-même ou traité par le mercure, et de même ce que deviennent les manifestations secondaires abandonnées à elles-mêmes, ou livrées à l'agent spécifique; en d'autres termes, à juger comparativement le traitement par l'abstention et le traitement mercuriel. Là est toute la question posée par M. Dolbeau. On a fait à notre collègue une objection qui ne me paraît pas fondée : Vos malades ne sont pas guéris, lui a-t-on dit, l'ennemi sommeille dans la place ; il révélera plus tard sa présence par des atteintes plus graves, plus invétérées ! Cela est parfois vrai. Mais quelle est donc la méthode de traitement qui serait fondée à promettre une guérison radicale? Pour bien préciser les termes du débat, je dis qu'on ne peut discuter avec connaissance de cause sur le traitement de la syphilis qu'en prenant ses manifestations pour guide exclusif. C'est de la vérole en acte et non de la vérole en puissance qu'il s'agit. Se prononcer, ou même émettre des appréciations sur l'état de la diathèse d'après certaines inductions, serait substituer à l'observation clinique des hypothèses empruntées au domaine de la fantaisie.

J'aborde maintenant les faits : 1° Traitement préventif. J'appelle de ce nom le traitement mercuriel institué dès que l'on a reconnu le caractère infectant du chancre, dans le but de prévenir ou d'atténuer les effets généraux de l'infection syphilitique. Ce traitement ne m'a donné qu'un résultat tout à fait négatif : que le malade ait été soumis au mercure ou abandonné à de simples soins hygiéniques, l'accident primitif avec sa pléiade ganglionnaire symptomatique a suivi la même marche, et les premières manifestations constitutionnelles ne m'ont paru modifiées ni dans l'époque de leur apparition, ni dans leur forme, ni dans leur gravité. Ce fait important ne laisse aucun doute dans mon esprit. Le traitement préventif est sans objet. On a protesté et on protestera encore contre cette proposition. Mon Dieu, qu'un observateur attentif, au nom d'une expérience plus longue, plus judicieuse même, si l'on veut, vienne déclarer ici qu'il a vu tout le contraire, je suis tout prêt, je serai même tout heureux de recouvrer mes illusions perdues. Mais j'y mets une condition : c'est que cet observateur aura puisé sa conviction dans l'expérimentation contradictoire des deux méthodes de traitement mises en présence, car aujourd'hui j'en suis encore à me demander comment ceux qui ont eu et qui ont gardé la foi dans le traitement spécifique et qui par conséquent, fidèles à leur conviction, donnent du mercure pour tous les chancres infectants, peuvent se former une opinion aussi explicite sur la valeur de l'abstention. Jusqu'alors on s'est borné à faire des raisonnements à propos de la question. J'avoue qu'ils ne m'inspirent qu'une médiocre confiance, quand même ils affectent une forme métaphorique. L'un de nos honorables collègues croit au traitement préventif, et pour nous faire partager sa conviction, il nous a rappelé que c'était au moment de l'incendie qu'il fallait employer les pompiers. Oh! sans contredit; mais encore faut-il que l'incendie existe, et que les pompiers aient de l'eau dans leurs pompes. C'est précisément ce qu'il faudrait démontrer; car si, d'aventure, le mercure est inutile à ce moment, comme le croit M. Dolbeau, comme ma modeste expérience me l'enseigne, comme le pensent beaucoup d'observateurs, à quoi sert d'appeler les pompiers? Raisonner ainsi, n'est-ce pas admettre comme démontré ce qui précisément est en litige? Pour mon compte je ne saurais admettre, jusqu'à meilleure information, une influence quelconque du traitement préventif sur la marche de l'accident primitif et sur l'évolution ultérieure de la syphilis.

2° Traitement des accidents secondaires. J'entends parler ici des premières manifestations de la diathèse syphilitique, telles que la fièvre exanthématique, la roséole, les plaques muqueuses, l'angine, etc. Ces accidents ont de la tendance à disparaître spontanément. Je crois que ceci n'est contesté par personne. Mais quand ils sont abandonnés à eux-mêmes, ils durent plus longtemps que lorsqu'ils sont traités par le mercure. Je pourrais traduire numériquement la différence que j'ai obtenue, mais le chiffre qui l'exprimerait ne serait que la différence entre deux moyennes. Or les moyennes appliquées à la thérapeutique m'ont toujours représenté une surcharge stérile ; peut-être pourrait-on faire une exception pour celles qui reposent sur un nombre très-considérable de faits. Je me borne donc à dire qu'en général, lorsque l'on donne du mercure à un malade atteint d'angine syphilitique, de plaques muqueuses, etc., etc., l'amélioration et la guérison sont plus rapides. Cet avantage peut être diversement apprécié d'une façon générale; mais s'il est relativement peu important de gagner du temps quand il s'agit d'un exanthème syphilitique, n'est-il pas évident que, dans tel cas particulier, une angine, par exemple, et pardessus tout une irido-choroïdite, toute la valeur du traitement réside dans la rapidité de la rétrocession du mal ?

Le traitement mercuriel éloigne-t-il l'époque des manifestations ultérieures, en modifie-t-il la nature, en un mot exerce-t-il une action appréciable sur l'évolution de la syphilis? Ce n'est qu'avec une certaine réserve que je risque une réponse à cette question, parce que, dans un assez grand nombre de cas, je n'ai pas revu les malades; et malgré mes recommandations expresses de revenir me voir, je ne sais s'il faut en conclure qu'ils sont restés guéris pendant la durée de mon séjour au Val-de-Grâce, ou bien s'ils ont changé de lieu, ou bien encore s'ils ont eu recours à l'arrière-boutique du pharmacien. Cependant, autant que j'ai pu en juger, je crois que le mercure ne modifie pas la marche de la syphilis. J'ai dans mes notes un certain nombre de faits dans lesquels des accidents secondaires ont reparu un mois après une première manifestation, malgré le traitement strictement continué. Il me revient à l'esprit en ce moment l'exemple d'un jeune homme qui me fut adressé de Vienne, par M. Sigmund, et qui, dans l'espace de trois mois, eut trois poussées syphilitiques successives. Le traitement mercuriel consistant en onctions mercurielles quotidiennes avait été continué, et si je m'en rapporte aux légitimes impatiences du malade, il avait été religieusement observé. Mais je n'insiste pas davantage sur de tels exemples, parce que je suis convaincu que chacun de nous en a observé de semblables. Cependant il convient d'ajouter que ces récidives à courte échéance sont rares. Pour les expliquer, la réponse est toute prête : ce sont des cas réfractaires au mercure !... Réfractaires assurément !... seulement est-ce le sujet ou la vérole ? Toute la difficulté est là, entre les naturistes et les doctrines classiques ?

On a dit aussi que si le mercure ne neutralisait pas définitivement le virus syphilitique, du moins il troublait l'ordre, modifiait la nature et atténuait la gravité de ses manifestations. Grâce à lui, la syphilis, quand elle n'est pas jugulée d'emblée, s'épuiserait dans une série de manifestations de même ordre, de plus en plus éloignées, de moins en moins graves, sans que l'on ait à redouter les accidents secondaires tardifs ou les accidents tertiaires qui en représentent les véritables dangers, et qui sont à peu près inévitables sans le mercure. D'un autre côté, les partisans de l'abstention, et en particulier M. Diday, soutiennent que la syphilis guérit d'elle-même avec ou sans traitement. Ce ne serait que dans quelques cas représentant l'exception qu'elle accomplirait le cycle fatal des accidents tertiaires, sans que le traitement mercuriel fût capable de l'en préserver. Je ne saurais me prononcer sur ces questions fort difficiles à juger, et décider qui a raison du génie du mal ou du traitement. Il faudrait plus de faits et une plus longue expérience que la mienne, mais cependant je ne puis m'empêcher de dire qu'entre les menaces sans justification de l'école classique et les paroles consolantes de l'école nouvelle, je ne puis qu'être entraîné vers cette dernière. Vous allez en juger : chez mes 470 syphilitiques, je n'ai rencontré que sept exemples d'accidents secondaires tardifs ou tertiaires. En voici l'énumération : syphilides pustulo-crustacées, 3 ; testicule syphilitique, 1 ; tumeurs gommeuses, 1 ; nécrose syphilitique du vomer et de la voûte palatine, 2. Sept sur 470. Ce chiffre montre combien sont rares dans l'armée les accidents éloignés de la vérole ; et pourtant la moitié de ceux que j'ai observés n'avaient pas pris de mercure. J'ajouterai même que le hasard a voulu que ces sept exemples d'accidents tertiaires aient suivi un ou plusieurs traitements mercuriels ; mais comme, à l'exception d'un, c'était à une époque antérieure à mon observation, je ne réponds de rien, car je ne puis dire si le traitement a été suivi ou seulement prescrit.

Ici une question subsidiaire m'a longtemps préoccupé. Faut-il limiter la durée du traitement mercuriel dirigé contre des manifestations secondaires à la durée même de ces manifestations, ou faut-il le continuer, dans l'espoir de modifier avantageusement l'état diathésique, pendant un temps fixé par l'école à trois mois, je n'ai jamais su pourquoi, ou limité par l'administration d'une quantité invariable de mercure, comme on le faisait autrefois sans plus de raison ? Cette pratique représente encore un véritable traitement préventif ; celui-ci est consécutif, l'autre est primitif. Les faits que j'ai rappelés plus haut, et j'ajouterai les faits de bien d'autres, témoignent que l'un ne vaut pas mieux que l'autre.

Je résume ce qui précède en disant que le mercure a l'avantage incontestable de faire disparaître plus vite les accidents secondaires, ce qui est quelquefois très-précieux ; que son administration doit être limitée par la durée de l'accident contre lequel il est dirigé.

Si j'osais risquer en passant une courte observation générale, je dirais que les mercuriaux sont impuissants à modifier cet état de l'organisme inconnu dans sa nature, qui représente la diathèse syphilitique, mais qu'ils peuvent modifier avantageusement les manifestations par lesquelles il se révèle, parce que celles-ci ne représentent en définitive que l'un des modes du processus inflammatoire contre lequel les préparations mercurielles ont été recommandées de tout temps et jugées utiles.

Je crois devoir ajouter que, chemin faisant, j'ai étudié comparativement les diverses préparations mercurielles. Celle qui m'a le mieux réussi, au point de vue de ses effets et de sa tolérance, c'est la pommade mercurielle double, appliquée alternativement à la face interne des cuisses et des bras. L'action générale incontestable de cette préparation, la moins assimilable de toutes en apparence, est encore un sujet d'étonnement pour les physiologistes. Vous savez qu'on a voulu l'expliquer par cette supposition que les frictions nécessaires à son application enlèvent l'épiderme et mettent le derme à nu avec d'autant plus de facilité que, pour faire de la bonne pommade mercurielle, pour que le mercure s'éteigne bien dans le corps gras, il faut que celui-ci soit rance et par conséquent irritant. J'ai pris toutes les précautions pour voir ce qu'il y avait de fondé dans cette assertion. Je faisais fréquemment appliquer devant moi la pommade en onctions douces ; je faisais laver la plaie le lendemain avec de l'eau de savon tiède, et jamais je n'ai constaté la moindre altération de la peau, appréciable à l'œil nu, il est vrai. Dans d'autres cas, j'ai pris le soin de mettre la pommade mercurielle à l'abri du contact de l'air, à l'aide d'un large verre de montre.... Même résultat ! Je mentionne ce détail en passant, parce qu'il est relatif à un point qui me paraît demander encore de nouvelles recherches dans la question si obscure, si controversée de l'absorption cutanée.

Si j'ai bien vu et si les déductions puisées dans mon observation personnelle sont fondées, l'importance du traitement mercuriel appliqué à la syphilis serait singulièrement amoindrie. Et il vient naturellement à la pensée la question de savoir si ses avantages d'ordre secondaires compensent ses inconvénients.

Le mercure est incontestablement un modificateur énergique de l'organisme ; ses effets toxiques ont été bien étudiés ; ils sont bien connus. Mais, tel qu'il est employé aujourd'hui dans le traitement de la syphilis, il est en vérité bien inoffensif. La santé générale des malades que j'ai soumis aux onctions mercurielles, ne m'a paru différer en

---

minaison fatale qui survient, dit l'auteur, après une existence misérable variant de trois à sept ans, et enfin par les résultats heureux dont cette pratique a été suivie entre ses mains. Après avoir consacré quelques pages au catarrhe de la vessie, l'auteur arrive à une des parties les plus intéressantes du sujet; je veux parler des rétrécissements de l'urèthre et des accidents qu'ils provoquent. Il traite en premier lieu de la rétention d'urine, et montre de la manière la plus manifeste que, dans l'immense majorité des cas, le rétrécissement constitue la véritable cause prédisposante de cette affection, en empêchant la vessie de se contracter complétement, en déterminant par cela même sa distension exagérée, et enfin en provoquant l'inflammation et la contraction spasmodique du canal.

De là l'indication urgente d'agir efficacement sur le rétrécissement. La question de l'uréthrotomie amène l'auteur à parler de la fièvre uréthrale, et à en discuter la nature. M. Dolbeau semble se refuser à admettre, comme cause déterminante de cette fièvre, la pénétration directe de l'urine dans le sang; et bien que cette explication nous paraisse de beaucoup la plus satisfaisante, il est disposé à l'attribuer à une action réflexe de la moelle épinière provoquée par l'excitation dont le canal de l'urèthre a été le siége. Des faits ultérieurs nous semblent nécessaires pour confirmer cette théorie. Nous arrivons à une partie qui nous a vivement intéressé, je veux parler des abcès urineux, des fistules urinaires et de leur traitement. A ce propos M. Dolbeau établit les indications de l'uréthrotomie, et ses conclusions me semblent basées sur les idées les plus saines. Cependant lorsque l'auteur vient ensuite à discuter la valeur comparative des divers uréthrotomes, bien qu'il rende à l'instrument de M. Maisonneuve une pleine et entière justice, en ce qui concerne sa simplicité, son maniement facile et sûr, je ne puis me ranger à l'opinion de M. Dolbeau, lorsqu'il le met en balance avec l'uréthrotome de Charrière, et donne à ce dernier la préférence dans certains cas. Je crois, jusqu'à preuve du contraire, que les accidents opératoires sont beaucoup plus fréquents avec ce dernier instrument, et je considère que l'uréthrotome de M. Maisonneuve est, si l'on admet l'uréthrotomie nécessaire, le seul instrument qui puisse donner à l'opérateur de sérieuses garanties. A part ce léger dissentiment, je partage de la manière la plus complète les idées de M. Dolbeau sur le sujet qui nous occupe. On peut considérer, sans contredit, comme une des parties les plus intéressantes de ce chapitre, celle qui a trait au rétrécissement infranchissable de l'urèthre, compliqué de fistules périnéales et traité par l'uréthrotomie externe sans conducteur. La situation dans laquelle l'auteur se trouvait placé est certainement une des plus délicates et des plus difficiles que l'on puisse imaginer, et il nous paraît impossible d'abord d'en discuter les chances avec plus de sagacité et de prévision, ensuite d'en sortir avec plus de bonheur et d'habileté.

Le dernier chapitre renferme les maladies chirurgicales des membres. Il traite du diagnostic et du traitement de cette affection bizarre et assez fréquente à laquelle on a donné le nom de scapulalgie. Après une intéressante observation d'arthrite suppurée du genou, suivie de l'amputation de la cuisse, l'auteur relate, à propos d'une arthrite fongueuse de l'articulation scapulo-humérale, un procédé fort ingénieux de résection de la tête humérale. Ce procédé dû à Morel, modifié et régularisé par M. Nélaton, a l'immense avantage de ménager le nerf circonflexe et de n'intéresser qu'une petite partie du deltoïde. Viennent ensuite les affections de la hanche, les luxations pathologiques, leur diagnostic et leur traitement. Enfin, après avoir exposé dans tous ses détails l'anatomie pathologique et le traitement des exostoses sous-onguéales, l'auteur termine par un exposé très-complet du mal perforant, de ses symptômes et des difficultés inouïes qui s'opposent à sa guérison. Par une innovation des plus heureuses, M. Dolbeau fait intervenir ici le sphygmographe de M. Marey, et démontre de la manière la plus évidente, au moyen des tracés qu'il met sous les yeux du lecteur, que le mal perforant s'accompagne, sinon constamment, au moins presque toujours, de lésions intimes dans le système artériel, lésions qui expliquent l'extrême ténacité de cette affection, et l'insuffisance des moyens chirurgicaux employés contre elle.

J'en ai terminé avec cette courte analyse qui ne peut donner qu'une très-faible idée de l'ouvrage de M. Dolbeau.

Pour me résumer à ce sujet, je considère ces leçons chirurgicales comme un livre appelé à rendre les plus grands services, en ce sens qu'il expose sans passion ni parti pris les principes de la chirurgie la plus éclairée et de la plus saine pratique. Aussi, en présence d'un semblable résultat, souhaitons-nous ardemment que les circonstances permettent à l'auteur de poursuivre la même voie, et de compléter son œuvre.

L. A. de Saint-Germain,
Chirurgien du Bureau central.

rien de celle des syphilitiques traités par l'abstention et l'hygiène. Cependant je n'irai pas jusqu'à dire qu'il est toujours exempt d'inconvénients. Je fais allusion en ce moment à la stomatite mercurielle. Sans doute on peut sûrement aujourd'hui préserver les malades de ces salivations excessives que l'on recherchait autrefois; mais il serait trop absolu de dire que, dans tous les cas, on évite assez complétement les accidents du côté de la bouche pour ne pas nuire à la mastication et à la nutrition. J'ai dans mes notes une dizaine d'exemples qui témoignent que, malgré l'emploi du chlorate de potasse en potion et en gargarisme, la stomatite mercurielle fut assez intense pour imposer des temps d'arrêt ou une suspension définitive du traitement. Quoi qu'il en soit, ce sont là des faits bien exceptionnels, et peu inquiétants.

Autant que j'ai pu en juger, le mercure me paraît sans inconvénient sérieux et, à plus forte raison, sans danger dans le traitement de la syphilis.

Pas d'inconvénients d'un côté, avantages secondaires de l'autre. Telle est la double considération qui me conduit à continuer l'usage du mercure dans le traitement curatif des accidents secondaires.

Comme conclusion, voici donc quelle serait ma pratique jusqu'à meilleure information :

1° Traiter l'accident primitif localement et attendre;

2° Traiter les accidents secondaires par la pommade mercurielle à dose quotidienne de 4 grammes, en y ajoutant comme correctif le chlorate de potasse en potion et en gargarisme;

3° Limiter le traitement à la durée même des accidents pour lesquels il a été institué;

4° Recourir au même moyen, employé de la même façon, à l'époque de chaque récidive.

Je laisse volontairement de côté le traitement des accidents secondaires tardifs et tertiaires, parce qu'ils ne me paraissent être mis en cause que d'une façon indirecte dans cette discussion. Je n'aurais d'ailleurs, en ce qui les concerne, rien à ajouter à ce qui est connu et accepté généralement.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

36. Maugenest. — Étude critique sur la nature et le traitement de l'éclampsie puerpérale. (Convulsions des femmes enceintes et en couches.)
37. Brissaud. De la mort apparente du nouveau-né.
38. Cazaux. — De la toux; sa valeur séméiotique, ses indications thérapeutiques.
39. Larmande. — Considérations sur la rupture de l'urèthre dans la contusion du périnée.
40. Malischewski. — Des principes miasmatiques.
41. Cornevin. — De la nature du choléra et des grandes épidémies.
42. Mireux. — Essai sur l'hérédité de la syphilis.
43. Mougeot. — Recherches sur quelques troubles de la nutrition, consécutifs aux affections des nerfs.
44. Verrollot. — De la luxation complète du tibia en avant.
45. De Lavaijsse. — Étude physiologique et thérapeutique de l'oxygène.
46. Cocteau. — Recherches sur les altérations des artères à la suite de la ligature.
47. Marduol. — De la résection sous-capsulo-périostée de l'articulation du coude.
48. Pchaack. — Quelques remarques sur la staphyloraphie.
49. Lamblin. — De la luxation complète et traumatique du tibia en avant.
50. Bernède. — Des difficultés de l'accouchement gémellaire.
51. Aucopt. — Étude comparée de l'anémie et de la chlorose.
52. Laphitzondo. — De quelques cas de lésions traumatiques éprouvées par le fœtus pendant l'accouchement.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente.	823	25
M. le docteur J. Marion Sims. .	100	»
Total.	923	25

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour deux places de médecin près le Bureau central s'ouvrira le 3 juin prochain.

Sont nommés juges titulaires : MM. Béhier, Bouley, Desnos, Gallard et Maisonneuve. — Juges suppléants, MM. Briquet et Velpeau.

— Quelques erreurs s'étant glissées dans le programme des concours pour l'admission aux emplois d'élèves médecins et d'élèves pharmaciens à l'École du service de santé militaire de Strasbourg; nous allons rétablir les faits mal présentés.

Le concours pour les élèves médecins s'ouvrira :

A Lyon, le 19 septembre et non le 18.

A Bordeaux, le 29 septembre et non le 20.

Le concours pour les élèves médecins-pharmaciens s'ouvrira :

A Toulouse, le 18 septembre et non le 21.

A Strasbourg, les examens se feront dans les locaux de l'École du service de santé militaire.

A Paris, dans ceux de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Les candidats-médecins auront à traiter comme épreuves :

1° Une composition sur un sujet d'histoire naturelle;

2° Interrogations sur la physique et la chimie, dans leurs parties afférentes aux sciences médicales.

Il sera accordé trois heures pour les compositions, qui seront corrigées à huis clos par le jury. Les fautes d'orthographe, de langue et les erreurs scientifiques seront relevées et portées en note marginale; les fautes d'orthographe et les fautes de langue graves répétées seront un motif suffisant d'élimination.

Les candidats pharmaciens auront comme épreuves :

1° Composition écrite sur une question de physique et de chimie;

2° Interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle (botanique, zoologie et minéralogie).

Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité.

Les épreuves auront lieu devant un jury composé du pharmacien inspecteur, qui le présidera, et de deux pharmaciens militaires désignés par le ministre.

— M. le Dr Ed. Langlebert commencera un nouveau cours clinique sur les maladies syphilitiques, lundi 27 mai à 2 heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cours de clinique médicale, leçon d'ouverture, par M. Béhier, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris. In-8°. Prix : 75 cent. — Paris, 1867, P. Asselin.

De la blennorrhagie dans ses rapports avec les diathèses rhumatismale, goutteuse, scrofuleuse et herpétique, par le docteur Michel Peter, médecin des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Recherches sur la prothèse des membres, par le comte de Beaufort. 1 vol. grand in-8° avec figures. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Oblitération simultanée des artères iliaques par des caillots emboliques, suivie de considérations générales sur le diagnostic de cette affection, par le docteur Hip. Bourdon, médecin de l'hôpital de la Charité. Grand in-8° avec figures. Prix : 1 fr. — Paris, 1867, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 63. — MARDI 28 MAI 1867. (40e ANNEE.) MARDI 28 MAI 1867. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — Sociétés savantes et hôpitaux. — HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE (M. Bergeron). Hypertrophie musculaire. — ÉCOLE PRATIQUE (M. Charcot). La médecine empirique et la médecine scientifique. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX.

PARIS, LE 27 MAI 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

Les listes de présentation comme les nominations dans une Académie prêtent à beaucoup de commentaires. On aime à écarter les voiles dont s'entoure une majorité, à rechercher les éléments dont cette majorité se compose et les motifs qui ont pu déterminer ses préférences.

A l'Académie des sciences, la section de médecine et de chirurgie vient de présenter, pour la place vacante, en première ligne, MM. Guérin et Sédillot, en seconde ligne MM. Laugier et Nélaton.

Nous pourrions avoir la tentation de faire pénétrer nos lecteurs dans les coulisses; mais cet voie offre des dangers qui se sont montrés trop clairement dans une circonstance récente.

Il s'était agi d'une élection dans un corps savant dont plusieurs membres, qui faisaient aussi partie d'un autre, s'unirent dans une même pensée. Considérant la discussion comme indispensable dans une assemblée, ils fixèrent leur choix sur un candidat dont l'éloquence était brillante, dont le mérite était incontestable, mais dont les doctrines scientifiques ne cadraient en rien avec les leurs.

Quand ils eurent assuré son succès par leur vote, ils virent cette élection, qu'ils avaient faite, représentée comme une protestation contre eux et contre leurs principes. Leur acte de courtoisie intelligente était devenu une défaite; et ce qu'ils avaient élevé de leur main, c'était un drapeau autour duquel on se rallierait pour bientôt compléter leur ruine. Je n'ai point à dire quel étonnement je leur entendis exprimer à cette nouvelle.

— M. Namias (de Venise) vient d'adresser à l'Académie des sciences, sur le bromure de potassium employé contre l'épilepsie, une note que nous publierons.

On sait que le bromure de potassium a été préconisé contre l'épilepsie en Angleterre. Il y a été beaucoup employé, particulièrement par M. Brown-Séquart, alors que cet illustre physiologiste était à la tête d'un service d'épileptiques, avant son départ pour l'Amérique. Les résultats ont été moins satisfaisants qu'on ne l'avait espéré d'abord. Beaucoup furent soulagés, peu semblèrent guéris. Je dis *semblèrent*, car dans l'épilepsie toute manifestation peut disparaître pendant longtemps sans qu'il soit permis d'affirmer une guérison définitive.

J'ai vu un jeune homme d'excellente famille, après avoir eu quelques accès d'épilepsie dans son enfance et avoir subi un traitement complexe, jouir pendant plus de douze ans d'une santé parfaite en apparence : ce qui lui permit de recevoir une instruction très-étendue et de tenir un rang distingué dans le monde aristocratique. Un soir, dans un grand bal chez un ambassadeur, alors qu'il était sans inquiétude sur un mal qu'il croyait guéri, il fut pris tout à coup d'une effroyable attaque. Depuis cette rechute, les attaques se sont succédé à intervalles assez rapprochés, sans être modifiées par les remèdes qui les avaient arrêtées d'abord.

Il en fut de même chez un autre malade, professeur dans un grand lycée. Pendant plusieurs années il [illegible] réussir à faire disparaître les accès par l'usage habituel du nitrate d'argent. Ce sel avait bleui généralement sa peau, mais il ne le discontinuait pas. Eh bien, comme dans le cas précédent, le mal reparut d'une façon inattendue, sans que désormais on n'y pût rien.

Je pourrais citer un très-grand nombre de faits semblables. J'ai vu bien des médicaments, à commencer par la belladone et la pivoine, suspendre les accès d'épilepsie pendant un temps plus ou moins long; mais presque toujours j'ai fini par être informé des récidives.

Il faut savoir, du reste, que l'imagination n'est pas sans jouer un certain rôle dans le premier effet des remèdes que l'on essaye chez les épileptiques. Ainsi que je le disais en 1863, dans des leçons sur l'épilepsie que la *Gazette des Hôpitaux* a publiées (1). « Tous ceux qui se sont occupés pratiquement de « l'épilepsie savent combien souvent elle paraît d'abord modi- « fiée par les remèdes les plus nuls, pourvu que l'imagination « des malades ait été vivement frappée. »

En ce qui touche l'action des bromures, l'épreuve n'est point assez longue pour nous paraître définitive. Nous avons pourtant vu cette médication, dans le service de M. Bernutz, mettre fin à une série d'attaques épileptiformes, et M. Bernutz nous a parlé d'observations plus concluantes et de succès obtenus soit par lui, soit à sa connaissance par le docteur Thomas (de Sedan).

La méthode préconisée par l'un et par l'autre consiste à commencer par une faible dose et à augmenter chaque jour d'un gramme jusqu'à production d'effets physiologiques qui peuvent être : une anesthésie de l'arrière-gorge, des phénomènes gastralgiques, de violents maux de tête avec hébétude, perte de mémoire et parfois même une sorte d'état mental qui se rapproche de la démence.

On cesse alors d'accroître les doses, puis on les diminue progressivement.

A la Société médicale des hôpitaux, la discussion sur les bruits vasculaires devient des plus intéressantes.

M. Potain admet que les bruits de souffle siégent dans les veines; il nous a paru même plus explicite à cet égard que le mois dernier, car il ne parle plus de bruits de souffle artériels.

Par des expériences sphygmographiques très-délicates, dont il a fait amplifier les tracés, il a distingué quatre temps dans le pouls veineux des jugulaires. Il décrit d'abord deux soulèvement qui répondent à la systole : 1° de l'oreillette, et 2° du ventricule; puis, répondant à leur systole, deux affaissements plus étendus.

C'est pendant ces affaissements que le bruit de souffle intermittent se fait entendre. Ainsi se trouve renversée la théorie de M. Parrot, car, si le bruit de souffle était produit par le reflux du sang dans les veines, il coïnciderait avec la contraction et non point avec la dilatation des cavités cardiaques.

M. Potain a voulu se rendre compte de l'influence qu'avait sur les bruits la composition du liquide. Il a renouvelé les expériences de MM. Chauveau et Marey, en faisant couler dans un tube, où il imitait un rétrécissement, d'abord de l'eau, puis du sérum, puis du sang pur. Il a trouvé les bruits d'autant plus manifestes que le liquide était moins visqueux. Mais il a vu en même temps qu'un liquide visqueux coulait moins vite, et que, si l'on rendait la vitesse égale par un accroissement de pression, on obtenait les mêmes bruits. Nous avons constaté par nous-même l'exactitude de ces données.

M. Potain en a conclu que les bruits de souffle pouvaient se produire toutes les fois que le sang passait plus rapidement à travers les veines : accélération qui pouvait dépendre de la fluidité du sang, du peu de résistance éprouvée au passage dans les capillaires, ou enfin de contractions cardiaques plus énergiques.

Ainsi se trouvent divisés les bruits de souffle en deux catégories : 1° des bruits actifs par excès d'impulsion, comme au début des fièvres graves; 2° des bruits passifs par hydrémie et relâchement des capillaires.

On voit que jusqu'ici cette théorie répond parfaitement aux faits cliniques.

Elle présente en outre l'avantage de rendre compte également du pouls récurrent dans les circonstances où je l'ai observé, comme dans celles où Récamier l'avait signalé.

On sait ce qu'est le pouls récurrent. La radiale communique avec la cubitale par des anastomoses dont le calibre est en général insuffisant à l'état normal pour que le mouvement de pulsation se transmette d'une artère à l'autre de manière à produire un choc évident. Lorsqu'en comprimant la radiale, on la sent battre plus bas, on dit qu'il y a récurrence. Eh bien dans les mêmes circonstance où l'on trouve un bruit de souffle inorganique, on constate un pouls récurrent; ce qui est naturel, si les deux phénomènes tiennent l'un et l'autre au passage plus rapide de l'ondée sanguine. Du reste, pour le pouls récurrent comme pour le bruit de souffle, il faut tenir compte des dispositions individuelles.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, année 1863, nos 95, 96, 105, 120, 130, 132.

— Pour être médecin qualifié en Angleterre, il ne suffit pas d'avoir passé des examens et reçu des diplômes, il faut encore être actuellement membre effectif de quelque collége reconnu, ou en d'autres termes, de quelque corporation médicale. Un procès rapporté longuement dans la *Lancette anglaise*, met ce fait en pleine lumière. Il s'agit d'un médecin nommé J.... qui, docteur d'Erlangen, membre du Collége des médecins d'Édimbourg et du Collége des chirurgiens de Londres, avait été immatriculé en cette double qualité sur le registre général. Il publia des livres sur l'impuissance, fonda un musée anatomique qu'il faisait voir pour de l'argent, et comme charlatan fut exclus par les deux Colléges. Mais il ne voulut pas rendre ses diplômes, et continua à pratiquer comme antérieurement.

Or *l'acte médical* de 1859, qui fait loi maintenant en tout ce qui touche la médecine, punit d'une amende dont le maximum est de 500 francs, l'usurpation du titre de médecin qualifié. Il faut dire qu'entre autres priviléges les médecins qualifiés ont celui d'exiger seuls des honoraires.

Le Collége des chirurgiens poursuivit donc son ancien membre comme ayant perdu le droit de se prétendre médecin qualifié, et le docteur J.... fut condamné au maximum.

Certes, quand nous voyons en France des médecins avilir leur titre, et déclarer effrontément, comme dans un récent exemple, qu'ils se font charlatans et n'ont plus rien à voir avec la science ou ses représentants, on se prend à regretter que le corps médical ne puisse pas leur faire arracher leurs diplômes.

Mais quand on songe aux inconvénients des corporations organisées, à l'esprit de coterie et de cabale, quand on se rappelle que le Collége des chirurgiens de Londres faillit expulser l'illustre Harvey lorsqu'il annonça sa découverte ; on est forcé de reconnaître que la législation française sur l'exercice de notre profession est encore la moins imparfaite de toutes celles qu'on ait essayées.

—Deux cas de goître exophthalmique se trouvent en ce moment, l'un dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu, l'autre à la Pitié, dans le service de M. le professeur Béhier. La malade de M. Guéneau de Mussy s'est bien trouvée de l'emploi de teinture d'iode mêlée à de l'eau de riz et avalée aussitôt, de manière à ce que l'estomac reçût de l'iodure d'amidon à l'état naissant. Quant à la malade de M. Béhier, depuis son entrée à l'hôpital, elle va mieux, sans avoir subi aucune médication.

Dans les salles de M. Richet, deux malades sont morts dernièrement d'infection purulente. L'un d'eux était atteint d'un phlegmon diffus, l'autre était ce jeune homme que M. Richet avait opéré pour un fibrome de la paume de la main.

Dans les autres services chirurgicaux que nous avons visité, pour le moment il n'existait pas d'infection purulente.

On peut observer dans le service de M. Houel, à la Clinique, un cas curieux de sclérodermie locale, se reproduisant sur des parties éloignées les unes des autres. Nous reparlerons de cette maladie. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BERGERON.

Hypertrophie musculaire.

Le sujet que nous présentons à votre examen est un enfant de dix ans dont les masses musculaires sont extraordinairement développées. Le père et la mère de cet enfant se portaient bien, ou du moins n'ont pas présenté d'affection semblable. Mis en nourrice, cet enfant se distinguait dès lors par son embonpoint, mais il a marché tard, à peu près vers l'âge de vingt-sept mois. Cependant il était devenu capable d'aller assez loin à l'école, lorsque, l'année dernière la marche devint de plus en plus difficile, et, en définitive, presque impossible. L'enfant tombait souvent, et une fois sur le ventre, il restait, sans arriver jamais à se relever de lui-même par les plus grands efforts. Sa nourrice ne put pas le garder, et il entra enfin dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Comme vous le voyez, les masses musculaires sont seules développées chez cet enfant; elles se dessinent nettement et font une saillie qui le rend comparable à une caricature de l'Hercule Farnèse. Les attaches sont fines, du reste, et contrastent étrangement avec ces mus-

cles énormes, qu'on croirait au premier abord très-vigoureux. Le mollet mesure 39 centimètres de tour, mais regardez combien la démarche est incertaine, combien les mouvements sont peu précis. Cette apparence de force extrême couvre une faiblesse très-marquée. Sous l'influence d'un courant électrique, les muscles se contractent encore, mais bien moins énergiquement qu'à l'état normal.

Dès l'abord, j'ai attribué cette hypertrophie au développement non point des fibres musculaires, mais du tissu cellulaire qui les sépare et les entoure. M. Duchenne (de Boulogne), à qui je montrai ce malade, me conseilla d'extraire un fragment de muscle à l'aide d'un petit trocart spécial de son invention. J'essayai, mais je ne ramenai aucune fibre musculaire, seulement du tissu cellulaire et graisseux. M. Duchenne, dans une seconde expérience, ramena quelques fibres sur lesquels on trouva les stries transversales beaucoup moins marquées qu'elles ne devraient l'être.

Des faits semblables ont été rapportés par M. Duchenne (de Boulogne) et par Fritz qui, pour la plupart, les avait empruntés aux Allemands.

Mais, dans les observations de M. Duchenne, l'altération était bien moins généralisée; elle occupait le mollet seulement. D'ailleurs il y avait paralysie, ce qui n'existe pas chez notre malade; les muscles ne se contractaient pas sous l'influence de l'électricité, tandis qu'ici ils se contractent. Enfin, M. Duchenne attribue à quelque maladie cérébrale antérieure l'hypertrophie, qu'il ferait porter sur le tissu musculaire lui-même, tandis que dans le cas actuel on ne peut pas trouver trace d'affection cérébrale, et l'affection ne porte pas sur les fibres contractiles, mais sur le tissu cellulaire.

Je comparais donc cette affection au sclérème, bien que le tissu cellulaire sous-cutané fût hors de gestion, et je pensai d'abord à employer l'iodure de potassium, qui m'a donné de bons résultats dans le sclérème.

Mais il me semble que cet enfant, sans aucun remède, par le seul effet du séjour dans un hôpital, a déjà diminué notablement de volume, et j'attendrai.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Charcot.

La médecine empirique et la médecine scientifique.

PARALLÈLE ENTRE LES ANCIENS ET LES MODERNES.

Messieurs,

Le cours que nous inaugurons aujourd'hui se rattache par un côté aux conférences de l'an passé, conférences auxquelles plusieurs d'entre vous m'ont fait l'honneur d'assister. C'est encore, en effet, l'hospice de la Salpêtrière qui nous en fournira les matériaux; mais cette fois il sera particulièrement consacré à l'histoire de certaines maladies des centres nerveux, qu'il nous est donné d'observer sur une grande échelle dans ce vaste établissement. Les maladies du cerveau et de la moelle épinière qui vont nous occuper se rattachent à peu près toutes à des lésions anatomiques bien accentuées; nous ne négligerons pas toutefois l'étude comparative des affections du système nerveux, auxquelles manque actuellement encore le caractère fourni par l'existence d'un vice matériel appréciable; mais nous laisserons en dehors de notre programme l'histoire si intéressante, mais si spéciale à tant d'égards, des maladies mentales.

Nous nous astreindrons autant que possible à donner à nos leçons les allures méthodiques qui conviennent à tout enseignement théorique. Nous ne négligerons pas toutefois le côté clinique, et nous espérons bien pouvoir vous montrer, au lit du malade, quelques-uns des types qui auront servi de point d'appui à nos descriptions.

Vous connaissez maintenant l'objet de ces leçons; nous pourrions entrer immédiatement en matière, car nous sommes fort de l'avis de Condillac, et nous pensons que les considérations générales sont, le plus souvent, bien mieux placées à la fin d'un cours qu'elles ne le sont au début. Mais il existe, messieurs, une tradition pour ainsi dire classique, qui crée au professeur l'obligation de s'expliquer tout d'abord, d'une manière plus ou moins catégorique sur certaines questions fondamentales, et d'exposer, en quelque sorte, sa profession de foi scientifique.

A cette obligation, nous ne croyons pas devoir nous soustraire, et nous allons entrer courageusement dans l'accomplissement de cette tâche souvent ingrate et toujours difficile, comptant bien un peu sur votre indulgence et sur la bienveillance que vous nous avez déjà témoignée.

Il existe un moyen simple, et pour ainsi dire naturel, d'aborder ces questions majeures; c'est de rechercher, dans le cours du développement progressif de la culture scientifique, comment ces questions se sont produites et comment elles ont été diversement résolues. L'histoire devient ainsi un agent de critique; or l'on reconnait bientôt, en suivant cette voie, qu'à aucune époque l'observation pure n'est parvenue sans de suprêmes efforts à dominer l'esprit d'hypothèse. Pour ce qui concerne spécialement la médecine, qui seule doit nous occuper ici, jamais on n'a vu par exemple les intelligences même les plus stoïques se borner à constater les faits sans chercher à le relier entre eux par une théorie quelconque; dès l'origine, on voit les esprits occupés autant et plus des rapports subjectifs des choses que de leur réalité même; les produits empiriques de l'observation, à peine acquis, sont rapprochés, éprouvés les uns par les autres, pour en faire sortir des théories ou des systèmes (1). Il y a là, il faut bien le reconnaître, une nécessité de l'esprit humain, et il semble, suivant une expression célèbre de Kant, que nos pensées doivent se fondre dans ce moule uniforme. C'est ce qu'a parfaitement reconnu lui-même le fondateur de la philosophie positive, auquel on ne reprochera pas sans doute d'avoir ouvert la voie aux hypothèses, lorsqu'il a déclaré que, si une théorie doit être exclusivement fondée sur des observations, il faut de toute nécessité être guidé par une théorie pour se livrer à l'observation d'une manière fructueuse.

Mais on peut distinguer toutefois, à cet égard, les besoins réels de notre intelligence des exagérations de tout genre auxquelles les esprits systématiques se laissent entraîner. On conçoit en effet l'existence d'une méthode spéculative s'appuyant rigoureusement sur les faits, comme aussi l'existence d'une méthode d'observation se tenant aussi loin que possible des spéculations prématurées; et il ne s'agirait plus, par conséquent, que de rechercher sur quel terrain ces deux méthodes doivent se rencontrer.

Messieurs, du point de vue où nous sommes placés, nous croyons reconnaître une différence capitale entre l'ancienne médecine et la médecine moderne. La première a toujours manqué des éléments nécessaires à l'édification d'une théorie positive, et c'est pourquoi les nombreuses tentatives qu'elle a faites dans cette direction devaient toujours échouer. Les modernes, au contraire, possèdent quelques-uns des matériaux qui devront servir à cette construction; mais ils savent surtout — profitant des erreurs commises par leurs devanciers — quels chemins doivent rester fermés à la spéculation, et quelles voies, au contraire, elle peut parcourir sans crainte de s'égarer.

C'est surtout à développer cette thèse que nous nous attacherons, dans le cours de cette leçon; mais il nous faut tout d'abord indiquer en quel point de l'histoire finit l'ancienne médecine, pour faire place à la médecine nouvelle.

I. — La médecine a vu s'opérer de nos jours une révolution profonde, radicale.

Il faudrait remonter sans doute à des temps fort éloignés, pour retrouver l'origine première, le point de départ de ce grand mouvement, dont nous subissons encore aujourd'hui l'influence. Mais c'est seulement vers la fin du siècle dernier et au commencement du nôtre que la direction de ce mouvement s'est nettement accentuée, et que le but où il tend s'est révélé d'une manière éclatante.

Dire qu'un abîme infranchissable s'est ouvert à partir de cette époque entre l'ancienne et la nouvelle médecine, ce serait évidemment aller beaucoup trop loin. Non, les liens de la tradition ne se sont pas rompus. Le labeur des temps passés n'est pas perdu, et nous conservons précieusement l'immense héritage que nos prédécesseurs ont accumulé pendant le cours des siècles; mais il faut constater que de nouveaux horizons se sont ouverts pour nous, et que le point de vue s'est déplacé.

Les précurseurs de cette réforme ont été Vesale, Harrey, Morgagni, Bichat, le créateur de l'anatomie générale. Corvisart, Laennec, Broussais ont surtout coopéré au mouvement. Puis viennent nos maîtres immédiats, Andral, Rostan, Bouillaud, Cruveilhier, Magendie, Rayer, et j'aime à vous faire observer que tous ces noms sont français. Il semble que les progrès merveilleux qu'a réalisés dans ces derniers temps la physiologie expérimentale sous l'influence des Müller, des Cl. Bernard, des Longet, des Brown Sequard, aient enfin entraîné même les retardataires et les timides, et décidé la situation.

Le caractère de cette révolution consiste essentiellement dans l'intervention directe, immédiate, — nous ajouterons légitime, — de l'anatomie et de la physiologie, dans le domaine pathologique.

Avant l'époque où elle s'est produite, la médecine était à peu près tout entière dans l'étude des symptômes; après cette époque elle devient successivement anatomique, puis physiologique et acquiert décidément les tendances scientifiques.

On peut, croyons-nous, ramener à deux traits caractéristiques les principes fondamentaux consentis par la médecine moderne.

1° En premier lieu, les symptômes autrefois considérés d'une manière abstraite, et jusqu'à un certain point, en dehors de l'organisme, lui sont aujourd'hui intimement rattachés; on doit rechercher le siége du mal, suivant le précepte de Bichat. Entraîné par sa logique inflexible, Broussais proclame qu'il ne saurait y avoir de dérangement des fonctions, sans une lésion correspondante des organes (nous dirions aujourd'hui des tissus); les symptômes enfin ne sont désormais que le cri des organes souffrants.

2° En second lieu, la maladie avait pu être considérée autrefois comme un être indépendant de l'organisme, comme une sorte de parasite attaché à nos tissus; aujourd'hui, — et c'est encore à Broussais qu'on doit d'avoir nettement affirmé ce principe, — elle n'est qu'un trouble des propriétés inhérentes à nos organes, à nos tissus. Il s'agit là, non de l'apparition de lois nouvelles, mais de la perversion, du dérangement des lois préexistantes.

On comprend la part énorme que devront prendre désormais les connaissances d'anatomie et de physiologie dans l'interprétation des phénomènes morbides; est-ce à dire que ces deux sciences doivent absorber la pathologie et la dominer d'une manière absolue?

Messieurs, ici se présente une difficulté sérieuse qui appelle la discussion; je vous demande la permission d'entrer à ce propos dans quelques développements.

Incontestablement la pathologie peut être vivement éclairée par la physiologie; mais très-certainement elle ne saurait en être déduite.

Permettez-moi, à ce propos, de vous rappeler une pensée profonde qui se trouve dans Hippocrate: « Qui aurait prévu, dit-il, d'après la structure du cerveau, que le vin peut en déranger les fonctions? » A qui, ajoute M. Littré, qui cite ce passage, la connaissance du corps humain aurait-elle appris que les émanations marécageuses produisent la fièvre intermittente? Le problème, comme vous voyez, est complexe. En effet, outre la condition physiologique supposée connue, il faut rechercher encore le mode que détermine par son action la cause morbifique. En d'autres termes, pour savoir quels seront, sur un organisme sain, les effets d'un agent morbifique, il faut, de toute nécessité, que l'expérience ait été faite.

On voit par là que la pathologie, en présence de l'anatomie et de la physiologie, conserve de droit une certaine indépendance et jouit d'une certaine autonomie. La constatation pure et simple des faits pathologiques nous fournit évidemment des données d'une importance capitale; et c'est là, pour ainsi dire, la matière de la médecine. L'intervention des sciences biologiques, — y compris les connaissances physico-chimiques qui y attiennent, — est ici sans doute, indispensable; nos recherches, sans leur appui, se feraient le plus souvent, au hasard, comme à tâtons; mais leur rôle, en tant qu'il s'agit d'observation pathologique, est en quelque sorte subordonné; elles sont le moyen et non le but. L'observateur se borne et veut se borner à enregistrer les faits et à les envisager dans leurs rapports naturels. C'est là, croyons-nous, le véritable caractère de la médecine empirique, ce mot étant pris dans toute la dignité du sens étymologique. On peut désigner en somme, par cette expression, la science considérée dans un état encore imparfait et à l'époque où les faits ne sont pas reliés entre eux par une théorie physiologique.

« Le jour où la science, » a dit Requin, « serait parvenue « à la connaissance complète de l'homme normal, jusque dans « les profondeurs les plus intimes de son organisation et jusque « dans les mystères les plus cachés de sa vie; le jour où elle « aurait dévoilé tous les secrets de l'état pathologique et com- « pris toutes les modifications que les agents extérieurs pro- « duisent sur l'économie, ce jour-là la science serait faite (1). » Mais, à l'heure qu'il est, la réalité est bien loin d'approcher de cet idéal; la pathologie, la physiologie, l'anatomie elle-même, sont en voie d'évolution.

Aussi croyons-nous qu'en bonne méthode il importe de maintenir systématiquement, — bien qu'à titre provisoire, — les deux points de vue que nous avons indiqués, tout en favorisant, autant que possible, leurs rapprochements légitimes. Il faut éviter, en un mot, comme eût dit Bordeu, de marier de force et à contre-cœur le dogme et l'empirisme.

Ces réserves étant faites, nous sommes les premiers à reconnaître les immenses services que les applications bien dirigées de la physiologie moderne ont rendus à la pathologie et à proclamer hautement que l'avenir de la médecine est là.

Au reste, ce qui a manqué à nos prédécesseurs, ce n'est pas le sentiment de l'importance qu'il faut accorder à la physiologie dans les études médicales, ce sont des notions plus exactes et plus étendues sur les problèmes difficiles qu'ils ont quelquefois essayé de résoudre sans en avoir mesuré la profondeur. On peut, même dire que de tout temps, on s'est efforcé d'interpréter au point de vue de la physiologie alors régnante, les faits pathologiques.

Permettez-moi de vous citer ici les propres paroles de M. Daremberg, qui se prononce sur ce point avec toute l'autorité que donne une connaissance approfondie de l'histoire: « Il n'y a rien de meilleur, dit-il, qu'une bonne physiologie, ou du moins qu'une physiologie qui, reposant sur l'expérience, porte en elle-même des germes inépuisables de perfectionnement. Une telle physiologie reforme la médecine et transforme la thérapeutique; mais aussi il n'y a rien de plus désastreux, de plus contraire aux progrès de la pathologie, qu'une mauvaise physiologie, qu'une physiologie *a priori*, qui, chaque jour, trouve en elle-même les meilleures raisons de s'enfoncer de plus en plus dans les ténèbres, et d'enchaîner l'essor de la science. En vain les observations les plus délicates et les plus difficiles se multiplient dans l'école hippocratique, à Alexandrie; les idées sont plus entêtées que les faits. La physiologie résiste si bien, qu'elle dénature, pour les ranger sous sa loi, les découvertes de l'anatomie et les conquêtes de la pathologie..... Au contraire, lorque, entre les mains de Galien, la méthode expérimentale, déjà maniée à l'école d'Alexandrie, a transformé la physiologie du système nerveux, alors la médecine change de face (2). »

Or, messieurs, cette physiologie *a priori* est seule responsable de ces trop fameux systèmes qui, à diverses reprises, ont exercé une si funeste influence sur le développement de la science; le naturisme, le stahlianisme et toutes les formes du vitalisme ancien et moderne, sans en excepter celui de Bichat, s'y rattachent par un côté; l'iatro-mécanicisme, l'iatro-

---

(1) Dechambre, introduction au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. XIX.

(1) Boerhaave avait dit: « Qui itaque haberet perfectè intellectas omnes conditiones requisitas ad actiones, ille perspiceret clarè defectum conditionis ex cognito morbo, et rursum benè caperet ex cognito defectu naturam morbi indè necessario sequentis. »

(2) Résumé de l'histoire de la médecine, etc. — *Union médicale*, 1865.

chimisme s'y rattachent par un autre. Les uns détachent de l'organisme les forces de la vie, pour les faire régner sur lui en maîtres capricieux; les autres tentent audacieusement de donner, de la vie, une interprétation physique ou chimique, et cela à une époque où l'on ne soupçonnait même pas les véritables rapports de la biologie avec les sciences physiques. De tels écarts sont heureusement impossibles de nos jours. Assise sur des bases positives, la physiologie ne saurait plus être un danger pour la médecine; elle en est devenue au contraire le plus solide appui. Elle l'enveloppe de toutes parts, si j'ose ainsi dire, dans un réseau à mailles serrées, qui ne livre plus passage aux spéculations téméraires; et si, de nos jours encore, des erreurs sont quelquefois commises, elles ne témoignent que d'un vice dans l'application de la méthode et non d'une erreur dans ses principes.

Contre l'usurpation d'une mauvaise physiologie, les esprits sages et bien pondérés ont toujours protesté avec énergie; et c'est surtout à ce point de vue qu'il faut admirer ces médecins voués par principes au culte de l'observation pure, et parmi lesquels se détache, en première ligne, la grande figure d'Hippocrate.

Messieurs, quels ont été les fruits de cette médecine systématiquement isolée de tout contact étranger, réduite par conséquent à ses propres forces et fondée sur l'observation pure? Quel a été son caractère, jusqu'où peut-elle prétendre, où s'arrête son domaine? Voilà des questions qui méritent bien d'être examinées. L'histoire nous offre, à ce sujet, une expérience toute faite, qui s'est prolongée pendant plusieurs siècles et dont les résultats se présentent aujourd'hui à notre appréciation.

II. — Mais ceci nous conduit en pleine antiquité, aux plus beaux jours de la Grèce, au siècle de Périclès (1).

L'anatomie, à cette époque, n'existait qu'à l'état le plus rudimentaire; on n'avait pas encore distingué le système nerveux des parties tendineuses. On prenait le cerveau pour une glande. On croyait les artères pleines d'air; et la distribution réelle du système veineux était complétement inconnue.

La physiologie était encore au-dessous de ce point; elle ne reposait que sur des vues de fantaisie; elle ne s'était même pas dégagée de la philosophie spéculative de l'époque, qui, dans ses aspirations audacieuses à la connaissance immédiate de l'univers, négligeait la patiente, la modeste recherche des faits, et la considérait presque comme indigne d'un sage. Car l'erreur radicale de la philosophie grecque, ainsi que l'a fort bien dit Herschell (2), a été d'imaginer que la méthode qui, en mathématiques, avait donné de si beaux résultats, pouvait s'appliquer aussi à la réalité objective, et qu'en partant des notions les plus élémentaires ou des axiomes les plus évidents, on pouvait tout discuter.

Au milieu de ces circonstances, en apparence si défavorables, nous voyons surgir l'école de Cos. Elle nous apparaît dirigeant toutes ses critiques contre les médecins Cnidiens, qui n'avaient pas su, comme elle, résister à l'envahissement de la philosophie de l'époque. Elle affirme que la médecine doit marcher dans ses propres voies, en s'appuyant sur les faits, non sur des hypothèses; et c'est ainsi qu'elle construit cet édifice, qui a mérité l'admiration de tous les siècles.

On pourrait le comparer à ces chefs-d'œuvre de la statuaire grecque, exécutés par des artistes qui n'avaient observé que les formes extérieures, et dont toutes nos connaissances anatomiques ne nous ont pas encore appris à surpasser la beauté.

Hippocrate envisage le corps dans son ensemble et, si je puis ainsi dire, dans ses grandes lignes, sans prétendre en pénétrer le mécanisme interne.

Il le considère aussi dans ses rapports avec le monde extérieur, afin de constater les modifications qu'il en reçoit.

Ce dernier point de vue le conduit à une étiologie large et compréhensive, où l'influence des saisons, celle des climats, et, parmi les causes individuelles, celle des âges, sont surtout mises en relief.

A mesure que l'année passe par des phases successives de chaleur et de froid, de sécheresse et d'humidité, le corps humain éprouve des changements, et les maladies en empruntent les caractères. C'est sur ce fondement qu'est établie la doctrine des constitutions médicales, correspondant à des états particuliers de l'atmosphère, doctrine qui a subsisté jusqu'à nos jours, malgré les exagérations dont elle a été souvent l'objet, parce qu'elle renferme un fond de vérité.

Quant au climat, ce n'est pour ainsi dire qu'une saison permanente, et dont l'empreinte est plus marquée, parce que son influence ne manque jamais d'agir. Si les Grecs sont braves et libres, si les Asiatiques sont efféminés et esclaves, cela tient au climat que ces peuples habitent. Cette idée contient en germe, comme vous voyez, le fatalisme géographique développé dans les temps modernes par Herder, et qu'exploite si habilement de nos jours un littérateur philosophe, M. Taine, sous le nom de théorie des milieux. Ici l'exagération est flagrante, mais qui pourrait contester l'influence des climats sur les dispositions habituelles du corps et de l'esprit, et surtout sur les maladies dont nous pouvons être affectés?

Poursuivant cette analogie, Hippocrate considérait les âges comme les saisons de la vie, et leur attribuait par conséquent des maladies spéciales. Sans accepter cette interprétation, la science moderne a pleinement confirmé la réalité du fait; et nous savons qu'il existe des maladies qui tiennent aux révolutions des âges.

Dans la pathologie d'Hippocrate, ce qui nous saisit tout d'abord et nous impressionne le plus vivement, c'est l'importance qu'il attribue à l'état général et l'indifférence qu'il témoigne à l'égard de l'état local. Ce point de vue paraîtrait singulièrement exclusif si l'on oubliait les conditions dans lesquelles Hippocrate observait. C'est surtout sur les maladies aiguës fébriles qu'il avait concentré son attention, et plus particulièrement sans doute, suivant la remarque de M. Littré, sur les fièvres rémittentes ou pseudo-continues, qui règnent en Grèce de nos jours comme elles y régnaient au temps d'Hippocrate. Or il faut reconnaître que l'état fébrile constitue toujours un mode à peu près identique, indépendamment des causes qui le produisent et des formes diverses qu'il peut revêtir. Ce qui importait surtout, d'après Hippocrate, c'était de rechercher certains signes qui permettraient de prévoir les crises, les accidents, l'issue de la maladie, et de fournir des indications pour l'emploi des remèdes.

C'est pour en arriver là qu'il examinait attentivement l'expression des traits, la coloration du visage, l'attitude du malade, la chaleur du corps, les mouvements de la respiration, les urines, les sueurs, les évacuations diverses.

N'est-ce pas à peu près dans le même but que nous cherchons à apprécier l'état des forces, le degré de tension du système artériel, et les oscillations de la température centrale dans les cas où l'état local ne fournit pas d'indications utiles?

Il n'est pas jusqu'à la théorie des crises qui, soumise à la rude épreuve de la critique moderne, n'ait survécu, dépouillée toutefois du caractère intentionnel que lui prêtaient les anciens.

Vous voyez, messieurs, par cette rapide esquisse de la pathologie d'Hippocrate, à quels résultats peut conduire la méthode d'observation; les faits qu'elle recueille, les aperçus qu'elle justifie résistent à l'action du temps. Ils nous sont parvenus sans rien perdre de leur frappante vérité. Nous constatons en outre que, sans sortir de ses attributions légitimes, cette méthode peut suggérer des vues d'ensemble et fournir des données d'un ordre supérieur.

S'il existe, en effet, une observation surtout analytique et limitée aux faits de détail, dans laquelle les modernes ont surtout excellé, il existe aussi une observation en grand, plus familière peut-être aux anciens, qui ne se borne pas à examiner les phénomènes dans leur isolement, mais qui les envisage, au contraire, dans leurs rapports mutuels, dans leur ordre de succession; tels, en définitive, que les présente la nature à qui sait voir les choses d'un peu haut.

On est arrivé ainsi à reconnaître que chaque maladie a une évolution propre, un mode spécial de développement, un enchaînement particulier de symptômes qui permet d'en donner la description d'après un type commun, au milieu de la variabilité des circonstances accessoires.

C'est de là qu'est issue la notion des unités ou des espèces morbides, notion parfaitement exacte, puisqu'elle correspond à un fait d'expérience, mais dont la signification a été singulièrement altérée, lorsqu'on est allé jusqu'à considérer les maladies comme des êtres concrets, comme des individus, au même titre qu'un animal ou une plante.

On a reconnu encore, par des observations multipliées, que divers états morbides coexistent ou se succèdent, chez le même individu ou dans une même famille, suivant un ordre déterminé et d'après certaines lois; et l'on en a conclu, par un raisonnement très-simple, ou plutôt par une intuition directe, que ces affections n'étaient pas isolées, qu'elles devaient se rattacher à une cause commune qui leur sert de lien. C'est ainsi que s'est produite la grande conception des maladies constitutionnelles et diathésiques.

Cette idée relève donc de l'observation pure. L'hypothèse ne commence qu'au moment où, pour donner un corps à cette cause inconnue, l'esprit a imaginé, suivant le goût de l'époque, tantôt une influence du système nerveux, tantôt une modification de la crase des humeurs, ou la présence d'une matière morbifique dans le sang.

Dans la suite des temps, l'observation analytique a succédé à l'observation synthétique, qui n'a pas été d'ailleurs toujours négligée. Et ainsi, à mesure que le monde a vieilli, la science s'est successivement enrichie d'un nombre immense de faits généraux ou partiels, qui constituent en définitive la seule médecine traditionnelle qui commande notre respect.

Nous pouvons borner là cette revue rapide. Les exemples que nous avons donnés suffisent pour nous permettre d'apprécier les ressources de la méthode d'observation appliquée à la médecine, alors même qu'elle se renferme volontairement dans la sphère des phénomènes extérieurs de la maladie c'est-à-dire des symptômes.

Mais il est en même temps aisé de reconnaître qu'une pathologie ainsi privée de ses appuis naturels ne saurait aboutir, même entre les mains les plus habiles, qu'à un empirisme plus ou moins élevé. C'est là sans doute ce qui constitue au fond les assises communes de toute construction scientifique, et l'on a même pu établir sur de tels fondements une médecine pratique, que rien n'empêche de parvenir à un certain degré de perfection.

Mais l'œuvre reste inachevée, et l'esprit humain poussé en avant, par une force irrésistible, ne saurait s'arrêter en chemin. Les efforts qu'il a tentés pour compléter sa tâche ont dû nécessairement rester stériles, aussi longtemps que l'anatomie et la physiologie n'étaient pas constituées. C'est ce qui doit nous rendre indulgents pour les systèmes qui se sont successivement élevés depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Mais enfin les temps sont venus, la réforme s'est accomplie, et l'on peut apprécier aujourd'hui les fruits qu'elle a portés et prévoir ceux qu'elle portera dans l'avenir.

(1) On reconnaîtra facilement dans ce passage les emprunts faits à la belle exégèse qu'a donnée M. Littré de l'œuvre hippocratique.

(2) Discours sur l'*Étude de la philosophie naturelle*, 1834.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 mai 1867. — Présidence de M. HERARD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Hypertrophie musculaire. (Voir plus haut.)

M. ROGER. J'ai observé, il y a deux ans, à l'Hôpital des Enfants, un petit malade qui présentait aussi une hypertrophie musculaire, mais cette fois beaucoup plus semblable au type décrit par M. Duchenne, c'était une *paralysie hypertrophique* occupant seulement la masse sacro-lombaire et les mollets. Je tâcherai de retrouver cette observation.

M. GUBLER. Il me semble qu'il faut distinguer plusieurs catégories de faits semblables. L'année dernière j'ai vu en consultation un jeune homme de treize ou quatorze ans, fils d'un avocat, et qui, depuis l'âge de cinq ô six ans, était atteint d'une hypertrophie de toutes les masses musculaires.

Chez lui les articulations n'étaient pas fines, bien au contraire. Le tissu cellulaire était généralement hypertrophié et très-adhérent, probablement par suite du grand développement des fibres lamineuses. Les membres étaient grossiers d'apparence et comme taillés à la hache. M. Potain pourra sans doute nous donner de plus grands détails sur ce malade qu'il soignait.

M. POTAIN. Ce jeune homme est mort, peu de temps après, d'accidents cérébraux très-graves, compliqués de pneumonie. L'autopsie n'a pas été faite.

M. GUIBOUT. Quel traitement M. Bergeron veut-il appliquer à son malade?

M. BERGERON. Rien autre chose que l'iodure de potassium, que je tenterai peut-être à cause des résultats qu'il m'a donnés dans le sclérème.

Suite de la discussion sur les bruits vasculaires.

M. POTAIN. J'ai demandé la parole, non point pour attaquer les travaux de MM. Parrot et Peter, mais pour communiquer à la société le résultat de mes propres recherches entreprises depuis longtemps. D'ailleurs, il me semble que cette question est importante par elle-même, puisqu'il s'agit d'établir quelle valeur les bruits de souffle peuvent avoir pour le diagnostic de l'anémie ou de l'hydrémie.

Est-ce là un signe séméiotique qu'il faut abandonner ou non?

Mes études, sur ce sujet, ne me semblent pas l'avoir épuisé; mais elles m'ont déjà conduit à des résultats qui concordent, sous certains rapports, avec les conclusions de MM. Parot et Peter, et qui, sous d'autres rapports, s'en éloignent.

J'admets très-bien que les bruits de souffle ne sont pas un signe certain, pathognomonique, de l'anémie, qu'ils siégent souvent dans les veines; mais, en ce qui regarde leur mécanisme, il me semble bien difficile de les expliquer par une contraction spasmodique des jugulaires, ou par une insuffisance de leurs valvules.

Je crois que la composition du sang peut influer sur eux, et que certain d'entre eux ne sont pas dépourvus de toute valeur séméiotique.

On peut percevoir, à la région du cou, trois phénomènes vasculaires: 1° un mouvement; 2° un frémissement; 3° un bruit. Ces trois phénomènes sont liés l'un à l'autre.

Comme mille causes peuvent influer sur eux d'une manière ou d'une autre, à commencer par les mouvements respiratoires qui les modifient, pour s'en rendre compte, il est nécessaire de choisir des sujets chez lesquels la circulation soit ralentie: des ictériques ou des femmes en couche par exemple.

Alors on voit que le mouvement constaté à la région du cou se décompose en deux soulèvements assez faibles, suivis de deux affaissements plus considérables, et enfin d'une ascension lente de la région.

C'est principalement pendant une inspiration modérée que ces battements sont très-manifestes.

La première fois que je les ai remarqués, c'était à l'hôpital Saint-Antoine, chez une jeune fille. Elle portait au cou une croix d'or, qui, soulevée par les mouvements vasculaires, les amplifiait comme aurait pu faire un sphygmographe.

Depuis, j'ai répété cette observation sur bien d'autres, et à l'aide du sphygmographe j'ai obtenu des tracés que voici. Les deux soulèvements, puis les deux affaissements beaucoup plus marqués, y sont très-apparents.

Mais à quoi faut-il rapporter ces mouvements; aux artères? Non, car les tracés que donnent les artères ne constatent rien de semblable; jamais on n'y trouve quatre mouvements. D'ailleurs on les supprime en comprimant la base du cou trop légèrement pour effacer les artères; enfin ils sont larges, diffus comme ne seraient point des pulsations artérielles. Il faut donc les attribuer aux veines.

Ceci une fois établi, je m'attachai à étudier simultanément les mouvements des veines cervicales et ceux du cœur. La chose est d'une difficulté excessive, quand la circulation n'est point ralentie.

Déjà, en Allemagne, plusieurs observateurs s'étaient servis du sphygmographe de Marey pour étudier les mouvements des jugulaires, mais ils différaient d'interprétations, et l'un faisait coïncider avec la contraction des oreillettes ce qui, d'après d'autres, coïncidait avec celle des ventricules.

En utilisant à la fois plusieurs sphygmographes et en me servant du procédé indiqué par M. Marey pour son cardiographe, j'ai obtenu ces tracés simultanés. L'un a été pris sur une femme en couche, un autre sur un ictérique, et le dernier sur moi-même.

Dans tous, vous le voyez, la ligne supérieure, qui répond aux mouvements des jugulaires, décrit deux petits soulèvements, suivis de deux grands abaissements. En la comparant à la seconde ligne,

qui se rapporte aux mouvements du cœur, on voit que le premier soulèvement précède immédiatement la contraction ventriculaire, comme on le voit par les lignes n° 3 et n° 4 tracées par les artères carotides et radiales.

Ensuite vient le deuxième soulèvement de la jugulaire.

Quant aux affaissements, ils correspondent aux diastoles. Les tracés ne l'indiquent pas, car il est très-difficile d'obtenir des tracés de diastole ventriculaire ou aortique; mais en auscultant à l'aide d'un entonnoir de verre surmonté par un tube de caoutchouc, pendant que j'observais le cou, j'ai pu m'assurer: 1° que le premier affaissement précédant immédiatement la diastole ventriculaire correspondait à celle de l'oreillette, et que le second correspondait à la diastole du ventricule.

Ainsi les soulèvements de la veine répondent aux contractions des cavités cardiaques, les affaissements à leurs dilatations. Il fallait s'y attendre.

Il me reste à parler des frémissements et des bruits de souffle. Les frémissements peuvent être continus ou intermittents. S'ils sont intermittents, ils se produisent pendant l'affaissement vasculaire, c'est-à-dire pendant la diastole. Le rapport des bruits de souffle avec les battements est difficile à établir, cependant avec le stétoscope composé d'un entonnoir et d'un tube de caoutchouc, je crois y être parvenu, et il m'a semblé que lui aussi, quand il était intermittent, se produisait pendant l'affaissement des vaisseaux.

Ceci concorde mal avec la théorie de M. Parrot; car si le bruit de souffle était causé par un reflux sanguin, il coïnciderait avec la systole et non point avec la diastole du cœur. Quant au souffle continu, suivant M. Parrot, il se composerait de deux bruits en sens contraire; mais dans mes expériences, je n'ai jamais pu obtenir un bruit continu en faisant varier le sens du courant. Il y a toujours eu, lors du renversement, un intervalle très-appréciable pour l'oreille.

La théorie de M. Peter repose sur une supposition qui n'a rien en soi d'inadmissible. Les veines étant contractiles, pourraient être prises de spasme; mais j'aime mieux croire que le spasme, lorsqu'il se produit, a pour siége les capillaires; car si la contraction de la veine jouait le premier, l'unique rôle dans la production des bruits vasculaires, on pourrait toujours les reproduire à volonté, puisqu'il serait toujours possible de diminuer le calibre de la veine par compression.

En ce qui touche l'importance seméiotique des bruits vasculaires, dans l'anémie et dans l'hydrémie, M. Parrot la croit à peu près nulle, lorsqu'il n'existe pas en même temps une insuffisance de la tricuspide, et M. Peter l'admet tout au plus comme indiquant un spasme déterminé par l'anémie. Cependant depuis les recherches de M. Bouillaud, on sait que les bruits de souffle se produisent d'une manière générale, plus facilement chez ceux dont le sang contient moins de globules. Cette règle admet de nombreuses exceptions: c'est-à-dire que si le chiffre des globules est moyen, les uns présenteront un bruit de souffle, les autres non. Mais il n'est pas moins vrai qu'au-dessus d'un certain chiffre extrême, on ne trouve presque plus jamais de bruit de souffle, et qu'au-dessous d'un autre chiffre, moins élevé, on en trouve presque toujours. Pour résoudre cette question il faudrait faire un très grand nombre d'analyses de sang; mais ces analyses sont délicates et prennent beaucoup de temps.

J'ai essayé de déterminer par des expériences l'influence que pouvait avoir la composition du liquide sur la production de ces bruits. Faisant circuler successivement de l'eau, du sérum, du sang pur à travers un tube de caoutchouc que j'auscultais par le moyen d'un autre tube, également en caoutchouc, que j'adaptais sur le premier, j'ai constaté que les bruits très-forts que je produisais en pressant sur le tube lorsqu'il livrait passage à l'eau, étaient moins forts ou disparaissaient lorsqu'on remplaçait l'eau par du sang. Ceci concordait bien avec les observations pathologiques.

Mais je voulus aller plus loin dans l'analyse, et je m'aperçus que le sang coulait moins vite que l'eau. Lorsque par un procédé artificiel, en augmentant la pression, j'étais arrivé à faire couler le sang aussi vite que l'eau, l'intensité des bruits était la même. Tout se réduisait donc à une question de vitesse.

Chez l'homme, on comprend donc que la quantité de globules puisse et doive influer, car en modifiant la rapidité du courant, elle modifie les bruits par cela même. Mais beaucoup d'autres conditions peuvent contribuer au même résultat.

Ainsi les souffles qu'on entend à la crurale sont exagérés par la contraction du mollet, qui fait passer dans le même temps une plus grande quantité de sang.

A la sous-clavière, les bruits sont également exagérés, lorsqu'après avoir laissé le bras pendre un certain temps de manière à le congestionner, on le relève.

D'autre part, pendant la syncope, la circulation étant ralentie, les souffles cessent; tandis qu'ils s'exagèrent lorsqu'elle s'accélère par suite de contractions du cœur plus énergiques.

Les capillaires aussi, en laissant passer plus rapidement le sang dans certains cas, aident à la production du bruit de souffle, tandis que leur spasme y met obstacle.

Au début des fièvres typhoïdes, dans la période de fièvre vive et de congestion, on trouve presque toujours un bruit de souffle, qui a disparu souvent ou diminué au bout de deux ou trois semaines, alors que le malade est profondément débilité.

La respiration, la facilité plus ou moins grande que le sang trouve à traverser le tissu pulmonaire, ne sont pas non plus sans influence sur la production des bruits de souffle, ainsi que d'autres conditions très-variables et mal déterminées.

En résumé, on doit admettre un souffle veineux continu ou intermittent, dû en partie aux conditions dans lesquelles se trouve la circulation générale, mais aussi aux différences de composition du sang, qui peuvent agir en en augmentant la vitesse, comme l'exagération des contractions du cœur. Ainsi, les souffles vasculaires n'ont pas une valeur absolue, pathognomonique. Il faut s'assurer s'ils ne tiennent pas à d'autres conditions qu'à l'anémie. Cette recherche est souvent difficile. Mais heureusement certaines formes, les bruits musicaux, semblent se rattacher plus spécialement à l'hydrémie. Je ne crois pas avoir entendu de souffle chantant dans d'autres cas.

A une époque déjà éloignée, lorsque j'étudiais les bruits de souffle qui se produisent après des hémorrhagies abondantes, je constatai que ces bruits commençaient par être intermittents, puis continus, puis de nouveau intermittents, avant de cesser, quand le sang se reconstituait. Eh bien, c'est toujours à l'apogée de cette courbe que j'ai constaté les bruits sibilants.

Je crois donc que ces bruits sont pathognomoniques de l'hydrémie. Je dis de l'hydrémie, et non de l'anémie, car la diminution de quantité du sang ne peut intervenir, en pareil cas, que pour empêcher ces bruits de souffle. En effet, on voit ces bruits disparaître momentanément, aussitôt après une saignée ou une hémorrhagie très-abondante.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 64. — JEUDI 30 MAI ET SAMEDI 1er JUIN 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 30 MAI ET SAMEDI 1er JUIN 1867. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 MAI 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Lombard (de Genève) présent à Paris, a fait une lecture sur un sujet qui se rattache aux questions dont se préoccupe en ce moment l'Académie : l'influence de la température sur la mortalité. La statistique, qui est l'un des arguments de prédilection de M. Lombard, a confirmé sous sa plume ce que l'observation générale et le bon sens avaient depuis longtemps établi, savoir : que les températures extrêmes, le froid et la chaleur, sont mortelles pour les âges extrêmes de la vie, pour l'enfance et la vieillesse, qui ont pour caractère physiologique commun de présenter le minimum de résistance aux actions extérieures. Voilà une statistique à laquelle nous ne chercherons point chicane.

L'Académie a repris ensuite la discussion sur le mouvement de la population, interrompue pendant plusieurs séances par les opérations du scrutin. M. Boudet, appelé par son ordre d'inscription, a pris la parole. M. Boudet peut à bon droit se louer du retentissement qu'a eu la discussion sur la mortalité des enfants nouveau-nés. C'est en effet à lui, en grande partie, que l'on doit la détermination qu'a prise l'Académie de soumettre cette question à une enquête sérieuse. La question du mouvement de la population, qui n'en est qu'un corollaire, ne pouvait le trouver indifférent. Aussi y a-t-il apporté le même intérêt, le même esprit de sollicitude pour notre avenir social. Tout en acceptant les données statistiques apportées à la tribune par M. Broca, il est loin d'y trouver les mêmes motifs de quiétude et de partager l'optimisme de son collègue. Il est certain que, si la situation actuelle de la population française constitue en réalité un progrès sur les périodes précédentes, si elle n'est pas de nature à inspirer de l'inquiétude pour le présent, il y a dans ce double fait, que M. Boudet a très-habilement fait ressortir, de la diminution de la fécondité des mariages et de la très-faible augmentation annuelle du chiffre des naissances en France, comparativement aux autres pays, un légitime sujet de préoccupation pour l'avenir. Ce double fait ne saurait, en effet, être détruit ni compensé par le prolongement progressif de la vie moyenne, auquel est dû l'état prospère actuel de la population, et qui est lui-même l'effet du progrès hygiénique et social, mais qui de sa nature ne peut être indéfini et devra fatalement s'arrêter quand il aura atteint une certaine limite.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

Dr Brochin.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. CHARCOT.

La médecine empirique et la médecine scientifique.

PARALLÈLE ENTRE LES ANCIENS ET LES MODERNES (1).

III. — Franchissant d'un seul bond un espace de deux mille ans, nous allons maintenant mettre les résultats de l'observation pure en présence des travaux de l'esprit moderne, armé de tous les moyens d'investigation qu'il possède aujourd'hui. Et pour rendre le contraste plus frappant, nous passerons sous silence les époques de transition, pour ne nous occuper que du mouvement scientifique qui appartient en propre au siècle où nous vivons.

Messieurs, à ses débuts l'anatomie pathologique se montre peu ambitieuse ; elle se contente d'un rôle relativement modeste. Elle se borne à étudier les modifications physiques, les changements de couleur et de consistance que subissent les organes sous l'influence de certaines maladies. Car elle a bientôt reconnu que toutes les maladies ne s'accompagnent pas de lésions appréciables à ses moyens d'investigation.

Son début avoué est « d'apporter à la nosologie des lumières nouvelles ; son utilité se borne à fournir un nouveau moyen de rapprocher celles des maladies organiques qui sont d'une même nature, et de les distinguer de celles qui, malgré les ressemblances de leurs symptômes, sont cependant d'une nature toute différente, et appartiennent à un autre ordre de maladies. »

Ainsi parle Bayle, un des fondateurs de la science nouvelle, et il ajoute :

« On se ferait une idée bien fausse de l'anatomie patholo-
« gique si l'on s'imaginait qu'elle peut fournir quelque éclair-
« cissement sur l'essence des maladies organiques, sur leur
« cause prochaine, sur le mécanisme de leur formation.

« L'anatomie pathologique, dit-il plus loin, ne fait connaître
« que des lésions organiques. »

Certes, ce langage n'est pas trop ambitieux.

Nous voyons Laënnec s'exprimer à peu près dans le même sens. Pour lui « l'anatomie constitue une science à part, et
« doit trouver en elle-même une méthode qui lui appartienne
« en propre et une classification fondée sur la nature des
« objets dont elle s'occupe, c'est-à-dire sur l'étude des lésions
« considérées indépendamment des symptômes qui les accom-
« pagnent. »

Ainsi cette science n'a pas d'autre but que de fournir à la nosologie des caractères plus accusés, plus permanents, pour la détermination des maladies, que ceux dont elle disposait jusque-là. Considérées à ce point de vue, les lésions ne sont pour ainsi dire que des symptômes internes, plus accusés à la vérité que ne le sont ceux que révèle l'observation extérieure.

Comme on voit, rien d'essentiel n'est changé à l'ancienne méthode, il n'y a qu'un moyen d'investigation de plus.

D'ailleurs toutes les maladies ne relèvent pas de l'anatomie pathologique, et il en est un certain nombre qui échappent complétement à son contrôle. Telles sont les névroses par exemple.

Telle est, messieurs, cette anatomie pathologique première, que j'appellerais volontiers empirique, puisqu'elle se limite volontairement et par système à constater, à décrire les lésions, sans chercher à saisir le mécanisme de leur production, ni les rapports qui les unissent aux symptômes extérieurs.

Remarquons toutefois que les premiers chefs de l'école anatomique ne se sont jamais rigoureusement astreints à rester dans les limites qu'ils s'étaient tracées ; car déjà l'esprit physiologique s'était glissé partout à la suite de l'anatomie.

C'est le plus souvent par nécessité, et pour fuir le danger des spéculations prématurées, qu'ils se sont contentés de cette anatomie morte qu'on leur reprochait de cultiver exclusivement, en leur faisant un crime de leur prudente réserve.

Malgré ses imperfections, cette méthode a donné d'immenses résultats, et l'on peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que par elle la face de la médecine a été transformée.

Vous rappellerai-je ici cette admirable analyse anatomique des affections thoraciques qui eût déjà suffi à la gloire de Laënnec, s'il ne lui avait pas encore été réservé de découvrir l'auscultation ? Les travaux de M. Louis sur la fièvre typhoïde, ceux de M. Bouillaud sur les maladies du cœur, ceux d'Andral, Lallemand, Rostan sur les maladies de l'encéphale, ceux de M. Cruveilhier sur les points les plus variés de l'anatomie morbide, et enfin les belles recherches de mon illustre maître M. Rayer, sur les maladies des reins.

L'intervention du microscope et l'application de l'analyse chimique à l'étude des altérations des humeurs devaient bientôt agrandir la sphère d'action de cette science.

Vous savez comment le nombre des affections indépendantes de toute lésion matérielle a été réduit bientôt par l'application de ces moyens nouveaux, et chaque jour le groupe incohérent des névroses, déjà fort amoindri, tend à se restreindre encore. Combien n'a-t-on pas fait de précieuses découvertes dans cette voie ! Combien ne nous en reste-t-il pas encore à faire !

Sans doute quelques esprits chagrins ou indifférents taxent de futilités les patientes recherches poursuivies dans cette voie.

Elles ne servent, disent-ils, qu'à satisfaire une curiosité vaine et n'ont jamais exercé une influence favorable sur la clinique.

Il serait pourtant facile de prouver qu'autour d'une lésion organique bien déterminée, l'esprit parvient toujours à grouper un ensemble de symptômes dont les rapports lui avaient jusqu'alors échappé, et c'est ainsi qu'à chaque pas nouveau que fait l'anatomie pathologique, de nouvelles espèces cliniques se dégagent du chaos et viennent figurer bientôt dans le domaine de la clinique usuelle.

Peu importe en effet que la lésion soit délicate ou grossière, qu'elle relève de l'œil nu, du microscope ou des réactifs chimiques, pourvu que l'on parvienne à établir, par une analyse rigoureuse, qu'elle tient sous sa dépendance un état morbide particulier.

Messieurs, si je voulais caractériser en un mot tous les services qu'a rendus cette anatomie pathologique première, dont la création peut bien être comptée parmi les gloires de notre pays, je dirais qu'elle a appris au médecin à penser anatomiquement.

Messieurs, il était réservé à l'histologie d'opérer, dans le domaine de l'anatomie pathologique, une réforme radicale.

Dans le principe, c'est pour ainsi dire à la surface des organes que s'arrêtait l'anatomiste, même dans ses recherches les plus délicates ; et si le microscope avait été déjà maintes fois appliqué aux études de ce genre, ce n'était que pour suppléer à l'insuffisance de nos sens, et sans aucune idée systématique.

C'est ici qu'intervient la science fondée par Bichat, perfectionnée par Schwann, et adaptée par J. Müller aux besoins de la pathologie.

L'analyse ne doit plus s'arrêter au rapport qui peut exister entre l'organe et la fonction. Elle doit pénétrer plus profondément. Elle doit rechercher au-dessous des organes les éléments ou parties anatomiques indécomposables et au-dessous des fonctions les propriétés irréductibles inhérentes à ces éléments.

C'est jusqu'à ces éléments qu'il fallait descendre à l'aide du microscope et des réactifs pour saisir les modifications qu'ils subissent sous l'influence des causes morbides.

Vous n'attendez pas de moi la longue énumération des résultats obtenus depuis trente ans dans cette voie nouvelle. Qu'il me suffise de dire qu'il n'est pas une seule partie de l'ancienne anatomie pathologique qui, revisée à ce point de vue, n'ait subi une transformation complète.

L'histologie n'a pas seulement diminué encore le nombre des maladies sans matière, fourni de nouveaux moyens de diagnostic, des caractères nosographiques nouveaux, elle a créé une sorte de physiologie pathologique intime, qui suit pour ainsi dire pas à pas, dans chaque partie élémentaire, les diverses phases du processus morbide, et saisit jusqu'aux moindres transitions qui relient l'état pathologique à l'état normal.

Elle nous a conduit ainsi à reconnaître que la maladie ne crée aucun tissu, aucun élément qui n'ait son prototype dans l'état sain et la grande loi qui règle les rapports de la physiologie et de la pathologie a reçu de ce côté une éclatante confirmation.

Et cependant, messieurs, devant un trouble fonctionnel manifeste, et dont le siége est indiqué par la physiologie, l'analyse histologique demeure souvent encore impuissante à constater un vice matériel quelconque pour répondre au trouble de la fonction.

Est-ce à dire, messieurs, qu'il faille ici se résigner à reconnaître, contrairement à toute analogie, qu'une lésion fonctionnelle, un trouble des propriétés organiques, peut exister sans aucune modification matérielle correspondante ?

Pour moi, messieurs, pressé sur cette question, je n'hésiterais pas à me ranger aussitôt du côté des Reil, des Broussais, des Georget et de tant d'autres esprits éminents ; je rappellerais aussitôt que, même dans l'exercice normal de la vie, le travail de nos organes ne s'accomplit pas sans qu'il y ait un changement matériel, une destruction et une réparation corrélatives. Toute fonction tend à détruire les instruments au moyen desquels elle s'effectue.

Le muscle à l'état de repos présente une réaction alcaline ; il devient acide lorsqu'il s'est contracté. Une modification analogue a été observée dans les nerfs et la moelle épinière, et la substance cérébrale elle-même, d'après Heynsius et Funke, est acide pendant la veille, alcaline pendant le sommeil. De tels exemples nous font assez voir que, dans les éléments anatomiques, l'entretien de la vie est lié à l'existence d'un travail moléculaire incessant qui s'exprime par des phénomènes chimiques appréciables. N'est-il pas aisé de concevoir qu'il peut exister des lésions des éléments qui, sans altérer leur forme, s'opposent à ce mouvement organique sans lequel les fonctions ne sauraient s'accomplir ?

Sans altérer leur forme, l'oxyde de carbone enlève aux globules rouges du sang le pouvoir d'absorber l'oxygène. Ils roulent dès lors, comme une poussière inerte, dans le torrent circulatoire ; et sans le changement de coloration qu'ils présentent, rien ne traduirait au dehors l'altération profonde qu'ils ont subie.

Une altération analogue des globules du sang ne peut-

(1) Suite. — Voir notre dernier numéro.

elle pas être au moins soupçonnée, dans certains états graves de l'organisme, où une dyspnée intense se montre, sans qu'il y ait lésion des poumons ou du cœur? Chez les sujets qui ont succombé rapidement, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, le sang, la sérosité contenue dans le péricarde et les synoviales, offrent souvent une réaction acide.

Chez les individus frappés par la foudre, l'anatomie ne révèle souvent aucune lésion appréciable; et cependant, la rigidité cadavérique survient alors presque immédiatement après la mort, persiste à peine et fait place presque aussitôt à une putréfaction rapide. Il en est de même chez les animaux surmenés, et ces mêmes phénomènes se produisent sur un membre dont les propriétés vitales ont été épuisées par l'action longtemps prolongée d'un courant électrique. N'est-il pas à peu près certain que tous ces changements, que la mort seule permet de constater, correspondent à des altérations matérielles qui existaient déjà pendant la vie, mais qui sont restés, jusqu'ici, inaccessibles à nos moyens d'investigation ?

Mais n'insistons pas sur ce point; qu'il nous suffise de vous avoir conduit sur un terrain encore peu exploré, et qui promet pour l'avenir d'abondantes moissons.

CONTUSION.

Décollement considérable des téguments;

Par M. le docteur FAURE.

Dans la nuit du 1er avril, au Champ de Mars, dix-sept ouvriers portaient sur l'épaule une pièce de bois de grande dimension. Arrivés au lieu de leur destination, au moment où ils devaient déposer leur fardeau à terre, le contre-maître qui commandait la manœuvre eut un moment d'hésitation. Il y eut un faux mouvement; quelques hommes lâchèrent, les autres se sauvèrent et la charpente tomba lourdement. Mais, dans sa chute, elle rencontra l'un de ces hommes qui ne s'était pas sauvé assez vite. Celui-ci, heurté par le dos avec une violence extrême, fut lancé au loin. Si, au lieu d'être tout à fait debout en ce moment, il eût été incliné, si peu que ce fût, il eût été coupé en deux.

Appelé auprès de ce blessé, je constatai que la peau était décollée depuis la partie moyenne du dos jusqu'au niveau des os du bassin, et d'un côté à l'autre du corps. Les téguments étaient soulevés par du liquide, toute la région lombaire offrait à la main la sensation d'une fluctuation molle, comme aurait fait une vessie semi-pleine; quand le malade était debout, il se formait, au niveau du bord supérieur du sacrum, une poche tombante du volume d'une grosse orange. Tout le pourtour de ce décollement était cerné sous la peau par un bord dur, épais et résistant dû, sans doute, au sang épanché dans les tissus. La fesse gauche était également le siége d'un épanchement considérable, elle était d'un bon tiers plus volumineuse que l'autre. Le tégument offrait, en divers points, de profondes et larges meurtrissures; il était fortement déchiré, toutefois il n'y avait aucune solution de continuité grave.

Chose remarquable, après un choc aussi violent, le malade n'éprouvait qu'une certaine certaine faiblesse dans les jambes, il pouvait facilement se lever, marcher, etc. L'état général, d'ailleurs, était excellent; le sujet, jeune homme de dix-neuf ans, fortement constitué, jouissait habituellement d'une santé parfaite.

Comme traitement, il n'y avait évidemment à choisir qu'entre l'expectation et l'évacuation immédiate des liquides. L'expectation, en raison de la grande quantité du liquide épanché, devait exiger un temps considérable; quant à l'évacuation par une opération, tout ce qui a été dit des dangers de l'introduction de l'air dans les cavités du genre de celle-ci devait faire hésiter.

Trois jours après l'accident, il n'était survenu aucune complication, le malade avait hâte de guérir, je pratiquai une ponction avec un trocart glissé obliquement. Il sortit près d'un demi-litre de liquide, mais il en restait beaucoup encore. Le lendemain, 4 avril, la tumeur avait repris son volume primitif; nouvelle ponction, sortie de près de la moitié d'une cuvette de liquide. Le 6, la tumeur s'est remplie de nouveau; il n'est résulté aucun accident des ponctions précédentes, j'en fais une nouvelle avec le bistouri et je laisse l'ouverture béante.

Par cette ouverture j'explore l'intérieur de la tumeur. Une aiguille de trousse y entre dans toute sa longueur et y décrit aisément un cercle sans être arrêtée; une aiguille à tricoter s'y engage tout entière; on peut la faire descendre jusqu'à la moitié de la fesse; au milieu de la tumeur la peau est écartée au moins de 4 centimètres des parties profondes.

Une grande quantité de liquide s'écoulait chaque jour; le lit, le linge du malade, ses vêtements, tout en était inondé. Une fois les bords de l'orifice s'étaient collés, la tumeur resta fermée pendant quelques heures et elle se remplit comme dans les premiers jours; quand je l'eus ouverte, le liquide jaillit au loin, et pendant plusieurs minutes, il coula comme d'une fontaine.

Le 12 avril, je fis une contre-ouverture et je passai un séton qui, d'une ouverture à l'autre, mesurait 12 centimètres environ.

Jusque-là le liquide n'avait été que de la sérosité un peu sanguinolente; il devint purulent, coula avec abondance pendant une quinzaine, puis il commença à diminuer d'une manière notable. Peu à peu les parties se reprirent, des adhérences se formèrent, la cavité se rétrécit, et en définitive, cet homme put retourner à ses occupations le 15 mai.

Ce fait n'est intéressant qu'en raison de la simplicité avec laquelle les choses se sont passées. On voit une cavité traumatique véritablement immense en libre communication avec l'air extérieur pendant longtemps, sans qu'il survienne la moindre complication; pas même un instant de fièvre. N'est-ce pas là une nouvelle preuve que ces dangers de l'introduction de l'air dans les cavités traumatiques contre lesquelles on prescrit tant de mesures méticuleuses dépendent bien moins de l'air lui-même que de certaines conditions se rattachant exclusivement à la constitution du sujet ?

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mai 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique transmet :

L'ampliation d'un décret en date du 25 mai courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Hardy, comme membre titulaire dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Gibert, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Hardy prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Chatelain (de Lunéville), sur une épidémie de rougeole;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans la Haute-Savoie. (Commission des épidémies.)

3° Quelques tableaux de vaccination. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Combes, relative à la constatation des naissances à domicile dans la ville de Toulouse. (Commissaire : M. Devilliers.)

2° Un rapport de M. le docteur Chairon, sur les maladies qui ont régné à Rueil (Seine-et-Oise) pendant l'année 1866. (Commission des épidémies.)

3° Un exposé de la situation sanitaire de l'arrondissement de Cherbourg, en 1866, par le docteur Loysel. (Même commission.)

4° Un rapport de M. le docteur Guipon (de Laon), sur les maladies épidémiques du département de l'Aisne, en 1866. (Même commission.)

— **M. BÉCLARD** présente, au nom de M. André Sanson, un volume intitulé : *Application de la zootechnie*.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que M. Smith assiste à la séance.

M. le Président annonce ensuite que, d'après la décision du conseil, M. Legouest est adjoint à la commission du prix Godard.

— **M. BÉCLARD** lit, pour M. Broca, le discours prononcé sur la tombe de M. Follin, au nom de l'Académie.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

M. DEVILLIERS fait de vive voix un supplément de rapport sur le deuxième mémoire de M. le docteur Gustave Rousseau, relatif à la constatation des naissances à domicile. Ce mémoire venant à l'appui du précédent, M. Devilliers en prend occasion de confirmer les conclusions qu'il a présentées dans la précédente séance.

LECTURE.

M. LE Dr LOMBARD (de Genève) lit un rapport intitulé : *Des influences atmosphériques sur la mortalité aux différents âges et en différents pays*.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le froid augmente la mortalité des nouveau-nés, des très-jeunes enfants et des vieillards, dans une proportion décroissante avec l'âge pour les jeunes enfants et croissante avec l'âge pour les vieillards;

2° La chaleur exerce une influence désastreuse sur les enfants âgés de six à vingt-quatre mois, qui succombent en nombre d'autant plus grand que le pays est plus méridional et par conséquent plus chaud;

3° La force de résistance aux influences atmosphériques suit une marche croissante avec l'âge depuis la naissance; elle atteint son maximum entre vingt et quarante ans, et diminue dès lors en raison directe de l'âge;

4° Les émanations paludéennes exercent une grande influence sur la répartition de la mortalité, elle diminue constamment la force de résistance aux influences atmosphériques, de telle manière que, dans les régions palustres, les enfants depuis un an jusqu'à dix ans succombent en plus grand nombre pendant la saison chaude, et si cette influence paraît peu considérable entre dix et vingt ans, elle se montre après cet âge avec une intensité croissante, mais dans un sens inverse, c'est-à-dire que si la chaleur est surtout fatale jusqu'à quarante ans, c'est le froid qui exerce dès lors les plus grands ravages, la force de résistance contre le froid diminuant graduellement en raison directe de l'âge et avec d'autant plus d'intensité que le pays est plus marécageux et le pays plus méridional. (Renvoyé à la commission sur la mortalité des enfants.)

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. GOBLEY, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter les eaux minérales suivantes :

Jaujac (Ardèche), accordé; Ayzac (Ardèche), ajourné; Mesnil sur l'Estrée (Eure), accordé; Pougues (Nièvre), accordé.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mouvement de la population.

La parole est à M. Boudet.

Discussion sur le mouvement de la population.

M. BOUDET. La discussion sur le mouvement de la population française et sa prétendue dégénérescence a présenté jusqu'ici un caractère différent de celui qu'avait pris la discussion sur la mortalité des enfants nouveau-nés. Sauf quelques réserves plus ou moins accusées, les inquiétudes qui se sont manifestées seraient sans fondement et pour emprunter à M. Broca ses propres paroles « la patrie n'est pas en danger. »

Pour moi, je ne puis m'associer à cet optimisme. M. Broca a fait faire un grand pas à la question, il a voulu que la lumière se fît au milieu de ces vagues appréciations qui inquiétaient le sentiment public. De là cette série de calculs et de comparaisons dont il a tiré les plus précieux enseignements.

J'accepte des calculs pour les besoins de la discussion actuelle, mais non sans une certaine réserve.

Parmi les conséquences qui ont été déduites par M. Broca de ses savantes recherches, le plus grand nombre démontre des progrès importants, d'autres au contraire sont d'une nature inquiétante. Ainsi, d'après lui, la mortalité moyenne des enfants aurait diminué, la taille se serait élevée, ainsi que l'aptitude au service militaire, etc. Mais à l'encontre de ces constatations combien ont un tout autre caractère ? Et d'abord la fécondité des mariages qui a diminuée de 9 p. 100 dans les vingt-cinq dernières années. Le chiffre absolu des naissances tout en s'élevant sensiblement chaque année ne suit pas le progrès de la population, il diminue au contraire si on le compare à celui des habitants.

De là cette conséquence déduite et mise en lumière par M. Broca lui-même, que l'accroissement de la population française n'est pas dû à l'augmentation de la natalité, mais à la diminution de la mortalité et à l'allongement de la vie moyenne.

D'autre part l'accroissement absolu de notre population, au lieu de suivre une marche progressive, suit au contraire une marche ascendante.

Ces faits me paraissent d'une gravité extrême lorsque, considérant le chiffre de la population française, en regard de la population des autres grands États de l'Europe, on compare entre elles leurs périodes de doublement.

Il résulte, en effet, de cette comparaison que l'accroissement de la population en France est à peu près quatre fois plus lent qu'en Angleterre, en Prusse, en Russie et même en Espagne, il est beaucoup plus lent qu'en Italie et il n'y a que l'Autriche qui soit, à cet égard, au-dessous de notre pays.

Si l'on cherche à se rendre compte des rapports qui devront exister, dans un avenir même peu éloigné, entre la population française et celles de la Grande-Bretagne, de la Prusse et de la Russie, on reconnait avec douleur que dans cinquante ans, la population de la Grande-Bretagne, qui est aujourd'hui de 26,000,000 d'habitants sera de 52,000,000, que celle de la Prusse proprement dite, considérée indépendamment de ses récentes annexions, se sera élevée de 18 à 36,000,000 et que la Russie comptera plus de 100,000,000 d'habitants, tandis que la France n'en aura pas plus de 47 à 48,000,000.

Il a été constaté que l'accroissement de notre population est dû principalement à l'allongement de la vie moyenne, qui est plus considérable en France que dans les autres grands États de l'Europe, et que la natalité n'y a qu'une très-faible part. Or l'allongement de la vie moyenne ne peut pas être indéfini, d'ailleurs il se lie aux progrès de l'administration et de l'hygiène, mais la natalité n'est pas soumise aux conditions de même ordre; aussi tandis qu'en France l'allongement de la vie moyenne fait d'incontestables progrès, la natalité s'y abaisse rapidement. De là résulte que notre ressource principale pour l'accroissement de notre population doit devenir chaque année moins efficace, tandis qu'au contraire notre ressource secondaire la progression de la natalité, menaçant de l'annuler, l'accroissement déjà si lent de la population française semble destiné à se ralentir davantage encore. En face de cette grave situation, le rôle de l'Académie est considérable. Après avoir sondé les causes principales qui arrêtent le développement de la population française, elle doit rechercher les moyens de les combattre. Il lui appartient encore d'étudier les conditions favorables ou contraires à la santé, à la vigueur et à l'accroissement de la population dans les diverses régions de la France, et de développer ces progrès de l'hygiène générale qui, en cinquante ans, ont ajouté dix années à la durée moyenne de la vie moyenne des Français.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission des correspondants.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 8 mai 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

Suite de la discussion sur le traitement de la syphilis.

M. VERNEUIL. La communication de M. Dolbeau date déjà de quelques semaines, aussi l'auteur a-t-il cru nécessaire de la résumer aujourd'hui en quelques propositions sur lesquelles il désire faire porter le débat. Quoique le fond des idées reste le même, je crois remarquer des différences appréciables entre l'énoncé primitif et celui d'aujourd'hui. Ne prévoyant pas cette seconde allocution, j'avais rédigé d'avance la note que je vais avoir l'honneur de lire; mes remarques et ma critique s'adressent donc au texte initial. C'est là qu'on retrouvera les passages que j'emprunte et que j'utilise pour les contredire.

Cet avertissement donné, j'entre en matière.

Le rapport de M. Dolbeau se compose de deux parties : dans la première, consacrée à l'anatomie pathologique, notre collègue rappelle les formes primitives de l'ulcère infectant; dans la seconde, il aborde le problème difficile de la thérapeutique de la vérole.

Il est aujourd'hui définitivement acquis à la science que l'accident primitif de la syphilis se présente au moins sous trois formes principales :

L'érosion chancreuse à base indurée;
L'érosion chancreuse à base molle;
Le chancre huntérien.

La première et la troisième variété sont les plus communes, et de beaucoup, mais la seconde n'est pas extrêmement rare; d'un diagnostic embarrassant, elle renverse, non pas la doctrine de la dualité chancreuse qui reste et restera vraie, mais la division dichotomique des chancres en *mous* et *indurés*, division trop exclusive, trop absolue, commode sans doute au lit du malade, mais capable d'engendrer des erreurs graves dans la théorie et dans la pratique.

M. de Saint-Germain et son rapporteur ont vu cette variété, et insistent sur ses caractères; ils l'ont rencontrée dans les deux sexes, aux petites lèvres, à la fourchette, au pénis, au pli péno-scrotal. Jusqu'ici point de contradiction, car tout le monde a observé des ulcérations à base molle suivies d'accidents secondaires, et plusieurs auteurs, M. Diday entre autres, ont déjà décrit soigneusement les aspects si variés de l'accident qui marque le début de la syphilis.

Il est un point toutefois sur lequel je demanderai quelques éclaircissements : M. Dolbeau nous dit avoir rencontré ces ulcérations infectantes molles sur les côtés du nez, au pavillon de l'oreille, à la lèvre inférieure. Or, ces faits méritaient mieux qu'une mention sommaire, car ils seraient de nature à infirmer cette règle, que *l'accident infectant céphalique est toujours induré*.

J'invite donc notre collègue à nous donner plus de détails : à nous dire par exemple si ces chancres céphaliques exceptionnels étaient accompagnés de l'induration spécifique des ganglions, s'ils furent et quand ils furent suivis d'accidents secondaires, etc. Pour ma part, je n'ai rien observé de semblable et je me demande s'il n'y a pas eu quelque méprise, consistant par exemple à prendre pour l'accident

primitif un accident secondaire précoce; erreur que j'ai vu commettre, entre autres cas, à la lèvre inférieure et à la vulve.

Mais passons sur ce point et abordons la deuxième partie du rapport, relative au traitement de la syphilis.

M. Dolbeau s'y montre tantôt indécis, tantôt nous pose des questions, tantôt singulièrement affirmatif, car il tranche résolument des difficultés pendantes depuis des siècles.

Il importe avant tout de bien poser les questions.

Supposons tranchées les difficultés du diagnostic, l'accident primitif est reconnu infectant, l'apparition des manifestations secondaires est imminente et assurée. En un mot, le malade est dûment atteint et convaincu d'avoir la vérole.

Que faut-il faire présentement et dans la suite?

Faut-il : 1° Commencer le traitement *hic et nunc;*

2° Le différer jusqu'à l'éruption des accidents secondaires;

3° Laisser passer ces accidents et attendre les manifestations tertiaires;

4° Ne rien faire du tout ni jamais, et confier à la nature seule l'élimination du poison;

En d'autres termes, faut-il adopter l'action immédiate, l'expectation modérée, l'expectation à outrance ou l'inaction absolue, véritable abdication de l'art?

Puis, question collatérale, si l'on opte pour l'action, quel agent choisir? Prescrira-t-on le mercure, donnera-t-on l'iodure de potassium ou le bichromate de potasse ou tout autre produit pharmaceutique plus ou moins empiriquement recommandé?

Le débat s'engage d'abord entre les partisans de l'action immédiate qui veulent, aussitôt le diagnostic posé, commencer le traitement spécifique, et les partisans de l'expectation initiale, qui diffèrent ce traitement en se fondant sur les motifs suivants :

Il y a, disent-ils, des véroles faibles, des véroles moyennes et des véroles fortes. Les faibles guérissent seules; quelques manifestations secondaires apparaissent, fugaces et bénignes, elles passent spontanément pour ne plus revenir, et tout finit ainsi. A coup sûr, le traitement spécifique semble ici tout à fait superflu.

Mais il y a aussi des véroles fortes : pour celles-là l'expectation pourrait paraître intempestive; cependant, on la préconise encore par les raisons suivantes :

En présence d'un accident primitif, on ignore absolument si la vérole sera faible, moyenne, ou forte; l'aspect extérieur du chancre, en effet, n'indique pas l'évolution ultérieure de la maladie; une ulcération, fort bénigne en apparence, peut être l'origine d'une vérole très-intense, très-tenace, très-rebelle à la thérapeutique et réciproquement; l'incertitude est si grande qu'un même accident initial, l'érosion chancreuse, est considérée par les uns comme l'indice d'une syphilis faible, par les autres, comme l'annonce d'une syphilis assez intense.

Il y a incontestablement intérêt à connaître le pronostic; mais comme on ne peut le poser d'avance, le mieux est de ne point contrarier l'évolution naturelle du mal et de se contenter d'en observer la marche; donc, il faut attendre. Si la vérole reste faible, on n'aura rien à faire; si elle devient grave, on interviendra.

Voilà ce que j'appelle l'expectation modérée, telle que la pratiquent plusieurs syphilographes éminents, MM. Cullerier, Bazin, Diday et d'autres; je reconnais qu'elle est soutenable et ne heurte pas le bon sens.

Chacune des deux opinions compte des défenseurs convaincus et distingués; à qui donc donner raison?

Les uns agissent toujours comme s'ils avaient affaire à un cas grave; ils instituent le traitement dès que la maladie est reconnue, dans l'espoir de la guérir vite si elle est faible et d'atténuer ses dégâts si elle est forte. On dira qu'ils combattent un ennemi caché, peut-être même un ennemi absent, c'est possible, mais au moins ils combattent, et c'est quelque chose.

Les autres se comportent autrement : plus curieux qu'actifs, plus naturalistes que médecins, ils tiennent absolument à savoir quel degré d'intensité possède le poison, quels ravages il est capable de faire, quels efforts curatifs pourra lui opposer la nature livrée à ses propres forces. Ils attendent donc avec patience, observent et méditent pendant que le virus s'installe dans l'économie et détériore à son aise nos tissus.

Si les dégâts sont minimes et passagers, ils s'applaudissent et célèbrent les bienfaits de l'expectation. Si les désordres sont plus étendus et plus profonds, ils s'applaudissent encore, car ils savent au moins à quelle forme ils ont affaire, quelles difficultés ils auront à vaincre et combien la nature est impuissante.

Je ne ferais pas à M. Dolbeau reproche d'avoir adopté ces errements s'il ne les avait singulièrement exagérés; en effet, les auteurs que j'ai cités plus haut n'attendent pas indéfiniment; si la vérole est forte, ils s'empressent d'agir, et tâchent de rattraper le temps perdu; ainsi fait entre autres M. Diday, l'un des soutiens convaincus de l'expectation raisonnable.

M. Dolbeau, au contraire, ne paraît pas s'émouvoir encore, et ne croit pas venu le moment d'instituer le traitement général; sans doute il observe toujours. Non-seulement il garde le silence sur les moyens internes propres à combattre les véroles moyennes et fortes, mais il les rejette implicitement, comme l'attestent les paroles suivantes: « *Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations primitives et secondaires ?* » Notre collègue est donc partisan de l'expectation outrée.

Dans quelques cas, à la vérité, il a essayé le bichromate de potasse. Quels motifs l'y ont engagé? Je l'ignore; peut-être est-ce dans le but de satisfaire la juste impatience des malades, plus soucieux d'être traités et soulagés, que d'apprendre à leurs dépens quelle forme de vérole le hasard leur a distribuée.

Pour ma part, je ne saurais comprendre, approuver, ni adopter cette abdication. Eh quoi! vous aurez sous les yeux un chancre sans tendance à la réparation après plusieurs semaines, une périostite précoce, une paralysie du facial hâtive, comme j'en ai observé deux cas, des plaques muqueuses confluentes et stationnaires, une angine chronique à exacerbations fréquentes, une fissure anale incommode, un iritis, un onyxis, des douleurs arthralgiques intenses, une céphalée persistante, une alopécie caractéristique dont tout le monde soupçonne la source, des syphilides profondes écrivant sur le visage le diagnostic de la vérole, et vous ne ferez rien encore, et vous vous contenterez de prescrire les simples topiques, et vous prierez le patient de supporter tout cela pendant un temps indéterminé, jusqu'à ce que cette exhibition s'évanouisse ou fasse place à ces heureux symptômes tertiaires, dignes enfin d'être traités par l'iodure de potassium!

Et pourquoi cette insouciance? Ce n'est plus dans l'intérêt du diagnostic, la vérole forte étant évidente. Ce n'est pas davantage par simple curiosité. Vous ne pouvez être guidé que par la conviction profonde de votre impuissance thérapeutique ou par une répugnance exagérée à l'endroit d'un traitement qui pourtant a fait ses preuves, et que nous examinerons dans un instant.

Pour moi, qui ne sais jamais d'avance si une vérole sera faible, moyenne ou forte, passagère ou tenace, je commence le traitement général le plus tôt possible, et je m'efforce de prévenir la syphilis tertiaire qui vous laisse dans une si grande quiétude. Je ne suis pas sûr d'atteindre ce dernier but, car les accidents tertiaires sont heureusement assez rares, et l'on ne peut savoir s'ils se montreront ou feront défaut; mais, sans en avoir la preuve péremptoire, je crois à l'efficacité préventive du traitement mercuriel dans ce cas.

M. Dolbeau n'est pas du même avis, car, nous dit-il, « *les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes, et arrivent comme les autres à la période des gommes et des exostoses.* »

Entendons-nous bien : que certains malades traités antérieurement par le mercure puissent présenter plus tard des gommes et des exostoses, c'est chose incontestable, mais qu'ils en soient atteints *comme les autres,* c'est-à-dire aussi souvent que les autres, c'est ce que je ne crois pas.

Depuis plusieurs années, j'ai interrogé très-minutieusement les sujets atteints de syphilis tertiaire, et dans la grande majorité des cas j'ai constaté que la maladie à son début avait été dissimulée ou méconnue, qu'elle n'avait point été traitée par le mercure ou que le traitement hydrargyrique avait été insuffisant, interrompu, trop court, mal fait pour tout dire.

La pratique de la ville, que M. Dolbeau a tort de mettre en suspicion, car les praticiens instruits et consciencieux observent aussi bien sur ce terrain qu'à l'hôpital; la pratique de la ville, dis-je, fournit sur ce point des renseignements fort instructifs et non point seulement « des histoires plus ou moins problématiques; » elle démontre que chez les malades attentifs et soumis, ayant suivi un traitement secondaire suffisamment prolongé et bien conduit, les accidents tertiaires sont extrêmement rares.

Si je ne puis fournir ici les éléments d'une statistique d'ailleurs presque impossible à dresser, je n'en conserve pas moins cette conviction profonde que *le traitement mercuriel complet est le meilleur préventif de la syphilis tertiaire.*

Quel but se propose M. Dolbeau en laissant le champ libre à la syphilis secondaire? Voici ce que j'ai cru comprendre : la vérole est due à un poison que l'économie tend toujours à éliminer; l'élimination a lieu tantôt de bonne heure et tantôt tardivement; si elle ne se fait pas pendant la période secondaire, les accidents tertiaires surviennent. Or, autant on était impuissant contre les premiers, autant on est armé contre les derniers, car on possède contre eux un agent merveilleux, héroïque, l'iodure de potassium. Il ne faut donc point s'épuiser en tentatives vaines ni disséminer ses efforts; si l'ennemi ne décampe pas de lui-même, on attend qu'il soit concentré, alors on l'attaque et on l'anéantit.

Cette occasion favorable on pourra l'attendre, il est vrai, 3, 6, 10 années même, mais en tout il faut considérer la fin, et tout vient à point à qui sait attendre; et voilà pourquoi il faut se contenter de traiter par les seuls topiques les manifestations primitives et secondaires. Comparaison n'est pas raison, mais que diriez-vous d'un chirurgien qui laisserait marcher un panaris sous prétexte qu'on en a vu guérir spontanément et qu'on est toujours à temps d'y remédier par l'amputation du bras?

La singulière doctrine que je combats conduit, en fin de compte, sinon à désirer, au moins à ne point redouter l'apparition des accidents tertiaires, puisque d'après elle on serait alors sûr de la guérison. Or, je crois qu'il y a là une erreur capitale contre laquelle on ne saurait trop protester. Je crois que les accidents tertiaires sont souvent très-graves, qu'ils annoncent une intoxication profonde et invétérée; que l'iodure de potassium les modifie très-souvent, il est vrai, mais non toujours; qu'il est parfois tout à fait impuissant et inapte à prévenir les récidives; qu'alors même qu'il agit, il ne fait pas toujours disparaître les ravages de la vérole.

Permettez-moi d'entrer ici dans quelques développements. Certains accidents tertiaires, j'en conviens, sont bénins et cèdent vite à l'action de l'iodure de potassium; telles sont les gommes sous-cutanées et les exostoses superficielles; mais en peut-on dire autant de la syphilis viscérale hépatique et pulmonaire, des périostoses, ostéites, exostoses, nécroses de la base du crâne ou du canal rachidien, des perforations de la voûte palatine et des os du nez, des tumeurs blanches, des lésions de la trachée, du voile du palais, du rectum, de l'œil, de l'oreille, du testicule vénérien lui-même.

Contre ces lésions de la syphilis tertiaire on donne l'iodure de potassium, et on arrête les progrès du mal, je l'accorde. Mais que guérit-on? L'ulcération, le néoplasme spécifique, la gomme, et voilà tout. Si on intervient alors que le processus est déjà ancien ou qu'il marche très-rapidement, ce qui n'est pas rare, fait-on disparaître les ravages qu'il a causés? Certes non. On voit persister les rétrécissements, les perforations, les atrophies, les paralysies, les amauroses, les surdités, les ankyloses, les cicatrices vicieuses, toutes lésions désormais accomplies, définitives, incurables ou nécessitant des opérations anaplastiques à succès incertain, et l'on vient dire « *que l'expectation ne porte aucun préjudice aux malades!* »

M. Dolberu a dans l'efficacité de l'iodure de potassium une confiance infinie, comme l'attestent les passages suivants de son rapport.

« *Je veux parler de ces accidents tertiaires que nous guérissons si facilement avec l'iodure de potassium.* » Plus loin : « *Beaucoup de sujets se montrent avec des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium les guérit toujours, et parfois même avec une rapidité merveilleuse.* » Plus loin encore : « *On gagnerait ainsi la période ultime qui cède si manifestement à l'iodure de potassium.* »

Or, je ne puis accepter ces assertions si absolues et je fais mes réserves. L'iodure de potassium dans un certain nombre de cas ne réussit point du tout; tous les auteurs s'accordent à le dire, et citent des faits qui ont nécessité l'administration préalable de ce mercure tant décrié. Après un retour temporaire aux préparations hydrargyriques, mais seulement alors, l'iodure reprend son empire.

Quelquefois l'iodure de potassium ne peut être toléré, soit à cause des doses considérables qu'il en faut donner, soit à cause du mauvais état des voies digestives, ou d'un état cachectique, soit enfin en raison d'idiosyncrasie. Tous, vous avez vu des malades mis dans un état lamentable par quelques grammes de ce médicament; les essais les plus habilement conduits ne parviennent pas à établir la tolérance, il faut y renoncer absolument. On a parlé des inconvénients du mercure que certains sujets ne peuvent supporter; il faut reconnaître les mêmes inconvénients à l'iodure de potassium. J'en ai sous les yeux, en ce moment même, un exemple très-frappant; j'ai cru remarquer que les herpétiques étaient surtout très-incommodés par ce spécifique.

Cependant, il ne faut rien exagérer; aussi je concède volontiers que cet excellent médicament est d'ordinaire très-bien toléré; cela veut-il dire qu'il donne toujours des guérisons durables et radicales? Il n'en est rien par malheur. J'ai déjà quelques années de pratique dans les hôpitaux, et voici ce qu'elles m'ont appris : un malade se présente avec des gommes sous-cutanées ou des exostoses superficielles; il est vierge de tout traitement, on administre l'iodure de potassium, qui fait merveille; tout disparaît en quelques semaines et le patient quitte l'hôpital; il y revient plus tard avec des accidents semblables, le traitement agit déjà moins vite; plus tard encore il revient avec des gommes profondes de la langue, du voile du palais, du rectum, etc., avec des manifestations du côté de l'axe encéphalo-rachidien ou des viscères; on peut encore réussir, mais parfois avec beaucoup de peine. Si le sujet est maigre, pâle, dyspeptique, anémique, on échoue très-souvent. Au bout de quelques mois la mort arrive dans le marasme.

Il n'y a pas d'année où je ne voie mourir ainsi des syphilitiques ayant pris à diverses époques des quantités énormes d'iodure de potassium administrées par les plus habiles de nos collègues; je ne crois pas nécessaire de rapporter des observations de ce genre, chacun de vous a pu et dû rencontrer des exemples de cachexie syphilitique que l'iodure de potassium n'a su ni prévenir ni guérir.

Quelque chose m'étonne, c'est que M. Dolbeau n'ait pas été plus radical et n'ait pas poussé la logique jusqu'à ses dernières limites. Je m'explique. Les gommes cutanées et sous-cutanées sont susceptibles de guérir ou du moins de disparaître spontanément sous l'influence des seuls topiques. La nature est donc assez puissante; dès lors pourquoi faire son ouvrage, et l'aider quand elle peut se passer de secours? On arriverait ainsi à l'inaction complète, triomphe du naturisme.

Il y a deux ans, un malade se présenta à l'hôpital du Midi : les avant-bras et les jambes étaient criblés de gommes cutanées, les unes ulcérées, les autres à l'état de nodosités dermiques; pour essayer l'action des topiques, de l'hygiène et du repos, abstraction faite du traitement interne, je fis sur chacune des régions affectées une application différente. Ici, les bandelettes de Vigo, là les bandelettes de diachylon simple, sur un avant-bras les cataplasmes émollients, sur l'autre, les badigeonnages à la teinture d'iode; conjointement, les bains, quelques purgatifs salins et le régime alimentaire réparateur. Au bout d'un mois les nodosités avaient disparu et les ulcérations étaient cicatrisées; la guérison avait marché du même pas à peu près sur les quatre points. Ce n'était pas la première fois que je constatais l'action très-favorable des cataplasmes, du repos et de la position élevée sur les gommes des membres inférieurs, mais nulle expérience ne fut plus concluante, puisque je n'avais pas administré la moindre parcelle iodurée.

Si j'étais partisan de l'expectation quand même, ne pourrais-je pas dire à mon tour qu'il suffit de traiter les accidents tertiaires par les cataplasmes?

Mes conclusions ne sont pas telles. Je ne méconnais pas la possibilité de la disparition spontanée de la syphilis et de ses manifestations secondaires et même tertiaires; j'accepte que les agents de la thérapeutique commune favorisent en certains cas cette élimination naturelle du virus, et néanmoins je persiste à traiter la maladie aussitôt que possible, à la suivre pas à pas dans son évolution et à lui opposer avec persévérance les médicaments réputés spécifiques; conjointement, bien entendu, avec les applications locales et le régime approprié.

En agissant de la sorte je me conforme simplement aux règles générales de la thérapeutique, qui commandent d'attaquer le mal aussi près que possible de son début; aussi, renversant la proposition de M. Dolbeau, je dis : *L'expectation ne me paraît avoir aucun avantage pour les malades.*

La syphilis résume le double caractère des empoisonnements et des maladies constitutionnelles. Or quels sont les principes adoptés dans le traitement de ces deux grandes classes morbides? Attend-on dans les empoisonnements saturnin, phosphoré, paludéen? Dans la scrofule néglige-t-on les gourmes, l'impétigo, le coryza chronique, les adénopathies superficielles, jusqu'au moment où surviennent les ostéites, les arthrites, les scrofulides graves, les lésions viscérales? Pour le rhumatisme, n'agit-on qu'en cas de lésion des orifices cardiaques, d'altérations graves des articulations, des reins, etc.? La syphilis est-elle donc une maladie si innocente qu'on puisse impunément la laisser marcher, est-elle une maladie si spéciale si dénuée d'analogie avec toutes les autres diathèses, qu'on viole pour elle et sans dommage l'un des axiomes les mieux établis de la thérapeutique : *Principiis obsta?*

Pour justifier cette bizarre exception, ce dédain des traditions médicales, on allègue que la syphilis a diminué de gravité depuis son apparition jusqu'à nos jours, qu'elle peut guérir spontanément, que les moyens employés n'empêchent pas les récidives, que le traitement mercuriel a de graves inconvénients.

Sans contredit la vérole est moins grave aujourd'hui qu'au seizième siècle. A coup sûr elle peut guérir d'elle-même et radicalement, néanmoins elle est encore l'effroi des malades, qui n'ont pas tout à fait tort de la redouter, et sa guérison n'est pas tant à mépriser. Si donc on trouvait un spécifique sûr et innocent, personne n'en refuserait les bienfaits, et peu de médecins adopteraient l'expectation.

En supposant que nous n'ayons encore rien de meilleur que le mercure, cet agent est-il aussi impuissant et aussi dangereux qu'on veut bien le dire?

Examinons donc sommairement le procès qui lui est intenté.

(*Sera continué.*)

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

53. Canonne. — De l'hydarthrose et des avantages de l'immobilité dans son traitement.
54. Desalle. — Du pemphigus.
55. Manny. — De la thoracentèse, de ses indications et de ses contre-indications.
56. Lasserre-Dilhon. — Étude sur les convulsions des enfants.
57. Desveaux. — Siége et nature de l'hystérie; modification des accidents par le bradisme.
58. Lescardé. — De l'infiltration urineuse.
59. Vérité. — De la guérison des fractures du rocher.
60. Gouel. — De la chorée.
61. Michel. — De l'ictère des nouveau-nés.
62. Prat-Marca. — De la polydactylie.
63. Dupouy. — Des fistules vésico-vaginales.
64. Margerin. — Des névromes plexiformes (variété de tumeurs sous-cutanées), avec une étude des névromes en général.
65. Tauchon. — De la tuberculisation bronchique ou gangliophymie chez l'adulte.
66. Marie. — Des fractures de l'extrémité du tibia et de leur pronostic.
67. Monfumat. — Étude sur les polypes de l'utérus.
68. Masse. — Des abcès sous-périostiques aigus et de leur valeur séméiologique de phénomènes typhoïdes qui les accompagnent.
69. Musson. — Du torticolis.
70. Thermes. — Essai sur le rétrécissement du conduit utérin, considéré principalement au point de vue du traitement.
71. Bianchi. — Des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente	923	25
M. le docteur Auzoux	20	»
Total.	943	25

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Si les bruits qui courent le monde ont quelque valeur, — et nous le souhaitons vivement, — M. le professeur Nélaton serait à la veille d'être appelé au Sénat.

— On annonce que M. Jules Cloquet vient d'être nommé Baron.

— Le comité médical des Bouches-du-Rhône a tenu, le 30 avril dernier, sa séance générale annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté des sciences, sous la présidence de M. Roux, en l'absence de M. le docteur Gouzian, empêché pour cause de maladie.

Sur le rapport de M. le docteur Mittre, relatif aux devoirs du médecin vis-à-vis des clients, des confrères et de l'autorité, le comité a accordé :

1° Une médaille d'or de 200 fr. à M. le docteur Delfeau à Collioures (Pyrénées-Orientales).

2° Une médaille de bronze à l'auteur du mémoire portant l'épigraphe : *Hoc opus, hic labor est.*

3° Une mention honorable à M. le docteur A. Bourgade de Listrac (Gironde).

Sur un deuxième rapport de M. le docteur Maurin, sur la réforme de la police sanitaire, pour arriver à l'extinction de la syphilis, une médaille d'argent a été accordée à M. le docteur Jeannel, professeur à l'école de médecine de Bordeaux.

Une mention honorable au mémoire portant les iniales J. F. P. C. avec épigraphe de Michel Lévy.

Un des fondateurs du comité, M. le docteur Dugas, a ensuite fait don d'une somme de 200 francs pour établir le concours d'avril 1868, sur la question suivante : *Indiquer les moyens d'établir un système quarantenaire uniforme entre toutes les nations.*

Dans cette même séance, une médaille d'argent a été décernée à un ancien serviteur attaché au comité depuis le jour de sa fondation.

Des remercîments unanimes ont été ensuite votés au bureau sortant et à M. le docteur Gouzian, qui a reçu également le titre de président honoraire, en reconnaissance de ses excellents services.

A la suite des nouvelles élections qui ont clos cette intéressante réunion, l'administration du comité est ainsi composée :

Président, M. le docteur A. Sicard ; — vice-président, M. le docteur Th. Mittre; — secrétaire général, M. le docteur Ch. Ménécier; — inspecteur, M. le docteur Rougier; — archiviste, M. Dussau, pharmacien.

Secrétaires des commissions : — Conseillers : MM. Brengues, Dugas, C. Guès; MM. les docteurs Perrin, Court, Chaspoul, Richaud, Maurin, Flavard, Camoin, pharmacien, Lieutaud, pharmacien, Méli, Pécoul, Denans, Fabre, Hubac, Payan et Chevillon aîné.

— Le corps médical italien vient d'être cruellement frappé à Pavie, par la mort de B. Panizza qui, pendant quarante ans, enseigna l'anatomie dans cette université; à Naples, par la mort de F. Prudente, professeur de clinique médicale.

— Le célèbre oculiste allemand Jæger, dont le nom est attaché à l'échelle typographique, vient de mourir à Vienne à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi, 5 juin, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie. Voici son ordre du jour : 1° démonstrations expérimentales sur la pepsine, M. le docteur Kauffmann; 2° considérations sur les paralysies des muscles de l'œil et leur diagnostic, par M. le docteur Galezowski; 3° de l'enkystement et de l'immobilité de l'utérus, par M. le docteur Benjamin Anger; 4° des maladies régnantes, par les membres de la Société; 5° Communications diverses, par MM. Laboureur, Moretin.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le docteur Chassaignac. 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière : 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8° avec 10 planches; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le docteur Chassaignac. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par Fano, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8° avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Notice sur les eaux, les eaux mères et les sels de Salines de Béarn, par MM. les docteurs O. Réveil, O. Henry fils et Nogaret. Deuxième édition, brochure grand in-8° de 81 pages, prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, Germer Baillière.

Le Directeur, Dr B. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 65. — MARDI 4 JUIN 1867. (40e ANNEE.) MARDI 4 JUIN 1867. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sociétés savantes et hôpitaux. — ÉCOLE PRATIQUE (M. Charcot). La médecine empirique et la médecine scientifique. — Emploi thérapeutique du bromure de potassium contre l'épilepsie. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographie.

PARIS, LE 3 JUIN 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

M. Nélaton vient d'être élu membre de l'Académie des sciences. Le nombre des votants était 58.

Au premier tour de scrutin, M. Laugier avait obtenu 20 voix; MM. Guérin et Sédillot, chacun 13, et M. Nélaton, 12.

Au deuxième tour, M. Laugier, 21 voix ; M. Nélaton, 18; M. Guérin, 10; M. Sédillot, 9.

Au tour de ballotage : M. Nélaton, 32 voix ;M. Laugier, 26.

— Mardi dernier, nous avons dit quelques mots d'un procès dont les débats ont occupé dix-sept colonnes dans la *Lancette* anglaise. Malgré tout l'intérêt de ce procès en lui-même, nous ne pouvions lui consacrer qu'un espace des plus restreints, et en parlant de la législation sur laquelle il était basé, nous ne pouvions songer à être complet : nous voulions seulement être exact. C'est la seule prétention que nous puissions avoir dans nos articles hebdomadaires, qui deviendraient sans fin, si les indications dont ils se composent recevaient tout le développement qu'elles méritent.

C'est pourquoi nous nous sommes borné à exprimer dans cette occasion notre préférence pour la législation française en ce qui touche l'exercice de notre profession, sans présenter pour le moment les principaux motifs de cette préférence; sachant que nous aurions bientôt à revenir sur cette question qui nous occupe depuis longtemps, lorsque nous publierons la suite de notre Histoire de la profession médicale chez les Romains et chez les autres peuples.

M. Le Fort nous adresse à ce sujet la lettre suivante, que nous sommes heureux de publier, parce qu'elles nous vient de lui : mais non point à titre de renseignements, car les documents qu'elle contient, longuement discutés dans le procès J..., avaient dû être omis dans notre article comme entraînant à de trop longs commentaires.

Voici la lettre de M. Le Fort :

« Je m'associe complètement aux réflexions très-justes dont vous faites suivre l'exposé rapide des faits qui ont eu pour résultat de priver un nommé J... du droit à l'exercice légal de la médecine en Angleterre; mais vous avez moins raison quand, rapprochant de ce fait la circonstance que le collége des chirurgiens de Londres faillit, dit-on, expulser Harvey lorsqu'il annonça sa découverte; vous ajoutez comme conclusion : « qu'on est forcé de reconnaître que la législation française sur l'exercice de la profession est encore la moins imparfaite de de toutes celles qu'on ait essayées. »

Sur ce dernier point, je suis loin d'être de votre avis; notre législation me paraît inférieure à la législation anglaise, laquelle, malgré de notables imperfections que l'avenir fera disparaître, a su trouver les vrais principes qui doivent régler cette difficile et importante question.

Si je me permets de vous écrire quelques lignes, seulement à titre de renseignement, c'est que j'ai la conviction et la preuve que ce qui nuit essentiellement en France à nos progrès en beaucoup de choses, c'est notre amour-propre exagéré, qui nous pousse à croire toujours nos institutions supérieures à celles de l'étranger, alors même que nous n'avons de ces dernières qu'une connaissance imparfaite. Ces derniers mots, pris dans un sens général, et sans acception de personnes, ne sauraient être désobligeants pour vous.

Vous savez comme moi que, le titre légal à l'exercice de la médecine n'existant pas du temps de Harvey, l'illustre physiologiste eût été expulsé du collége des chirurgiens que cela ne l'eût pas empêché de pouvoir continuer l'exercice de sa profession; il eût seulement perdu à tort un titre capable de le désigner à la confiance des malades, toujours incompétents quand il s'agit de juger de la valeur réelle d'un médecin.

Le *Medical Act* du 2 août 1858 donne titre légal à l'exercice de la médecine (c'est-à-dire reconnaît le droit de réclamer des honoraires) à tout individu inscrit sur le registre officiel des médecins d'Angleterre.

Cette inscription est de droit pour toute personne ayant reçu après examen un diplôme d'un des trop nombreux corps examinants, légalement reconnus. Chaque corporation a le droit de chasser de son sein ceux qui sont devenus indignes, mais la privation du droit légal d'exercer ne pourrait jamais être la conséquence de cette expulsion, si elle avait pour cause une question de doctrine médicale. C'est ce que spécifie l'article suivant du *Medical Act.*

XXVIII. Si quelqu'un de ces susdits collèges ou des ces susdites corporations fait usage du pouvoir qu'ils possèdent en vertu de la loi, de rayer de la liste des membres de ces colléges ou corporations le nom d'un de leurs membres, ces colléges ou corporations notifient au conseil général le nom du membre ainsi expulsé et le conseil général peut, *s'il le trouve bon,* ordonner au registrateur de rayer du registre la qualification accordée par ces susdits colléges ou corporations, qualification en vertu de laquelle le susdit membre avait été enregistré, « pourvu toujours que le nom d'aucune personne ne sera rayé du registre pour le motif d'avoir adopté une théorie quelconque de médecine ou de chirurgie. »

Comme vous le dites, du reste très-bien, ce n'est pas pour avoir soigné des malades alors qu'il n'avait plus titre légal pour le faire, que le nommé J... a été condamné; la loi anglaise laisse le malade libre de se faire soigner par qui il veut; mais il a été condamné parce qu'en continuant à prendre un titre qu'il avait perdu, il induisait frauduleusement en erreur les malades qui ne peuvent guère juger la valeur d'un médecin que par les titres légaux ou scientifiques que ce médecin possède.

L'État en Angleterre imprime le cachet de sa garantie comme science et comme moralité, sous le nom de tout homme ayant les connaissances suffisantes pour soigner son semblable; il désigne ces hommes et ne désigne qu'eux à la confiance des malades; mais le malade dûment averti est toujours libre à ses risques et périls de se confier à qui il veut.

En un mot, un concierge, une bonne sœur ou un marchand de vin qui donnerait un conseil médical à un malade qui le lui demande, mais sans cacher à son client qu'il n'est ni docteur, ni officier de santé, ni membre d'aucune société savante légalement reconnue, ne tomberait pas sous le coup de la loi; la loi punirait rigoureusement celui qui, officier de santé, se dirait docteur, celui qui, docteur, se dirait à tort membre de l'académie de médecine, ou celui qui s'affublerait du titre ridicule de correspondant des Facultés imaginaires de Bordeaux, Lille ou Marseille, car il y aurait cette fois tromperie sur la qualité..... de la chose vendue. »

Les choses ne sont point aussi simples que M. Le Fort le suppose, et la législation anglaise, pour être comprise, doit être serrée de plus près. Si, en Angleterre, quelqu'un s'affublait du titre de correspondant des facultés imaginaires de Bordeaux, Lille ou Marseille, non-seulement il ne serait pas puni *rigoureusement,* mais il ne serait pas même poursuivi en vertu du *Medical Act.*

Il faut un texte de loi formel pour motiver une poursuite, et ce texte n'existerait pas dans l'espèce. Le *Medical Act* de 1858, dans son art. XL, prévoit seulement le cas où l'on aurait pris à tort un titre *impliquant la qualification légale ;* or, on ne serait pas légalement qualifié pour être membre correspondant ou effectif des facultés de Bordeaux, Lille ou Marseille, alors même que ces facultés ne seraient point imaginaires.

En effet, jusqu'ici, ces titres étrangers ne donnent pas droit à l'inscription sur le registre général; c'est même là une des grandes lacune du *Medical Act,* et pour la combler, le conseil général avait proposé un amendement que lord Walpole a repoussé au nom du gouvernement.

Le conseil général demandait à dresser lui-même la liste des Facultés étrangères dont les diplômes pourraient rendre médecins qualifiés, et lord Walpole voulait que tout ministre pût y ajouter à sa fantaisie le nom d'une Faculté quelconque. L'entente n'a pas pu s'établir jusqu'ici ; et l'on ne reconnaît pas les titres étrangers, ce qui permet de les usurper sans crainte quand ils ne ressemblent point à des titres anglais qui impliqueraient la qualification.

Ce n'est point au point de vue français, généralisateur et logique, qu'il faut aborder les coutumes et la jurisprudence anglaises. Ainsi, dans le procès J..., le collége des chirurgiens n'a pu poursuivre son ancien membre comme conservant le titre qu'il avait perdu, que parce que ce titre emportait de de plein droit la qualification légale. Il ne faudrait pas l'oublier : M. J... eût été qualifié à tout autre titre, comme bachelier en médecine, dans une des minimes universités qui siégent encore dans quelques villages d'Angleterre, le collége des chirurgiens était désarmé contre lui.

Aussi les membres de ce collége, loin d'admirer le *Medical Act* comme le fait M. Le Fort, ont-ils constamment dans ce procès, soit par eux-mêmes, soit par leur avocat, exprimé le regret de ne pas posséder une législation moins défectueuse, l'espoir de voir changer un jour ce *Medical act* si imparfait.

Et cependant les Anglais possèdent une qualité qui nous manque complétement en France. Ils ont un attachement tenace pour leurs institutions nationales que, l'amour-propre, l'orgueil anglais leur font regarder comme supérieures par quelques points à celles de tous autres peuples, alors même qu'ils en reconnaissent les défauts par trop évidents. Ils n'ont pas, comme nous, l'amour du changement pour le changement lui-même. Ils ne croient pas une chose mauvaise par cela seul qu'elle existe dans leur pays. Ils modifient lentement, et faisant ressortir ce qu'ils ont de bien, ils le gardent.

Certes je ne suis pas admirateur quand même. Je sens aussi bien que tout autre ce qui nous manque en France et j'en souffre. Mais je me prends quelquefois à envier, pour notre pays, l'espèce de chauvinisme anglais. Il permet au moins de ne pas déchoir par attraction pour le nouveau, par admiration pour l'inconnu, par mépris général pour tout ce qu'on possède, sans distinction de l'origine, de la nature, et des résultats. Les choses mauvaises disparaissent plus vite quand elles ne sotn point soutenues par la critique incessante des choses bonnes. Ce n'est point ici le lieu d'insister.

Si la presse médicale anglaise possède une immense influence, si le conseil général lui-même, si le gouvernement la consultent, c'est qu'elle se fait l'écho de l'opinion publique, et dans des questions non politiques ne fait pas de l'opposition et du dénigrement pour le plaisir d'en faire.

Ces réflexions toutes générales, n'ont évidemment rien qui s'applique à M. le docteur Léon Le Fort. Bien loin de là ; nous sommes parfaitement d'accord avec lui sur des questions dont il s'est occupé d'une manière toute particulière; et son jugement est trop droit, son esprit trop sage, pour que nous n'ayons pas l'espoir de le voir un jour d'accord avec nous sur le mérite des législations qui ont réglé ou règlent l'exercice de la profession médicale

— Nous devons signaler un cas de *mélanodermie essentielle,* qu'on peut étudier en ce moment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guéneau de Mussy, salle Saint-Bernard, n° 13.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, bien constituée, qui n'a jamais eu de maladie grave. Elle est accouchée depuis un mois. Ses cheveux sont châtains, sa peau était naturellement très-blanche, comme on peut le voir encore sur plusieurs places; mais son ventre est couvert de larges taches brunes, d'une couleur beaucoup plus foncée dans le fond des plis et des éraillures; des taches semblables se voient vers le haut des cuisses sur leur face interne; enfin d'autres taches plus pâles, quelques-unes seulement grisâtres, sont disséminées sur la poitrine, sur le bas du dos, en dessous du pli de la jambe, etc. Le visage présente quelques petites taches de rousseur. Interrogée, cettejeune fille nous a dit que sa peau était partout également très-blanche jusqu'au moment de sa grossesse. Les taches décrites plus haut parurent alors, d'abord sur le ventre; elles se foncèrent de plus en plus jusqu'à l'accouchement et encore quelques temps après. Depuis lors, elles ont plutôt pâli légèrement sous l'influence de bains prolongés. Du reste, aucun trouble sérieux de sa santé n'a amené cette jeune fille à l'hôpital; elle y est entrée pour être mieux soignée que chez elle, pendant l'accouchement et ses suites.

La sœur de cette jeune fille, âgée de vingt-quatre ans, présenta presque exactement les mêmes phénomènes à la suite d'une grossesse, sauf qu'elle n'a jamais de taches de rousseur. Son enfant a maintenant quatre ans, la mère jouit toujours

d'une santé parfaite; mais les taches brunes qui, lorsqu'elle était enceinte, se sont produites sur son ventre et sur sa poitrine, n'ont pas disparu, ni même pâli.

Un frère et le père se portent bien. La mère est morte depuis longtemps d'une maladie du cœur.

Voilà le troisième cas de mélanodermie sans troubles fonctionnels que nous rencontrons dans les hôpitaux depuis quelques mois (1).

La première fois, dans le service de M. Fournier, une femme à cheveux noirs, avait la peau tellement foncée, particulièrement sur le ventre, qu'on aurait pu la croire mulâtresse. Cependant de petites taches blanches faisaient contraste de loin en loin. Cette femme raconta, elle aussi, que ces taches s'étaient accentuées et agrandies, sinon produites, pendant ses grossesses successives. Cependant elle était restée bien portante pendant très-longtemps, jusqu'au moment où elle fut prise de la maladie du foie pour laquelle elle était entrée à l'hôpital.

Elle nous dit que son frère, dès son enfance, avait présenté des taches brunes sur le ventre, le dos, la poitrine : de telle sorte qu'il n'osait pas se baigner avec ses camarades. Du reste, il était très-robuste.

Cette malade mourut à l'Hôtel-Dieu, et, bien entendu, on ne trouva rien dans les capsules surrénales.

La seconde fois, à la Pitié, un vieillard, entré pour une bronchite, offrait aussi cet aspect de mulâtre. Il nous raconta que sa peau était blanche tant qu'il travaillait dans les carrières; mais que depuis six ans il avait changé de profession, était occupé à extraire le charbon de terre, et que depuis lors sa peau avait bruni. Quoi qu'on puisse penser de cette coïncidence, le fait est que cet homme jouissait d'une bonne santé habituelle malgré sa mélanodermie et qu'il guérit parfaitement de sa bronchite.

Nous appelons l'attention sur ces faits comme nous l'avons appelé fructueusement sur les paralysies, suite du choléra (2).

Une fois l'éveil donné, à propos d'un homme mort dans le service de M. le professeur Laugier, les observations se multiplièrent, et ce point de pathogénie est maintenant solidement établi. Un interne très-distingué de l'Hôtel-Dieu, M. Mouchet, a publié un bon travail dans les *Archives de médecine* (avril 1867) sur les accidents gangréneux observés chez les cholériques.

— M. Richet a fait encore une résection sous-périostée et deux évidements. Mais comme il doit exposer bientôt une théorie inédite sur les reproductions osseuses, nous attendrons ce moment pour parler de ces trois dernières opérations.

Dr Victor Revillout.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, année 1866, nos 140, 143, 146, 147.

(2) Voir *Gazette des Hôpitaux*, mardi 29 janvier et mardi 26 mars 1867.

(3) Suite. — Voir notre dernier numéro.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Charcot.

La médecine empirique et la médecine scientifique.

PARALLÈLE ENTRE LES ANCIENS ET LES MODERNES (3).

IV. — Messieurs, il nous reste à déterminer les rapports qui doivent exister actuellement entre la pathologie et la physiologie.

Il ne s'agit plus, messieurs, de la physiologie spéculative ou contemplative des temps passés, mais de la science que nous ont faite les maîtres modernes, continuateurs des Haller, des Legallois, des Magendie.

Tout en reconnaissant que les êtres vivants présentent des phénomènes qui ne se retrouvent pas dans la nature morte, et qui, par conséquent, leur appartiennent en propre, la physiologie nouvelle se refuse absolument à considérer la vie comme une influence mystérieuse et surnaturelle, qui agirait au gré de son caprice en s'affranchissant de toutes lois.

Elle va même jusqu'à croire que les propriétés vitales seront un jour ramenées aux propriétés d'ordre physique; elle constate tout au moins, dès à présent, qu'il ne faut pas établir entre ces deux ordres de forces un antagonisme, mais une corrélation.

Elle se propose de ramener toutes les manifestations vitales d'un organisme complexe au jeu de certains organes, et l'action de ceux-ci aux propriétés de certains tissus, de certains éléments bien définis.

Elle ne va pas à la recherche de l'essence ou du *pourquoi* des choses, car l'expérience lui a prouvé que l'esprit humain ne saurait aller au delà du *comment*, c'est-à-dire au delà des causes prochaines ou des conditions d'existence des phénomènes.

Elle reconnaît que, sous ce rapport, les limites de nos connaissances sont les mêmes en biologie qu'en physique et en chimie. Elle se rappelle qu'au delà d'un certain point, comme dit Bacon, la nature devient sourde à nos questions et n'y répond plus.

Elle ne prétend pas d'ailleurs régenter la médecine, mais seulement l'éclairer et fournir une base solide à ses spéculations.

Elle lui apporte, enfin, une méthode depuis longtemps éprouvée, la méthode expérimentale, admirable instrument qui, entre ses mains, a dévoilé déjà bien des mystères.

Ainsi s'exprime un maître en physiologie, M. C. Bernard, en divers endroits du livre remarquable que vous connaissez tous, et où il discute d'une manière approfondie la question qui nous occupe ici (1).

Je me bornerai à faire ressortir la condition expresse qu'il impose, lui aussi, à toute intervention légitime de la physiologie, dans le domaine médical. L'observation pathologique d'abord, l'interprétation physiologique ensuite; telle est, dit-il, la règle imprescriptible. Constater d'abord les phénomènes morbides, chercher ensuite à les expliquer au point de vue de la physiologie, lorsque cela est possible, dans l'état actuel de la science. La méthode inverse, qui consisterait à partir de l'anatomie et de la physiologie pour en déduire les conditions de la maladie, est pleine de dangers, hérissée d'écueils. Ne nous laissons pas séduire par les notions élégantes, les aperçus ingénieux qu'elle peut suggérer, car l'expérience démontre que trop souvent elle a conduit à une pathologie imaginaire, toute de convention, et ne répondant en rien à la réalité des choses.

Il me paraît inutile, messieurs, d'insister longtemps sur les services innombrables qu'a déjà rendus à la médecine la judicieuse intervention des données de la physiologie moderne (2). Je veux toutefois m'arrêter un instant sur ce qu'on est convenu d'appeler du nom de pathologie expérimentale.

Les mutilations que le physiologiste produit chez les animaux dans le but de pénétrer le mécanisme des actes normaux, s'accompagnent presque toujours de troubles morbides divers, qui peuvent déjà devenir un sujet de méditation pour le médecin. Mais l'expérimentation peut s'appliquer plus directement encore aux problèmes qui lui sont posés par la pathologie. Il nous est donné, en effet de créer chez les animaux des états morbides variés, soit en leur faisant subir certaines mutilations, soit en les soumettant à l'action des poisons, des virus, des venins, des substances putrides, etc. L'idée de produire ainsi des maladies artificielles est loin d'être nouvelle, et il faudrait remonter jusqu'à Lower, Baglivi, Van Swieten pour en trouver les premiers vestiges. Mais c'est surtout dans ces dernières années, après l'impulsion donnée par Magendie, que la pathologie expérimentale s'est réellement constituée et a pris tout son essor. Les travaux des Cl. Bernard, Longet, B. Séquard, Virchow, Traube, Vulpian et de tant d'autres, sont là pour témoigner ce qu'on peut attendre de cette méthode. Toutefois les brillants résultats qu'elle a déjà fournis dans sa courte carrière ne doivent pas nous faire oublier que de certaines limites paraissent lui être imposées. L'expérimentation réussit à produire une glycosurie passagère, à l'aide d'une lésion traumatique. Elle reproduit à merveille les accidents variés de la thrombose et de l'embolie. Grâce à de certaines lésions du système nerveux, elle fait naître des pleurésies, des pneumonies, des péricardites aiguës plus ou moins comparables à celles qu'on observe chez l'homme. Elle est parvenue récemment à développer chez un animal les phénomènes de la fièvre traumatique, en injectant dans le sang le liquide recueilli chez un autre animal, à la surface d'une plaie récente; et ainsi se trouve confirmée une vue depuis longtemps émise par un chirurgien français. Mais on peut dire que les affections à lente évolution lui échappent le plus souvent. Les maladies constitutionnelles et diathésiques, en particulier, paraissent lui être inaccessibles (3); et comment pourrait-il en être autrement si les conditions de développement de ces maladies sont le plus souvent ignorées du médecin lui-même? N'oublions pas cependant de relever les analogies qui existent, à quelques égards, entre les maladies diathésiques, dites spontanées et certaines intoxications lentes, telles que, le saturnisme, l'alcoolisme chronique que l'on est parvenu à reproduire chez les animaux à l'imitation des affections correspondantes de l'homme. Rappelons également les expériences remarquables à l'aide desquelles mon illustre ami, Brown Séquard, produit chez le cochon d'Inde une sorte d'épilepsie transmissible par voie d'hérédité.

Quoi qu'il en soit, si la pathologie expérimentale est impuissante à faire naître certaines maladies d'ensemble, elle peut souvent en imiter les symptômes et les faire apparaître isolément un à un, sinon toujours dans l'ordre régulier de leur succession naturelle. Elle peut faciliter aussi l'étude de certaines questions générales, telles que l'impressionnabilité, la prédisposition locale, et éclairer aussi le mécanisme de la généralisation des états morbides. On lui doit enfin cette belle étude analytique des poisons dont les résultats font déjà pressentir l'édification prochaine d'une thérapeutique vraiment rationnelle.

Et maintenant, messieurs, il me serait facile de vous prouver qu'en combinant les données de la clinique avec celles que nous fournissent l'anatomie et l'histologie pathologiques, et l'expérimentation physiologique, nous parvenons quelquefois à une conception vraiment rationnelle et presque complète de certains états pathologiques. Mais le temps presse et je dois conclure.

V. Pour mesurer le chemin que nous avons parcouru, il nous faut arrêter les conclusions auxquelles doit conduire le parallèle que nous avons essayé de tracer, de l'observation pure des anciens et de la méthode des modernes.

1° Je crois avoir établi que la méthode empirique est le vestibule obligé de la science. Nous ne saurions jamais abandonner cette méthode éprouvée par l'expérience des siècles. Elle doit toujours rester debout et servir de contrôle et comme de contre-poids aux spéculations scientifiques.

2° Mais il est un côté par lequel les vues théoriques peuvent et doivent légitimement s'introduire dans la pathologie. Perfectionnée par l'intervention des procédés nouveaux, l'observation clinique doit s'allier aux sciences générales et se rapprocher de plus en plus de la physiologie pour donner naissance à une médecine vraiment rationnelle.

Tel est le but vers lequel nous devons marcher; mais il faut marcher avec prudence dans cette voie, et ne point s'abandonner surtout à des généralisations hâtives, ce serait compromettre l'avenir de ce grand mouvement de rénovation auquel nous participons tous aujourd'hui.

Mais, nous dira-t-on, à quoi bon ces grands mots et ces grandes idées? Ces tendances scientifiques dont vous faites tant de bruit ont-elles eu une influence heureuse sur la pratique de l'art? Guérissez-vous plus de malades qu'on n'en guérissait autrefois? C'est là, messieurs, une question fort indiscrète, et qu'il serait vraiment trop facile de retourner contre nos adversaires. Contentons-nous de répondre, avec un maître honoré, que l'art sans la science ne tarde pas à dégénérer en routine (1). Le scepticisme banal qu'on oppose si volontiers à tous les progrès de l'esprit humain, est un oreiller commode aux têtes paresseuses; mais à l'époque où nous vivons, il n'est plus temps de s'endormir.

Pour mettre d'ailleurs dans son vrai jour l'heureuse influence que peuvent avoir les tendances scientifiques sur l'avancement de la médecine, il me suffira de vous rappeler la remarquable transformation qu'a subie cette science pendant le cours des vingt dernières années, dans un pays voisin du nôtre, en Allemagne. Transportons-nous donc un instant de l'autre côté du Rhin, et remontons par la pensée vers l'année 1830. Alors Schelling et son audacieuse *Philosophie de la nature* régnaient en maîtres absolus sur les esprits germaniques. La mode était aux aperçus poétiques aux conceptions transcendentales, et un médecin pouvait se permettre, dans un traité de la fièvre muqueuse, de comparer sérieusement un globule du sang au globe terrestre, parce que tous deux sont ronds, aplatis aux pôles, et que tous deux possèdent un noyau central entouré d'une atmosphère (2).

Pendant ce temps la médecine en était réduite à un état déplorable. Bien qu'on possédât la traduction des principaux ouvrages relatifs à la pathologie nouvellement publiés en France ou en Angleterre, cependant les progrès depuis longtemps accomplis dans ces deux pays étaient restés comme non avenus, car personne n'en avait compris l'importance. Le diagnostic local n'était jamais pratiqué soit à l'hôpital, soit dans la pratique civile. Dans plus d'une université allemande, le stéthoscope était à peu près inconnu; lorsqu'on rencontrait par hasard un de ces instruments, on l'examinait avec une sorte de curiosité enfantine, ou encore on accueillait par de mauvaises plaisanteries les quelques excentriques qui, à l'aide de ce morceau de bois, prétendaient entendre des choses *inouïes*. D'ailleurs la plupart des maladies de la poitrine, celles du cœur, les maladies chroniques de la peau étaient une terre à peu près inexplorée. Et lorsque l'on commença à s'occuper des Français, ce ne fut que pour tourner en ridicule, cette fois au moins avec une apparence de justice, la manie singulière qui les poussait à considérer toutes les maladies comme des inflammations (3). Les choses en restèrent là jusque vers l'année 1840. Alors commença l'œuvre de régénération principalement sous l'influence de Schœnlein, par l'importation des méthodes françaises et leur intervention dans le domaine de la clinique. Puis ce fut le tour de l'anatomie pathologique, brillamment représentée à Vienne par Rokitansky. Mais déjà Müller avait paru avec la physiologie, et bientôt il créait l'histologie pathologique qui devait rester pendant longtemps, pendant trop longtemps, une science presque exclusivement germanique.

Messieurs, vous savez le reste. Alors les universités allemandes eurent le spectacle, nouveau pour elles, d'une activité inouïe, presque fiévreuse, et vous n'ignorez pas que cette fièvre de travail qui ne paraît pas encore près de s'éteindre a enfanté déjà plus d'une œuvre fondamentale.

Pendant plus de dix ans, ce grand mouvement intellectuel est resté presque inaperçu en France. De temps en temps quelque observateur prévoyant cherchait à le signaler à l'attention publique. Mais il fallait lutter contre l'indifférence générale, et pendant que tout s'agitait en Allemagne, nous restions en France occupés à d'autres soins. Enfin le jour s'est fait, et l'on a compris qu'une grande puissance venait de s'élever à côté de nous, et qu'il fallait compter désormais avec la science d'outre-Rhin.

Par une réaction bien naturelle on a exagéré bientôt les tendances qu'on avait d'abord combattues. Et tandis qu'en France on est aujourd'hui trop disposé peut-être à ne tenir compte que des travaux allemands, nos voisins, grisés par le succès,

(1) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris, 1865. — Voir surtout, pages 117, 119, 125, 127, 140, 336, 343, 347, 348, 358, 369.

(2) Consultez sur ce sujet le remarquable discours prononcé par mon ami le docteur Brown-Sequard, devant le collége des médecins d'Irlande, le 3 février 1865. — *On the importance of the application of physiology to the practice of medicine and surgery.* — In *Dublin quarterly Review of med. sc. May* 1865.

(3) Voir G. Sée, *Leçons de pathologie expérimentale*, p. 11. Paris, 1866.

(1) « La pratique sans rénovation scientifique incessante, deviendrait bien vite, soyez en sûrs, une routine attardée et comme stéréotypée. » *Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale*, p. 19. Paris, 1867.

(2) H. Horn, *Darstellung des Schleinfiebers*, 2 aufl.

(3) C. A. Wunderlich, *Geschichte der medicin.*, p. 332. Stuttgart, 1859.

semblent persuadés que l'empire de la science leur appartient désormais. Il faut, messieurs, savoir pardonner quelque chose aux enivrements d'un triomphe. Mais ce n'est pas sans regret que nous avons vu naguère un homme éminent confondre les droits que lui confère sa haute position de savant avec le mandat politique que lui ont confié les électeurs de Berlin, et abuser du mot science pour échauffer les têtes allemandes au profit d'un patriotisme étroit (1). Il n'est permis à personne d'oublier que la science n'est d'aucun pays, et n'appartient en propre à aucune race. Aux idées exclusives et peu libérales du savant prussien, nous opposerons les belles paroles d'un des plus grands médecins de l'Angleterre : « La raison, dit Graves, la raison a étendu son empire de l'ancien au nouveau continent, de l'Europe aux Antipodes ; elle a aujourd'hui le monde entier pour domaine, le soleil ne se couche jamais sur son territoire. Les individus se reposent, mais l'intelligence collective de l'espèce ne s'endort jamais (2). »

Peut-être, messieurs, penserez-vous avec moi que la France eût eu le droit de se reposer après l'immense effort qui commence à Bichat, et qui s'est prolongé pendant toute la première moitié du dix-neuvième siècle. Peut-être penserez-vous comme moi que la période qui a suivi ce grand mouvement, marquée encore par tant de travaux importants, ne peut guère être considérée comme une époque de somnolence. Quoi qu'il en soit, le repos en France ne dure jamais longtemps, et déjà l'on peut reconnaître les premiers signes d'un nouvel essor scientifique qui nous permettrait bientôt d'affirmer de nouveau, s'il en était besoin, les droits de notre pays.

Travaillons donc, messieurs, sans nous rebuter jamais ; profitons de toutes les ressources que nous présente le grand centre médical où nous vivons. N'oublions pas surtout quel doit être le labeur de notre époque, et ne nous laissons pas prendre au mirage des synthèses prématurées. Il faut de tout côté sonder le terrain pour assurer les fondations de l'édifice. Les questions les plus rebattues, en apparence, sont souvent à peine ébauchées. L'histoire des pneumonies, celle de la phthisie pulmonaire ne viennent-elles pas d'êtres transformées de fond en comble ? Dans la prochaine leçon j'aborderai l'étude de l'hémorrhagie cérébrale, et j'espère vous montrer que sur cette vieille question il restait encore beaucoup à faire.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE

Du bromure de potassium contre l'épilepsie ;

Par M. Namias (de Venise).

(Note présentée à l'Académie des sciences.)

Le bromure de potassium est employé avec succès dans ma clinique contre l'épilepsie. J'en ai fait l'application de la manière la plus étendue : j'ai vu les accès disparaître, ou devenir moins forts et moins fréquents qu'auparavant.

Il ne faut pas dire que l'épilepsie a quelquefois sa source dans des lésions matérielles inguérissables. Il peut arriver que les mêmes lésions existent et que les accès manquent, de sorte qu'on doit admettre l'intervention d'un autre élément inconnu, duquel dépend l'apparition ou la disparition de l'épilepsie.

Le bromure doit être continué longtemps ; je l'emploie d'abord à la dose de 1 gramme dissous dans l'eau, et administré en trois fois dans une journée, et j'en élève graduellement la dose jusqu'à plusieurs grammes en vingt-quatre heures. Quand on cesse de l'administrer, l'élimination de ce sel par les urines continue plus longtemps qu'on ne pourrait le soupçonner d'après l'analogie avec l'iodure de potassium.

Je traite actuellement au grand hôpital de Venise un épileptique, pour lequel je suis arrivé à la dose de 14 grammes par jour de bromure de potassium. Il m'a fallu m'arrêter, parce que le malade était faible, ne pouvait plus marcher, délirait, et je soupçonnai que le remède pouvait avoir quelque part dans la production de ces phénomènes. Quittant le bromure pour quatorze jours, j'en constatai la présence dans les urines au moyen de l'amidon ou du chloroforme, qui devenaient jaunes par l'action du chlore. Les accès épileptiques sont devenus plus fréquents et plus forts, et j'ai dû faire reprendre le bromure. Ce n'est d'ailleurs pas le seul fait de cette nature que j'ai pu recueillir. Je me propose de donner à l'Académie, dans une autre communication, tous les détails relatifs à cette question.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 8 mai 1867. — Présidence de M. Legouest.

Suite de la discussion sur le traitement de la syphilis.

M. Verneuil continue :

M. Dolbeau, qui reproduit des arguments déjà cent fois articulés, lui reproche de ne point empêcher le développement des accidents consécutifs, mais seulement de les modifier et de les retarder, de troubler, de pervertir l'évolution naturelle de la diathèse, de ne point prévenir les syphilides graves, précoces, d'être même nuisible dans les syphilides graves, et tout cela sans compter les méfaits inhérents à la médication hydrargyrique elle-même : chloro-anémie, défibrination du sang, stomatite, etc.

Notre collègue a vu à Lourcine des malades traitées par ses prédécesseurs et qui présentaient des récidives, mais si nous lui montrions des malades guéris, il nous dirait peut-être que, sans le mercure, la guérison spontanée eût été obtenue également.

Mais que valent ces reproches dont les antimercurialistes nous poursuivent depuis si longtemps ?

Le mercure, il est vrai, n'empêche pas absolument le développement des accidents secondaires ; ceux-ci se montrent à peu près toujours. Sont-ils moins graves ? Je le crois. On dit le contraire, mais de part et d'autre la démonstration est presque impossible à donner.

On nous accorde que le mercure retarde et modifie les accidents susdits. Le retard ne me paraît pas suffisamment démontré ; j'ai vu la roséole, la céphalée, l'arthralgie, etc., paraître dans le courant du troisième mois chez les malades soumis au traitement immédiat. La prétendue apparition tardive de ces accidents passagers et superficiels pourrait bien souvent n'être qu'une de ces récidives si communes dans la première année.

Si le mercure modifie la syphilis, c'est déjà quelque chose. Dans beaucoup de maladies nous sommes fort heureux de modifier les processus pathologiques, car il est bien rare que nous ayons le pouvoir de les supprimer instantanément.

L'action modificatrice admise, reste à savoir si elle est favorable ou non. Le mercure rend-il la syphilis plus grave, l'empêche-t-il de guérir spontanément, si elle y est disposée ? fait-il naître des accidents qui, sans lui, auraient fait défaut ? Voilà ce qu'à notre tour nous sommes en droit de demander.

On parle de la chloro-anémie, de la défibrination du sang ; mais la syphilis elle-même ne produit-elle pas d'ordinaire ces états pathologiques, et faut-il répéter pour la centième fois que des malades pâles et défaits reprennent des couleurs et des forces par le seul fait de l'ingestion du mercure qui modifie si vite et si bien la syphilis secondaire ? C'est là ce qu'on observe tous les jours à Lourcine.

On invoque éternellement la salivation, mais, en vérité, c'est un fantôme. M. Guérin nous disait qu'elle était fort rare ; je suis entièrement de son avis, et je ne me rappelle pas l'avoir vue naître et acquérir une gravité quelconque depuis que j'exerce, et dans les quatre années que j'ai passées dans les hôpitaux de Lourcine et du Midi. Accuser le mercure de produire la chute des dents et des cheveux, c'est faire un anachronisme ou emprunter les fins de non-recevoir du vulgaire.

Je ne conteste point que le mercure mal administré puisse produire des accidents, mais quel médicament actif est à l'abri de ce reproche ? Le sulfate de quinine, l'opium, l'iode, le tartre stibié, les purgatifs en sont là. Les proscrit-on pour cela, et répudie-t-on leur utile concours ? Nullement. Il n'y a point de médicaments d'une certaine énergie qui ne puisse devenir nuisible à un moment donné, et dont l'administration n'exige surveillance. Certains sujets tolèrent mal le mercure, mais une foule de chlorotiques ne supportent ni le fer, ni le quinquina ; alors on tâtonne, on essaye diverses préparations, on associe au remède principal d'autres remèdes qui le corrigent et le font assimiler.

On combat la double chlorose syphilitique et mercurielle par l'adjonction des toniques : fer, quinquina, bon régime, et cela préventivement et avant que l'appauvrissement du sang soit établi ; on prévient de même les troubles intestinaux par l'opium et les succédanés ; on prescrit l'hydrothérapie, les bains salés ou sulfureux. La salivation est presque impossible si la bouche est l'objet de soins attentifs, si on donne les gargarismes au chlorate de potasse, si on touche les gencives avec la teinture d'iode. Si les premières voies sont trop susceptibles, on revient aux frictions mercurielles, etc. En un mot, on fait de la thérapeutique et on exerce l'art médical.

Chemin faisant, je rencontre une assertion que je ne puis laisser passer ; le mercure serait nuisible dans les cas de syphilides malignes ! Et qu'avons nous donc à notre disposition, quel remède propose donc M. Dolbeau ? se prive-t-il des bains de sublimé et du biiodure ioduré si actif, si héroïque parfois en semblable circonstance ?

Le reproche articulé avec le plus d'insistance consiste en ceci : que le traitement mercuriel n'empêche pas la réapparition, à divers intervalles, des accidents secondaires. M. Dolbeau a rencontré à Lourcine des malades rentrant plusieurs fois pour des plaques muqueuses, il pourrait ajouter que chez les fumeurs on voit longtemps des plaques opalines sur la langue, les joues, les lèvres, les amygdales, des syphilides herpétiformes à la verge et ailleurs. Peut-être eût-il été bon d'ajouter que ces poussées successives, poursuivies avec le mercure, deviennent de plus en plus faibles, de plus en plus distantes, qu'elles ne portent que sur des points très-circonscrits, et qu'en général quand le traitement est bien conduit, elles finissent par disparaître en dix-huit à vingt mois environ.

La cure de la syphilis secondaire demandant en moyenne un an et demi, il aurait fallu nous dire la date de l'infection de ces malades, par plusieurs réapparitions ne prouvent ni l'inefficacité du traitement, ni l'incurabilité du cas particulier.

Au reste, toutes les maladies générales en sont là ; elles sont tantôt latentes, assoupies, tantôt manifestées par des symptômes visibles. L'arthritisme, l'herpétisme, la scrofule, la chlorose, le diabète, le paludisme, ne se comportent pas autrement.

Est-ce à dire qu'il ne faut pas se donner la peine de traiter les accès sous prétexte qu'ils pourront revenir plus tard ? est-ce à dire qu'un médicament ne vaut rien et ne sert à rien parce qu'il n'empêche pas ces retours si communs ? Mais à ce titre rien ne vaut rien : ni le fer contre la chlorose, ni le sulfate de quinine contre les fièvres, ni l'arsenic contre les affections cutanées, ni les alcalins contre la goutte, ni l'iode contre la scrofule, ni même, comme je l'ai montré plus haut, l'iodure de potassium contre la syphilis tertiaire.

Pour moi, je pense qu'il y a grand avantage pour le malade et pour le médecin à rendre les accès plus rares et moins graves. Gagner du temps est chose fort importante. Dans la scrofule, par exemple, ne cherche-t-on pas à atteindre la puberté ? Dans la syphilis, il faut s'efforcer de parvenir à la fin de la deuxième année. L'économie arrive, dans ce délai, à se débarrasser du poison, et si elle est contaminée pour toujours, comme le prouve la rareté extrême d'une seconde contagion, au moins il n'y paraît guère et la santé semble parfaite en apparence.

Le mercure nous rend de tels services, cela n'est pas douteux ; et, puisque M. Dolbeau nous demande *à quoi il sert*, il me permettra sans doute de le lui dire aussi brièvement que possible.

Si le chancre superficiel et surtout l'érosion chancreuse guérissent vite avec les seuls topiques, le chancre huntérien, large et profond, est parfois beaucoup plus rebelle ; peu de jours cependant après l'administration du mercure, il se déterge et entre en voie de cicatrisation. J'ai constaté cent fois le fait en me bornant, comme traitement local, à l'emploi de l'eau fraîche. Même remarque pour les plaques muqueuses humides ou sèches, pour l'angine secondaire, etc.

La rapidité de la cicatrisation est importante ; elle implique la cessation des douleurs, la suppression d'une plaie ouverte qui peut toujours devenir le point de départ d'accidents divers, et surtout, ce qui est majeur, la durée moins grande de la période de contagiosité. Si l'on ne peut pas toujours obtenir des malades l'abstention prolongée des rapports sexuels, il faut tâcher de fermer vite les plaies virulentes ; on diminuera d'autant les chances de contamination et l'irradiation de la vérole.

Un malade en proie à l'arthralgie, à la céphalée nocturne, est promptement délivré de ces symptômes incommodes par le mercure ; il n'attache pas moins de prix à voir disparaître le plus promptement possible les syphilides du visage, les rhagades de l'aile du nez, des commissures buccales. Le mercure lui rend ce service, et fait disparaître des stigmates compromettants. Sans parler de l'iritis, certaines amblyopies ne cèdent qu'au traitement hydragyrique longtemps continué, etc.

M. Dolbeau ne nous demanderait point à quoi sert le mercure, s'il avait songé à la syphilis des femmes enceintes et des nouveau-nés. Une femme atteinte de syphilis amène rarement à terme le produit de conception ; elle avorte tantôt de bonne heure, tantôt près du terme, ou met au monde de misérables petits êtres à peine viables, et cela plusieurs années de suite, à moins qu'un traitement mercuriel bien fait et institué en temps opportun, ne supprime la cause incessante des avortements. Plus d'une union ne devient féconde qu'après l'administration du mercure à l'un des deux conjoints, sinon à tous les deux. Ces faits sont classiques depuis bien longtemps, et c'est un grand tort de les oublier.

Enfin quel autre moyen avons-nous pour combattre la vérole des nouveau-nés ? quels succès attendre de l'expectation ? et combien de ces petits malheureux sauvera-t-on par les topiques ou la médication banale ? Que notre collègue relise la relation de ces épidémies de vérole qui, dans les siècles antérieurs et de nos jours même, sévissent sur des points circonscrits, il y verra les ravages bientôt arrêtés par l'intervention du mercure. La dernière épidémie de vérole vaccinale a, tout récemment encore, fourni son complément de preuve. Mais il me paraît superflu d'insister, car il est des choses qu'on ne doit plus démontrer.

J'admettrais la proscription du mercure si on me proposait, pour le remplacer, un médicament plus sûr, plus efficace, tout à fait dépourvu d'inconvénients, agissant plus vite et guérissant d'une façon plus radicale ; or, ce phénix pharmaceutique est encore à trouver. Serait-ce par hasard le bichromate de potasse ? J'ai grand peur que non, et jusqu'ici, je ne vois aucune raison théorique ou pratique qui justifie sa supériorité. M. Dolbeau, qui l'a essayé, nous apprend lui-même avec une bonne foi louable, que d'après son expérience, les récidives paraissent un peu plus fréquentes après son administration ; cela n'est pas encourageant.

Jusqu'à la découverte d'un agent réellement préférable, je ne vois pas clairement l'utilité de cette croisade contre le mercure ; elle se renouvelle périodiquement et compte des champions dans tous les temps et dans tous les pays. On dirait que le traitement de la vérole sans mercure est un problème social, à voir le zèle avec lequel on le poursuit. On ne songe guère, que je sache, à supprimer l'onguent napolitain ni le calomel, à la condition qu'on s'en serve uniquement contre le phlegmon, la péritonite, les inflammations plastiques ou la constipation ; mais s'il s'agit de la syphilis, le médicament précieux devient un poison terrible et celui qui l'emploie un empoisonneur, peut-être. Je suis persuadé cependant que M. Dolbeau ne va pas jusque-là.

Il y a dans tout ceci ou un parti pris ou une exagération regrettable : le mercure n'est ni plus ni moins dangereux qu'une foule d'autres médicaments, et les préjugés du vulgaire ne sont pas plus fondés à son endroit qu'à celui de l'arsenic, qui, lui aussi, possède le triste privilége de jeter l'effroi dans les esprits timorés.

Que reste-il de toutes les déclamations passées et présentes ? Peu de chose. L'immense majorité des praticiens, et je dis des plus savants, des plus habiles et des moins routiniers, continue à donner le mercure ; ils en surveillent l'usage avec soin, le manient avec prudence et sagacité, et n'observant plus ces accidents terribles toujours invoqués, ils se rassurent et attendent, la conscience tranquille, des arguments plus nouveaux, des accusations mieux fondées, des preuves plus décisives. Ainsi faites-vous, messieurs, pour la plupart ; ainsi fais-je moi-même.

Je dois m'excuser, messieurs, d'avoir abusé si longtemps de votre attention pour répéter des choses que vous savez mieux que moi. Mais un de nos collègues ayant fait appel à notre expérience, j'ai cru devoir lui répondre avec ce que j'ai vu et fait ; sans doute, il me saura plus de gré, ou du moins je l'espère, de mon opposition que de mon silence.

Permettez-moi de me résumer en quelques propositions :

1° La syphilis doit être traitée dès que le diagnostic en est posé ; il n'y a aucun avantage à attendre.

2° Si l'expectation éclaire le médecin sur l'évolution et le degré de gravité du mal, en revanche elle expose à perdre un temps précieux pendant lequel le virus s'installe profondément dans l'économie et altère profondément les éléments anatomiques et les humeurs.

3° Le traitement doit être longuement et patiemment poursuivi, parce que la syphilis est une maladie de longue durée, dont la guérison exige environ deux années.

4° La syphilis, sans doute, peut guérir spontanément ; mais le cas paraît assez rare, et ne peut point être prévu d'avance. Si le traitement est inutile, il ne paraît pas avoir d'inconvénient sérieux. L'incertitude règne ici comme dans le champ entier de la thérapeutique, et, du moment qu'on ne nuit pas, on peut agir sans scrupules.

5° Jusqu'à nouvel ordre, le mercure reste le modificateur le plus puissant de la syphilis dans ses premières périodes. Si son action directe sur le virus n'est pas prouvée, il est toutefois démontré qu'il modifie avantageusement les manifestations isolées et successives du mal général.

(1) Allusion au discours prononcé par M. le Dr Virchow, à Hanovre, au congrès des naturalistes allemands, le 20 septembre 1865.— Voyez la *Revue des cours scientifiques*, 1865-1866.

(2) *Leçon de clinique médicale*, traduction du Dr Jaccoud, t. I, p. 53. 1863.

6° Au moins aussi efficace que tout autre moyen dans les véroles de moyenne intensité, il est indispensable et ne saurait être remplacé dans les syphilides graves ou tenaces, dans la syphilis viscérale, dans la vérole des femmes enceintes et des nouveau-nés.

7° Le traitement mercuriel bien dirigé, avec le concours de moyens adjuvants tirés de l'hygiène, du régime et de la classe des toniques, est, dans l'immense majorité des cas, tout à fait innocent; il importe donc de faire cesser à son égard les préjugés de la foule. Il est très-rare qu'on ne parvienne pas à faire tolérer le mercure grâce aux ressources actuelles de la matière médicale.

8° Le problème de la cure de la syphilis sans mercure n'est donc point encore résolu, et rien n'indique qu'il le soit prochainement.

9° Le bichromate de potasse ne paraît avoir sur le mercure aucune supériorité évidente.

La séance est levée à cinq heures trois-quarts.

Le Secrétaire, Dolbeau.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

72. Vaille. — Du rhumatisme puerpéral.
73. Draghiesco. — Quelques considérations sur la kératite en général, de la kératite phlyctémulaire en particulier.
74. Bouillon-Lagrange. — Observations sur l'emploi du bain hydro-électrique.
75. Dantand. — Essai sur les causes de la mobilité anormale des symphyses pelviennes chez les femmes enceintes ou récemment accouchées.
76. Michel. — De la variole anormale.
77. Virolleaud. — De la cataracte à noyau flottant.
78. Hauregard. — Étude clinique sur diverses variétés de pneumonie.
79. Lévy. — Essai sur la fièvre intermittente, considérée comme névrose vaso-motrice.
80. Malterre. — Études sur le diagnostic différentiel de quelques maladies de la peau qui peuvent affecter la muqueuse buccale (eczéma, impetigo, pemphigus, psoriasis).
81. Eysaguire. — De la fièvre jaune.
82. Chappot. — Recherches cliniques sur la montée du lait après l'accouchement.
83. Guy. — Étude des dépôts pigmentaires sur la capsule antérieure du cristallin.
84. Planté. — De l'ovariotomie.
85. Couillard. — Essai sur le staphylôme postérieur.
86. Durochas. — Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia, de leur pronostic, des causes de la lenteur de leur consolidation.
87. Chambounaud. — Des fistules dentaires.
88. Capmas. — Essai sur le spasme de la glotte dans l'âge adulte.
89. Rogues. — Quelques recherches sur l'enchondrome central des os.
90. De Meyjounissas du Repaire. — Du goître exophthalmique.
91. Aubrun. — Du perchlorure de fer; ses applications thérapeutiques, principalement dans la diphthérie.
92. Blanc. — De l'action du soufre et des sulfureux dans le traitement de la syphilis.
93. Clipet. — Des rapports des lésions traumatiques avec les maladies générales.
94. Brissaud. — Essai de description méthodique de la maladie en général et de la fièvre typhoïde en particulier.
95. Rabuteau. — Étude expérimentale sur les effets physiologiques des fluorures et des composés métalliques en général.
96. Stugocki. — Du tabac, de son influence sur la santé et les facultés intellectuelles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du sénateur, préfet de la Seine, en date du 20 mai 1867;

Est instituée une commission spéciale chargée de réviser la nomenclature nosologique actuellement en usage dans le service de la vérification des décès et d'en formuler une nouvelle en harmonie avec les progrès de la science.

Sont nommés membres de ladite commission :

MM. Dumas, sénateur, président; Tardieu, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Deville et Bourdon, inspecteurs de la vérification des décès; Brochin, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*; Husson, directeur de l'administration générale de l'assistance publique; Pelletier, directeur des affaires municipales.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises avant le 15 janvier, pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos Bureaux. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebord, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de la carie dentaire, recherches expérimentales et thérapeutiques, par le docteur E. Magitot. 1 vol. in-8° de 250 pages, avec planches, cartes et figures, prix : 5 fr. — Paris, 1867, J. B. Baillière et fils.

Études et expériences sur la salive considérée comme agent de la carie dentaire, par le docteur E. Magitot. Deuxième édition, revue et augmentée. In-8° de 76 pages, avec figures, prix : 2 fr. — Paris, 1867, J. B. Baillière et fils.

Essais sur l'hérédité de la syphilis, par le docteur Mireur. In-8° de 109 pages, prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

De l'angine couenneuse et du croup considérés au point de vue du diagnostic et du traitement, par le docteur A. Coulon, professeur de thérapeutique à l'école de médecine d'Amiens, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 104 pages, prix : 2 fr. — Paris, 1867, F. Savy.

Manuel d'opérations chirurgicales, par le docteur Dubreuil, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, deuxième fascicule. Opérations qui se pratiquent sur l'appareil circulatoire, artères, veines. In-18, avec planches coloriées, prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, F. Savy.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le docteur Wecker, médecin oculiste de la maison Eugène Napoléon, tome 1er, premier fascicule maladie de la conjonctive, deuxième édition, revue, corrigée et augmentée, in-8° de 115 pages, avec une planche gravée sur acier, prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

La physique moderne, essai sur l'unité des phénomènes naturels, par Émile Saigey; 1 vol in-18 de la bibliothèque de philosophie contemporaine, prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 66. — JEUDI 6 JUIN 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 6 JUIN 1867. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — De l'extinction des maladies vénériennes. — HÔTEL-DIEU (M. Barth). Pneumonie. Expectoration séro-albumineuse. — Choléra. Contagion et non-contagion. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Faculté de médecine de Paris. — Nouvelles.

PARIS, LE 5 JUIN 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance a été en grande partie absorbée par l'élection d'un correspondant dans la division de physique et de chimie médicale, qui a appelé à cet honneur l'éminent professeur de la Faculté des sciences de Rennes, M. Malagutti ; par la lecture de rapports sur les remèdes secrets et un comité secret pour la préparation d'une nouvelle élection de correspondant qui devra avoir lieu mardi prochain. Le temps disponible entre ces diverses opérations a été accordé à M. le docteur Durand (de Gros) pour une lecture. Le sujet de cette lecture est une dissertation physiologico-philosophique ayant pour titre : *Histologie, organologie et médecine*. Nous y reviendrons à l'occasion du dernier ouvrage publié par l'auteur.

La discussion sur le mouvement de la population, interrompue depuis plusieurs séances, sera reprise pour être probablement terminée mardi prochain. Aussitôt après l'Académie reprendra d'urgence la discussion sur la vaccine animale dont le résultat est attendu par l'administration.

Dr Brochin.

De l'extinction des maladies vénériennes.

Pendant que la Société de chirurgie discute sur le traitement de la syphilis, nous porterons nos vues plus loin, en prêtant l'écho de notre publicité à l'étude d'un projet qui aurait une prétention bien plus haute que de chercher les meilleurs remèdes, celle de les rendre inutiles par l'extinction même de la syphilis.

L'extinction des maladies vénériennes ! Il pourrait paraître superflu de chercher à démontrer de quelle utilité publique serait la poursuite d'un pareil dessin, en admettant sa possibilité établie. Il est des choses cependant qu'on ne saurait trop répéter et qu'il faut redire à satiété, jusqu'à ce qu'elles passent du domaine des utopies ou des vagues aspirations dans celui des réalités. Écoutez plutôt. C'est M. le docteur Garin qui parle, le savant auteur du rapport présenté, au nom d'une commission, à la Société impériale de médecine de Lyon (1).

« La prophylaxie des maladies vénériennes est une question d'hygiène qui devrait fixer davantage l'attention publique. Nous ne sommes plus au temps où, sous prétexte de morale, il était permis de se désintéresser de ces maladies, en les regardant comme la juste punition de ceux qui s'y exposent. Près de 50,000 hommes de nos troupes de terre et de mer sont annuellement atteints par la contagion, et la population de nos grandes villes paie un énorme tribut à la syphilis. C'est par millions de journées qu'il faut compter le temps que cette maladie enlève à la production ; c'est par millions de francs qu'il faut compter aussi ce qu'elle coûte aux hôpitaux...

« Les innocents, d'ailleurs, payent souvent pour les coupables. Que d'honnêtes femmes infectées par leurs maris ; que d'enfants conçus dans dans la souillure et tarés dès la naissance ; que de nourrices contaminées par des nouveau-nés malsains ; que d'enfants, enfin, qui donnent ou reçoivent, avec le vaccin, le plus odieux poison ! Qui ne sait encore que, dans certaines industries où la bouche intervient, comme dans le soufflage du verre, de braves ouvriers peuvent, au milieu d'un rude labeur, contracter un mal immonde, fruit habituel de la débauche, et de l'atelier le rapporter dans leur ménage ? N'y eût-il pas d'autres victimes de l'horrible fléau, la science, d'accord en cela avec la morale, devrait pourvoir à la sauvegarde de cette foule de vénériens si exempts de reproche, si dignes de pitié.

« Mais la syphilis, altérant les sources mêmes de la vie, porte à l'espèce humaine le plus grave préjudice. Non-seulement elle diminue l'essor de la population, par les causes de stérilité qui sont en elle, mais, peu à peu et sourdement, elle ôte à la race sa vigueur, en communiquant aux êtres, dont elle vicie l'origine, un principe de déchéance et de ruine qui se transmet de génération en génération. »

Personne ne contestera l'exactitude de ce tableau. Quel est le remède à cet état de choses ?

C'est ce que la Société impériale de médecine de Lyon s'est proposé de rechercher. Mais avant de proposer le remède, il fallait sonder toutes les profondeurs du mal. Aussi a-t-elle demandé à une commission spéciale de s'enquérir si les maladies vénériennes sont en progrès dans la population lyonnaise et si les secours organisés pour prévenir ou guérir ces maladies répondent aux besoins. Telle est l'origine du remarquable travail de M. Garin, dont la Société de médecine de Lyon a approuvé les conclusions.

Voici, en quelques mots, quel a été le résultat de l'enquête :

La commission lyonnaise avait à répondre à ces trois questions :

Les maladies vénériennes augmentent-elles à Lyon ?

Les moyens de les prévenir peuvent-ils être meilleurs ?

Les secours publics qu'elles réclament répondent-ils à tous les besoins ?

Sur la première question la commission a répondu, par l'organe de son rapporteur : Non, l'état sanitaire de Lyon n'est pas, comme on l'a pu croire, sérieusement menacé par une propagation croissante des maladies vénériennes. L'observation des chefs de service de l'Antiquaille a montré que, depuis plusieurs années, les maladies vénériennes et surtout la syphilis, sont loin d'avoir augmenté de gravité. Les lésions organiques considérables qui résultent des syphilis longtemps négligées, deviennent de plus en plus rares. Les prostituées n'offrent guère que des accidents syphilitiques relativement légers. Enfin la proportion des vénériens de l'armée de Lyon diminue d'année en année dans une progression rapidement décroissante, et la durée moyenne du traitement tend à devenir généralement moins longue à l'hôpital militaire, comme à l'Antiquaille.

Ce premier résultat de l'enquête lyonnaise est déjà satisfaisant, mais il ne l'est pas assez. Il s'agissait de rechercher, dans l'étude des moyens employés à Lyon pour empêcher la propagation des maladies vénériennes, s'il ne serait pas possible d'obtenir mieux encore et d'arriver, en donnant une impulsion nouvelle et plus générale à toutes les mesures de police en vigueur, en renchérissant encore sur l'activité de la surveillance et sur la rigueur de ces mesures elles-mêmes, et en multipliant et facilitant surtout les moyens d'assistance, à réduire de plus en plus le champ de la syphilis et à préparer les voies à son extinction totale et définitive.

La commission, après un examen attentif de tous les détails du service sanitaire de Lyon, a proposé, par l'organe de son rapporteur, un ensemble de mesures qui portent : les unes sur la surveillance administrative des prostituées, les autres sur la prophylaxie générale ou individuelle des maladies vénériennes, d'autres enfin sur les secours publics.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur les nombreux détails d'administration, de surveillance, de précautions, de soins et de prophylaxie, qui sont scrupuleusement passés en revue et étudiés dans le corps de ce rapport. Nous y renvoyons tous ceux qui voudront s'édifier sur la scrupuleuse sévérité avec laquelle a procédé la commission lyonnaise. Quant à la manière dont son rapporteur a exposé toute cette partie délicate de son travail, où la plume venait plus d'une fois se heurter contre de scabreux détails, elle a toute la gravité et toute la pureté de la science ; et on peut lui appliquer, aussi justement qu'il le fait lui-même à propos d'une œuvre du même genre de son collègue M. Diday, ces paroles si justes de M. Tardieu : « qu'aucune misère physique ou morale, si corrompue qu'elle soit, ne doit effrayer celui qui s'est voué à la science de l'homme ; et que le ministère sacré du médecin, en l'obligeant à tout voir, à tout connaître, lui permet aussi de tout dire. » Nous nous bornerons à résumer ici les propositions formulées par la commission, comme conclusions de cette importante enquête, en ce qui concerne les secours publics institués pour la guérison gratuite des maladies vénériennes ; secours publics qui, soit à cause de la gravité et du grand nombre de ces maladies, soit surtout à cause de leur caractère contagieux, sont tout au moins aussi indispensables, ainsi que le dit avec raison M. Garin, que les secours prodigués avec une faveur croissante pour la cure des autres affections.

Voici ces propositions :

1° L'administration des hôpitaux doit recevoir désormais librement et sans condition, dans ses asiles, les vénériens des deux sexes, quel que soit leur pays ou le temps de leur séjour à Lyon, comme elle le fait pour les autres malades.

2° Les vénériens doivent être retenus à l'hôpital assez longtemps pour que leur guérison, et particulièrement celle des syphilitiques, soit assurée.

3° Les malades incomplétement guéris ou atteints de récidive doivent être encouragés par de bons procédés à revenir volontiers à l'hôpital, les jours de consultation, et même à entrer dans les salles, pour compléter leur cure.

4° Les consultations gratuites ne remédient que bien incomplétement à la propagation des maladies vénériennes ; la séquestration temporaire des vénériens dans les hôpitaux doit être le plus possible substituée à la liberté regrettable, laissée aux malades par les consultations.

7° Le séjour des vénériens dans les hôpitaux, et particulièrement celui des filles publiques, doit être mis à profit pour les moraliser par le travail et par l'instruction. L'oisiveté corruptrice dans laquelle vivent en général ces malades, doit être combattue par tous les moyens possibles.

8° Un ouvroir, annexé aux hôpitaux ou dépendant de l'administration municipale, doit être créé et entretenu par les produits de la taxe pour recueillir, au moins temporairement, les prostituées repentantes et les ouvrières sans ouvrage que la misère pousse à se prostituer pour vivre.

Il n'est pas nécessaire de s'aventurer bien loin dans les domaines de l'économie politique et de l'hygiène sociale, dit M. Garin, pour comprendre quels avantages moraux et matériels résultent de la diminution des maladies vénériennes, et de quel triomphe serait leur disparition pour l'humanité. Aussi la commission se plaît-elle à constater : 1° que la Société, par la multiplication des secours propres à limiter les effets de la syphilis, conserve ou rend au commerce, à l'industrie, à l'armée, en un mot, à toutes les carrières de l'activité humaine, une multitude de bras que la maladie, au grand détriment de la richesse sociale, tient plus ou moins longtemps improductifs ; 2° que les sacrifices qu'elle s'impose pour réduire de plus en plus le nombre des vénériens, c'est-à-dire les non-valeurs sociales, sont largement compensés par les profits qu'elle retire, soit de la conservation de la race, soit de l'accroissement des produits de toute sorte.

Enfin, et c'est là le but ultime que se proposent les champions de cette nouvelle croisade, la commission lyonnaise ayant osé rêver l'extinction de la syphilis, suivant l'expression de son rapporteur, ne voit d'autre moyen de réaliser un jour cette lointaine espérance que d'imiter ce qu'ont fait nos devanciers pour la lèpre et la peste. Dans ce but, elle voudrait qu'à la suite de conférences internationales, comme il y en a eu pour les quarantaines, comme il en a été institué une récemment pour le choléra, une commission universelle provoquât partout, dans la France entière et chez toutes les nations civilisées, un ensemble de mesures propres à combattre et finalement à détruire la syphilis.

Depuis que ces vœux ont été exprimés, la question a été déférée au Congrès médical de 1867, qui doit prochainement se réunir. Espérons que la généreuse pensée de la commission lyonnaise trouvera là l'appui et le concours nécessaires pour sa future réalisation. — Dr Brochin.

(1) *De la police sanitaire et de l'assistance publique dans leurs rapports avec l'extinction des maladies vénériennes*, par M. J. Garin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Un vol. grand in-8°. Paris, 1866, Victor Masson et fils, place de l'École-de-Médecine. Cet ouvrage a été présenté vers la fin de l'année dernière, à l'Académie de médecine, par M. Bergeron qui en a résumé l'objet et l'esprit en termes excellents. Ce sont ces termes mêmes qui nous ont engagé à prendre connaissance de ce travail et à en présenter ce court exposé à nos lecteurs.

HOTEL-DIEU. — M. BARTH.

Pneumonie. — Expectoration séro-albumineuse. — Épanchement pleurétique. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. D'ESPINE, externe du service.)

A... (Hippolyte), trente et un ans, peintre sur verre, est couché au n° 62 de la salle Sainte-Jeanne.

Antécédents scrofuleux ; gourmes, glandes au cou dans les premières années. Abcès froids multiples dans la jambe et la cuisse gauche, qui ont nécessité, il y a dix ans, l'amputation de la jambe droite dans son tiers inférieur. Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille. Lui-même n'a jamais craché le sang, quoique étant fort sujet à s'enrhumer. Comme maladies antérieures, il a eu une pneumonie à l'âge de seize ans. (Il ne se rappelle pas le côté.)

Sa maladie actuelle a débuté il y a quinze jours, c'est-à-dire vers le 8 avril, par un frisson, par des vomissements bilieux, par un point de côté violent, accompagné de toux et de dyspnée. Il a néanmoins pu continuer son travail pendant une dizaine de jours (chose exceptionnelle pour une pneumonie).

Il y a quatre jours, la dyspnée et l'état général se sont assez aggravés pour le forcer à s'aliter. Il entre le 21 avril à l'Hôtel-Dieu.

Le matin 22 avril, à la visite, ce qui frappe tout d'abord chez cet homme, c'est la dyspnée extrême, le facies anxieux, la pâleur des traits, accompagnée d'une légère cyanose des lèvres.

Respiration. — Le point de côté a diminué et a presque disparu. La toux est fréquente; elle est accompagnée d'une expectoration abondante; le malade a rempli deux crachoirs dans l'espace de douze heures. Les crachats sont rejetés à chaque accès de toux, par petite quantité à la fois, comme dans une pneumonie ordinaire; il n'y a pas eu de vomique. M. Barth nous fait remarquer l'aspect extraordinaire et tout à fait insolite de ces crachats; il ne se rappelle pas en avoir jamais vu de pareils.

Ces crachats sont formés de deux couches : l'une supérieure, constituée par une écume épaisse, visqueuse, d'une couleur jaunâtre ou même rouillée par places, présentant en un mot les caractères essentiels des crachats pneumoniques; quand on l'enlève, on trouve au-dessous une seconde couche, qui est de beaucoup la plus abondante, couche liquide, d'un jaune citrin, transparente, filante comme du blanc d'œuf, présentant tous les caractères physiques du liquide d'un hydrocèle ou d'un épanchement pleurétique récent. Ce liquide se coagule en masse par addition d'acide azotique et par la chaleur, ce qui indique qu'il est fortement albumineux; l'acide acétique qui, comme M. Robin l'a démontré, détermine un précipité floconneux de mucosine dans les crachats ordinaires, ne détermine aucun trouble.

L'inspection du thorax ne révèle pas de déformation appréciable. A la palpation, on trouve les vibrations thoraciques diminuées à la base du côté droit.

La percussion révèle en arrière une matité complète avec perte d'élasticité sous le doigt, dans toute l'étendue du côté droit, jusque dans la fosse sus-épineuse. En avant, on trouve une sonorité presque tympanique, suivant une zone de quelques centimètres d'épaisseur, s'étendant du deuxième au quatrième espace intercostal inclusivement. Au-dessous du mamelon, la matité reparaît; elle existe également immédiatement au-dessous de la clavicule. Tout le côté gauche est sonore.

L'auscultation révèle à la base des râles crépitants fins, éloignés de l'oreille; au niveau de l'angle de l'omoplate, un souffle tubaire très-fort, presque amphorique, que M. Barth explique par le voisinage de la grosse bronche droite. Dans toute la fosse sous-épineuse s'entend du souffle entremêlé de râles crépitants, à plus grosses bulles qu'à la base et de râles sous-crépitants. Mêmes signes d'auscultation en avant jusque sous la clavicule. Bronchophonie dans toute l'étendue. Le côté gauche ne présente rien de particulier.

La dyspnée est très-grande; on compte 36 respirations par minute; la respiration est surtout diaphragmatique.

Pouls, 112, régulier, assez plein; chaleur de la peau assez élevée; pas de constipation ni de diarrhée; le ventre est tendu, ballonné; la percussion y révèle la présence d'un peu de liquide dans les parties déclives.

On constate de l'œdème aux jambes; il a commencé le 20 avril, au dire du malade, a été très-marqué hier et a diminué aujourd'hui.

Urines foncées, rares, non albumineuses.

M. Barth prescrit huit ventouses scarifiées sur le côté malade.

Le 23 avril au matin, M. Barth trouve le malade à peu près dans le même état. L'oppression a plutôt augmenté; le malade a eu dans la nuit un accès de suffocation auquel il a failli succomber; la face est pâle, cyanosée, couverte d'une sueur froide.

Les signes physiques ont peu changé; la sonorité en avant est plus tympanique qu'hier; le timbre presque métallique de la respiration à ce niveau fait soupçonner une perforation.

L'expectoration a continué à être très-abondante et à présenter les mêmes caractères hier pendant toute la journée. Depuis ce matin, le malade ne crache presque plus.

Les crachats que l'on trouve dans le vase forment encore deux couches; l'inférieure présente un aspect moins séreux qu'hier. L'acide acétique y détermine un léger précipité floconneux, ce qui indique que quelques mucosités se sont mêlées à l'expectoration séro-albumineuse. Pouls, 116; 36 respiration.

Le malade demande instamment à manger, on lui accorde une portion et du vin de Bordeaux.

Le soir à cinq heures, pouls, 120; respiration, 44. Les crachats sont redevenus franchement pneumoniques; ils sont jaunâtres, visqueux, adhérents au crachoir, sans liquide séreux au-dessous.

Le malade meurt le soir à onze heures. Il a conservé ses facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment.

Autopsie, trente-quatre heures après la mort.

Avant l'ouverture de la poitrine, la percussion est pratiquée, et révèle, comme pendant la vie, une certaine tympanicité en avant au niveau des deuxième, troisième et quatrième intercostaux; comme on soupçonne une perforation pulmonaire, une ponction est faite sous l'eau au niveau du quatrième espace intercostal, mais ne donne issue à aucun gaz.

Voici ce qu'on a trouvé après l'ouverture du thorax :

Plèvre. — Petit épanchement enkysté, situé entre la base du poumon et la lèvre diaphragmatique, se prolongeant en arrière à la face postérieure du lobe inférieur. La poche est divisée en deux compartiments par une adhérence molle; les deux parties communiquent largement entre elles.

La quantité du liquide était à peu près d'un demi-litre à trois quarts de litre. C'était un liquide jaune citrin ou plutôt orangé, légèrement filant, ayant les caractères ordinaires d'un épanchement pleurétique récent.

A ce niveau, le feuillet pariétal et le feuillet viscéral de la plèvre étaient recouverts d'une mince couche de fausses membranes de formation récente, présentant l'aspect décrit dans la péricardite sous le nom de langue de chat.

Plus haut, les deux feuillets pleuraux étaient accolés dans toute leur étendue par des adhérences nombreuses, molles, se laissant facilement déchirer.

Dans les scissures interlobaires, adhérences de même nature; pas d'épanchement enkysté ou de cavité pouvant faire croire à son existence antérieure.

L'insufflation, pratiquée à deux reprises, ne révèle aucune perforation.

Poumons. — Le poumon présente tous les caractères de l'hépatisation grise; consistance augmentée; friabilité; coupe grenue, grisâtre, laissant suinter, par pression, un liquide purulent. Le poumon ne remue point. Au microscope, globules purulents dans les alvéoles et dans les mailles du tissu élastique pulmonaire.

Le lobe inférieur et le lobe supérieur sont hépatisés dans toute leur étendue. Le lobe moyen seul ne présente que des signes d'engouement. Il reprend par l'insufflation ses dimensions normales. Pas de tubercules.

Poumon gauche. — Rien de particulier.

Cœur. — Un peu d'hydropéricardite; cavités droites un peu dilatées, remplies de caillots mous, noirâtres, se prolongeant dans l'artère pulmonaire.

Foie. — Volumineux, légèrement congestionné.

Rate. — Rien de particulier.

Reins. — Rien de particulier.

Dans la cavité péritonéale, liquide clair citrin, en assez grande quantité.

Comment expliquer ces crachats insolites séro-albumineux? Une première question à résoudre était de savoir s'ils provenaient de la plèvre.

Pour cela il fallait comparer les deux liquides dans leurs propriétés physiques et dans leur compositions chimiques. Ils ont été examinés avec grand soin sous ce double point de vue dans le laboratoire de M. Robin. On a pu constater une légère acidité dans l'un et dans l'autre, chose assez rare soit pour les épanchements, soit pour les crachats. L'acide azotique détermine dans l'un comme dans l'autre un abondant précipité floconneux; la chaleur donne le même résultat. L'acide acétique ne produit aucun trouble dans le liquide pleurétique, et ne détermine qu'un nuage très-léger dans les crachats.

M. Robin, qui a eu l'obligeance d'assister lui-même à ces essais, n'avait pas de doute sur l'origine identique de ces deux liquides.

Une seconde question se présentait :

Comment le liquide pleural a-t-il pu passer dans les bronches? En présence d'un fait aussi insolite, sans antécédents dans la science, au moins à notre connaissance, on ne peut faire que des suppositions. On peut croire à une transsudation du liquide, hypothèse là improbable, ou à une perforation.

Les perforations ne sont point rares dans le cas d'épanchements purulents et dans une pleurésie ancienne, mais nous ne croyons pas qu'elles aient jamais été signalées dans le cas d'épanchements pleuraux récents, non purulents. D'autre part, l'insufflation répétée, et faite avec toutes les précautions voulues, n'a donné aucun résultat.

Néanmoins M. Barth pense que l'hypothèse la plus probable est l'existence d'une perforation qui se serait formée et qui aurait été bouchée dans les dernières heures de la vie par quelques fausses membranes. Cette hypothèse concordait assez bien soit avec la résonnance presque métallique de la respiration constatée le 23 avril, soit avec la cessation presque subite de l'expectoration séro-albumineuse vingt-quatre heures avant la mort.

CHOLÉRA.

Contagion et non-contagion.

(Rapport lu à la Société de médecine de Paris, dans les séances des 1er et 15 février 1867, par le Dr J. Worms.)

I. — Un sentiment éclate à chaque page dans le travail de M. Bonnafont, c'est celui d'une conscience profondément émue, et qui cherche à répandre le plus possible autour d'elle une conviction ardente, dans la possibilité de nous préserver à l'avenir du choléra.

L'auteur a, pour le service de sa cause, un pinceau étincelant. Attristé par l'indifférence de l'opinion qui suit immédiatement la disparition du danger, M. Bonnafont s'exprime ainsi :

« Dès qu'une couche de gazon, arrosée par d'abondantes « larmes a recouvert la tombe de ses nombreuses victimes, la « société, laissant échapper un dernier cri de douleur et espé- « rant que des siècles la sépareraient d'une nouvelle irruption, « s'est livrée à ses travaux, à ses joies et à ses plaisirs, sans « que le souvenir de cette épidémie les ait troublés un seul « instant. Et cependant, tandis que tous les peuples vivaient « dans cette quiétude, le monstre s'était replié sur lui-même « pour, se plongeant dans les boues infectes du delta du « Gange, ou d'autres marais infectés du principe épidémique, « aller se gonfler d'un nouveau venin et le répandre quelques « années après sur cette même société, qu'il avait déjà si « cruellement maltraitée. »

C'est là une pensée vraie et bien dite, et elle peut servir à appeler en tout temps l'attention publique sur la cause première à laquelle M. Bonnafont attribue le choléra. Tout est pour lui dans le delta du Gange; c'est là qu'il faut attaquer l'ennemi.

Cette recommandation, s'adressant plus particulièrement à la conférence internationale de Constantinople, a un caractère plus administratif que médical, et, sous ce rapport, il nous paraît difficile de décider ce que l'art de l'ingénieur pourrait obtenir.

M. Bonnafont s'étend sur les procédés techniques d'endiguement, et tout porte à croire qu'il est très au courant des moyens d'exécution nécessaires.

L'auteur du mémoire cite bon nombre d'exemples où l'état marécageux du sol a déterminé évidemment des maladies épidémiques, et, comme d'autre part il ne croit pas que l'état actuel de la science puisse faire connaître les procédés par lesquels le poison que distille le Gange est transporté loin de sa source; qu'il accuse l'atmosphère sans accorder absolument l'immunité aux hommes, il convie tous les gouvernements à unir leurs efforts pour modifier le sol que baignent les eaux du Gange.

Cette idée a été reproduite plusieurs fois, depuis que le mémoire de M. Bonnafont a paru. La conférence internationale elle-même l'a prise en considération. Ces raisons sont, il me semble très-suffisantes pour tenir grand compte à notre distingué confrère de l'avoir émise un des premiers et de l'avoir développée avec entraînement et avec une grande élégance.

La Société de médecine acceptera, j'en suis persuadé, la proposition que j'ai l'honneur de lui faire d'adresser des remerciments à M. Bonnafont, pour son intéressante communication.

II. — M. le docteur Cazalas, inspecteur du service de santé militaire et membre du conseil de santé des armées, discute, dans son mémoire, la question du mode de propagation du choléra, et il le fait avec la plus absolue netteté. Pour lui, la non-contagion n'est pas seulement une opinion scientifique, c'est un dogme, et il faut admettre chez l'auteur une conviction immuable et très-ancienne pour se rendre compte de son procédé d'argumentation.

Dès la première page, c'est avec un véritable enthousiasme qu'il cite les paroles suivantes, que la lecture de travaux contagionistes a arrachée au vénérable M. Clot-Bey.

« Ce retour vers des idées indignes de notre époque, alors « que la non-contagion a été surabondamment prouvée, ne « peut qu'affliger les véritables amis de la science et de l'hu- « manité : comment en effet ne pas déplorer que des médecins, « des journalistes, des personnes instruites, aient fait servir à « la propagation d'une erreur funeste, les nombreux ouvrages « publiés sur cette maladie! »

Un autre caractère que révèle le procédé d'esprit de l'auteur, c'est le soin qu'il prend d'examiner les conséquences que peut entraîner la théorie de la contagion avant d'avoir étudié les faits qui peuvent l'établir.

Ces conséquences sont nécessairement un état funeste pour la société, car elles entraînent, si la maladie est contagieuse, l'application absolue de l'isolement, et toute concession faite à ce principe serait une faiblesse ou une inconséquence. Quelle que soit la profonde émotion que lui causent les opinions des adeptes du contagionisme, M. Cazalas admet, comme une conséquence logique de cette doctrine, les sacrifices les plus barbares. « On abat les animaux atteints du typhus pour « éviter la propagation de la maladie, dit-il; il est facile de « comprendre ce qu'on doit faire des cholériques pour empê- « cher la propagation du choléra. »

Pour ma part, j'ignore si jamais un médecin a osé proposer des sacrifices humains pour restreindre une épidémie; mais il est certain qu'émettre dans le camp des contagionistes des remèdes de ce genre, c'est dès l'abord soustraire leurs travaux à tout jugement impartial, à toute étude véritablement scientifique.

Après avoir essayé de ruiner la théorie de la contagion par la barbarie des résultats qu'elle entraînerait, M. Cazalas passe à l'examen des faits sur lesquels on a prétendu qu'elle reposait, et il dit que s'il existait un seul fait positif assez clair, assez authentique, assez évident pour prouver que le choléra a été importé dans un pays placé en dehors de toute influence cholérique préalable, ou bien que le germe de la maladie ait été transmis d'un sujet malade à un sujet sain, la question serait jugée.

En lisant cette déclaration si franche, je m'attendais, en présence des faits innombrables qui répondent à ces conditions, et qui sont aussi probants que pour n'importe quelle autre maladie transmissible, à voir l'auteur s'incliner devant leur autorité et se ranger dans le camp de ses adversaires; il n'en est rien, et M. Cazalas met à néant d'un seul mot les recherches si nombreuses et si consciencieuses qui ont mis en relief des milliers de faits bien observés, entourés de toutes les garanties de l'authenticité; il les déclare apocryphes.

M. Cazalas dit expressément : « Un fait de ce genre n'existe pas dans la science et en songeant à la gravité des conséquences qu'il entraînerait, on comprend que tous les faits produits avec une semblable prétention ne puissent être acceptés par les hommes sérieux, qu'après un contrôle bien sincère. »

Ce qui manque à ces faits pour les rendre valables, l'argumentation de M. Cazalas ne nous l'apprend pas, mais il convient qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de ne pas confondre une influence épidémique avec une influence contagieuse.

Je partage l'opinion de M. Cazalas et j'accepte que, pour distinguer l'influence épidémique de l'influence contagieuse, il faudrait pouvoir déterminer si la constitution de l'air était ou non cholérique avant l'atteinte attribuée à la contagion. Ce moyen de vérification si désirable, il existe, dit l'auteur du mémoire. J'essayerai de rechercher jusqu'à quel point le moyen proposé porte en lui une efficacité suffisante.

D'après M. Cazalas, l'ensemble des circonstances qui révèlent l'influence épidémique se manifeste dans la constitution médicale. Les affections cholériformes prédominant avant l'apparition de l'épidémie et l'existence de la psorentérie intestinale dans les maladies les plus diverses, annoncent l'imminence du choléra; et toujours l'arrivée des agents cholérifères que les contagionistes cherchent dans les bateaux, les voyageurs de provenance infectée, serait précédée par ces signes précurseurs.

Ces modifications seraient déterminées, non pas par le choléra lui-même, mais par l'infection cholérique.

Je ne puis rappeler ici les cas nombreux où les observateurs

ont déclaré qu'aucun changement dans la physionomie des maladies n'avait été observé jusqu'au moment où le choléra avait éclaté, après une importation directe ; depuis dix-huit mois les feuilles médicales ont fourni une telle abondance d'exemples qu'il serait puéril d'en faire le récit.

Quant à distinguer l'infection cholérique de celle du choléra lui-même, comme le fait l'auteur, c'est exiger de l'intelligence un effort de subtilité peu commune, et si M. Cazalas, grâce à une qualité d'abstraction certainement très-puissante chez lui, a pu se rendre un compte exact du sens de l'image qu'il a employée, je suis obligé de confesser humblement que je n'ai pu le suivre.

La première partie du mémoire que je viens de passer rapidement en revue renferme encore d'autres considérations, où l'auteur donne libre cours à ses sentiments et à ses vues en matière de pathologie générale. Je ne pourrais qu'en affaiblir le sens en cherchant à les analyser ; elles ne rentrent, du reste, qu'indirectement dans le sujet lui-même, que M. Cazalas aborde dans une deuxième partie avec une grande netteté en analysant, pour en démontrer l'inanité, les faits qui prouveraient l'importation du choléra, dans quelques cas particuliers. Un auteur, que M. Cazalas désire ne pas nommer, mais qui ne me démentira pas si je prends la liberté de répondre pour lui, aurait prétendu à tort : 1° que le choléra aurait été exporté de Marseille à l'armée d'Orient en 1854. Le fait d'un bateau venant de Marseille, qui avait perdu des cholériques à bord, et avait laissé de malades en route et qui, arrivé à Gallipoli le 5 juillet, où il dépose des cholériques, quoique non contesté dans son essence, est vivement attaqué dans ses détails et dans les conséquences qui en sont déduites. Les premiers cas de choléra observés à l'armée d'Orient l'auraient été avant l'arrivée de ce bateau.

C'est le 5 juillet 1854, d'après M. Marrois, ou le 3, d'après M. Grellois, que le bateau réputé infectant arrive à Gallipoli. Ce fait n'est pas contesté, mais quelques jours auparavant on aurait déjà observé des cholérines et de véritables cas de choléra non mortels ; ces faits sont affirmés par M. Grellois. Il est regrettable qu'ils soient en contradiction flagrante avec le passage suivant, extrait de la relation du médecin en chef de l'armée, M. Scrive, qui écrit, à la page 71 de son livre, ceci : « Le 7 juillet, Gallipoli a son premier cas de choléra bien caractérisé. M. Valette, chef du service médical, m'en informe. »

Un soldat du 42e de ligne ayant présenté, le 3 juillet, à Varna, un cas de choléra foudroyant (Varna est à trois jours de chemin de Gallipoli), il est erroné de dire que l'arrivée à Gallipoli d'un bateau infecté ait pu déterminer le choléra à Varna. Rien n'est plus certain. Si l'auteur du travail incriminé a dû, pour ne pas se perdre dans des détails que ne comportait pas le cadre de son étude, présenter la succession des faits trop rapidement peut-être, il ne peut être contesté que ce soldat, mort le premier à Varna, appartenait à un régiment qui, d'après le rapport adressé à l'autorité militaire par le médecin en chef de l'armée, avait présenté des cas de cholérine déjà à Toulon et pendant la traversée de Marseille à Varna (Scrive page 60).

« Voici du reste l'impression générale que l'examen scrupuleux des faits a laissée dans l'esprit de l'inspecteur général du service de santé, M. Michel Lévy, à qui le ministre de la guerre avait confié une mission supérieure. »

Il nous a été donné, dit-il, d'assister de près aux premiers développements du choléra qui a pesé pendant plus d'une année sur notre armée d'Orient, et à la formation successive de ses foyers, depuis Marseille jusque derrière Sébastopol, en passant par le Pirée et par la côte de Bulgarie ; nous avons compté les premiers cas de typhus à l'armée, et nous en avons suivi l'évolution d'abord très-modérée et plus tard si meurtrière. L'épidémicité n'avait là aucun rôle ; l'importation et l'exportation ont fait le mal.

Ce jugement général, porté par un des esprits les plus clairvoyants et les plus sévères de notre époque, aura plus de poids dans la discussion pendante qu'une controverse sur le caractère de quelques cas de diarrhée.

Vous me permettrez, messieurs, de poursuivre et de prendre encore la défense de l'auteur avec lequel je m'identifie, et auquel M. Cazalas décoche les flèches les plus aiguisées ; il est d'autant plus essentiel que j'insiste sur ce point que la doctrine que condamne M. Cazalas, croyait avoir trouvé quelque appui dans les faits contestés.

L'expédition si désastreuse de la Dobrutcha avait été citée en passant, et l'auteur avait dit que la colonne avait quitté Varna, le 20 juillet, où le choléra sévissait depuis huit jours ; que le choléra n'a donc pas été rencontré, mais qu'il a été importé et n'a frappé si fort et si vite que parce que la fatigue et d'autres circonstances avaient créé un terrain particulièrement préparé.

La prétention de présenter ce triste épisode comme pouvant servir d'appui à la théorie de la contagion surprend étrangement M. Cazalas. Il était le médecin en chef de la première division du corps expéditionnaire. Sa manière d'interpréter les faits relatifs à ce triste épisode peut différer de la mienne, mais, à quelque point de vue qu'il les ait considérés, il a déployé pendant cette terrible épreuve un courage héroïque dont toute l'armée a gardé le souvenir.

M. Cazalas rapporte avec des détails l'histoire de l'expédition, et est en tout point d'accord sur les faits cités par son contradicteur ; comme lui, il déclare que le choléra régnait à Varna au moment du départ, que, dès le lendemain, 21 juillet, 5 cas de choléra se déclarèrent dans la colonne mobile ; voilà donc bien le choléra importé ; c'est le 26, cinq jours après, que les cas deviennent plus nombreux ; les jours suivants sont épouvantables, et le 10 août l'épidémie étant à sa fin, la division partie avec 10,590 hommes en avait perdu 2,036, un cinquième.

M. Cazalas attribue à un changement de route la cessation de l'épidémie. Si l'on veut bien remarquer qu'à ce moment un homme sur cinq avait succombé, on est autorisé à croire que tous les sujets susceptibles d'être frappés avaient cessé de vivre.

Les épidémies les plus meurtrières n'ont jamais atteint une telle violence quand elles se sont éteintes faute d'aliment.

Si M. Cazalas ne tient nul compte du germe cholérique emporté de Varna, et se plaît à concevoir une influence cholérique rencontrée en chemin, c'est là un point de vue personnel ; on serait aussi bien autorisé à penser qu'une colonne qui quitte un lieu où règne le choléra, présente des cas de choléra dès son départ, puisse, sous des influences physiques ou morales favorables, devenir la proie de ce germe, gagnant de jour en jour en intensité ; mais cette différence d'interprétation n'autorise en nulle façon l'accusation d'altération des faits qui sont absolument identiques dans les deux camps.

Vous connaissez tous, messieurs, la controverse relative à l'éclosion du choléra à Marseille en 1865 ; les recherches de M. Grimaud, de Caux, appuyées par le mémoire de MM. Pirondi et Fabre, ont été contestées par M. Didiot avec beaucoup de véhémence. M. Cazalas, s'appuyant sur les renseignements fournis par M. Didiot, nie l'importation du choléra à Marseille ; or voici quelle a été la réponse formulée par la commission scientifique du comité médical des Bouches-du-Rhône, au programme de la Société de médecine de Srasbourg sur les questions proposées :

1° Quelle a été l'origine de l'épidémie cholérique de 1865 en France ? Le début du choléra de 1865 a coïncidé à Marseille avec l'arrivée des émigrants d'Alexandrie et l'augmentation de l'épidémie en Égypte, sans qu'on ait pu suivre d'une manière certaine dans le principe des faits d'importation.

2° A-t-on vu régner avant l'explosion du choléra des affections insolites ? La commission répond :

Que la constitution médicale des six premiers mois de l'année a été des plus satisfaisantes, et que les affections gastro-intestinales ont été moins nombreuses que l'année précédente.

M. Cazalas cite un grand nombre de faits tirés de son expérience personnelle ou observés en Afrique par ses collègues, et qui enlèveraient toute base solide à la doctrine de l'importation.

Ainsi, c'est à tort selon lui que l'on a prétendu que le choléra aurait été importé à Alger, au mois de septembre 1865, par des infirmiers militaires venant de Marseille ; il cite un certain nombre de faits qui prouveraient que des cas de choléra isolés avaient été observés en Algérie antérieurement à leur arrivée.

Deux médecins d'Alger, MM. les docteurs Vincent et Collardot, viennent de publier un mémoire étendu et remarquablement bien fait sur les neuf épidémies qui ont régné à Alger depuis 1835 jusqu'en 1865, répondent pour moi à M. Cazalas en assurant que ces cas isolés d'accès sporadiques s'observent chaque année en Algérie, et que par conséquent il ne serait pas juste de rattacher à quelques cas isolés et très-éloignés les uns des autres l'épidémie de choléra d'Alger, qui a suivi l'arrivée du détachement d'infirmiers venu de Marseille.

Il serait toutefois injuste de ne pas remarquer que M. Cazalas a prouvé que l'importation n'avait pas pu être démontrée dans tous les cas ; mais est-ce là une raison pour l'autoriser à déclarer qu'elle n'a pas eu lieu et que le choléra soit né de toutes pièces dans les contrées où l'importation n'a pas été constatée.

La théorie qu'il défend reçoit un appui très-puissant du principe qu'il émet, que le choléra sporadique et le choléra épidémique sont la même affection, car il lui a été facile ainsi de relater des cas isolés survenus très-loin des lieux par lesquels on aurait pensé que l'importation avait été faite. Mais quoique, en ce qui concerne l'épidémie de 1865, un grand nombre de cas isolés et antérieurs à l'épidémie soient relatés par M. Cazalas, le premier de tous ne remonte pas au delà du 11 mai pour Marseille et du 26 pour Toulon, et à cette époque l'importation avait pu avoir lieu, car le choléra régnait déjà en Asie Mineure.

J'ai énuméré, messieurs, aussi longuement que me le permettait le cadre de cet examen, les arguments invoqués par M. Cazalas contre la contagion du choléra, et pourtant je suis obligé d'insister plus encore sur ce que ce savant ne dit pas que sur ce qu'il dit.

Ce dont il ne parle pas, c'est d'abord des exemples si nombreux de transmission directe et d'importation dans les petites localités.

Les études si remarquables publiées par MM. Brochard, Huet, Spindler, Briquet, Bucquoy père, etc., méritaient d'être discutées, car ce sont surtout les observations de transmission directe qui donnent une base assurée à la théorie de contagion. M. Cazalas a écarté une autre cause de débilité de son hypothèse, en ne tenant nul compte des expériences d'inoculation tentées avec succès sur les animaux.

Ce sont ces considérations, messieurs, qui m'ont fait dire au début de cet examen, pour M. Cazalas, la théorie de la non-contagion était un véritable dogme, car pour défendre ce qui est sa foi scientifique, il a procédé comme les docteurs de la foi, choisissant les arguments favorables et substituant à la vérité des faits qui le pressaient de toute part, la création d'une force immatérielle appelée l'influence cholérique, qui une fois admise peut être aisément invoquée pour expliquer la succession de faits où ses adversaires ne voient que l'effet déterminé par un malade sur le milieu qui l'entoure.

Dès que l'on admet une influence variolique ou scarlatineuse il devient impossible de soutenir la contagion de la variole ou de la scarlatine, car ce n'est plus un premier malade qui en contamine un second, mais bien la même influence extérieure qui agit sur les deux.

Ce qui m'autorise encore à qualifier comme je le fais la conviction ardente de M. Cazalas, c'est sa préoccupation trop grande des conséquences auxquelles pourrait mener l'établissement définitif de l'une ou de l'autre des deux doctrines ; en matière scientifique la conséquence pratique ne doit pas avoir d'influence sur la sévérité des recherches, et si, comme le dit M. Cazalas et comme je le crois moi-même, les moyens proposés jusqu'à présent pour empêcher la propagation du choléra étaient inefficaces ou même perturbateurs, il n'en serait pas moins contraire à la méthode qui seule peut assurer le progrès scientifique de se demander à quoi pourrait conduire la découverte de la vérité.

Ces réserves faites, il n'est pas moins certain, messieurs, que le travail de M. Cazalas est, de tous ceux qui ont été produits dans ces derniers temps à l'encontre de la doctrine contagioniste, le plus puissant, le plus solidement élaboré ; il émane d'un esprit vigoureux, que la préoccupation du but qu'il a cru le plus utile d'atteindre a détourné de ce que des recherches sévères doivent faire considérer comme la vérité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juin 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'instruction publique transmet :

L'ampliation d'un décret en date du 29 mai, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Chauffard comme membre titulaire dans la section de pathologie interne, en remplacement de M. Rostan.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Chauffard prend place parmi ses collègues.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans les départements de l'Aisne et des Hautes-Alpes et dans les arrondissements de Clermont, de Riom, de Thonon et de Brest. (Commission des épidémies.)

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Nogarret ; de Baréges (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Le Bret ; de Propiac (Drôme), par M. le docteur Loubier ; de Bourbon-l'Archambault, par M. le docteur Perrier ; du département des Landes, par MM. les inspecteurs de ces eaux. (Commission des eaux minérales.)

Le ministre de la guerre envoie un exemplaire des tomes XVI et XVII de la 3e série des *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un recueil d'observations météorologiques faites à Cherbourg, en 1866, par M. le docteur Loysel. (Commission des épidémies.)

2° Une étude sur les eaux minérales salines, par M. le docteur Bally de Bains. (Commission des eaux minérales.)

3° Un rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Vassy (Haute-Marne), en 1866, par M. le docteur Chevance. (Commission des épidémies.)

4° M. le docteur Garrigou, au sujet de la réclamation que M. le professeur Filhol (de Toulouse) a adressée à l'Académie dans la séance dernière, adresse une lettre dans laquelle il signale les nombreuses citations qu'il a faites du nom de M. Filhol, non-seulement dans le mémoire qu'il a lu à l'Académie, mais encore dans son *Traité des eaux d'Ax*, publié en 1862, et dans ses travaux sur la géologie des stations thermales des Pyrénées, communiqués en 1864 et en 1865 à l'Académie des sciences, à la Société géologique de France et à la Société d'histoire naturelle de Toulouse.

— **M. le Président** fait remarquer que l'Académie, en acceptant la rectification de M. Garrigou, n'a pas mis un instant en doute sa bonne foi.

M. Vernois présente, au nom de M. Caron, une brochure intitulée : *Guide pratique de l'alimentation hygiénique et physiologique au sein ou au biberon.* (Renvoi à la commission d'hygiène de l'enfance.)

— **M. Bussy** présente, au nom de M. Lortet (de Lyon), une brochure intitulée : *Recherches sur la vitesse du cours du sang dans les artères du cheval, au moyen d'un nouvel hémadromographe.*

— **M. Velpeau** présente, au nom de M. Michaux (de Louvain), une brochure : *Sur les polypes fibreux naso-pharyngiens volumineux ;* et, au nom de M. le docteur Joulin, la quatrième et dernière livraison du *Traité complet d'accouchement.*

— **M. Larrey** présente : 1° au nom de M. Lombard (de Genève), un petit volume intitulé : *Les stations médicales des Pyrénées et des Alpes comparées entre elles ;*

2° Au nom de MM. Moynier et Appia, un ouvrage ayant pour titre : *La guerre et la charité, traité théorique et pratique de philanthropie appliquée aux armées en campagne ;*

3° Au nom de M. Sistach, des études statistiques sur les infirmités et le défaut de taille ;

Et 4° en son propre nom, une notice sur le recrutement de l'armée.

— **M. Gosselin** dépose sur le bureau, au nom de MM. Robert et Collin, le catalogue de la maison Charrière.

— **M. BÉCLARD** présente, au nom de MM. Martin et Jensollen, un appareil à anesthésie locale qui a servi dans plusieurs opérations pratiquées par M. Estor, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier. Cet appareil a été construit par M. Mathieu.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Jadioux.

— **M. LE PRÉSIDENT** informe ensuite l'Académie qu'immédiatement après la clôture de la discussion actuellement pendante sur le mouvement de la population, on reprendra d'urgence la discussion sur la vaccination animale. Les membres qui ont l'intention de prendre la parole dans cette discussion sont invités à se faire inscrire.

Enfin il y aura un comité secret à la fin de la séance pour entendre un rapport sur les candidats aux places de correspondants.

RAPPORT.

Remèdes secrets. — **M. GUBLER**, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant dans la quatrième division (physique et chimie médicales).

Les candidats, présentés par la commission, sont :

En première ligne, M. Malagutti, à Rennes.

En deuxième ligne, M. Béchamp, à Montpellier.

En troisième ligne et *ex æquo*, M. Jannel, à Bordeaux, et M. Malapert, à Poitiers.

Sur 53 votants :

M. Malagutti obtient. . . . . . . 42 voix.
M. Jannel . . . . 6 —
M. Malapert. . . . . 4 —
M. Béchamp. . . . . 1 —

M. Malagutti ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé élu.

LECTURE.

Philosophie médicale. — **M. LE Dr DURAND** (de Gras) donne lecture d'un mémoire intitulé : *Histologie, organologie et médecine*, dont voici les conclusions. La médecine ne peut se constituer scientifiquement qu'en se fondant sur la physiologie, et celle-ci, à son tour, ne peut parvenir à l'état de science constituée avant de posséder son système de principes généraux, autrement dit sa méthode. Bichat a essayé de la lui donner, mais il n'a réussi qu'en partie; c'est à nous de compléter son œuvre, en ajoutant à la théorie générale des tissus, la théorie générale des organes ; là est l'avenir, là est le salut de la médecine. Puissent mes humbles efforts aider un peu à ce résultat. (Commissaires : MM. Béclard, Barth et Chauffard.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente 943 25
M. le docteur Nebelski. . . . . . . 5 »
Total. 948 25

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

On croit utile de rappeler que cette Faculté distribue chaque année des prix auxquels peuvent prétendre non-seulement les étudiants en cours d'études, mais encore les médecins depuis longtemps en exercice; enfin, qu'une prévoyance bienfaisante le met à même de venir en aide, par un secours d'argent, à un ou à plusieurs étudiants que pourrait arrêter le manque de ressources suffisantes.

Voici quelques indications sur les conditions exigées :

Prix Corvisart. — Est admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs, tout élève de la Faculté inscrit à l'une des cliniques médicales, et qui, à l'aide de faits observés au lit des malades, donnera la solution d'une question de médecine pratique proposée au commencement de l'année scolaire. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet de chaque année.

Prix Montyon. — Ce prix, consistant en une médaille d'or de 400 francs, est accordé au meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente. Tous, étudiants ou docteurs, sont admis à concourir. Les mémoires doivent être remis avant le 1er juillet.

Prix Barbier. — Un prix de 2,000 est délivré, tous les ans, à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Le dépôt des travaux et objets doit être fait avant le 1er juillet.

Prix Chatauvillard. — Ce prix, de la valeur de 2,000 fr., est décerné chaque année au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages doivent être déposés du 1er au 31 janvier de chaque année.

Legs Trémont. — Une somme annuelle de 1,000 fr. est donnée à un étudiant distingué et sans fortune. Les prétendants doivent s'inscrire et fournir les renseignements à l'appui de leur demande avant le 1er juillet de chaque année.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 22 mai 1867, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département, à Strasbourg, M. Stoeber, professeur à la faculté de médecine, vice-président du comité d'hygiène publique et de salubrité, en remplacement de M. Ehrmann, démissionnaire.

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département, à Napoléon-Vendée, M. Joslain (Jean-Marie-Joseph), docteur en médecine, en remplacement de M. Bouchet, démissionnaire.

— Le concours pour deux places de médecin près le bureau central a commencé le 3 juin.

La question écrite était la suivante : « de l'adynamie dans les maladies. »

Trente et un candidats ont pris part à cette épreuve, ce sont :

MM. Ball, Baudot, Bricheteau, Brouardel, Chalvet, Colombel, Cornil, Danjoy, Descroisilles, d'Heilly, Douillard, Duguet, Dujardin-Beaumetz, Dubrizay, Ferrand, Fernet, Gérin-Roze, Gibert, Labbé, Laborde, Lancereaux, Lécorché, Lemâtre, Leven, Leclerc, Magnac, Martineau, Molland, Paul, Pierresson et Tenesson.

— M. le docteur Legrand du Saulle, médecin-consultant à Contrexéville, vient de recevoir la décoration d'officier de l'ordre du Medjidié de Turquie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le vendredi, 7 juin, à trois heures et demie, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. de Langenhagen, sur la candidature de M. Zurkowsky; 2° rapport de M. Peter sur un travail de M. de Ranse ; 3° lecture par M. le docteur Caudemont (cas remarquable de fistule urinaire) ; 4° Lecture par M. le docteur Luys (Études sur la symptomatologie des maladies cérébelleuses).

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 67. — SAMEDI 8 JUIN 1867. (40e ANNEE.) SAMEDI 8 JUIN 1867. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la phthisie pulmonaire.

DES DIVERSES ALTÉRATIONS QUI ACCOMPAGNENT LES GRANULATIONS PULMONAIRES (PNEUMONIES) (1).

On a vu dans le premier article que nous avons consacré, dans une précédente Revue, à l'examen de l'important ouvrage de MM. Hérard et Cornil sur la phthisie pulmonaire, qu'il y avait à considérer dans cette affection, après les granulations tuberculeuses proprement dites qui en constituent l'élément primitif et spécifique, les lésions concomitantes ou consécutives, qui peuvent être toutes ramenées aux diverses formes et aux divers types connus de la pneumonie. Nous allons entrer aujourd'hui dans quelques développements sur ces lésions secondaires, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec la tuberculisation.

Prenant pour base de la détermination des différentes espèces anatomiques de pneumonie, les principaux éléments anatomiques du poumon, l'épithélium et la trame fibro-vasculaire des cloisons, MM. Hérard et Cornil admettent deux genres différents de pneumonie, l'une intra-alvéolaire, avec ses deux variétés (pneumonie fibrineuse et pneumonie catarrhale), et l'autre extra-alvéolaire ou interstitielle.

La pneumonie fibrineuse, maladie générale, toujours primitive, est, relativement à la tuberculose, une complication si rare, qu'il n'y a pas de rapport à établir entre ces deux maladies.

Il n'en est pas de même de la pneumonie catarrhale (pneumonie lobulaire, broncho-pneumonie, *peripneumonia notha*), qui est presque toujours au contraire une maladie consécutive.

On sait, en effet, que telle est la lésion presque constante des pneumonies secondaires observées dans le cours des affections fébriles, ainsi que celle que l'on produit dans les expériences où l'on se propose de provoquer une inflammation du parenchyme pulmonaire, au moyen de l'injection dans les bronches de substances étrangères. C'est elle, enfin, qui complique d'une manière si générale et presque constante les tubercules pulmonaires.

PNEUMONIE TUBERCULEUSE.

La plus grande partie des altérations anatomiques des poumons de tuberculeux se rapporte, en effet, disons-nous avec MM. Hérard et Cornil, à la pneumonie catarrhale. Elles consistent essentiellement en une hypergénèse de cellules épithéliales et de leucocytes dans l'intérieur des alvéoles qui en sont remplis. Par la nature de ces éléments, par leur siége, aussi bien que par ses caractères à l'œil nu, la pneumonie tuberculeuse se distingue des granulations tuberculeuses qui la précèdent.

Relativement à sa marche et à sa terminaison, cette pneumonie présente trois stades ou degrés, comparables à ceux de la pneumonie catarrhale : congestion, hépatisation grise, état caséeux ou infiltration jaune.

La pneumonie tuberculeuse diffère de la pneumonie catarrhale simple : par sa cause et ses complications ; par sa marche ordinairement plus lente ; par sa facilité à persister à l'état d'infiltration jaune, sans tendance à la guérison ; enfin par sa terminaison en cavernes ulcéreuses le plus souvent mortelles.

Relativement au siége et à l'étendue des lésions, MM. Hérard et Cornil en distinguent deux variétés : celle qui affecte la plus grande partie d'un lobe, un lobe tout entier ou plusieurs lobes à la fois (pneumonie tuberculeuse lobaire) ; celle qui ne se manifeste que dans une partie d'un poumon ou dans les deux poumons sous forme d'îlots plus ou moins volumineux, ressemblant, par la dissémination des lésions, aux pneumonies lobulaires (pneumonie tuberculeuse lobulaire ou broncho-pneumonie tuberculeuse.)

Maintenant il faut résumer toute cette partie importante du travail de MM. Hérard et Cornil.

De cette étude anatomo-pathologique, il résulte que les lésions pulmonaires que l'on peut rapporter à la diathèse tuberculeuse sont :

1° La granulation miliaire, grise et demi-transparente, lésion primordiale, spécifique, et caractéristique de la tuberculose ;

2° Une série d'états pathologiques du poumon, très-divers en apparence, mais constituant en réalité les phases successives d'une inflammation catarrhale, depuis la simple congestion jusqu'à la pneumonie dite caséeuse, considérée à tort, suivant ces auteurs, sous le nom de tubercule cru, d'infiltration tuberculeuse, comme le type anatomique de la tuberculisation.

Ces deux genres de lésions, qui peuvent exister isolément, se rencontrent le plus souvent associés, combinés de diverses façons. C'est dans les particularités de siége et de combinaison de ces deux éléments pathologiques que se trouve la raison principale des nombreuses variétés de la phthisie pulmonaire.

C'est ce que MM. Hérard et Cornil font ressortir de la suite de leurs recherches consacrées à l'étude comparative des symptômes et des lésions, poursuivie dans les trois groupes suivant, qui résument l'histoire anatomo-pathologique de la tuberculisation du poumon :

1° Tuberculose granuleuse ou miliaire, étendue aux lobes des deux poumons, avec ou sans lésions inflammatoires consécutives du tissu pulmonaire environnant, des bronches, de la plèvre (phthisie granuleuse généralisée ; phthisie aiguë des auteurs) ;

2° Tuberculisation granuleuse ou miliaire, limitée dans le principe à une minime partie des poumons, en général au sommet, envahissant successivement et dans un espace de temps ordinairement assez long les autres lobes, et accompagnée de pneumonies catarrhales, caséeuses, le plus souvent lobulaires (phthisie chronique) ;

3° Pneumonie catarrhale et caséeuse étendue à la totalité ou à la presque totalité des lobes d'un poumon, avec ou sans granulations miliaires, à marche lente ou rapide, aiguë ou chronique (infiltration tuberculeuse lobaire des auteurs).

Avec ces données, on peut aborder maintenant l'étude directe des formes principales de la phthisie tuberculeuse. Nous allons le faire, notre guide à la main, le plus rapidement possible.

PHTHISIE GRANULEUSE GÉNÉRALISÉE ET PHTHISIE GRANULEUSE PARTIELLE

La phthisie granuleuse généralisée, dans laquelle les granulations miliaires tuberculeuses ont envahi les deux poumons à la fois, dans toute leur étendue, se manifeste-t-elle seule, sans lésions inflammatoires du tissu pulmonaire environnant, ce tissu conserve, dans ce cas, sa couleur, sa densité, sa crépitation normale, en un mot sa parfaite intégrité, abstraction faite de la granulation.

Dans ce cas, il y a habituellement apyrexie plus ou moins complète ; la maladie n'a qu'un faible retentissement sur les grandes fonctions de l'économie. Cette forme est rare et lorsqu'elle existe, elle se traduit, pendant la vie, par des signes si peu nombreux et si faiblement accusés, qu'elle passe le plus souvent inaperçue ; ou bien elle ne commence à être soupçonnée que lorsque déjà elle n'est plus à l'état de simplicité et qu'elle s'est compliquée de lésions pulmonaires inflammatoires qui modifient l'expression symptomatique. MM. Hérard et Cornil rapportent cependant plusieurs exemples de cette forme de tuberculisation, où la maladie a pu être suivie jusqu'à la mort, dégagée de tout élément étranger, et dans lesquels l'autopsie est venue révéler la présence de granulations miliaires disséminées dans les deux poumons, sans la moindre altération du tissu pulmonaire environnant.

Nous avons remarqué notamment, parmi les faits qu'ils rapportent, deux observations recueillies, l'une à l'hôpital Lariboisière et l'autre à Beaujon. Dans l'une d'elles, la mort a été la conséquence de la tuberculisation des méninges. Dans l'autre, c'est l'affection tuberculeuse concomitante des reins qui a entraîné l'issue fatale. Dans les deux cas, bien que les deux poumons fussent le siége d'une tuberculisation générale, mais avec intégrité parfaite de toutes les portions de tissu pulmonaire que la granulation n'avait point envahies, la présence de ces granulations ne s'était accusée à peine que par une dyspnée légère dans un cas, un peu plus intense dans l'autre.

Dans un autre cas, également observé à l'hôpital de Lariboisière, il s'agit d'un malade qui toussait depuis six mois, maigrissait et perdait ses forces, et qui fut emporté en quelques jours par une méningite tuberculeuse. On trouva, à l'autopsie, les poumons criblés de granulations miliaires transparentes, etc. Des faits empruntés aux auteurs montrent également des exemples dans lesquels des granulations généralisées des poumons ont pu exister pendant plusieurs mois, plusieurs années même, sans accuser leur présence par des symptômes graves, ne provoquant tout au plus que de la toux et une oppression plus ou moins grande.

Lorsque, au contraire, la tuberculisation est accompagnée de lésions inflammatoires du poumon, le parenchyme de cet organe a subi, au contact de la granulation, des modifications plus ou moins importantes, plus ou moins profondes, telles qu'engouement pulmonaire, hépatisation, bronchite capillaire, etc. Dans ce cas, la fièvre s'allume et la maladie revêt une physionomie bien différente de la forme précédente, et souvent aussi différente d'elle-même. L'expression phénoménale de cette forme de phthisie est loin en effet d'être toujours la même. Si, dans quelques cas, les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de la pneumonie ordinaire, dans d'autres ils s'en éloignent notablement. Quelles que soient d'ailleurs ces différences symptomatiques, il est toujours un certain nombre de symptômes qui varient peu et qui sont en général suffisamment caractéristiques ; tels sont le mouvement fébrile intense, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, la toux, l'oppression, l'expectoration, etc., sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister ici.

La pneumonie n'est pas la seule complication de la phthisie granuleuse généralisée ; la bronchite, la pleurésie sont souvent aussi ses satellites.

Nous passons sur l'histoire de la phthisie granuleuse partielle (phthisie chronique), comme étant la plus connue et partant celle qui pouvait le moins donner lieu à des considérations nouvelles. Nous nous bornerons à dire que les auteurs étudient successivement les symptômes correspondants aux lésions suivantes, qui résument les phases anatomiques diverses de la tuberculisation chronique :

1° Tuberculose miliaire partielle simple, sans lésion du tissu pulmonaire environnant.

2° Tuberculose miliaire partielle, compliquée de lésions du tissu pulmonaire (congestion, pneumonie catarrhale, pneumonie caséeuse ; ramollissement ; excavations résultant de la fonte caséeuse, avec pneumonie interstitielle, etc.).

On remarquera, par l'énoncé seul de cette division, que, tandis que plusieurs auteurs ne font commencer la maladie qu'à partir du moment où la pneumonie a passé à l'état caséeux (infiltration jaune, tubercule cru de ces auteurs), MM. Hérard et Cornil s'attachent surtout à l'étude des périodes qui précèdent, des périodes initiales, qui sont en réalité les plus intéressantes à connaître, étant surtout celles que la thérapeutique peut combattre avec quelque efficacité.

DES FORMES ET DES VARIÉTÉS DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

L'étude symptomatique à laquelle MM. Hérard et Cornil ont consacré de longs et minutieux développements a fourni la démonstration de deux faits importants que leurs recherches cliniques avaient pour but d'établir, à savoir : que, dans toutes les variétés de la phthisie pulmonaire, on retrouve des lésions identiques (granulations, pneumonie) ; que la forme de la maladie est essentiellement déterminée par l'étendue de ces lésions, par leur combinaison en proportions diverses, en même temps que par la rapidité variable de leur évolution.

La première de ces propositions a été prouvée par les détails d'anatomie pathologique.

Pour ce qui est, en particulier, de la granulation, on a vu qu'elle ne constituait pas une lésion en dehors de la tuberculisation (granulie), qu'elle n'appartenait pas non plus à une forme particulière de la tuberculisation (phthisie aiguë), mais qu'on la retrouvait dans toutes les variétés admises, aussi bien dans la forme chronique que dans les formes subaiguës, aiguës, galopantes, etc. Les différences que peuvent présenter ces granulations dans leur volume, leur apparence extérieure, leur composition histologique, tiennent uniquement aux différentes époques de leur évolution où on les examine. Au début, elles s'offrent toujours sous la même forme et avec les mêmes caractères.

Quant aux pneumonies, elles sont également les mêmes, quelle que soit la forme de la tuberculisation. C'est toujours la pneumonie catarrhale lobaire ou lobulaire, dont les produits intra-alvéolaires se résorbent avec une extrême difficulté et passent, au bout d'un temps variable, à l'état caséeux.

De ce qui précède, les auteurs concluent que, toutes les fois que les pneumonies qui se rattachent à la diathèse tuberculeuse ont le temps de se développer, elles arrivent à la métamorphose caséeuse, à moins, ce qui est rare, qu'un traitement convenable n'ait arrêté la marche de ces altérations. Comme conséquence, on peut affirmer, disent-ils, que toutes les fois que l'on rencontre une masse caséeuse, volumineuse ou petite,

(1) Voir la *Revue clinique* de samedi, 18 mai.

elle a été précédée d'une période d'hépatisation rouge, lobulaire ou lobaire.

Voilà donc un point parfaitement établi. Dans toutes les formes de la tuberculisation, les lésions fondamentales sont les mêmes, qu'il s'agisse des granulations miliaires ou des inflammations pulmonaires. A part quelques cas de phthisie granuleuse généralisée simple, dans lesquels on constate l'intégrité momentanée du parenchyme autour des granulations, et d'autres cas peut-être plus rares encore, dans lesquels la pneumonie caséeuse généralisée existe seule, sans granulations apparentes, les deux lésions constitutives de la phthisie pulmonaire se trouvent associées. Toute phthisie est à la fois, pour peu qu'elle ait duré quelque temps, conjonctive ou granuleuse, et épithéliale ou pneumonique; seulement les granulations ne sont pas toujours reconnaissables, elles sont souvent masquées par les noyaux caséeux.

Dans toutes les formes de la tuberculisation, les lésions fondamentales étant les mêmes, qu'est-ce qui peut constituer les différences si accusées que l'on remarque dans l'expression phénoménale, dans la marche, la durée, le pronostic de ces diverses formes? Ces différences dépendent surtout de l'étendue et du plus ou moins de rapidité d'évolution des lésions tuberculeuses, notamment des inflammations pulmonaires qui succèdent aux granulations. C'est ce qui fait qu'il est impossible de fixer une durée à la phthisie aussi bien dans ses formes aiguës que dans sa forme chronique, ces deux éléments de la lésion, l'étendue et la rapidité d'évolution, étant susceptibles de varier à l'infini.

Les types principaux de ces variétés sont représentés : par la tuberculisation chronique par excellence, dans laquelle les lésions restent indéfiniment bornées à une partie très-limitée d'un ou des deux poumons, sans tendance notable à l'envahissement général du parenchyme; par la phthisie chronique, dans laquelle les lésions, d'abord circonscrites au sommet d'un ou des deux poumons, envahissent lentement, mais presque fatalement les différents lobes; par la phthisie granuleuse généralisée simple; par les formes aiguës, qui présentent elles-mêmes des degrés différents, depuis la forme subaiguë qui est comme le trait d'union avec les précédentes, jusqu'à la forme dite galopante, etc.

D'où l'on voit que si la granulation a une importance considérable au point de vue de la détermination de l'espèce nosologique, la pneumonie qui lui succède constitue la lésion la plus grave de la tuberculisation. C'est elle, en effet, qui donne lieu à l'ulcération du poumon, aux cavernes; c'est elle qui rend compte de la forme aiguë ou chronique de la maladie; c'est elle qu'il faut prévenir et combattre. C'est à ce point de vue que l'on peut dire avec MM. Hérard et Cornil réhabilitant, en quelque sorte à cet égard, les idées de Broussais et de son école, que la phthisie est surtout une pneumonie chronique, de nature spéciale.

Enfin il y a à tenir compte encore des formes diverses que peut présenter la tuberculisation, suivant les âges. Nous ne nous arrêterons pas sur ce point.

Voilà un ensemble de faits ramenés très-logiquement, à notre avis, à un petit nombre d'éléments et de conditions anatomo-pathologiques bien déterminés, dont le rôle n'est point contestable. Est-ce là tout? Et suffit-il des influences secondaires de l'âge, des tempéraments, de certains états physiologiques, des saisons et de quelques autres circonstances accessoires, pour expliquer toutes les formes toutes les variétés connues, tous les accidents de la tuberculisation? Non. Il y aurait à considérer l'influence de certains états pathologiques et notamment des états diathésiques antécédents qui jouent un si grand rôle dans l'étiologie de la phthisie pulmonaire. Mais nous nous engagerions dans une question qui exigerait des développements que nous ne pouvons pas nous permettre en ce moment. Ce nouvel ordre de considérations, d'un si grand intérêt par lui-même et par les vives controverses auxquelles il a donné lieu, ainsi que tout ce qui concerne la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, sujet trop important pour être traité ici incidemment, seront l'objet d'une étude particulière que nous réservons pour de prochains loisirs.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE

Par M. E. Koeberlé.

Obs. XXVII. — *Ovariotomie pratiquée le 19 mars 1866. — Guérison.*

Mlle D..., de Reims (Marne), âgée de vingt-trois ans, d'une très-belle constitution, n'a jamais éprouvé d'indisposition notable. Elle a les apparences d'une santé florissante, quoique depuis cinq ans l'abdomen ait pris progressivement un volume de plus en plus prononcé, ce qui paraissait résulter d'un kyste de l'ovaire. Le bas-ventre présentait une fluctuation peu distincte. Il n'était guère possible d'établir nettement le diagnostic, en raison de l'embonpoint de la malade. Mlle D... n'avait pas voulu se soumettre aux injections iodées qu'on avait proposé de lui faire à Paris; elle voulait être débarrassée de la tumeur dont elle était affectée, d'une manière radicale, par l'extirpation.

Une ponction avec un trocart de petit calibre fut faite dans le but de fixer d'une manière précise le diagnostic. Il s'écoula environ cinq litres de liquide incolore et filant, constitué par de l'albumine pure. Après l'évacuation de ce liquide il resta encore une masse assez considérable de kystes secondaires en voie de développement.

L'extirpation fut pratiquée quelques jours après cette ponction, le 19 mars 1866, en présence de MM. A. Willemin, Pellegrin et Kien.

Une incision de 10 centimètres qui n'intéressa la ligne blanche que dans une étendue de 5 centimètres livra passage aux membranes du kyste, dont cinq loges avaient été successivement ponctionnées. Il s'était écoulé quatre litres de liquides. Il n'y avait pas d'adhérences. C'était l'ovaire droit qui était affecté. Cet ovaire fut excisé après que l'on eut lié les vaisseaux avec un fil de fer. L'ovaire gauche était sain. Du côté droit, dans l'épaisseur du ligament large, qui formait à la tumeur un pédicule assez long, les vaisseaux lymphatiques étaient dilatés, et l'on y observait un amas de sérosité sous-péritonéale qui se prolongeait dans la profondeur. Une petite incision fut pratiquée près de la ligature. La collection séreuse se vida. Elle renfermait environ 120 grammes de sérosité qui se coagula peu de moments après sa sortie. Le sang qui s'était épanché dans la cavité péritonéale fut ensuite épongé. La perte de sang a été de 50 grammes. Elle provenait uniquement de l'incision abdominale, qui fut réunie au moyen de deux points de suture profonde et de quatre points de suture superficielle. L'opération a duré une demi-heure.

Les suites immédiates de l'opération ont été très-simples. Le quatrième jour est survenu un érysipèle à l'angle supérieur de l'incision, où s'était amassé un peu de sang, qui s'était décomposé dans l'épaisseur du tissu connectif graisseux sous-cutané. Il y eut en même temps un commencement de septicémie, de l'ictère et de l'embarras gastrique. Le petit foyer hémorrhagique fut vidé et lavé avec une solution de sulfite de soude. L'érysipèle fut traité par des applications d'éther camphré. Il s'arrêta dans sa marche au bout de six jours, à 20 centimètres environ de son point de départ. A l'angle inférieur de la plaie il se forma dans le pédicule, à trois reprises, un abcès dont l'ouverture spontanée donna issue à un mélange de lymphe et de pus. Pendant plusieurs jours il s'écoula chaque fois une grande quantité de lymphe pure; l'écoulement de ce liquide diminuait peu à peu et finissait par se tarir. Il me fut impossible, malgré les recherches les plus assidues, de trouver le trajet fistuleux qui conduisait au foyer pour y placer un tube. Le trajet fistuleux se ferma complétement. La lymphe, ne trouvant plus alors d'issue au dehors, s'amassa peu à peu dans l'excavation pelvienne et dans la région hypogastrique. Il se forma ainsi une collection considérable de liquide qui avait probablement son siége dans le ligament large du côté droit, dans la cavité dont on avait extrait de la sérosité coagulable lors de l'opération. Une ponction dut être faite un mois environ après l'ovariotomie. Elle fournit près de deux litres et demi de liquide formé d'un mélange de pus et de lymphe. Une deuxième ponction, deux mois après, donna issue à environ un litre et demi du même liquide. Une troisième ponction fut faite au mois d'octobre, elle produisit un écoulement de 650 gr. de lymphe presque pure qui se coagula en masse très-rapidement. La canule fut laissée à demeure. Pendant huit jours il s'écoula continuellement un peu de lymphe. Malheuseusement la canule ne put être maintenue en place, et l'orifice d'écoulement du liquide se referma de nouveau. La cavité de la poche lymphatique s'enflamma alors, suppura, et il en résulta un abcès qui s'étendit au ligament large et qui remplit tout le bassin en occasionnant une rétention d'urine. Je me rendis auprès de la malade. L'abcès fut ponctionné. Il en sortit près de trois litres de pus infect. L'ouverture fut débridée au moyen d'un lithotome et maintenue largement ouverte. Il en sortit un gros bourbillon de tissu connectif mortifié. Des injections détersives d'une solution de sulfite de soude et des injections iodées furent faites consécutivement en grand nombre, jusqu'à ce que la poche revenue sur elle-même ait été complétement cicatrisée. Ce n'est qu'au bout de onze mois environ après l'ovariotomie que Mlle D... a été complétement guérie. Du reste, elle paraissait bien portante dès le deuxième mois qui suivit l'ovariotomie, et la menstruation s'était rétablie. Actuellement la santé est excellente.

Remarques. — Quoique ce cas eût été très-favorable aux injections iodées, en raison du liquide contenu dans le kyste, la guérison n'aurait pas été définitive, par suite de la multiplicité des loges de la tumeur ovarique. Mlle D... a été bien inspirée en repoussant ce moyen de traitement. En effet, les injections iodées ne peuvent être suivies d'une guérison complète qu'autant que le kyste est uniloculaire, ce qui se présente rarement. Les loges en voie de développement restent quelquefois, il est vrai, dans un état à peu près stationnaire pendant une ou plusieurs années après l'oblitération de la loge principale du kyste par l'injection iodée; mais lorsque la tumeur se reproduit ensuite, comme j'en ai observé plusieurs exemples, les malades sont en général devenues inopérables par suite des complications qui sont survenues et vouées à une mort misérable. Chez les jeunes femmes les ponctions simples et les injections iodées doivent être repoussées d'une manière absolue lorsque les circonstances sont favorables à l'ovariotomie.

Le kyste séreux sous-péritonéal qui existait dans le ligament large provenait probablement d'une dilatation d'un vaisseau lymphatique. Cette complication a longuement retardé la guérison complète et a failli compromettre un moment le résultat définitif de l'opération.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 15 mai 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Demandes de congé adressées par MM. Giraldès et Labbé.

Une observation de pneumatocèle du crâne avec pièces anatomiques, par M. Fleury de Clermont, membre correspondant. Cette observation sera prochainement publiée.

Sur le traitement de la syphilis sans spécifiques, par M. le docteur Adam Owre (de Christiana). Commission : MM. Lefort, Perrin, Després.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

M. Houzé de l'Aulnoit, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, adresse une série de brochures imprimées avec l'exposé de ses titres. Il demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Une commission est nommée pour l'examen de ces titres et travaux, elle se compose de : MM. Lefort, Tillaux, Després.

Discussion sur le traitement de la syphilis (Suite).

M. Velpeau. La question qui s'agite aujourd'hui devant la Société de chirurgie offre certainement beaucoup d'intérêt; j'ai été surpris d'entendre émettre certaines propositions. Il y a déjà bien longtemps, et particulièrement à l'époque de Desruelles, on a soutenu que le mercure n'était pas indispensable dans le traitement de la syphilis. Certains observateurs ont été induits en erreur, Desruelles lui-même a été trompé par ses malades, quelques-uns guérissaient, mais le plus grand nombre, découragés, prenaient le mercure en secret.

En y regardant de près, j'ai pu me convaincre que la syphilis guérit assez souvent seule, mais que le mercure est plus souvent indispensable pour arriver à un bon résultat. J'ai dès lors considéré la syphilis comme un poison qui, en s'introduisant dans l'organisme, peut y causer de grands ravages, mais qui est susceptible aussi d'être détruit par les efforts de la nature. Tout dépendrait des conditions de santé des individus et de la nature du virus.

J'ai fait des expériences comparatives et j'ai constaté qu'un certain nombre de malades, près de la moitié, guérissaient spontanément; chez les autres la maladie résistait et le mercure seul pouvait en triompher.

Le mercure est le seul remède contre la syphilis, les faits le démontrent; par exemple, un malade a des bubons qui vont croissant, je lui fais prendre la liqueur de Van Swieten, et au bout de trois ou quatre jours les ganglions diminuent, si bien que, après trois semaines de traitement, tout est terminé.

Je ne puis, pour ma part, accepter que la vérole guérisse mieux seule qu'avec l'intervention du mercure. On a proposé l'iodure de potassium; pour que ce médicament agisse, il est nécessaire que le mercure ait imprégné tout d'abord l'économie.

Le mode d'administration des mercuriaux varie. La meilleure méthode consiste dans l'emploi des frictions mercurielles; mais ce traitement a l'inconvénient d'altérer le linge. Pour ma part, j'emploie la liqueur de Van Swieten lorsqu'il s'agit des accidents primitifs; pour la période secondaire et tertiaire, j'ai recours au proto-iodure de mercure.

Une question difficile c'est de déterminer combien de temps le traitement mercuriel doit être continué; trop souvent on l'arrête lorsque les accidents ont disparu; je suis d'avis qu'il faut insister au moins trois mois.

Je termine en déclarant que la question est digne d'intérêt et qu'il reste bien des choses à revoir, eu égard au traitement de la syphilis.

M. Després. Avant de commencer mon argumentation, je dois exprimer ici une satisfaction, celle de voir M. Velpeau assimiler la syphilis à un empoisonnement. Je suis tout à fait de cet avis. Mais je désire aussi déclarer que les expériences antérieures de traitement de la syphilis sans mercure, rappelées par M. Velpeau, ne peuvent être invoquées contre nous; Desruelles, Richond de Brus, après Broussais, remplaçaient le mercure par la saignée et la diète, et je compte démontrer que ces deux moyens thérapeutiques appliqués à la syphilis, agissant comme les préparations mercurielles, débilitant comme elles, étaient incapables de faire juger la question.

J'entre brusquement en matière, et je viens, continuant ce qu'ont commencé MM. Diday et Dolbeau, développer devant vous trois points :

Établir, par des statistiques empruntées à la pratique de mon service à l'hôpital de Lourcine et depuis vingt mois, que le mercure est inutile dans le traitement des syphilis pendant la période des accidents primitifs et secondaires;

Attaquer, au moyen d'observations, toutes les assertions qui ont été émises pour montrer les avantages du mercure;

Envisager le mercure au point de vue de la thérapeutique physiologique.

J'invoquerai donc des observations et une statistique : sans oublier toutefois que mon attaque contre la pratique adoptée n'est pas neuve, pas plus que les réponses qui nous ont été et qui nous seront faites; sans oublier que malgré des observations et des statistiques anciennes nous avons pu entendre MM. A. Guérin et Verneuil dire que le mercure jouissait encore parmi les médecins d'une légitime popularité.

Ah! c'est que les observations ont été contradictoires, c'est que les statistiques ont été justement attaquées. En effet, et pour ne parler que des statistiques, les chiffres de Roze en Angleterre, de Hermann à Vienne, de Struntz à Berlin, ceux des médecins suédois (*Journal complémentaire du Dictionaire des sciences médicales*, 1828, T. 30, p. 93), comprennent des chancres mous, non suivis d'accident et des végétations au nombre des syphilis vraies. Mais à côté de cette imperfection, fâcheuse je l'accorde, ces statistiques portent un enseignement. Le médecin français qui a traduit la statistique suédoise aurait pu parler aujourd'hui en face de nos adversaires.

Il écrivait : « Il n'est personne qui n'ait remarqué combien sont « fréquentes les rechutes des maux vénériens après le traitement « mercuriel; malheureusement au lieu d'en conclure l'inutilité du « mercure, au moins dans ces cas, on se borne à supposer gratuitement qu'il a été mal administré. » C'est là, en effet, le fond des arguments qui me sont opposés.

J'apporte une statistique et je la crois meilleure que celles qui existent déjà. J'ai seulement un regret, c'est qu'elle porte seulement sur des faits de deux années, et j'aurais souhaité que la discussion actuelle ne s'ouvrît que plus tard, j'aurais possédé alors des arguments plus nombreux, je ne pense pas qu'il soit de possible dire plus forts.

Deux cent trente-quatre malades syphilitiques ont été reçus à l'hôpital et l'ont quitté, du 24 février 1866 au 23 février 1867. Ces 234 malades avaient des chancres indurés ou parcheminés, des plaques muqueuses, des roséoles, des syphilides secondaires ou des gommes; il s'agissait réellement de syphilis constitutionnelles.

Les malades, à leur entrée, avaient fait des traitements variés, ou n'avaient rien fait, ou étaient au début de leur mal.

Vingt-huit avaient subi un traitement mercuriel d'une durée de 4 à 1 mois. 8 avaient suivi un traitement mercuriel court, soit seul, soit associé à d'autres médications, ce qui donne, en ne prenant que les malades ayant subi un traitement mercuriel régulier, 28 sur 234 ou 12 pour 100.

D'un autre côté, sur 234 malades, il est entré 9 des malades soignées

par moi par la médication tonique et reconstituante, et il y a eu cinq malades entrées dans les autres services de l'hôpital ou qui sont encore dans mes salles (je les compte néanmoins, ne craignant pas de mettre tous les désavantages du côté de la méthode de traitement sans mercure); cela nous donne la proportion de 6 pour 100.

J'ai reçu 17 malades qui avaient leur mal depuis plus de six mois, et paraissaient n'avoir fait aucun traitement précisé ; soit 17 sur 234, ou 7,4 pour 100.

Enfin, il est entré 7 malades qui avaient été soumises à l'usage du bichromate de potasse. Je ne m'arrête pas à ce chiffre qui me paraît exagéré, et comme je ne suis pas sûr que les malades auxquelles j'ai donné du bichromate de potasse le supportaient, je ne suis point édifié sur ce traitement. Je n'ai d'ailleurs aucun enthousiasme pour le bichromate de potasse, n'ayant pas la croyance que la syphilis puisse être guérie par un spécifique.

Ainsi, sur le chiffre des entrées, nous trouvons une proportion considérable de malades traitées inutilement par le mercure pendant les six premiers mois de leur syphilis. Et, entre le traitement mercuriel d'une part et l'expectation et le traitement tonique de l'autre, il n'y a pas même égalité. Notons ce premier point.

J'ai fait, il y a quelques jours, le relevé des malades de mon service pour savoir si le mouvement de mon service confirme les résultats fournis par l'examen des entrantes. Je donnerai de plus longs détails sur ces malades, parce que, comme je prévois de la passion dans cette discussion, je pourrai montrer les malades dont j'aurai parlé.

Sur 59 malades syphilitiques de mes salles six avaient été déjà traitées dans mon service, et sur ce nombre, 4 avaient été traitées auparavant par le mercure ou l'avaient été pendant le temps écoulé entre leur premier et leur second séjour dans mon service.

Seize avaient pris du mercure, une 250 pilules de proto-iodure et des bains de sublimé, deux des pilules pendant 3 à 4 mois, et ceux qui avaient dirigé ces médications étaient les hommes les plus recommandables, tels que M. A. Guérin, MM. Bazin et Lallier. Ces malades ont des récidives de plaques muqueuses, des syphilides, des angines et des chancres mous, et sont anémiques. Les 6 premières malades étaient à peu près dans les mêmes conditions, sauf une, qui n'avait qu'une récidive d'iritis et une qui n'avait que quelques rhagades à l'anus.

Les malades en traitement dans mon service peuvent donc être ainsi groupées :

Revenues non guéries après un traitement mercuriel, 16 sur 59, soit 28 pour 100.

Revenues après avoir été traitées par le traitement tonique plus ou moins complet, 6 sur 59 (en comptant les malades chez qui le mercure avait été administré déjà une fois inutilement), soit 10 pour 100.

Voyons maintenant les résultats du traitement pendant et après le séjour de mes malades à l'hôpital. Sur 95 malades, traitées par les toniques et les reconstituants pendant un temps que j'ai jugé suffisant, 7 sont revenues avec des récidives de plaques muqueuses ; une d'entre elles avait déjà pris autrefois et inutilement du mercure.

Sur 101 malades, traitées par les toniques et les reconstituants pendant un temps variable, soit parce que les malades sortaient malgré moi, soit parce qu'il s'agissait de maux légers et guéris en peu de temps, 8 sont revenues ; parmi ces 8 malades, 6 étaient du nombre des malades sorties avant que j'eusse jugé leur traitement suffisant.

Cela nous donne, dans le premier cas, 7 sur 95, soit 7,4 p. 100 ; dans le second cas, 8 sur 101, soit 7,8 p. 100, et en réunissant les deux groupes de malades, 9,8 p. 100.

J'ai traité 13 malades par le mercure seul ou associé passagèrement au bichromate de potasse ; 2 malades qui avaient pris pendant six et trois mois de la liqueur de Van Swieten et du proto-iodure de mercure, sont revenues avec des récidives, une était partie non guérie. Cela nous donne une proportion de 15 p. 100.

Ainsi les malades traitées par la médication tonique ne reviennent pas plus que les malades traitées par le mercure, et ne sont pas plus gravement malades. Loin de là.

Messieurs, pour prévenir une objection à laquelle je m'attends, je suis allé à Saint-Louis dans les services de MM. Hardy, Lallier et Hillairet, qui ont bien voulu m'autoriser à faire quelques recherches dans leur service sur les syphilis anciennes. J'ai examiné 200 malades et voici ce que j'ai trouvé :

Trente-sept malades atteints d'accidents syphilitiques primitifs, secondaires ou tertiaires.

Sur ce nombre il y avait 10 maladies récentes, vierges de traitement, et dont le début remontait au plus à quelques mois.

Sur les 27 malades restants, 6 n'avaient subi aucun traitement, 21 avaient subi des traitements mercuriels pour chancres, plaques muqueuses et syphilides.

Je groupe ainsi les malades :

Un malade, plus de vingt années auparavant, avait été traité par les frictions mercurielles. 1, plus de douze ans auparavant, avait fait un traitement mercuriel de trois mois. 3 malades, douze et dix ans auparavant, avaient subi des traitements mercuriels de deux et trois mois. 1 malade, huit ans auparavant, accusait quatre mois de traitement mercuriel. 3 malades, trois ans auparavant, avaient fait un traitement de quatre, trois et deux mois. 11 malades, deux ans ou dix-huit mois avant d'entrer à Saint-Louis, avaient fait des traitements mercuriels. 1 de neuf mois. 1 de six mois. 1 de cinq mois. 1 de trois mois. 4 de 1 mois. 1 de deux mois. 1 de moins d'un mois. 1 avait été malade à trois reprises et avait été mis au mercure les trois fois pendant deux et trois mois. 1 malade, dix mois auparavant, avait pris du mercure pendant deux mois.

Les 6 malades qui n'avaient pas pris de mercure n'étaient pas franchement syphilitiques. 1 avait un eczéma qui n'était point manifestement une syphilide. 3 malades, douze, huit et deux ans auparavant, n'avaient eu que des chancres mous, et l'un deux avait néanmoins une syphilide pustulo-crustacée. Un seul malade accusait dans ses antécédents une vérole nette et s'était traité avec de la salsepareille, il était d'ailleurs bien portant et n'avait que quelques papules sur le corps.

Quoi de plus clair que cette statistique sommaire ? En effet, en admettant même que les 6 derniers malades soient bien des syphilitiques, en admettant qu'il y a quatre fois plus de gens qui se traitent par le mercure que de gens qui ne font rien, nous n'arrivons pas même à établir une égalité entre les deux traitements, le mercure et les toniques. Et nous n'avons pas besoin d'autre chose pour notre démonstration.

Voilà des faits tels que je n'en ai jamais trouvé de pareils dans la bibliothèque française, ni dans les livres spéciaux, ni dans les livres classiques, ni dans la discussion actuelle, où cependant les affirmations en faveur du mercure ne manquent pas.

MM. Cullerier, Verneuil et A. Guérin n'ont pas même emprunté à leurs souvenirs la dixième partie des cinquante-sept observations que M. Diday a réunies dans son histoire naturelle de la syphilis, pour montrer que le mercure, administré par les mains les plus habiles, MM. Ricord et Cullerier, et les syphiliographes distingués de l'école de Lyon, n'avait rien fait contre la syphilis constitutionnelle.

Je viens de vous exposer une statistique raisonnée qui est accablante pour le mercure ; je ne sais encore comment elle sera attaquée, mais je sais comment je la défendrai. En attendant je passe à la seconde partie de mon argumentation.

Vous avez entendu M. Cullerier, M. A. Guérin, M. Verneuil et même M. Perrin reproduire ici la traditionnelle défense du mercure, il me faut maintenant combattre leurs arguments, je ne dis pas leurs preuves, ils n'en ont point apporté ici. M. Perrin a cité quelques chiffres, M. Verneuil a mentionné cinq observations dont une ou deux au moins sont contraires à ses affirmations, M. Cullerier a exposé sa pratique, et tous ont posé des affirmations anciennes, rajeunies sans le secours d'observations nécessaires pour nous convaincre.

Or, je connais les vieilles armes et la tactique des partisans du mercure ; je résumerai les arguments et je les discuterai un à un avec des faits, et ce sera une réponse collective à MM. Cullerier, A. Guérin et Verneuil, nos adversaires, et à M. Perrin, notre allié prudent et réservé.

Et d'abord je tiens à montrer que nos adversaires ne sont pas d'accord avec les syphiliographes ni d'accord entre eux. Que si l'on donne du mercure dans certains pays, l'on syphilise dans d'autres (témoin la pratique de M. Boeck, à Christiania), Frike, à Hambourg, Herman, à Vienne, Drysdale, à Londres, Pirogoff, à Dorpat, et nous à Paris, nous ne donnons pas le médicament dit spécifique pour la vérole.

Comprend-on qu'il ne soit pas encore reconnu quel est le moment où le mercure est bon contre la syphilis ? A notre époque, d'un côté en France, on ne croit plus que le mercure soit efficace contre les accidents tertiaires. En Allemagne, d'un autre côté, M. Virchow affirme que c'est contre les accidents tertiaires que le mercure doit être administré.

M. Cullerier ne veut traiter la syphilis qu'au moment ou apparaissent les accidents secondaires, c'est l'opinion de Cullerier (*Dict.* en 15 vol., 1826), c'est ce que pense M. Diday ; c'est peut-être l'opinion de M. Verneuil. Ce n'est pas celle de M. Guérin qui veut traiter la syphilis tout à fait au début par le mercure. Le seul point sur lequel nos collègues sont d'accord, c'est la durée longue qu'il faut accorder au traitement. La préparation mercurielle, c'est autre chose. Pour elle l'accord disparaît. L'un donne des pilules de Belloste, l'autre le protoiodure, celui-ci le sublimé, un autre fait des frictions mercurielles, un autre donne des fumigations, celui-là emploie la liqueur de Van Swieten, un autre les pilules de Sédillot ou du sirop de bi-iodure ioduré. Cette confusion de médicaments n'est pas faite pour éclairer la thérapeutique de la syphilis. Qui peut dire comment des médicaments si divers ont une action spécifique commune contre la vérole ?

Voici les raisons qui servent depuis des siècles aux défenseurs du mercure :

1° C'est à la longue que le mercure produit de bons effets ;

2° Quand le mercure est sagement administré et secondé par un traitement réparateur il réussit ;

3° Quand les malades ont des rechutes et arrivent aux accidents tertiaires, c'est qu'ils n'ont pas pris assez de mercure ou qu'il a été mal administré ;

4° Le mercure empêche certains accidents de se produire ;

5° Le mercure fait disparaître vite certains accidents, l'induration chancreuse, les syphilides secondaires ;

6° Enfin le mercure est indispensable chez les femmes grosses et pour prévenir les avortements répétés.

Je laisse de côté pour aujourd'hui cette dernière question. Quoique je possède des faits qui me permettent de nier cette proposition, j'attends les observations de nos adversaires, elles pourront suffire à mes attaques.

Les statistiques sommaires que j'ai faites à l'hôpital Saint-Louis montrent qu'il y a un grand nombre de vieux syphilitiques ayant pris du mercure. Les observations de M. Diday prouvent également que le mercure n'empêche pas la syphilis de poursuivre son évolution. Du reste, ce que l'on peut dire contre la première assertion des partisans du mercure se confond avec ce qu'il y a à objecter à leur troisième proposition, que nous allons attaquer bientôt.

Mais, dira M. Verneuil, les malades ont-ils pris du mercure pendant dix-huit mois? A cette question, si elle m'était faite, je répondrais : Montrez-nous un malade qui a pris dix-huit mois du mercure sous vos yeux et que vous avez suivi, je vous montrerai ceux à qui l'on en a donné pendant deux années en vain, et nous compterons. Et d'ailleurs je dirai que si on laisse un médecin diriger l'hygiène, le régime et les habitudes d'un syphilitique pendant dix-huit mois, la syphilis guérira sans spécifique.

La combinaison du traitement tonique avec le traitement mercuriel est sortie de la médication dite par extinction imaginée par Haguenot, de Montpellier, au siècle dernier. Elle a été adoptée dans nos hôpitaux. Graves, en Angleterre, l'a réinventée, et il a saisi cette occasion pour émettre ce paradoxe thérapeutique, qu'il fallait reconstituer d'abord le malade et ensuite administrer les altérants. Nul esprit médical ne saurait accepter ce principe qui, comme beaucoup d'autres, n'a d'autre mérite que d'être une transformation étrangère de choses imaginées chez nous. Nous avons en France le défaut de qualités et nous joignons à notre désir d'être hospitaliers une tendance à nous laisser séduire outre mesure par les œuvres exotiques.

Au total, le mercure et les toniques étant donnés concurremment, qu'est-ce qui agit? Ne vient-il pas à l'esprit que c'est plutôt le traitement tonique, puisqu'il y a des syphilides qui guérissent par le simple traitement tonique et les bains? Pour ma part je n'hésite pas à le penser d'après ce que j'ai vu dans mon service.

On a dit que les malades qui ne guérissaient pas de la vérole n'avaient pas fait un traitement assez suivi. Voyons les observations :

Vous avez tous vu des exemples d'élèves en médecine qui sont dans les meilleures conditions pour suivre un traitement, et gardent néanmoins des syphilides tenaces qui résistent à la spécificité du mercure. J'ai eu un élève dans mon service, qui depuis un an prenait en vain du protoiodure et suivait les ordonnances de M. Ricord ; il avait une luxuriante syphilide pustulo-papuleuse qui s'est éteinte grâce à un traitement tonique et à un genre de vie réglé. Mais voici une observation encore plus concluante :

Mlle C..., domestique, Ecossaise, âgée de trente-neuf, ans est entrée dans mon service le 23 février 1867, pour être traitée d'accidents syphilitiques tertiaires.

Il y a trois ans, la malade avait eu une écorchure à la vulve, qui peu de temps après avait été suivie de l'apparition d'angine peu douloureuse et à répétition, et un médecin aurait fait administrer tous les jours une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten pendant deux mois et demi. Dix mois plus tard, après des alternatives de rechutes légères et de guérison, de nouvelles angines plus graves se sont montrées, des boutons ont apparu sur tout le corps et ont formé des croûtes. Depuis un an la malade a pris des pilules mercurielles, deux par jour, ce qui fait à peu près, au dire de la malade, 600 pilules ; et il est à présumer qu'il s'agissait de pilules de protoiodure de 25 milligrammes, ou de pilules bleues, car la malade a été consulter M. Ricord et un médecin anglais.

A son entrée à l'hôpital, le 23 février 1367, la malade présentait sur les bras et le tronc des cicatrices de la largeur de la paume de la main, blanches et semblables à des cicatrices de brûlure ; sur le cou et la tête il existait des ulcérations assez profondes de la largeur d'une pièce de 1 franc à bords taillés à pic, et dont quelques-unes étaient recouvertes d'une croûte verdâtre, tandis que d'autres offraient le caractère d'une ulcération remplie par un détritus grisâtre. Le tibia, du côté gauche, présentait, à sa face interne, près de l'articulation du genou et près de l'articulation tibio-tarsienne, une tumeur dure du volume d'une noix. Enfin il y avait de l'acné sur le dos et le flanc droit. Il n'y avait rien à la vulve ni au col de l'utérus ; la malade, malgré son état, était grasse de la face et du tronc.

La malade se plaignait de douleurs de tête. Elle était très-attristée de son état, et croyait qu'elle ne guérirait jamais. Malgré tous les traitements faits jusqu'ici, disait-elle, j'ai toujours eu quelque chose, des boutons sur le corps et des maux de gorge ou des croûtes sur la tête. Le diagnostic porté fut : gommes et ecthyma du cuir chevelu, acné syphilitique, exostose du tibia.

La malade fut soumise au traitement suivant : cataplasme de fécule sur la tête après que les cheveux ont été préalablement coupés ras, bains sulfureux et bains salés alternativement tous les quatre jours. A l'intérieur il fut prescrit : iodure de potassium, 0,50 centig. dans une potion, vin de quinquina, 125 gr., et la malade mangeait cinq portions plus deux côtelettes.

Quelques jours après, le traitement a été modifié ; la malade a dû prendre une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue, et ses ulcères ont été pansés avec de la charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré recouverte par un cataplasme pour maintenir l'humidité.

Les douleurs de tête, l'acné syphilitique ont promptement disparu ; les ulcères du cuir chevelu ont été guéris au bout d'un mois, et la malade est sortie six semaines après son entrée, le 5 avril 1867, complétement guérie.

Cette observation offre un exemple remarquable de syphilis traitée vainement par le mercure, 80 cuillerées de liqueur de Van Swieten et 600 pilules mercurielles.

On me demandera sans doute si j'aurais fait mieux sans mercure, dans le cas où j'aurais eu à traiter cette malade depuis trois ans. A cela je puis répondre non, quoique j'aie des preuves du contraire, comme nous allons le voir tout à l'heure, et je n'ai nulle crainte de répondre ainsi, parce que cela ne prouve rien en faveur de mes adversaires. Mais je veux dire la raison pour laquelle a existé cette marche grave de l'épuisement de la syphilis. — Je m'explique sur ce mot : la syphilis arrivée à la période des exostoses et parvenue à son terme. Du moment où les produits plastiques s'organisent en tissu normal, il n'y a plus de danger pour l'économie. — Ma malade m'a appris qu'elle voyageait sans cesse avec ses maîtres ; cette existence est anomale, la santé de la malade devait être à chaque instant modifiée par les changements d'air et de régime, et cela explique les récidives journalières des accidents syphilitiques, comme ils expliqueraient les récidives d'accidents rhumatismaux chez un rhumatisant.

Enfin, et je borne ici mes réflexions à propos de ce fait, je n'affirme pas qu'il ne reviendra rien à cette malade, mais je crois que ce qui existera chez elle guérira en peu de temps comme ce qu'elle a présenté dans le service ; mais je pose en principe que tout traitement mercuriel lui sera parfaitement inutile, et je m'autorise de la comparaison de mon observation avec celles qu'a réunies M. Dubuc dans sa thèse sur les syphilides malignes précoces (*Thèses de Paris*, 1864). Ces observations sont très-longues et j'en ai dû faire le résumé que voici :

(*A suivre.*)

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

97. Comos. — Inconvénients du tavis forcé.
98. Bernard. — De l'anémie des enfants.
99. Damaschino. — Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants.
100. Girault. — De l'ulcère simple de l'estomac.
101. Boullet. — Étude sur la morsure de vipère.
102. Lelion. — Étude physiologique et thérapeutique de la digitale.
103. Mollien. — Accidents de l'uréthrotomie interne, indications et contre-indications de cette opération.
104. Guesnon. — Des Mesnards. — Considérations sur le rachitisme. (Diagnostic, étiologie, traitement.)
105. Boyer. — Essai sur les fièvres intermittentes des enfants à la mamelle et dans l'âge de lactation.
106. Piat. — Traitement du croup.
107. Bonnefin. — Des brûlures spécialement étudiées au point

de vue de l'agent qui les a produites, de leur date et de leur durée.
108. Desprez. — Essai sur la composition chimique du cerveau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

M. le vice-recteur de l'Académie de Paris est délégué pour recevoir, au nom du ministre de l'instruction publique, les fonds provenant de la donation de M. Charles Pelrin et de Mme Victoire-Élisabeth Grondard, son épouse, ayant pour objet la création de deux bourses applicables à « deux jeunes gens déjà reçus bacheliers ès « science, ou ès lettres, pour procurer le bienfait de l'enseignement « supérieur, soit dans les cinq Facultés de l'Académie de Paris, soit « à l'école polytechnique, à des jeunes gens appartenant à des familles « peu aisées et hors d'état de s'imposer les sacrifices nécessaires pour « les faire profiter de l'enseignement qui se donne dans ces établisse« ments. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Longet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1866-1867, par M. Liégeois, agrégé près ladite Faculté.

Académie de Montpellier. — Il sera ouvert, à Montpellier, le 2 décembre 1867, un concours pour deux places d'agrégés près l'école supérieure de pharmacie de cette ville (section de physique, chimie et toxicologie).

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Ehrmann, professeur d'anatomie et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de la présente année classique, par M. Morel, agrégé près ladite Faculté.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Sentex, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Lanelongue, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Gautrelet, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Tarnier, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Desbarreaux-Bernard, professeur de clinique interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, démissionnaire pour raison de santé, est nommé professeur honoraire de ladite école.

M. Noguès, professeur adjoint de clinique interne à ladite école, est nommé professeur titulaire de cette chaire, en remplacement de M. Desbarreaux-Bernard.

M. Guittard, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à ladite école, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Noguès.

M. Bonnemaison, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à ladite école, en remplacement de M. Guittard.

Lycée impérial de Sens. — M. le docteur Moreau, médecin adjoint du lycée impérial de Sens, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Brouard, décédé.

M. le docteur Rolland est nommé médecin adjoint du lycée impérial de Sens, en remplacement de M. le docteur Moreau..

— A dater de la présente année, il sera tenu compte aux professeurs et agrégés des Facultés et des écoles supérieures de pharmacie, dans la liquidation de leurs droits de présence, des examens subis par les candidats non passibles des droits.

— La gratuité des droits qui restent à acquitter au profit du Trésor, à partir du 15 mai prochain, par M. Landrieux, étudiant de la Faculté de médecine de Paris, pour l'achèvement de ses études médicales (inscriptions, examens, thèse, certificats d'aptitude et diplôme), est accordée à cet étudiant pour son dévouement au soulagement des malades atteints par l'épidémie cholérique à l'hôpital Sainte-Eugénie.

— La gratuité des droits qui leur restent à acquitter au profit du Trésor public, à partir du 15 juin 1867, pour l'achèvement de leurs études, est accordé aux étudiants en médecine ci-après désignés, savoir :

1° MM. Romana et Lauras, élèves de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, qui se sont distingués dans cette ville par leur dévouement au soulagement des malades atteints par l'épidémie cholérique;

2° MM. Hérail (Firmin) et Chancel, élèves de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, qui se sont distingués par leur dévouement au soulagement des malades atteints par l'épidémie cholérique à l'asile d'aliénés de cette ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebobda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Agenda-formulaire du vétérinaire praticien pour 1867, contenant : 1° petit dictionnaire de pathologie, matière médicale et posologie ; 2° revue de matières médicale et pharmaceutique de 1866 ; 2° considérations générales sur la préparation des médicaments, rédigé par M. Clément, chef de service à l'école impériale vétérinaire d'Alfort. Prix, franc de port dans toute la France et l'Algérie : 1° cartonné à l'anglaise, 2 fr. ; 2° arrangé de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 2 fr. ; 3° relié en portefeuille, avec patte et crayon, 3 fr. 75 ; 4° L'agenda dans un beau portefeuille en chagrin, 6 fr. Nota. En envoyer le montant en un mandat ou en timbres-poste de 10 et 20 c. L'agenda-formulaire contient cette fois : la liste de tous les vétérinaires civils et militaires français. — Paris, 1867, P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Le développement des idées dans les sciences naturelles, études philosophiques, par J. de Liebig, président de l'académie des sciences de Munich (extrait de la *Revue des cours scientifiques*). Une brochure in-8° de 45 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1867, Germer Baillière.

Notions d'anatomie et physiologie générales, de la génération des éléments anatomiques, par le docteur Georges Clémenceau, précédé d'une introduction, par M. Ch. Robin. Un vol. in-8° de 310 pages. — Paris, 1867, Germer Baillière.

Étude sur les eaux minérales de Mondorff, par Ch. Marchal, D.-M.-P., membre correspondant de la Société d'hydrologie médicale de Paris, médecin en chef de l'établissement thermal et de l'institut hydrothérapique de Mondorff (grand-duché de Luxembourg). In-8° de 140 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Étude sur la physiologie de la première enfance, par M. le docteur Émile Allix. 1 vol. grand in-8° de 260 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sociétés savantes et hôpitaux. — De la profession médicale. HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Guibout). Hydrophobie rabique. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelle. — Bibliographie. — Feuilleton. Société de thérapeutique expérimentale de France.

PARIS, LE 10 JUIN 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

M. de Luca vient d'adresser à l'Académie des sciences une note que nous publierons, sur l'*action du sulfate de soude contre les taches de la cornée.*

Les autres questions que nous aurions à aborder aujourd'hui sont trop importantes et demandent trop de développements pour être réunies sous un titre commun.

Ainsi, devant la Société de médecine de Lyon, et en même temps devant la Société médicale de New-York, on a signalé plusieurs cas de mort dans l'anesthésie par l'éther, et l'on discute la valeur relative des différents anesthésiques.

En Amérique, la Société des professeurs de médecine a pris pour type des études médicales celles qui se font en France, et elle s'efforce de s'en rapprocher dans le projet qu'elle vient d'adopter pour la réorganisation des Facultés de médecine.

En Angleterre, le Conseil médical, qui tient actuellement sa session annuelle, agit efficacement et graduellement dans le même sens.

A l'Hôtel-Dieu, M. Fournier, d'après M. Galezowski, vient de décrire les caractères particuliers de la diplopie chez les ataxiques. Il y a là un très-bon signe, non indiqué précédemment, pour le diagnostic différentiel de l'ataxie progressive commençante. M. Richet a exposé ses idées propres sur la nature des adénites dites tuberculeuses. M. Guéneau de Mussy a fait de nouvelles expériences pour expliquer comment se forme la tympanite.

Tous ces sujets demandent des articles spéciaux.

Exercice de la médecine en Angleterre.

Tandis que M. Léon Lefort nous adressait la lettre que nous avons publiée mardi dernier, et dans laquelle, avec sa réputation méritée comme écrivain et comme érudit, il exaltait le *Medical Act,* et plaçait bien au-dessus des nôtres les lois anglaises sur l'exercice de la médecine; en Angleterre, les journaux de médecine mettaient à profit l'occasion que leur fournissait le procès J... pour faire ressortir les imperfections du *Medical Act* et montrer l'urgence des changements reconnus nécessaires.

« Tout le monde admet, dit la *Lancette* (1er juin 1867), que le « *Medical Act* est insuffisant. Il ne donne pas des pouvoirs assez « étendus, soit aux colléges, soit au conseil. Les diverses bran« ches du conseil médical (créé par lui) ont depuis longtemps « proposé des amendements que nous avons commentés et « critiqués comme ne remplissant pas le but désiré.

« La colonie de Victoria, dans l'article 24 de son *Medical* « *Act,* punit de 500 francs d'amende la pratique non gratuite « de la médecine ou de la chirurgie par qui n'est pas enre« gistré. Ces mots : « non gratuite (*for gain*), » prêtent à la « critique, car ils conduisent à des complications. L'autorité « du conseil médical devrait s'étendre jusque-là. Il faut qu'il « puisse empêcher l'ignorant de jouer avec la santé publique. « A présent on a bien des facilités pour éluder les prévi« sions de l'*Act*; et le seul remède possible, le seul moyen d'y « mettre obstacle, c'est d'interdire toute pratique à qui n'est « point enregistré.

« ... Pourquoi la médecine ne serait-elle pas soumise à une « réglementation semblable à celle de l'Église ou du barreau ?

« Les corporations qui gouvernent chacune de ces deux « professions peuvent en prohiber l'exercice par le simple « retrait de leur autorisation. La vie humaine est-elle donc « moins précieuse que la propriété humaine? Si un homme « est ignorant, ou s'il est infâme, qu'on l'empêche d'avoir pour « victimes les malades et ceux qui souffrent.

« Aucun amendement au *Medical Act* ne sera complet, s'il « n'investit pas le conseil de l'autorité la plus étendue, s'il ne « le charge pas de déterminer qui doit ou ne doit pas être « autorisé à figurer sur le registre, et par là même, à pratiquer « la médecine, et s'il ne lui confère pas le pouvoir d'écarter « de toute pratique celui qu'il aura pu dégrader. »

Voilà donc quelle est la tendance actuelle en Angleterre. Comme partout, du reste, où la profession médicale fut ouverte à tous en dehors de tout examen préalable, on a fini par comprendre que pratiquer la médecine sans l'avoir apprise, c'est commettre un crime.

La mort causée par imprudence est pardonnable, lorsque cette mort est fortuite; mais le meurtre est prémédité, pour ainsi dire, lorsqu'on le fait entrer comme éventualité probable dans ses aspirations vers la fortune. Toute profession veut un apprentissage pour être exercée loyalement. Mais, tandis que nul ne peut songer à pratiquer en maître l'horlogerie, par exemple, sans en connaître les premiers éléments, on porte hardiment sur un organisme animé de vie, une main qu'on n'oserait pas porter ainsi au hasard sur l'organisme inerte d'une machine. C'est que la machine brisée montrerait votre outrecuidance, tandis que l'homme meurt naturellement entre les mains du plus habile. La faute qui ne peut se prouver reste impunie; mais le législateur doit mettre obstacle aux calculs avides, basés sur cette impunité probable.

Tôt ou tard on veut établir une répression efficace contre l'ignorance éhontée qui spécule sur la vie des hommes, sur l'incertitude du destin et la crédulité publique.

L'Angleterre est déjà entrée dans cette voie. Elle a restreint le cercle d'action des médecins non qualifiés. Le *Medical Act,* en effet, non-seulement leur interdit de réclamer des honoraires, de délivrer des certificats, de comparaître en justice comme experts, etc., etc., mais d'être médecins d'un hôpital privé, d'une maison de santé, *même gratuitement;* d'une société de bienfaisance ou de secours mutuels, alors que tous les membres en seraient unanimes pour le demander.

Les seuls particuliers isolés restent donc en pâture à qui n'a pas de titre; mais c'est beaucoup trop.

Comme le rappelait la *Lancette,* dès l'apparition du *Medical Act* le corps même qui l'avait créé y proposait des amendements pour faire disparaître cette lacune. La colonie de Victoria a pris l'initiative des mesures efficaces; elle punit l'exercice illégal de la médecine quand il est lucratif; mais la *Lancette* voudrait en outre que l'on punît également les conseils gratuits donnés par quiconque ne serait pas enregistré. La répression du charlatanisme deviendrait donc bien plus sévère en Angleterre qu'en France.

En Angleterre, malheureusement, cette répression se fera par le moyen des corporations.

Je n'aime pas les corporations. Comme je l'ai dit précédemment, l'esprit de coterie et de cabale y tient toujours une trop large place. Si la loi défend d'exclure un membre pour professer telle ou telle doctrine, on reste juge des convenances professionnelles, et par ce biais on parvient à tourner la loi. Ainsi l'illustre Harvey était vivisecteur. Avec un peu de bonne volonté, on se contenterait d'un tel grief.

La loi française, elle, ne nous met pas sous la coupe des corporations. Elle exige de nous un temps d'études, des examens, et nul ne peut s'en plaindre; car ceux qui n'auraient pas le temps ou les moyens d'étudier, n'auraient pas le temps ou les moyens d'apprendre, et ne sauraient donc honnêtement avoir la prétention d'exercer.

Mais une fois les études terminées, les examens passés, elle nous assure cette liberté, cette indépendance, sans laquelle l'homme de science ne fournira jamais ce qu'il peut donner de grand ou de bon.

D'autres peuples n'ont pas plus que nous de corporations; mais ils ont organisé leurs médecins hiérarchiquement, ils en ont fait des employés administratifs. J'ai étudié de près ce système en Égypte, et j'ai vu que les résultats en sont déplorables. Des institutions analogues existent dans certaines contrées de l'Allemagne. Dans l'ancienne Rome, quand arriva la barbarie, les médecins étaient soumis à ce régime gouvernemental. Espérons que nous saurons toujours éviter cet autre péril. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Hydrophobie rabique.

(Observation recueillie par M. LE DIBERDER, interne du service.)

B..., jeune garçon de neuf ans, un peu chétif, mais d'une bonne santé habituelle, reçut, le 18 avril, à la joue gauche, un coup de griffe d'un chien, qui fut reconnu pour enragé et abattu le même jour, d'après l'avis d'un vétérinaire. Les personnes auxquelles était confié l'enfant ne firent rien pour prévenir les suites de sa blessure, si ce n'est une cautérisation à l'ammoniaque, qui fut pratiquée plu-

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE DE FRANCE.

STATUTS.

TITRE 1er. — FONDATION.

Art. 1. — Est fondée à Paris, du 1er janvier 1867, une Société, dite *Société de Thérapeutique expérimentale de France,* ayant pour but :

1° D'expérimenter sur l'homme, les animaux et les végétaux l'action physiologique et thérapeutique des diverses substances organiques et inorganiques;

2° De recueillir des observations physiologiques et thérapeutiques et de les publier dans un bulletin;

3° De donner des prix sur les questions de thérapeutique et de physiologie;

4° De créer deux collections : l'une, d'ouvrages et de mémoires concernant la thérapeutique; l'autre, de substances indigènes ou exotiques, employées comme médicaments.

Art. 2. — La Société n'entend approuver ou désapprouver aucune opinion émise dans les mémoires et communications qui lui seront adressés, non plus que l'emploi de tel ou tel agent médicamenteux.

Art. 3. — Elle établit des relations avec toutes les sociétés savantes de France et de l'étranger qui s'occupent de médecine, d'art vétérinaire, de pharmacie, d'agriculture et de sciences naturelles.

TITRE II. — CONSTITUTION ET CONDITIONS DE RÉCEPTION.

Art. 4. — La Société se compose de membres fondateurs et de membres titulaires. Les femmes peuvent en faire partie.

Art. 5. — Le nombre des membres fondateurs est limité à vingt-quatre.

Art. 6. — Le nombre des membres titulaires est illimité : Français et étrangers y sont admis.

Art. 7. — La Société se divise en trois sections :

1° Section de thérapeutique appliquée à l'homme.

2° Section de thérapeutique appliquée aux animaux.

3° Section de thérapeutique appliquée aux végétaux.

Art. 8. — Pour être membre de la Société il suffit d'en faire la demande, en spécifiant dans quelle section on se présente. — Aucun titre n'est exigé.

Art. 9. — Dans l'une des deux premières séances générales qui suivront la demande d'admission, il y aura, sur le rapport de la section compétente, vote général des membres de la Société. Le secrétaire sera chargé d'en transmettre le résultat au candidat.

Art. 10. — Dans la première séance générale de l'année on nommera le bureau composé : d'un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, deux vice-secrétaires, un trésorier et un vice-trésorier. Tout membre de la Société est appelé à participer à l'élection du président soit par vote direct, soit par correspondance.

Art. 11. — Les dignitaires sont nommés pour un an. Les secrétaires et les trésoriers seuls sont rééligibles dans les mêmes fonctions. — Les membres du bureau devront faire élection de domicile à Paris.

Art. 12. — Est exclu tout membre qui se servira de son titre comme moyen de réclame.

Art. 13. — Est considéré comme démissionnaire tout membre qui ne payera pas sa cotisation.

Art. 14. — Tout vote aura lieu au scrutin secret et à la majorité absolue.

TITRE III. — SECTIONS.

Art. 15. — Chaque section nomme pour un an son président, son vice-président et son secrétaire, qui devront être domiciliés à Paris. — Le secrétaire, seul, est rééligible.

Art. 16. Les sections nomment les commissions chargées :

1° D'examiner les candidatures;

2° De prendre connaissance des observations et mémoires soumis par le président en séance générale;

3° De contrôler et de faire répéter les expériences;

4° De faire, s'il y a lieu, sur ces différentes questions, des rapports dont les conclusions seront lues et discutées dans la séance générale suivante.

sieurs heures après l'accident. Jusqu'au 6 mai, il ne se produisit rien de particulier; la plaie se cicatrisa comme une plaie simple. Le 6 mai au matin, l'enfant parut triste, abattu et indifférent; il alla cependant à l'école comme à l'ordinaire, mais il ne put manger de la journée. Le soir, les symptômes se caractérisèrent, et dès lors, il eut de la difficulté à avaler. Il y parvenait pourtant, mais en y mettant beaucoup de volonté. Les parents nous racontent qu'alors il portait fortement la tête en arrière, approchait le vase de ses lèvres non sans de grandes difficultés, à cause du tremblement qui agitait son bras, et avalait par un mouvement brusque, en reportant vivement la tête en avant.

Le 8, au moment où on nous l'apporte, à midi, l'enfant est déjà au troisième jour de sa maladie.

La face est pâle, déjà légèrement cyanosée; les yeux sont excavés, très-largement ouverts, fixes; ils ont un éclat sinistre; les pupilles sont médiocrement dilatées; les paupières sont baignées d'un liquide muco-purulent assez abondant, dont la sécrétion a beaucoup augmenté depuis ce matin, d'après le rapport des parents. La respiration est anhélante et se fait avec effort. Le visage du malade porte l'empreinte d'une angoisse inexprimable. De temps en temps sa figure s'anime et prend l'expression connue sous le nom de rire sardonique. L'enfant ne répond qu'avec peine et très-brièvement aux questions qu'on lui adresse, et les efforts qu'il fait pour parler augmentent ses angoisses.

Le pouls est petit, rapide. Le jeune malade est généralement assez calme; de temps en temps il s'assoit sur son lit, et pousse des cris inarticulés, ou bien il porte vivement la main à l'épigastre ou sur le ventre, comme s'il y éprouvait une souffrance vive et passagère; il est couvert d'une sueur abondante; mais nous devons noter que la température extérieure est très-élevée.

Les objets brillants ne semblent pas lui causer une émotion très-pénible. La vue d'un miroir, d'un verre plein d'eau, ne lui cause aucune sensation désagréable. D'après ses parents, il refuse de boire depuis le matin. Pour nous en assurer, nous lui présentons un verre d'eau. Il se penche et ouvre la bouche pour boire; mais il rejette le liquide presque aussitôt, sans pourtant que cette expérience ait produit les convulsions dont parlent les auteurs. Depuis ce moment, quand on lui offre à boire, il répond : Tout à l'heure, ou demain.

Il tire facilement la langue quand on l'y engage; elle est très-blanche, mais elle ne présente aucune autre altération. Nous n'avons pas constaté sur la muqueuse sublinguale les lysses décrites par Marochetti et Xanthos. Il est vrai que ces médecins les ont signalées non à la période ultime, mais pendant la période d'incubation; aussi s'explique-t-on facilement que beaucoup d'auteurs en aient nié l'existence; ils les ont recherchées à l'autopsie, c'est-à-dire à une époque où elles ont disparu depuis longtemps.

Notre malade n'a pas de crachottements. Il éprouve des symptômes fort remarquables du côté des appareils des sens. Des hallucinations l'assiégent. Il montre son lit ou un coin du cabinet où il est couché, en parlant de farine ou de rats. Il voit aussi (et les parents ont également remarqué cela) la patte du chien qui l'a blessé, et il la montre aux personnes qui l'entourent.

Traitement. — A son entrée : douche de vapeur.

Quart de lavement avec

Chloroforme . . . . 4 grammes.
Alcool . . . . q. s.

pour dissoudre le chloroforme.

Potion avec

Musc . . . . 4 gramme.
Extrait d'opium. . . . . . . 10 centigrammes.

La douche de vapeur a paru le soulager et lui procurer un bien-être relatif. L'anhélation est moindre, la parole est plus facile, mais la teinte cyanique a fait des progrès. Les hallucinations persistent, quoique l'anxiété et les terreurs qu'éprouve le malade aient diminué. Il a pu avaler une petite quantité de sa potion.

Le malade est reporté à trois heures à la douche de vapeur; mais cette fois, nous n'obtenons aucune amélioration, et le jeune B... succombe, à quatre heures, aux progrès de l'asphyxie.

Cette observation présente quelques particularités intéressantes.

D'abord l'étiologie est assez singulière. D'après tous les renseignements, le mal aurait été communiqué par un coup de griffe à la joue gauche. Nous y avons remarqué effectivement une trace extrêmement légère indiquant une déchirure linéaire dirigée verticalement et parfaitement cicatrisée, ce qui nous semble assez bien d'accord avec les faits qu'on nous raconte. En effet, un coup de dent aurait mis plus de temps à guérir et aurait nécessairement laissé une cicatrice plus profonde. Enfin on conçoit que le chien ait pu, en léchant sa patte, l'imprégner de bave virulente peu de temps avant l'accident. Nous pensons que c'est là la meilleure manière d'interpréter les faits; c'est celle qui s'accorde le mieux avec ce que nous avons pu constater. Sous le rapport des symptômes, nous ferons remarquer que la dénomination d'hydrophobie ne convient pas tout à fait. Notre jeune malade n'avait aucune horreur des liquides; la dysphagie qu'il éprouvait tenait simplement à la paralysie du pharynx, phénomène que l'observation a mis aujourd'hui hors de doute. Mais la vue de l'eau et des corps brillants ne lui donnait pas de convulsions; et si après d'inutiles tentatives de déglutition il cherchait à éloigner le moment d'une nouvelle épreuve du même genre, cela tenait sans doute à la notion de son impuissance et à la crainte que lui inspirait cet état.

Nous n'avons observé chez lui que peu de convulsions, et surtout pas de convulsions cloniques. Il y a eu quelques convulsions toniques siégeant à la face, et que nous avons décrites précédemment.

Nous remarquerons encore qu'il n'y a pas eu de crachottements, symptôme que les auteurs considèrent comme à peu près constant. Enfin la mort, dans ce cas comme dans tous ceux du même genre, a été bien évidemment le résultat d'une asphyxie progressive, ainsi que le démontre la teinte cyanique du visage, teinte qui a été progressivement croissante.

On s'étonnera sans doute de ne pas trouver jointe à cette observation la relation de l'autopsie, mais celle-ci n'a pu être faite en temps utile, pour cause judiciaire.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 15 mai 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

M. DÉPRÉS continue :

Dans la première observation, nous voyons qu'il s'agit d'un homme qui prend à deux reprises du mercure. D'abord pendant quinze jours, puis pendant un mois et plus, pour une écorchure à la verge suivie de bubons suppurés, de boutons sur le corps, et de douleurs dans les jambes. Au bout de six mois le malade est vu par M. Hillairet, qui constate une syphilide pustulo-crustacée et des pustules, plus des plaques muqueuses de la gorge et des exostoses du tibia. Le malade était très-amaigri. M. Hillairet donne une cuillerée de liqueur de Van Swieten, et 1 gramme d'iodure de potassium par jour, du vin de quinquina et des viandes rôties. Après trois mois et demi de ce traitement, le malade sort, devant continuer encore son traitement pendant quelque temps. La guérison des accidents était complète, dit l'observation le 4 décembre 1853.

Le 10 avril 1864, le malade est allé retrouver M. Hillairet, le corps couvert d'une poussée de tubercules syphilitiques.

Dans la seconde observation je trouve un monsieur qui, ayant eu en 1857 une ulcération de la verge en Italie, prend du mercure pendant un mois, qui, deux ans après, a une nouvelle ulcération de la verge, pour la guérison de laquelle il prend encore du mercure pendant un mois. Le 15 mai 1861 il a de nouveau une écorchure sur la verge, que M. Cullerier diagnostique un chancre mou. Au commencement de juillet apparaissent néanmoins une éruption cutanée et de l'ecthyma des jambes à la suite d'accès de fièvre et d'anémie progressive. M. Cullerier donne de la liqueur de Van Swieten pendant un mois et demi. Au bout de ce temps le malade va à Saint-Louis, dans le service de M. Hillairet. M. Vidal, remplaçant ce médecin, administré 0,50 centigr. d'iodure de potassium, qui fut pris pendant dix mois. M. Hillairet, qui avait repris son service, a essayé deux fois, et sans succès, les frictions mercurielles dans les aisselles, et les pilules de Sédillot, et le malade finit par guérir.

La troisième observation a trait à un malade qui au début a été jugé atteint de morve, et chez lequel on a soupçonné seulement la syphilis. Il s'agissait d'ulcérations dans les fosses nasales, de larges ulcérations sur la peau et de gonflements dans les bras. L'iodure de potassium et des toniques administrés ont guéri tous ces accidents en deux mois et quelques jours. Le malade est entré plus tard à l'hôpital Saint-Louis avec une syphilide tuberculeuse, deux mois après être guéri par l'iodure de potassium. M. Bazin, dans le service duquel était placé ce malade, a donné des toniques, du sirop de bi-iodure et des bains alcalins. La guérison a été obtenue en trois mois. Voilà un exemple de syphilis qui guérirait d'abord avec l'iodure de potassium, puis par un petit traitement mercuriel de trois mois.

La quatrième observation se rapporte à un malade de M. Verneuil. Il s'agit d'un homme qui a un chancre unique et une roséole. M. Verneuil lui donne une pilule de proto-iodure du fer et du quinquina pendant deux mois, au bout desquels le malade sort non guéri. Il rentre à Saint-Louis vingt jours après, avec son chancre, une éruption de papules qui dans quelques points étaient recouvertes de croûtes, des nodosités sur les tibias, et un amaigrissement notable. On lui donne, du 8 au 15 novembre, tous les jours une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, 1 gramme d'iodure de potassium, 125 grammes de vin de quinquina et des bains sulfureux.

Ce malade est sorti avec des taches cuivrées sur le corps, des nodosités encore apparentes sur les tibias. Il m'est impossible de voir, dans cette observation, autre chose qu'une marque de l'efficacité du repos et de l'inefficacité du mercure.

Voici la cinquième observation de M. Dubuc :

Un homme, qui avait un chancre induré et une syphilide papuleuse, commence par prendre des pilules de proto-iodure et des bains de sublimé. Le chancre à peine cicatrisé, il apparaît une série de boutons d'ecthyma, dont plusieurs forment des ulcères, surtout à la tête. A ce moment, le traitement est changé : on donne de l'iodure de potassium après que le malade a pris des pilules pendant six mois environ sans être guéri.

Le malade entré à l'hôpital, dans le service de M. Lallier, avec des ulcérations de la tête taillées comme à l'emporte-pièce, et des cicatrices d'ecthyma et une éruption iodique. M. Lallier donne de l'iodure de potassium, mais le malade ne peut le supporter. L'observation n'est pas terminée.

Le sixième cas est des plus remarquables : c'est un exemple d'un individu qu'on nourrit de mercure pendant des années, et qui finit par mourir avec sa syphilis.

Au mois de décembre 1859, il y a un chancre induré que Bauchet traite pendant plus de sept semaines par le mercure; malgré cela, une syphilide papuleuse et une iritis surviennent.

En 1860, une syphilide pustulo-crustacée apparaît sur la cuisse, et le malade entre dans le service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis. Là pendant quatorze mois, le malade, qui avait une syphilide pustulo-crustacée serpigineuse, puis une récidive de son iritis, prend du sirop de bi-iodure ioduré, de la tisane de Fetz, de l'iodure de potassium, de l'émétique et de l'arsenic, et finit par guérir. Total : environ six ou huit mois de mercure, d'après mes suppositions.

En 1861, trois mois après être sorti de chez M. Bazin, le malade rentre dans le service de M. Cazenave, avec une récidive de syphilide crustacée; il prend pendant cinq mois des pilules de sublimé et des fumigations de cinnabre; il sort non guéri.

Il rentre, le 16 août 1862, dans le service de M. Hardy, qui lui donne, outre 3 grammes d'iodure de potassium par jour, des toniques : vin et décoction de quinquina. L'amélioration est rapide, mais le malade a la mauvaise fortune de changer de médecin par suite de mutations dans les services, et se trouve sous la direction de M. Devergie, qui administre de l'huile de foie de morue et encore du mercure, du 6 janvier 1863 au 10 janvier 1864. Malgré ce traitement, le malade a eu deux poussées successives de syphilis, et avait une perforation de la cloison des fosses nasales, une laryngite. Le malade a été emporté par une pneumonie double.

L'autopsie, étudiée avec tous les moyens connus, a montré que le malade n'avait point de syphilis viscérale, et que la cirrhose du foie n'était pas syphilitique.

Total : vingt-deux à vingt-cinq mois de mercure pour rien, et les partisans du mercure n'ont pas même la ressource de dire qu'il s'agissait d'une syphilis très-grave; il n'y avait pas de syphilis viscérale.

La septième observation expose l'histoire d'un individu qui n'avait pas pris de mercure au début de sa syphilis, arrivée, croit-on, après des blennorrhagies répétées. Quoiqu'il n'y ait pas évidence qu'il n'ait pas pris de mercure, je le suppose néanmoins, car il avait été traité dans des hôpitaux militaires.

Ce malade, atteint de syphilide pustuleuse et de psoriasis syphilitiques, est traité par le sirop de bi-iodure ioduré, du 12 mai au 17 juillet 1863, ce qui n'empêche pas l'apparition de quelques ulcérations. Le malade sort guéri, mais le 2 novembre, il rentre avec des ulcères syphilitiques à marche serpigineuse. On lui donne de nouveau du bi-iodure, et le 23 février 1863, c'est-à-dire après quatre mois de traitement, le malade était encore à l'hôpital non guéri, mais en chemin d'amélioration, grâce aux toniques et à l'iodure de fer que faisait prendre au malade M. Bazin. Ici, calcul clair : on se dit : Le mercure n'a pas été donné, donnons-en, nous guérirons. Quatre mois après ce traitement, le malade rentrait à l'hôpital avec sa syphilis.

La huitième observation nous apprend qu'il s'agit d'un garçon qui a une syphilide squammeuse et des plaques muqueuses, et qui est au

---

Art. 17. — Toute section nommera une commission pour chacune des questions qui lui auront été dévolues en séance générale.

Art. 18. — Sur la demande d'une section, et sur le vote de la Société, on pourra nommer des commissions extraordinaires pour examiner les faits d'un haut intérêt thérapeutique qui ne pourraient être vérifiés à Paris.

Art. 19. — Les commissions, sur décision prise en séance générale, pourront comprendre des membres d'une autre section.

Art. 20. — Le conseil d'administration, composé de vingt-quatre membres, est chargé de toutes les questions d'intérêt de la Société; il s'occupe de la révision des statuts et règlements, des modifications à apporter dans le fonctionnement des sections, de l'établissement et des conditions de publication du bulletin, etc.

Art. 21. — Les membres du conseil d'administration sont rééligibles par tiers chaque année. — Par exception, le premier conseil fonctionnera pendant trois ans.

TITRE IV. — SÉANCES.

Art. 22. — Les réunions se tiendront à Paris.

Art. 23. — Les séances générales auront lieu le premier lundi de chaque mois et les séances de section comme il suit :

1° Section de thérapeutique appliquée à l'homme, les seconds lundis;

2° Section de thérapeutique appliquée aux animaux, les troisièmes lundis;

3° Section de thérapeutique appliquée aux végétaux, les quatrièmes lundis.

Art. 24. — Tout membre de la Société pourra prendre part aux séances de section, mais n'aura droit de voter que dans la section à laquelle il appartient.

Art. 25. — Dans les séances générales il y aura : lecture du procès-verbal, dépouillement de la correspondance, renvoi des travaux aux sections compétentes, rapports des sections sur les travaux qui leur ont été antérieurement confiés, discussion.

Art. 26. — Dans les séances de section : lecture du procès-verbal, nomination des commissions, lecture et discussion des rapports dont les conclusions devront être présentées en séance générale.

TITRE V. — DONS.

Art. 27. — Les dons faits à la Société sont inscrits au procès-verbal des séances avec les noms des donateurs.

TITRE VI. — BULLETIN.

Art. 28. — Il sera ultérieurement statué par le conseil d'administration sur l'organisation, la publication et le prix du Bulletin.

Art. 29. — En attendant, la Société ne publiera que le procès-verbal des séances générales, lequel sera délivré à chacun des membres.

TITRE VII. — COTISATION.

Art. 30. — La cotisation est de 10 francs par an. Tout sociétaire nouvellement élu aura à payer un droit d'admission et de diplôme qui est fixé à 5 francs. Tout membre qui voudra faire partie de deux ou trois sections, payera une cotisation double ou triple.

TITRE VIII. — OBSERVATIONS.

Art. 31. — Toute demande de modification dans les statuts et règlements devra être adressée par écrit au conseil d'administration et signée de cinq membres. Le conseil décidera, en présence d'un au moins des signataires, — pourvu que ces demandes de révision ne touchent ni au but ni aux tendances de la Société.

Art. 32. — En cas de dissolution de la Société, le conseil d'administration statuera sur la destination à donner à ses propriétés.

Le siége provisoire de la Société est à Paris, rue de Seine, 75.

---

début de la syphilis. Du 15 septembre 1863 au 4 octobre, 2 pilules de proto-iodure par jour. Malgré ce traitement, toutes les plaques squammeuses se sont transformées en ulcérations. M. Gibert donne alors, le 25 octobre, le sirop de bi-iodure ioduré, à la dose de deux cuillerées à café par jour, et fait appliquer de la pommade au cinnabre sur les ulcères. Le mal marche moins vite. Il se transforme, et le 24 février 1864, le malade avait encore du psoriasis qui, dit l'observation, est devenu un psoriasis dartreux. Ceci laisse un point de doute dans mon esprit.

Enfin, la neuvième observation est tout à fait douteuse. Il s'agirait d'une vieille domestique de cinquante-trois ans, entrée à l'hôpital avec quelques plaques muqueuses, des syphilides pustuleuses et de l'ecthyma, et qui meurt avec un anasarque de l'ascite, plus une cirrhose syphilitique. Cette pauvre femme était malade depuis un mois. Elle a pris successivement, depuis son entrée à l'hôpital, 5 et 20 centigrammes de proto-iodure de mercure chaque jour et sans le moindre succès, et cela pendant un mois et demi.

Encore deux observations qui ne sont pas des miennes; je les emprunte à l'histoire naturelle de la syphilis de M. Diday (Paris, 1863).

« 1° Un monsieur âgé de trente-six ans eut, le 14 février 1855, un chancre. Dès le premier jour, il consulta M. le docteur Chauffard (d'Avignon), qui lui fit prendre 160 pilules mercurielles en un mois. M. le docteur Chauffard fils lui prescrivit ensuite, pour le deuxième mois, trois et quatre pilules de Dupuytren par jour. Au bout de deux mois une syphilide générale apparut; on lui fit prendre 250 pilules au proto-iodure. Après plusieurs récidives toujours renaissantes et toujours mercuriellement combattues durant deux ans, je le vis triste et affaibli, pâle et découragé et avec un ulcère profond à l'aile du nez, une périostose du tibia droit, ainsi qu'aux deux derniers métacarpiens de la main gauche.

« 2° A partir du quinzième jour de l'évolution de son chancre, un monsieur prit, en dix-huit mois, 1,200 pilules de Ricord (un mois environ après le début du chancre, il avait eu une poussée complète). Ayant donc fait son traitement de dix-huit mois, il va consulter M. Ricord, qui lui délivre une prescription de pilules mercurielles avec cette note : chancre infectant il y a dix-huit mois; traitement insuffisant; accidents secondaires. Il exécute l'ordonnance de M. Ricord trois mois et demi après, je le vois porteur d'une double albuginite, avec une éruption pustulo-crustacée du front revenue depuis peu et un tremblement des mains. »

Ce sont là des syphilides malignes, dira-t-on, la chose est facile à affirmer; c'est une excuse qui explique l'insuccès du mercure. Mais qu'il me soit permis de le dire à nos adversaires : si vous croyez que le mercure ne peut pas réussir dans les syphilides malignes, je suis en droit de croire, avec MM. Diday et Dolbeau, que quand le mercure réussit, c'est que la syphilis est bénigne et qu'elle peut guérir seule. Mais je ne veux point me servir de cette riposte; je préfère vous donner un exemple de sypilide maligne précoce guérissant sans mercure.

T..., Marguerite, âgée de 19 ans, est entrée le 14 avril 1866 dans mon service, avec des chancres mous de la vulve et un bubon suppuré à gauche, plus une vaginite avec une ulcération du col. Cette malade était dans cet état depuis deux mois.

D'un tempérament scrofuleux, et ayant eu la variole dans sa jeunesse, elle portait des cicatrices très-marquées de scrofulides et de petite vérole. Soumises d'abord à des cautérisations avec la solution de chlorure de zinc, les ulcérations ont promptement guéri sauf celle du col, mais après deux mois de séjour à l'hôpital, une syphilide papuleuse généralisée est survenue, et était accompagnée de céphalée. La malade a été soumise au traitement tonique et réparateur : vin de quinquina, viandes rôties, 6 portions; poudre tonique contenant du fer réduit, de la poudre de cannelle et de la poudre de quinquina, de chacun, 0 gr. 50 centigrammes, puis, tous les quatre jours, la malade prenait un bain de sublimé et un bain sulfureux alternativement. Le 22 septembre, la malade sortait guérie et bien portante.

Le 22 novembre, la fille T... est rentrée dans mon service avec des ulcérations profondes des bras, de la face, du cou et du cuir chevelu, dont quelques-unes, recouvertes de croûtes verdâtres et du volume d'une pièce de 1 franc. Il n'y avait rien sur le corps et rien à la vulve; la malade était pâle et amaigrie. En un mot, la malade avait de l'ecthyma et arrivait aux accidents tertiaires de la syphilis.

Voici ce qui s'était passé dans l'intervalle des deux sejours à l'hôpital : la malade était allée dans un de ces asiles de charité où l'on tient des bonnes à la disposition du public. Dans ces établissements on travaille à la couture et l'on est nourri sobrement.

Toutes les ulcérations de la fille T... ont été cautérisées avec la solution de chlorure de zinc et pansées avec un linge enduit d'onguent de la mère, et recouvert d'un cataplasme. A l'intérieur il a été donné, tous les jours, une cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer, une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue, du vin de quinquina, 125 gr.; de la poudre tonique; pendant quelques jours l'iodure de fer a été remplacé par l'iodure de potassium, 0 gr. 50 centig. par jour.

La malade mangeait 6 portions et deux côtelettes. Elle a pris un bain sulfureux et un bain salé alternativement tous les quatre jours, dès que l'état des ulcérations de son corps l'a permis.

Au commencement de mars les ulcérations sont cicatrisées, la malade était encore à l'hôpital le 26 avril, ayant repris de l'embonpoint et de la fraîcheur de teint, et se disposant à quitter l'hôpital cette fois pour aller dans sa famille.

Ainsi en quatorze mois, et sans mercure, la malade est arrivée presqu'au même état que la domestique écossaise, et elle a guéri de même, en plus de temps, il est vrai; mais comme il faut tenir compte de tout, je dirai que la fille T... ne se soignait pas, que j'étais obligé de faire panser les plus petits ulcères par mes élèves. Enfin, que plusieurs fois cette malade, qui sortait toujours dans les cours, a eu de la diarrhée et des rhumes qui la forçaient de rester au lit et l'affaiblissaient.

Enfin, et pour ne rien négliger, j'ajouterai que, hors de l'hôpital, notre malade était allée dans une maison de charité dont le régime comparé à l'hygiène de mon service est peu réconfortant, les pensionnaires mangent peu de viande et boivent une eau à peine rougie; il y a avait, chez ma malade, une anémie par défaut de réparation. et cet état demandait, pour être guéri, un certain temps.

Cette malade nous offre un cas de syphilis non contrariée par un traitement mercuriel qui guérit en proportion de l'expulsion progressive de la syphilis, et c'est ce fait que je voulais comparer à la domestique écossaise dont j'ai parlé plus haut.

En résumé, de ces faits il résulte que le traitement mercuriel n'a fait rien de plus que le traitement tonique, qu'il retarde la marche de la syphilis, comme on le pense depuis Hunter qui le reconnaissait lui-même sans s'en rendre compte. Ce court examen des observations enfin prouve clairement que bien administré, et pendant longtemps, le mercure n'empêche pas l'arrivée des accidents tertiaires, et ne guérit pas la syphilis.

Il a été dit que le mercure faisait vite disparaître l'induration chancreuse; je puis citer des faits qui prouvent que le traitement par les cautérisations et les pommades telles que le cérat et les glycérolés sans mercure produisent le même résultat. J'ai, dans mon service, une malade qui est entrée avec un chancre induré de la lèvre supérieure, des plaques muqueuses à la vulve et une roséole papuleuse. J'ai cautérisé son chancre et je le lui ai pansé avec une pommade à l'onguent de la mère; j'ai cautérisé ses plaques muqueuses, et je lui ai donné des bains salés; en trois semaines, le chancre induré et les plaques muqueuses avaient disparu et la roséole était éteinte.

On a dit que le mercure faisait vite disparaître les éruptions, empêchait les syphilis de devenir graves. Je veux prendre ici des observations des autres comme je le faisais tout à l'heure. J'ouvre le rapport remarquable de M. Depaul sur les faits de syphilis vaccinale observées dans le Morbihan. (*Bull. Acad. méd.*, 1866-67, t. 32, p. 201.) Je trouve deux séries de faits, l'une plus détaillée et que j'explore. Il se trouve que sur 17 enfants vaccinés avec un même virus, 15 seulement ont eu la syphilis, sur ces 15 enfants 12 ont été mis au traitement mercuriel depuis le début de la syphilis jusqu'au moment où M. Depaul a vu les enfants. Trois enfants n'ont suivi aucun traitement mercuriel. Chose bizarre, les trois enfants non traités ont, au moment où M. Depaul les examine, des accidents moins graves que ceux qui ont été traités.

Il y a de la roséole généralisée chez ceux qui sont mis au mercure, dans 7 cas sur douze, 1 fois sur 3 seulement, chez les enfants non traités.

Les trois enfants non traités par le mercure n'ont présenté que des indurations peu marquées, sur les 12 autres enfants il y avait 5 indurations franches.

Enfin, il n'y a eu de plaques muqueuses évidentes que chez les enfants traités par le mercure.

Enfin, un malade n'aurait rien eu après avoir subi le traitement spécifique. Ici je crois fort qu'il s'agit d'un enfant qui, comme les deux autres, était rebelle à la syphilis. En effet, au moment où M. Depaul l'a vu, il ne présentait aucun vestige de syphilis.

Pour qu'il n'y ait aucun doute, messieurs, je lis devant vous le tableau de la maladie des deux enfants qui étaient les plus malades; un de ceux qui n'avaient fait aucun traitement, un de ceux que l'on avait soumis au traitement mercuriel.

« Marguerite T..., dix-neuf mois, non encore sevrée, vaccinée le 12 juin. Nous trouvons une seule cicatrice au bras gauche, reposant sur une base encore un peu indurée; de l'adénite axillaire du côté gauche seulement; quelques papules de roséole sur le tronc près de la hanche; quelques taches lenticulaires sur la poitrine et les membres inférieurs. Rien à l'anus et aux parties génitales. État général mauvais, dépérissement depuis la vaccination. Aucun traitement n'a été suivi. »

« Louise M..., sept ans. Une seule cicatrice sur le bras droit de couleur cuivrée et à base indurée. Adénite axillaire droite, seulement indolente; adénite cervicale postérieure des deux côtés. Amaigrissement considérable, roséole généralisée très-confluente. Rien aux parties génitales, amygdales gonflées (une plaque muqueuse sur chacune d'elles); rien à la tête ou aux parties génitales. Traitement spécifique depuis un mois. »

Cette comparaison dispense de tout commentaire. On ne saurait dire un instant avec M. Verneuil que le traitement mercuriel a pour propriété de faire déterger le chancre huntérien.

On a dit encore que l'iritis était moins fréquente, quand on traitait les malades par le mercure. J'invoquerai, outre une des observations que j'ai empruntées à la thèse de M. Dubuc, des faits de mon service. J'ai eu 2 iritis chez les 13 malades auxquels j'ai donné du mercure, et sur les 95 malades que j'ai traités par la simple médication tonique, je n'en ai vu que 5, et il est rentré depuis, dans mes salles, 2 malades traités sans mercure avec une iritis.

Enfin le mercure donné au moment de l'apparition d'un chancre induré empêche-t-il l'apparition des accidents secondaires? M. Diday dit que non, et il cite des faits.

Je veux bien que des individus ayant pris du mercure pour un chancre induré n'aient eu par la suite aucun autre accident, mais je pense que cela ne prouve rien. Il y a des malades dont toute la syphilis se borne à un chancre induré. Voici ce que j'ai vu chez mes malades : sur 7 chancres indurés 2 n'ont été suivis d'aucun accident, et j'ai gardé les malades, l'une huit mois, l'autre six mois dans mon service. La première malade avait une paralysie hystérique qui a récidivé après le départ de l'hôpital, et la malade est revenue passer encore trois mois dans la salle de médecine ne présentant pas traces de syphilis. Si dans ces deux cas le mercure avait été administré, on n'aurait pas manqué de dire que le mercure avait empêché la production des accidents secondaires, ou qu'il en avait retardé l'apparition. Vous voyez encore la valeur de ce dernier argument des partisans du mercure.

Examinons, messieurs, ce que vaut le mercure envisagé au point de vue de la physiologie pathologique de la syphilis, et avec les documents fournis à la thérapeutique par les recherches modernes.

Le mercure est depuis longtemps reconnu un médicament débilitant. Dans l'industrie des glaces on le classe comme poison, et nous savons les maladies que cause ce métalloïde.

Les livres de chimie, depuis Orfila, Mialhe et M. Trousseau, ainsi que M. Dolbeau vous l'a rappelé, enseignent que le mercure cause une anémie. Aujourd'hui l'on pense encore que le sérum du sang est altéré par le mercure, et l'on sait que le mercure cause la salivation et une stomatite, quelques auteurs vont même plus loin. L'action du mercure en dehors de toutes les suggestions de l'empirisme est donc une altération du sang.

J'ai entendu M. Verneuil dire que le mercure n'empêchait pas les malades de reprendre de l'embonpoint. Je n'ai pas vu cela, mais sans vouloir constater une opposition plus grande entre l'opinion de M. Verneuil et la mienne, je dirai que j'arrive à rendre un solide embonpoint à la grande majorité de mes malades par le traitement tonique simple. Comme les partisans du mercure donnent un traitement tonique en même temps que le mercure, je pense que la bonne nourriture et le bon régime atténuent les effets du mercure d'abord et qu'ils rendent ensuite l'embonpoint aux malades. Le mercure étant un altérant, il débilite, et la syphilis est une intoxication, une maladie qui débilite. Que les partisans du mercure le reconnaissent donc, ils admettent qu'ils intoxiquent lentement un malade intoxiqué, ils débilitent pour une maladie débilitante, et cette thérapeutique de la syphilis n'a d'analogue que les saignées ou la diète.

La nouvelle école thérapeutique, dont un des représentants les plus autorisés chez nous est le professeur Sée, envisage la syphilis comme une maladie néoplasique et le mercure comme un agent capable de détruire la tendance aux néoplastes. Il faut s'entendre; les néoplasies sont des choses connues mais autrement appelées; les inflammations sont devenues, grâce au néologisme allemand, des néoplasies, les diathèses sont devenues des maladies à néoplasies successives. Je ne m'arrêterai point à ces formes de langage, c'est une mode, passons. Il semble donc résulter que le mercure aurait une action pour arrêter les inflammations ou les poussées inflammatoires. Ceci, nous ne le nions pas plus que personne, mais je ne puis admettre une action élective du mercure pour paralyser les tendances aux néoplasies syphilitiques.

Oui, le mercure administré lentement arrête les néoplasies comme altérant, il les arrête comme la saignée, la diète et les purgatifs, mais il ne peut agir qu'autant qu'il débilite. Au moment où il ne débilite plus, son action est nulle. Quand il agit, que fait-il? Comme la saignée et la diète, il affaiblit l'économie tout entière, car s'il peut arrêter la nutrition au point où il y a une néoplasie avec un exsudat, il l'arrête aussi dans les organes sains.

Mais encore, pour que la théorie fût vraie, il faudrait prouver qu'au début la vérole est constituée par une tendance aux néoplasies et non par une intoxication. Il faudrait prouver que la syphilis est atténuée quand. comme le dit M. Virchon, on en a guéri les symptômes. Enfin, il faudrait prouver que les manifestations syphilitiques, dont on attribue la guérison au mercure, ne guérissent pas seules naturellement.

Toute mon argumentation a eu pour but de montrer qu'il était impossible de donner les deux dernières preuves.

La preuve de la nature néoplasique de la syphilis à son début, ne peut exister par le fait même que la syphilis est reconnue comme une maladie virulente à marche chronique, un empoisonnement, ainsi que vous le disait tout à l'heure M. Velpeau.

Je termine par une profession de foi. J'aurais la syphilis, je ne prendrais pas de mercure; c'est ce qui vous explique pourquoi je n'en ai point donné à mes malades.

Dès le principe, d'après ce que j'ai vu et lu, j'ai douté du mercure, parce que j'ai comparé la vérole aux autres maladies virulentes, telles que la variole, la morve et l'infection purulente, parce que j'ai été persuadé que, dans les lésions de toute l'économie, du sang, pour mieux dire, aucun contre-poison spécifique ne pouvait guérir; M. Verneuil, lui aussi, a comparé la vérole aux empoisonnements et aux diathèses, et a dit qu'il fallait traiter la syphilis comme les empoisonnements. Je suis tout à fait de son avis; mais je veux être logique, et comme je ne connais aucun contre-poison qui agisse dans le sang sur le poison qu'il renferme, je ne crois pas à l'action spécifique du mercure contre la syphilis.

Les contre-poisons des corps toxiques n'agissent que dans l'estomac ou l'intestin, où ils neutralisent les poisons. Mais par exemple, lorsqu'il a été absorbé du phosphore, la craie qui est si bonne quand le phosphore est encore dans l'estomac, devient tout à fait impuissante.

Je sais bien que l'on va me dire : Et l'opium dans le délirium tremens, et le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, et l'antagonisme de l'opium et de la belladone!

L'opium n'est point le contre-poison de l'alcool, il engourdit les malades pendant que ceux-ci expulsent, par les voies respiratoires, l'excès d'alcool qu'ils ont absorbé.

Le sulfate de quinine produit une perturbation momentanée, une action antipériodique, pendant que les malades éliminent lentement le miasme paludéen. Et cela est si vrai, que le sulfate de quinine est un antipériodique qui arrête le retour intermittent des névralgies et la succession régulière des arthrites du rhumatisme articulaire aigu.

La belladone combat les effets de l'opium, c'est vrai. Mais comment? Parce que la belladone produit une perturbation opposée à celle de l'opium, comme le vomitif réveille les contractions stomacales paralysées par un excès d'aliments indigestes. Et l'on ne peut pas plus dire que la belladone soit le contre-poison spécifique de l'opium, que l'on ne doit admettre que l'ipéca soit le contre-poison spécifique de la mie de pain mal cuite.

A aucun égard le mercure ne saurait donc être reconnu comme un spécifique, si ce n'est toutefois à cause de sa propriété de produire la salivation, cet acte perturbateur depuis longtemps reconnu inutile pour le traitement de la syphilis.

De ce que la syphilis se gagne en secret, ce n'est pas une raison pour en faire une maladie singulière, au lieu d'une simple intoxication, débutant d'une façon variable et se manifestant ensuite comme une fièvre éruptive, et plus tard comme une diathèse, le scorbut et la scrofule.

Or la physiologie pathologique nous enseigne que les poisons introduits dans le sang causent une mort immédiate ou une lésion qui se révèle par des manifestations successives variables, ayant toutes pour caractère une tendance à une expulsion de produits altérés. Ainsi le pus des pustules varioleuses, des pustules farcineuses, des papulo-pustules iodiques, qui sort de l'économie comme s'il s'agissait de l'expulsion de corps étrangers, dont la chirurgie constate chaque jour l'élimination spontanée. L'antiquité appelait ces phénomènes des crises; vingt siècles après, nous les appelons des poussées. Ne nous préoccupons donc pas plus des éruptions syphilitiques que des éruptions de variole, de ces éruptions discrètes qu'on observe dans les infections, et joignons à un simple traitement topique local, un excellent régime, propre à soutenir la nutrition de l'individu pendant qu'il élimine ce qu'il y a eu en lui de contaminé par le virus syphilitique.

Ce traitement tonique et réparateur est depuis longtemps uni au traitement mercuriel. M. Diday a vanté ce traitement seul dans les

cas de syphilis bénigne, je suis cette voie. Vous avez vu, par les observations que je vous ai lues, que je donne à mes malades de quoi réparer leur sang, une bonne nourriture, du fer, du quinquina, des alcalins, tels que : l'iodure de potassium, les bains salés; l'huile de foie de morue, comme agent nutritif plus que comme spécifique. Je baigne les malades pour entretenir les fonctions de leur peau, je leur recommande un peu d'exercice, et il en résulte que, dans mon service, mes malades, tout en étant au régime tonique, vivent de la vie de l'enfance, une bonne nourriture, beaucoup de sommeil et un exercice réparateur.

Les syphilis faibles sont traitées pendant trois mois, les syphilis fortes six mois et plus, et quand je vois mes malades reprendre un bon teint et de l'embonpoint, je les laisse partir en leur recommandant de suivre au dehors un régime et un genre de vie analogue à ceux qu'elles observaient à l'hôpital. Ce que j'ai vu jusqu'ici m'a affermi dans mes convictions. J'ai revu des malades un an après le traitement et qui étaient bien guéries.

J'ai vu aussi revenir des malades qui ont suivi régulièrement, à l'hôpital, un traitement de trois mois. Je ne m'en suis pas étonné. Il y a des malades qui, à peine sorties de l'hôpital, défont ce que j'ai fait, courent les bals et les mauvais lieux, ne prennent aucun soin, ou n'ont pas le moyen de manger une nourriture suffisante. Celles-là ont des récidives de plaques muqueuses pendant un temps indéfini. D'autres malades ont des retours d'accidents plus graves, à cause de leur santé chétive, qui ne pouvait être rétablie en trois ou quatre mois. Et puis, s'il est des syphilides malignes pour ceux qui donnent du mercure, il en est aussi pour ceux qui n'en donnent pas. J'ai dans mon service, dans ce moment, une malade, qui passe depuis le 2 février par les syphilides secondaires, qui a en ce moment une choroïdite, et qui est longue à se débarrasser d'une poussée de syphilide papulo-squammeuse. Cette malade venait d'accoucher quand elle a gagné la syphilis, et j'explique aussi par les mauvaises conditions de cette femme, au moment de l'infection, la gravité de sa syphilis, qui toutefois ne guérira pas moins sans mercure.

Il reste, certes, un point obscur dans mon esprit, et je suis obligé d'avouer que je donnerais plus de force à mon argumentation, si je pouvais dire quelle est la durée de la syphilis; combien un individu peut mettre de temps à réparer son sang, à éliminer tout ce que ce dernier renferme de mauvais; combien il faut de temps au sang pour reconquérir les qualités de la santé. Mais on ne peut tout savoir à la fois, et j'espère qu'un jour viendra où on le saura, même en tenant compte des conditions individuelles. On sait presque combien de temps met à guérir la scrofule, cette maladie qui a de si profondes analogies avec la syphilis. En effet, quand, après de l'impétigo, des maux d'yeux et des adénites ou après des périostoses, lésions que M. Bazin a si bien appelées des gommes scrofuleuses; quand ces périostoses ont guéri, si les enfants continuent à prendre des toniques, à habiter un endroit aéré, la guérison se maintient. Combien n'avons-nous pas vu d'ailleurs d'individus déjà âgés, couverts de cicatrices qui ont été le résultat de lésions multiples entre l'âge de 7 et 11 ans, et qui n'ont eu, dans toute leur vie, aucune autre manifestation de la scrofule. Combien n'en avons-nous pas même vu, en comparaison de ceux qui sont scrofuleux et misérables à la fois, et chez qui la phthisie pulmonaire et les tumeurs blanches terminent une vie minée par la misère autant que par la scrofule.

Pour me résumer, je ne dirai pas avec Massa, puis Ritter et tant d'autres au siècle dernier, avec Gauthier (de Lyon), qui, depuis 1843, a ouvert la voie aux syphiliographes de l'école lyonnaise, et avec MM. Diday et Hermann (de Vienne), que le mercure cause une aggravation de la syphilis, une hydrargyrie qui double la syphilis. Cela peut être dans certains cas, mais il y a exagération, car si la liqueur de Van Swieten, les frictions mercurielles, sont dangereuses, le proto-iodure, tel que le donne le maître, en fait de syphilis, M. Ricord, est moins redoutable. Tout dépend d'ailleurs de la dose à laquelle est donné le médicament.

Je crois que le traitement tonique est le traitement physiologique de la syphilis, que les traitements mercuriels qui réussissent, sont ceux qui sont associés à un très-bon régime tonique, qui est alors seul véritablement efficace.

Jusqu'à ce qu'il me soit démontré par des observations, par des statistiques bien faites et qui renversent les nôtres, que le mercure qui, dans certains cas, produit si vite la salivation, agit aussi promptement sur les accidents syphilitiques généraux; que le mercure atténue mieux toute espèce de syphilis que la médication tonique et reconstituante, je dirai : les médecins ont prescrit le mercure en copiant Rhasès, qui le donnait dans l'impétigo; ils raisonnent d'après l'hypothèse non justifiée de Swediaur (la possibilité du mélange du mercure avec le venin dans le sang, et une action chimique directe sur le venin); ils suivent une tradition par habitude, oubliant les tendances qui, depuis quatre siècles, s'opposent à l'administration du mercure; Van Swieten, condamnant les frictions mercurielles et les salivations provoquées préconisées par Boerhaave; l'école de Montpellier, cherchant à pallier les effets du mercure en proportion des excès d'action débilitante de ce médicament; Hunter même et M. Diday, montrant que des syphilis peuvent guérir seules. Quant à nous, qui parlons après ceux-ci, nous ne croyons pas qu'un médicament empirique, n'agissant pas à volonté et devant l'expérience journalière pour arrêter la syphilis, puisse être un contre-poison spécifique de la vérole, nous jugeons inutile d'employer, dans les infections, un médicament qui fait corps étranger dans le sang, ne s'assimile à aucune humeur et qui, lorsqu'il n'exerce point sur la bouche une action perturbatrice fâcheuse, ne sollicite ni ne suspend l'exercice régulier d'aucune fonction.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

Séance du 21 mai 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

— M. LE SECRÉTAIRE donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT J'ai l'honneur d'informer la Société que nous avons eu la douleur de perdre notre président, M. Follin.

Suivant les usages académiques, je crois devoir lever la séance.

La séance est levée.

Le Secrétaire, Dr DOLBEAU.

Le nom de M. Maisonneuve avait été ajouté en troisième ligne, et celui de M. Huguier en quatrième, sur la liste de présentation pour la place qui était vacante à l'Académie des sciences, par suite de la mort de M. Jobert (de Lamballe), et qui a été remplie, la semaine dernière, par l'élection de M. Nélaton.

Bade, ses eaux thermales, chlorurées, sodiques, et leurs vertus curatives, par J. SEELIGMANN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin aux eaux de Bade. In-8° de 138 pages. — Paris, 1867. J. B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 69. — JEUDI 13 JUIN 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 13 JUIN 1867. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Jaccoud). De l'ictère. De la sclérose et de la dégénérescence amyloïde du foie.— Action du sulfate de soude cristallisé sur les taches de la cornée. —ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles. — Bibliographie.

PARIS, LE 12 JUIN 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

M. le docteur Lecadre (du Havre) vient d'être élu membre correspondant de l'Académie. Au troisième tour de scrutin, il l'a emporté de deux voix sur M. Tholosan, médecin du Shah de Perse.

M. Bergeron a donné lecture d'un rapport remarquable sur un mémoire de M. G. Lagneau, intitulé : *Recherches comparatives sur les maladies vénériennes dans les différentes contrées.*

M. Bergeron ne tend pas à croire à l'influence des climats et des races sur la propagation ou les caractères des maladies vénériennes. Tout au plus admettrait-il que leur évolution fût plus rapide dans les pays chauds.

Quand à l'immunité des Islandais ou de la race cafre, par rapport à la syphilis, rien ne lui paraît moins démontré. Les Islandais sont de race norwégienne, et les Norwégiens ont la syphilis.

A ce sujet M. Larrey aurait désiré qu'on consultât l'opinion de Boeck, le célèbre syphiliographe de Christiania; nous allons, autant que possible, remplir cette lacune du rapport.

En 1856, Boeck a publié dans les *Archives de médecine* un mémoire sur la syphilisation des enfants, où nous trouvons les phrases suivantes :

« Il arrive souvent dans nos contrées que lorsqu'on recueille « la matière à inoculer sur des personnes qui ont contracté « leurs chancres à l'étranger, les ulcérations sont étendues et « deviennent phagédéniques... Si on emploie une matière mo- « difiée par des transmissions à des individus différents et par « une suite d'inoculations successives, les ulcérations ne pren- « nent jamais le caractère phagédénique; c'est ainsi que, dans « ces derniers mois, n'ayant pas à ma disposition de virus « frais, je n'ai pu observer une seule ulcération phagédénique « chez les inoculés. »

Et plus loin : « Il résulte de nombreux relevés que chez « nous du moins, en Norwége, les chancres contractés à « l'étranger ou ceux qui se sont produits à leur suite, mais peu « de temps après le retour dans le pays, sont les seuls inocu- « lables; en même temps que nous avions des chancres inocu- « lables, nous observions aussi des bubons suppurés. L'époque « de l'année où les chancres inoculables et les bubons se ren- « contraient, s'étendait du printemps à la fin de l'été; l'hi- « ver se passait presque toujours sans qu'il nous fût possible « d'obtenir un résultat positif par l'inoculation de n'importe « quel chancre; et cependant il y avait, durant les mois d'hiver, « très-fréquemment des chancres non inoculables qui s'indu- « raient et étaient suivis de syphilis constitutionnelle. »

On voit par ces passages, que M. Boeck considérait les chancres comme perdant vite : 1° d'abord leur tendance au phagédénisme, 2° puis leur inoculabilité, par leur transmission, même naturelle, d'individu à individu, dans le pays où il observait : en Norwége.

A cette époque, M. Boeck était uniciste; il l'était encore, lors de ses publications postérieures, en 1860, 1861, 1862. Il s'imaginait inoculer un accident syphilitique dû au virus le plus intense, en inoculant des chancres mous, des chancres à bubons; et voyant qu'ils cessaient bientôt d'être inoculables en Norwége, il s'était demandé pourquoi la vérole ne s'éteignait pas, et avait fait une théorie sur ses renforcements possibles.

Aujourd'hui les doctrines dualistes feraient interpréter autrement les mêmes faits.

On dirait que le chancre mou, accident local, ne se propage pas longtemps en Norwége; tandis que la vérole s'y perpétue, comme le prouvent les ravages causés par la radézyge, forme constitutionnelle de la syphilis.

Ainsi, les Norwégiens ne jouiraient pas des mêmes privilèges que les Islandais, mais d'une immunité spéciale par rapport au seul chancre mou.

Cette observation de M. Boeck ne nous paraît pas sans intérêt pour la solution des questions nouvelles, que M. Bergeron discute dans son rapport. Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. JACCOUD.

De l'ictère. — De la sclérose et de la dégénérescence amyloïde du foie.

Messieurs, c'est encore d'un cas d'ictère que nous nous entretiendrons aujourd'hui. Je n'ignore pas que la diversité des sujets est un des grands attraits et l'une des conditions essentielles de l'enseignement clinique; mais ce culte de la variété ne doit pas être porté jusqu'au sacrifice ou à l'oubli des avantages qui résultent du rapprochement et de la comparaison des faits. Atteint d'un ictère léger et transitoire, le malade dont nous nous sommes occupés dans notre dernière conférence nous a fourni l'occasion d'étudier les formes les plus communes de l'ictère aigu; affectée d'un ictère chronique qui a déjà dix mois d'existence, la femme de la salle Sainte-Anne, n° 2, me permettra d'exposer et de discuter le diagnostic différentiel des principales lésions qui peuvent amener un ictère persistant. Je vous le dis à l'avance, il s'agit d'un cas rare, conséquemment d'un cas obscur, et les difficultés en sont telles, qu'elles donnent à mon diagnostic, s'il est erroné, une absolution préalable.

La malade, âgée de trente-six ans, est d'une constitution robuste; elle a toujours eu une excellente santé et un embonpoint considérable; aussi, quoique depuis quelques mois elle ait beaucoup maigri, nous présente-t-elle encore un développement assez marqué du tissu adipeux. Pour ce qui est de son état, cette femme a fait durant des années un métier à poussière : elle nettoyait les peaux destinées à la fabrication des chapeaux; j'ajoute qu'elle n'a été chargée que de la partie mécanique de ce travail : elle brossait, elle épilait, elle secouait, mais elle n'a jamais été employée aux opérations chimiques de cette industrie. Elle nous donne des détails très-circonstanciés sur la santé habituelle et sur la mort de ses parents, mais ces renseignements n'ont aucune signification quant à la maladie dont elle est elle-même atteinte. Suivez bien, je vous prie, le mode de début et l'enchaînement des accidents; aucun détail ici n'est inutile.

Il y a quinze mois, cette femme a commencé à ressentir des douleurs qui occupaient toujours en même temps et le creux de l'estomac et la région de l'hypochondre droit; ces douleurs n'éclataient pas subitement avec toute leur violence, elles se développaient sourdement, gagnaient peu à peu en intensité, et ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours qu'elles étaient assez fortes pour obliger la malade à rester au lit. Cette période d'acmé durait deux, trois, cinq jours au plus; après quoi la douleur s'atténuait peu à peu, pour disparaître au bout de trente-six ou quarante-huit heures, sans laisser d'autre trace de son passage qu'un sentiment de pesanteur incommode dans le côté droit du ventre, encore cette sensation était-elle temporaire. Cette espèce d'attaque, qui est caractérisée si nettement par la lenteur de l'ascension et du déclin, durait ainsi de cinq à huit jours, après quoi cette femme se trouvait très-bien et reprenait ses occupations. La fréquence de ces douleurs a été très-variable; au début, elles revenaient à peu près tous les mois, un peu plus tard elles sont devenues plus fréquentes en perdant de leur durée; pendant une période de quatre mois environ, il y a eu ainsi un accès toutes les deux semaines et même toutes les semaines; puis est survenue une phase d'apaisement, et depuis six semaines au moins il n'y a pas eu de nouvelles attaques. Je puis me porter garant de l'exactitude de ces détails; ils ne sont pas uniquement puisés dans les sensations de la femme; voilà plusieurs mois que je la suis, j'ai vu maintes fois ce qu'elle appelle ses crises, et c'est d'après ce que j'ai vu que je vous les ai décrites. J'ai pu observer en même temps deux autres phénomènes, l'un variable, l'autre constant; plusieurs fois l'invasion des douleurs a été accompagnée d'un mouvement fébrile intense durant lequel le thermomètre montait à 39°,5 ou 39°,9 et le pouls à 110 ou 120; cette fièvre ne durait pas aussi longtemps que la douleur elle-même, mais lorsqu'elle se manifestait, l'attaque était plus violente et plus longue; dans d'autres circonstances, l'accès douloureux était complétement apyrétique : voilà le phénomène variable auquel je faisais allusion, il y a un instant. Quant au phénomène constant, il est des plus importants; durant chacune de ces attaques, le foie augmentait de volume; la douleur passée, il revenait sur lui-même, mais ce retrait ne le ramenait pas toujours à ses dimensions primitives; et en jugeant la question par le niveau du bord inférieur, il était facile de s'assurer, surtout après les grands accès avec fièvre, que l'organe s'était définitivement abaissé de quelques lignes de plus. Une autre modification intéressante avait lieu durant l'attaque; l'ictère, qui s'était déclaré au cinquième mois de cette maladie, augmentait chaque fois d'intensité; il devenait, pendant les périodes douloureuses, d'un jaune verdâtre foncé; ce changement de nuance était déjà manifeste après douze heures de souffrances, et il ne survivait pas à l'excès.

Quelques semaines après l'apparition de ces paroxysmes, mais bien avant l'ictère, d'autres symptômes survinrent du côté des organes digestifs; ce furent d'abord des alternatives de constipation et de diarrhée, que ne pouvait expliquer aucune modification dans le régime, puis une augmentation considérable de l'appétit, qui a toujours persisté. Cette boulimie fut dès le début extrêmement marquée; la ration de pain qui durait d'ordinaire deux jours, suffisait à peine pour un seul, et cette femme était obligée de se lever une ou deux fois la nuit pour manger. Cette consommation insolite d'aliments ne lui profitait guère, car c'est à dater de ce moment qu'elle commença à maigrir. Les choses allèrent ainsi pendant trois mois; au commencement du quatrième, un nouveau phénomène apparut, symptôme considérable sur lequel j'appelle toute votre attention : ce sont des épistaxis peu abondantes, qui revenaient une ou deux fois par semaine; elles n'ont jamais cessé depuis lors, et vous avez pu les constater vous-mêmes à plusieurs reprises. Vers la fin du cinquième mois, après un paroxysme de douleurs qui paraît avoir été remarquablement violent, l'ictère est arrivé; il n'a jamais disparu, mais il a offert de nombreuses oscillations dans l'intensité de la nuance. Un peu plus tard, cette femme, conservant tout son entrain et toute sa bonne humeur, mais incapable de se livrer à un travail suivi, et notablement affaiblie, est entrée à l'hôpital où je l'observe depuis plusieurs mois.

Après cet exposé des phases antérieures de la maladie, quelques mots suffiront pour vous en faire connaître l'état actuel. Il n'y a pas eu d'accès de douleurs depuis six semaines, mais c'est là le seul changement à noter; la boulimie est toujours la même, et l'amaigrissement fait de lents, mais constants progrès; comme par le passé, la constipation alterne avec la diarrhée; tantôt les matières ont leur coloration normale, tantôt elles offrent la teinte gris cendré qui dénote l'absence de bile dans l'intestin; l'urine est très-fortement chargée de matière colorante biliaire, elle ne contient ni sucre ni albumine; l'ictère, très-foncé, est d'un jaune verdâtre, légèrement terreux; il y a de temps en temps une petite épistaxis; quelquefois le saignement de nez est remplacé par un crachement sanglant, par une hémoptysie véritable. Enfin, malgré la longue durée de la maladie et l'amaigrissement qui en a été la suite, cette femme n'a point l'apparence cachectique; elle dort bien, elle aide les infirmières dans le service de la salle; sa gaieté naturelle reste inaltérée.

En possession de ces renseignements circonstanciés, nous pouvons aborder l'examen du foie et de la rate, sur lequel doit se concentrer toute notre attention.

La région hépatique ne présente pas de voussure, mais par la palpation on sent facilement que le foie dépasse dans toute son étendue le rebord des fausses côtes; c'est surtout au niveau de la ligne médiane que cette saillie est le plus prononcée, et dans ce point, grâce à un procédé d'exploration que je vous recommande de pratiquer vous-mêmes, on peut acquérir des notions positives sur l'état physique de l'organe. La paroi de l'abdomen, chez cette femme, est extrêmement flasque et molle; lorsque, plaçant les quatre derniers doigts de la main par leur face dorsale; au niveau du bord intérieur du foie, on déprime fortement cette paroi d'avant en arrière, on réussit sans peine à reporter ces quatre doigts de bas en haut jusque sur la surface inférieure de l'organe; si alors on applique le pouce de la même main sur la face supérieure, on intercepte entre les deux branches de cette pince intelligente un segment hépatique, dont on n'est séparé que par une couche très-mince de parties et dont on peut apprécier rigoureusement les conditions physiques. Cette exploration, que j'ai souvent répétée, m'a toujours donné les mêmes résultats; le bord libre du foie, dur et nettement découpé, se présente sous forme d'arête vive, saillante en avant; tout le segment accessible à ce mode de palpation est remarquablement induré, c'est une résistance ligneuse que l'on éprouve sous les doigts; le tissu ne cède pas, il ne s'affaisse pas d'un millimètre sous une pression même assez forte, et c'est en vain que l'on cherche à rapprocher le pouce et les doigts aux dépens du tissu interposé. Cette indu-

ration est parfaitement uniforme, on la retrouve avec les mêmes caractères sur toute la longueur du bord inférieur de l'organe, il n'y a ni bosselures ni inégalités d'aucune sorte.

La percussion montre une augmentation de volume assez considérable de la glande hépatique, mais cette hypermégalie, la palpation le faisait prévoir, est surtout marquée au niveau de la ligne médiane.

La simple application de la main sur l'hypochondre gauche fait constater la présence d'une tumeur qui déborde de beaucoup les côtes et s'avance obliquement en bas et en avant vers la région abdominale antérieure; cette tumeur est formée par la rate, qui présente des dimensions considérables, savoir : 15 centimètres dans la ligne verticale et 16 dans la ligne antéro-postérieure.

Le ventre a un développement insolite, et cette circonstance, chez un individu qui porte une intumescence du foie et de la rate, fait aussitôt penser à une ascite; il n'en est rien pourtant. Cette femme a un météorisme habituel qui augmente pendant les périodes de diarrhée; de plus, après une couche, elle a conservé une flaccidité extrême de la paroi abdominale, par suite de quoi celle-ci retombe en s'étalant de chaque côté; telles sont les causes réelles de l'aspect anomal du ventre, mais de liquide épanché, il n'en est pas question, il n'y en a pas trace; ce n'est même pas un de ces cas où l'on conserve quelques doutes, il n'y a certainement pas d'ascite. N'oubliez pas ce symptôme négatif; nous le retrouverons plus d'une fois dans la discussion diagnostique qui va suivre. Les membres inférieurs sont le siége d'ulcères variqueux, et vous avez là un exemple de cette relation déjà signalée par Arétée entre les maladies du foie et certains ulcères rebelles.

Résumons les différents traits de cette longue enquête et nous arrivons à cette conclusion : maladie chronique de l'appareil hépatique, avec ictère persistant, avec tumeur de la ate, sans ascite, sans albuminurie.

Quelle est cette maladie chronique? C'est ce qu'il est beaucoup moins facile de déterminer. Une question préalable veut d'ailleurs être jugée.

Lorsque le foie déborde notablement les côtes, et quand bien même la saillie occupe toute la longueur du bord inférieur, vous ne devez jamais, messieurs, conclure de ce seul fait que l'organe est augmenté de volume ; ce débord prouve simplement que le foie n'est pas à sa place ordinaire : ce déplacement peut résulter aussi bien d'un simple abaissement mécanique que d'une hypermégalie véritable, et dans tous les cas analogues le jugement clinique ultérieur est entièrement subordonné à la solution de ce premier point. Pour l'obtenir, il faut prendre en considération et les caractères propres de la saillie du foie, et les symptômes présentés par le malade. Cette partie du diagnostic est ici remarquablement facilitée par la notion parfaite que nous avons acquise des propriétés du tissu hépatique.

Le déplacement par abaissement peut être produit par des tumeurs contiguës au foie, mais situées en dehors de lui; et ces tumeurs doivent être distinguées au point de vue actuel en deux variétés, suivant qu'elles occupent la face supérieure ou la face inférieure de l'organe. Les premiers sont les grands kystes de la face convexe qu'a fort bien étudiés mon savant collègue Dolbeau dans son excellente thèse; ils donnent lieu à de fréquentes erreurs; non-seulement ils dépriment le foie de haut en bas et l'abaissent, mais pour peu qu'il soient en arrière du diamètre transversal, ils font basculer le bord inférieur de l'organe en avant, de manière qu'il vient faire saillie sous la paroi abdominale; le déplacement simule alors de tous points celui qui est le fait d'une augmentation réelle de volume. Mais, dans ce cas, la portion du foie accessible à la palpation n'offre ni induration ni résistance anomales; il n'y a pas de troubles dans la nutrition, et, si l'on prend la peine de figurer par une ligne la limite supérieure de la matité hépatique, on voit que cette ligne présente une convexité dont la partie culminante s'élève plus ou moins dans le thorax aux dépens du poumon droit; l'hésitation dans le cas actuel n'est donc pas possible.

Les tumeurs de la face inférieure du foie sont en général accessibles à la palpation lorsqu'elles sont situées au devant du hile; en même temps que l'on constate la saillie oblique et régulière formée par le bord hépatique, on trouve, en pénétrant plus profondément et de bas en haut, une masse plus ou moins sphérique, plus ou moins volumineuse, qui est la cause véritable du déplacement. Chez notre femme, dont la paroi abdominale présente la flaccidité que vous savez, cette exploration n'offre aucune difficulté; la main parvient certainement jusqu'au niveau du hile, et aucune sensation suspecte n'est perçue. D'ailleurs ces tumeurs sont le plus souvent des kystes hydatiques qui ne déterminent point, dans la santé générale, les désordres que nous observons. Si le kyste était situé tout à fait vers le hile ou derrière lui, il pourrait échapper à l'examen direct, et, en raison de son siége, amener un ictère persistant par compression des canaux biliaires; le tableau clinique serait alors bien plus semblable à celui que nous avons sous les yeux; mais faites-y attention, un kyste hydatique, dans ces conditions, ne pourrait produire d'ictère sans déterminer en même temps une ascite, car la compression qu'il exerce sur les voies de la bile porte nécessairement aussi sur la veine porte. C'est ce qui avait lieu chez cette femme, dont je vous ai montré, il y a quelques jours, les pièces anatomiques; sans tumeur appréciable, cette malade avait de l'ictère et de l'ascite depuis des mois, puis était survenue une albuminurie persistante à laquelle elle a succombé. Or, le foie lui-même, vous vous le rappelez, était sain; il avait été abaissé et reporté en avant par une énorme tumeur hydatique en voie de transformation sébacée; cette masse était située immédiatement derrière le hile et comprimait les canaux et les veines; de là l'ictère et l'ascite : dans ces conditions, il en sera toujours ainsi; si la tumeur n'intéresse pas les éléments du hile, il n'y a ni ictère ni ascite, mais si elle agit sur eux de manière à produire l'ictère, l'ascite survient nécessairement. Chez notre malade, nous avons l'ictère, mais nous n'avons pas l'ascite; il ne peut être question de tumeur extra-hépatique siégeant à la face inférieure de l'organe, au niveau du hile. La cause du déplacement réside donc dans le foie lui-même; conclusion importante, mais qui nous laisse encore en présence de la même éventualité; une ou plusieurs tumeurs isolées dans le foie peuvent l'abaisser et le faire paraître plus gros, sans qu'il y ait hypertrophie proprement dite; c'est là une nouvelle cause d'erreur que nous ne devons pas laisser derrière nous. Il est vrai que ces tumeurs intra-hépatiques produisent rarement une tuméfaction uniforme et régulière, comme celle qui existe chez la malade; c'est ordinairement sous forme de protubérances, de saillies limitées et isolées qu'elles se présentent; mais dans certains cas, lorsqu'elles siégent profondément, elles perdent ces caractères distinctifs et peuvent très-bien être confondues avec une hypertrophie du parenchyme lui-même; il n'est donc pas superflu de nous arrêter un peu sur ce point, dont la discussion me permettra d'ailleurs de vous donner quelques détails sur deux espèces très-peu connues de productions intra-hépatiques.

ACTION DU SULFATE DE SOUDE CRISTALLISÉ

Sur les taches de la cornée,

Par M. D. de Luca.

(Note lue à l'Académie des sciences.)

En faisant usage des moyens ordinaires, il m'a été presque impossible, dans ma longue pratique, de faire disparaître complétement les taches de la cornée produites par des causes diverses, et souvent par l'action des remèdes eux-mêmes appliqués sur les yeux. Il m'est arrivé aussi d'observer que le laudanum et les liquides alcooliques, aussi bien que les substances tanniques, en agissant sur les yeux, produisent des taches qui peuvent persister en continuant le même traitement. On sait en effet que ces substances alcooliques ou tanniques coagulent les matières albuminoïdes, en leur faisant perdre la transparence normale; aussi, j'ai proscrit de ma pratique, dans le traitement des maladies des yeux, les matières qui peuvent modifier d'une manière quelconque la transparence des parties dont l'œil est formé.

Après plusieurs essais infructueux, j'ai pensé que le sulfate de soude cristallisé, qui a la propriété de maintenir en solution la fibrine du sang, pourrait agir favorablement sur les yeux, pour faire disparaître en totalité ou partiellement les taches de la cornée.

Dans mes premières expériences j'ai fait usage d'une solution aqueuse de sulfate de soude saturée à froid, en la faisant tomber plusieurs fois par jour, goutte à goutte, sur le globe de l'œil. Après quelques jours de traitement, le malade se trouvait mieux et les taches diminuaient d'étendue; mais on s'apercevait facilement que l'action de ce liquide devait être de beaucoup prolongée, pour produire un résultat de quelque importance.

Ensuite j'ai pensé à faire usage du même sulfate de soude sous forme solide et en poudre très-fine. On faisait tomber des pincées de cette poudre sur le globe de l'œil, en plaçant la tête du patient presque horizontalement, et en laissant ainsi s'opérer la dissolution du sel par les liquides qui se trouvent ou qui se produisent dans l'œil même. Les résultats qu'on obtient par cette méthode sont satisfaisants, car les taches de la cornée commencent à disparaître après quelques jours de traitement, et les malades, qui ne voyaient pas du tout avant l'application du sulfate, arrivaient non-seulement à distinguer la lumière des ténèbres, mais même à apercevoir, d'une manière à peu près distincte, des mouvements exécutés devant eux, après l'usage répété du même sulfate sous forme de poudre fine déposée deux fois par jour sur le globe de l'œil.

Les malades soumis à ce traitement reçoivent une sensation de fraîcheur très-agréable après l'application du sulfate de soude sur le globe de l'œil : cette sensation se fait sentir lorsque la poudre commence à passer de l'état solide à l'état liquide, en se dissolvant dans les larmes et dans les autres liquides de l'œil. On sait d'ailleurs que le sulfate de soude cristallisé, en se dissolvant dans l'eau, produit un abaissement de température.

En résumé, le sulfate de soude, en solution aqueuse et mieux encore en poudre très-fine, fait disparaître, dans un temps plus ou moins prolongé, l'opacité totale ou partielle de la cornée; cela est démontré, soit par les expériences qui ont été faites sur plusieurs individus dans la salle de l'hôpital des *Incurabili*, à Naples (Italie), que je dirige, soit dans ma clinique particulière.

Les résultats de ces recherches que je me propose de continuer seront successivement soumis à l'appréciation de l'Académie; mais j'ose espérer que les praticiens éclairés voudront bien, de leur côté, faire des essais dans la même direction avec le sulfate de soude cristallisé, pour ajouter de nouveaux faits à ceux que j'ai indiqués.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 juin 1867. — Présidence de M. Tardieu.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans les départements des Côtes-du-Nord, de la Seine-Inférieure et de la Mayenne (commission des épidémies).

2° Un rapport de M. le docteur Latour, sur le service médical des eaux minérales de Seyrais (Loiret), en 1865 et 1866 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

Un travail de M. le docteur Raspail (de Mormoiron), sur la constatation des naissances à domicile (commissaire, M. Devilliers).

M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. Piorry, rédacteur en chef de l'*Événement médical*, qui exprime son profond regret au sujet d'un article concernant la dernière séance de l'Académie de médecine, article publié dans ce journal à la date du 8 juin dernier, sans que M. Piorry en ait eu connaissance.

M. Béclard met sous les yeux de l'Académie un nouvel instrument fabriqué par M. Mathieu, sur les indications de M. le docteur Adolphe Meyer. Cet instrument se compose d'une paire de ciseaux, munie de pince, et destiné à faciliter le second temps de l'opération de la cataracte avec iridectomie, selon la méthode de Graefe.

M. Robinet présente, au nom de M. Bellani, préparateur de M. Malagute (de Rennes), une brochure sur un ensemble de procédés d'extraction et de dosage des matières organiques contenues dans l'eau potable.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Armieux, une brochure relative à la répartition du choléra en France.

2° Au nom de M. Bernard Beck (de Fribourg), un volume en allemand, sur le service chirurgical de la campagne de 1866 dans le sud de l'Allemagne.

M. Barthez offre en hommage, de la part de M. le docteur Castan, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, un volume intitulé : *Traitement élémentaire des diathèses.*

M. Laugier dépose sur le bureau une note de M. le docteur Gaillard (de Poitiers), membre correspondant, concernant l'extraction des séquestres par un nouveau procédé, la traction continue.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre correspondant national dans la première division (anatomie, physiologie, hygiène, etc.).

La liste de canditature présentée par la commission, porte :

En première ligne, M. Tholosan (médecin du shah de Perse).
En deuxième ligne, M. Lecadre (Havre).
En troisième ligne, *ex æquo* MM. Guipon (Laon).
— Lefaivre (Brest).
— Seux (Marseille).
— Tourdes (Strasbourg).

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 63. — Majorité 32.

MM. Lecadre obtient.	28	voix.
Tholosan.	22	—
Seux	8	—
Guipon.	3	—
Tourdes	1	—
Bulletin nul.	1	
Au second tour, M. Lecadre.	30	voix.
M. Tholosan.	30	—
Au troisième tour, M. Lecadre.	31	—
M. Tholosan.	29	—

En conséquence M. Lecadre est proclamé membre correspondant.

RAPPORT.

M. Bergeron, au nom d'une commission composée de M. Guérard et de lui, lit un rapport sur le mémoire de M. le docteur G. Lagneau, intitulé : *Recherches comparatives sur les maladies vénériennes dans les différentes contrées.*

Ceux qui cherchent à constituer la géographie médicale méritent les plus grands encouragements. L'Académie sait combien M. G. Lagneau apporte de science et d'érudition dans ses travaux; il était très-bien préparé pour des recherches qui portent sur l'étude des affections vénériennes. Mais les documents dont il disposait étaient-ils suffisants? étaient-ils de nature à inspirer une grande confiance? C'est plus que douteux pour la plupart, qui émanent de sources non médicales, de sources administratives par exemple. Il faut donc porter une certaine rigueur dans l'examen de ces documents et des conclusions où ils conduisent.

Pour les mettre en œuvre, M. Lagneau a dû réunir sous le nom de maladies vénériennes la blennorrhagie et la syphilis primitive ou consécutive; il n'a pas pu changer un classement fait le plus souvent par des hommes fort peu compétents.

Mais de là résulte pour l'Académie la nécessité de s'attacher aux principes admis aujourd'hui par la science et qui en définitive sont le seul *criterium* qu'elle puisse opposer aux nouveautés suspectes non pas pour les rejeter, mais pour les tenir à distance jusqu'à ce qu'elles aient fait la preuve.

En pareille matière les données scientifiques les mieux établies sont celles-ci :

1° Il faut séparer absolument la syphilis de la blennorrhagie;

2° En dehors de l'hérédité, la syphilis ne peut pénétrer dans l'économie sans solution de continuité de la peau ou des muqueuses, ni sans laisser au point d'entrée la trace plus ou moins durable de son passage;

3° Aux yeux de la commission, dont l'opinion n'engage nullement celle de l'Académie, la doctrine qui admet deux espèces de chancres dont l'un, le chancre induré, peut seul donner la vérole, tandis que l'autre, le chancre mou, est complétement étranger à la syphilis; la

doctrine des dualistes, en un mot, rend mieux compte de la généralité des faits que la doctrine des unicistes. Les uns comme les autres, du reste, reconnaissent que, l'infection étant admise, la succession des accidents consécutifs se fait suivant un ordre et dans des limites de temps qui, dans notre climat du moins, ne subissent que de rares modifications.

Les faits qui seraient contraires aux deux premières lois doivent être regardés comme nuls, ou au moins comme suspects.

Quant à la dernière donnée, si l'on se rappelle que l'unité des maladies spécifiques, à travers le temps et l'espace, est une loi générale qui compte jusqu'à présent très-peu d'exceptions, on en conclura qu'il est peu probable que l'influence du climat ou des races puisse modifier la fréquence relative soit du chancre induré et du chancre mou, soit des accidents consécutifs.

Voyons maintenant les faits.

Les tableaux statistiques confondent les deux espèces de chancres sous la dénomination de syphilis primitive. Mais M. Lagneau ne s'en est pas tenu à ces tableaux ; analysant les mémoires qui leur servent de commentaires, il en a conclu que, tandis qu'en France le chancre infectant est au chancre mou dans la proportion de 1 à 3 suivant M. Ricord, 1 à 4 suivant M. Puche, à la Nouvelle-Zélande on ne l'observe jamais, au dire de M. Arthur Thomson. Or, comme les observations de M. Thomson ont porté sur des soldats anglais, comme, d'après lui-même, les accidents secondaires seraient aussi fréquents qu'ailleurs à la Nouvelle-Zélande, si ces assertions étaient exactes, elles ne tendraient à rien moins qu'à renverser les doctrines des dualistes.

Observons que le climat est à peu près le même à Port-Jackson et à Sydney, où l'absence de chancre huntérien n'a jamais été signalée. La race aussi serait la même, puisqu'il s'agit d'Anglais de part et d'autre. Et quant aux sources de syphilis, elles seraient constamment renouvelées par le passage des navires. Le fait est donc inexplicable et ne peut recevoir, jusqu'à nouvel ordre, le droit de cité dans la science.

Quant à la blennorrhagie, elle peut avoir une autre origine que la contagion ; elle peut naître spontanément dans des conditions sur lesquelles on comprendrait à la rigueur que le climat pût influer ; mais les documents statistiques ne nous paraissent avoir jeté aucune lumière sur ce point de la question.

Ainsi aux États-Unis, pendant la dernière guerre, sur 1,000 soldats atteints de maladies vénériennes, 525 avaient des blennorrhagies. En France, les documents nous manquent. En Angleterre, ils nous apprennent qu'à Gibraltar, à Malte, aux îles Ioniennes, les troupes anglaises comptaient 522 blennorrhagies sur 1,000 maladies vénériennes; tandis qu'en Chine les mêmes troupes ne donnaient que 260 blennorrhagies, et que les soldats asiatiques qui, dans le même pays, marchaient avec elles, donnaient à peu près le même nombre (275). Or la Chine est, en partie du moins, sur la même ligne isothermique que les États-Unis. Et si on prétendait que les observations ont été prises dans la partie méridionale de la Chine, où la température moyenne dépasse de 10 degrés celle des États-Unis (25 au lieu de 15), on ne comprendrait pas pourquoi à Gibraltar, à Malte, avec une température moyenne de 20 degrés, le nombre des blennorrhagies serait aussi élevé que dans les armées fédérales. Dans le bas Canada, plus froid que les États-Unis, la proportion des blennorrhagies chez les Anglais est de 384, et dans les possessions intertropicales de l'Angleterre cette proportion est à peu près la même (416). Ainsi l'on peut dire que l'influence du climat sur le chiffre des blennorrhagies n'est pas évidente.

A priori on comprendrait que le climat pût modifier la marche des affections vénériennes, mais les documents analysés par M. Lagneau ne parlent pas de l'incubation de la blennorrhagie et presque pas de celle du chancre. Pourtant, il résulterait du travail de M. Poïet, que dans le Levant, l'apparition du chancre serait beaucoup plus rapide qu'en France, puisqu'il se montrerait du deuxième au cinquième jour après le coït infectant, tandis qu'à Paris la moyenne de l'incubation des chancres indurés, syphilitiques, est de vingt-cinq à vingt-six jours, et qu'au Mexique, d'après Libermann, 21 fois sur 37, le chancre apparaîtrait du seizième au trente-troisième jour, ce qui revient à peu près au même. Mais comme les chancres mous ont, en France, une incubation courte, il est probable que les observations de M. Poyet ont surtout porté sur ce genre de chancres.

Quant à ce qui touche l'explosion plus ou moins rapide des accidents secondaires, les documents nous ont paru devenir plus nets. En Italie, les accidents constitutionnels se montrent, dans les deux tiers des cas, six semaines ou deux mois après l'apparition de la lésion primitive; tandis que dans les contrées froides, en Norwége, ils se montrent rarement avant le troisième mois, du troisième au sixième dans la moitié des cas. En Angleterre, ils paraîtraient 66 fois sur 100 dans les trois mois, 30 fois sur 100 du troisième au sixième, rarement plus tard. En France, la durée moyenne de la seconde incubation serait de quarante-six jours, d'après MM. Diday et Rollet; ce qui serait un état de choses intermédiaire entre ceux qu'on a signalés en Italie et en Norwége.

Mais si l'on s'éloigne de l'Europe, l'incertitude reparaît. Ainsi, M. Poyet nous indique que la rapide évolution des accidents secondaires est remarquable dans les parties humides et froides de l'Anatolie; tandis que, dans les parties sèches et chaudes, l'incubation secondaire serait de trois à quatre mois plus longue qu'en France. D'après Screuk, chez les Samoïèdes, par 66 degrés de latitude nord et avec une température moyenne de 7 degrés au-dessous de zéro, l'évolution serait si rapide que les accidents primitifs sembleraient faire défaut.

En ce qui touche les adénites, les statistiques anglaises donnent une proportion de 134 bubons sur 1,000 soldats vénériens en Chine, 66 seulement en Australie et dans la Nouvelle-Zélande, 143 dans les possessions anglaises de l'Amérique tropicale, 99 dans l'Amérique septentrionale, 98 dans la métropole. Mais les diverses sortes d'adénites ne sont-elles pas confondues sous le nom de bubons?

Ici se présente une question que nous croyons jugée depuis longtemps, et qui est remise en discussion dans le mémoire de M. Lagneau : celle du bubon d'emblée; bubon qui serait envisagé comme *symptôme primitif de l'infection syphilitique*, pour nous servir de l'expression même des rédacteurs des *Archives de médecine navale*.

Suivant M. Libermann, médecin militaire attaché au corps expéditionnaire du Mexique, le bubon d'emblée serait si fréquent dans ce pays que, dans son campement de Queretaro, ce médecin en aurait compté 9 sur 90 vénériens. M. le docteur Bourgerel, médecin de la marine, prétend que le bubon d'emblée est fréquent à la Nouvelle-Calédonie et dans les petites îles qui l'entourent; ce serait une forme de syphilis commune aux Européens et aux indigènes. Dans les statistiques d'Erkel, recueillies aux îles Marquises, le bubon d'emblée figure pour le chiffre de 156, sur 397 affections vénériennes. Enfin M. le docteur Duplouez signale la fréquence du bubon d'emblée à Valparaiso.

Il faut plus que ces assertions, il faudrait des observations complètes, précises et répétées, pour faire de nouveau accepter le bubon d'emblée comme forme primitive de la syphilis.

Les chiffres recueillis au sujet de l'orchite et de sa fréquence relative ne présentent rien de concluant.

On dit que la vérole est beaucoup plus grave en Chine, en Algérie, au Mexique; mais cela ne peut tenir au climat, car, dans ces trois pays, nos soldats ont contracté des véroles qui n'étaient ni plus ni moins graves qu'en France. Si donc la syphilis est plus dangereuse chez les indigènes, cela tient à ce qu'elle y est méconnue, souvent négligée, et dans tous les cas mal traitée.

Il est douteux qu'il y ait une seule maladie dont on puisse dire que toutes les races humaines n'en sont pas également passibles dans les mêmes conditions de milieu.

La syphilis existe partout.

Pourtant M. Lagneau a cru trouver la preuve que les Islandais et la race nègre jouissent, à l'égard de la syphilis, non pas d'une immunité absolue, ce qui ne serait pas soutenable, mais d'une immunité relative.

En 1837, M. Thorstensen, correspondant de l'Académie, adressa à cette compagnie, sur les maladies de l'Islande, un mémoire écrit en latin et dans lequel se trouvait cette phrase : « *Morbus venerius non existitin Islandia.* » Le docteur Schleitner dit aussi que la syphilis n'existe pas en Islande; que, lorsqu'elle y est importée, elle ne s'y propage pas longtemps; il ajoute qu'en 1756, la maladie s'étant répandue parmi les tisserans et les fileurs de la capitale, dès 1763, elle était devenue très-rare et avait complétement disparu en 1774. De même elle es serait éteinte en peu de temps dans d'autres points de l'île, où des matelots étrangers l'avaient introduite. Il paraîtrait qu'il en serait de même de la gonorrhée. Enfin M. le docteur Jacotot, dans la relation médicale de la campagne de l'*Arthémise*, en 1859, résumant des documents fournis par le docteur Iljattelin, médecin général du service sanitaire, insiste sur l'extinction rapide de la syphilis en Islande, toutes les fois qu'elle y est importée.

Mais on doutera de cette immunité des Islandais si l'on se rappelle qu'il n'existe rien de pareil en Norwége, où la race et la température sont à peu près les mêmes. L'Islande est une colonie norwégienne, et s'il a existé une race autochthone, elle a disparu sans laisser de trace ailleurs que dans des tumuli. On a vu, en France même, des pseudo-épidémies très-courtes de syphilis, comme celles du commencement de ce siècle à Chabanne, près Lure. Si donc la syphilis s'éteint vite en Islande, cela tient à la pureté des mœurs et à la rareté des communications entre les différents hameaux.

Pour la race nègre, le docteur Livingstone prétend que la syphilis s'éteint d'elle-même dans le centre de l'Afrique, chez les Banyonakittis par exemple, aussitôt qu'ils reviennent dans leur pays. D'après cet observateur, l'aptitude à contracter la vérole serait, chez les métis, en proportion inverse du sang indigène.

Mais Livingstone n'est pas une grande autorité lorsqu'il s'agit de syphilis, et son assertion se trouve contredite par cette remarque de Hirsch, que les peuplades de la côte occidentale d'Afrique et du Soudan sont affreusement décimées par la vérole.

Ainsi les documents recueillis par M. Lagneau n'ont porté vraiment la lumière sur aucun point; mais il ne se fait pas illusion lui-même à ce sujet; seulement, dans cette obscurité, il entrevoit à travers des éclaircies qui nous échappent, des lueurs de vérité restées insaisissables pour nous. Aussi, prenant une juste mesure entre les conclusions hâtives de l'auteur et les résistances que nos doctrines nous imposent, nous devons déclarer simplement que les documents dont la science dispose actuellement n'offrent pas un caractère de précision qui permette de poser, dès à présent, les bases d'une géographie des maladies vénériennes.

Mais il y a deux faits qui ressortent de ces documents, faits déjà connus, mais qu'il ne faut pas se lasser de répéter, à savoir : 1° qu'aujourd'hui la syphilis ne naît jamais spontanément, puisque partout où elle se montre on trouve la trace de son importation, et 2° que sa fréquence est en raison inverse des mesures de police sanitaire opposées à sa propagation.

Le travail de M. Lagneau est remarquable par des qualités nombreuses, et il mérite, à plus d'un titre, l'approbation de l'Académie. Aussi la commission propose-t-elle d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

DISCUSSION.

M. LARREY. Ne serait-il pas bon de consulter sur la question de l'immunité relative des Islandais, par rapport à la syphilis, les travaux d'un ancien chirurgien de marine, M. Gagnard, et ceux de M. le docteur Boeck, très-compétent sur ce sujet? Peut-être la commission y trouverait-elle la fin de ses hésitations.

M. BERGERON. La commission n'hésite pas; elle ne croit pas à l'immunité des Islandais.

M. DEVERGIE. Au lieu de déposer le mémoire de M. Lagneau dans les archives, ne serait-il pas plus convenable de le renvoyer au comité de publication?

M. BERGERON. C'est ce que nous aurions proposé si nous n'eussions appris que ce mémoire était en voie de publication dans un autre recueil.

M. TARDIEU. J'appuie néanmoins la proposition de M. Devergie, car le renvoi au comité de publication, étant plus honorable, cadrera mieux avec les éloges donnés par la commission elle-même au mémoire de M. Lagneau.

M. RICORD. Je voudrais faire une observation : je pense que ce n'est point une indiscrétion de dire, sans plus amples détails, que j'ai dû traiter quelques-uns des compagnons de M. Gagnard pour des maladies contractées dans son voyage.

M. BROCA. La commission me semble s'être décidée vite sur la question d'immunité des Islandais et de la race nègre. La preuve que certaines races sont réfractaires à certaines maladies, c'est que les nègres sont respectés par la fièvre jaune, qui décime les blancs.

Il me semble bien établi que les Islandais peuvent contracter la vérole; mais que chez eux elle ne se propage pas indéfiniment comme chez nous. La question des mœurs plus ou moins pures doit être écartée, car les Norwégiens, aussi moraux, ne jouissent pas du même privilége. On a dit que les Islandais étaient des colons norwégiens, mais ils sont séparés de la mère patrie depuis plus de deux cents ans, ce qui suffit pour modifier une race.

L'immunité des nègres de l'Afrique centrale, par rapport aux accidents secondaires de la syphilis, n'est guère moins incontestable; elle a été constatée par Livingstone qui n'était pas un ignorant en médecine, un missionnaire quelconque, tant s'en faut; c'était un docteur en médecine qui a exercé la médecine pendant dix ans dans toutes ses branches, médecine, chirurgie, accouchements, au milieu des populations noires du centre de l'Afrique. Du reste, il faut rappeler que ces populations n'étaient pas de race nègre proprement dite, mais de race cafre ! ce qui explique comment les nègres de la côte sont décimés par la vérole. Je le répète, M. Livingstone a parlé de l'Afrique australe et non de l'Afrique équatoriale ou de l'Afrique septentrionale, qui sont habitées par des populations toutes différentes.

M. BERGERON. Quand on parle, par rapport à certaines maladies, d'immunité de race, on en revient toujours à l'exemple unique de la fièvre jaune. M. Livingstone, d'après ses ouvrages mêmes, ne semble pas s'être occupé spécialement de syphilis et être compétent en pareille matière.

Les conclusions de la commission, avec les modifications proposées par MM. Devergie et Tardieu, sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 février 1867.

Présidence de M. Boys de Loury, président.

Le procès-verbal de la séance du 1er février est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le docteur Dolbeau, qui fait acte de candidature, et qui envoie à l'appui, les ouvrages suivants :

1° Une *Notice sur ses titres et ses travaux scientifiques ;*

2° Un *Mémoire sur l'épispadias ;*

3° Le *Traité de la pierre dans la vessie ;*

4° Un volume de *Leçons de clinique chirurgicale*, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, comme suppléant de M. le professeur Jobert (de Lamballe).

LECTURES.

— **M. GIRALDÈS** lit un mémoire intitulé : *Considérations sur le traitement des cataractes congénitales et des cataractes des jeunes sujets.*

Une commission est nommée pour en rendre compte. (MM. Forget, Liebriche et Giraud-Teulon, rapporteur.)

— **M. WORMS** lit la deuxième partie de son rapport sur les travaux de MM. Bonnafont et Cazalas, sur le choléra (voir la *Gazette* du 6 juin), et conclut en proposant d'adresser des remercîments à MM. Cazalas et Bonnafont.

M. Cazalas ayant cherché à démontrer que le choléra n'est pas contagieux, M. Worms pense que la Société pourrait, à l'occasion de ce rapport, exprimer son opinion sur le fond de la question en litige.

— **M. SALES-GIRONS** dit que la Société ne doit pas s'engager et ne doit pas adopter la doctrine de la transmissibilité. Elle n'est pas mise en demeure par l'autorité de se prononcer, et elle ne doit pas le faire.

— **M. WORMS** soutient le contraire, et il appelle à son appui les décisions de la conférence internationale à Constantinople et celles de l'Académie des sciences.

Selon lui, il y a utilité et urgence à le faire; en Allemagne, il y a une agitation en ce sens; des commissions sont nommées, et elles croient à la transmissibilité.

Il y a donc opportunité à se prononcer pour cette doctrine, parce qu'alors des mesures efficaces seront prises par les gouvernements, pour empêcher le retour d'un pareil fléau.

— **M. GÉRY**, père, pense que l'heure n'est pas encore venue pour avoir des opinions précises sur une question aussi grave, et qu'il faut s'abstenir de conclure.

— **M. SIMONOT** est de l'avis de M. Géry, père. En admettant même, dit-il, que M. Worms ait raison, la Société n'est pas interrogée, n'est pas sollicitée à dire son opinion; elle n'a pas mission pour se prononcer; elle doit rester dans le doute méthodique.

— **M. SALES-GIRONS** ajoute : Que le doute serve à devenir prudent, rien de mieux; qu'un médecin prenne des précautions et en fasse prendre, c'est son devoir; mais là est une barrière qu'il ne doit pas franchir, au moins quant à présent. C'est là une question de sagesse, dont ne doit pas s'écarter une Société de médecine.

M. LUNIER regrette qu'on ne puisse pas conclure sur la proposition de M. Worms; il croirait utile que la Société pût se prononcer sur la question en litige, qui, pour lui, est résolue dans le sens du rapport.

M. GROS croit que la Société doit agir; la question a été assez étudiée; la Société a le droit de dire son opinion, et elle doit le faire.

M. RICHARD, qui partage les opinions de M. Worms, trouve qu'en votant pour les conclusions de ce dernier, la Société ne fait rien qui outre-passe ses devoirs. M. Worms dit son opinion d'une manière réservée, modeste, d'une façon incidente, à l'occasion d'un rapport, et la Société l'approuve.

Quant à moi, dit-il, j'appuie la motion de M. Worms.

M. VOISIN demande que la Société vote ; on ne doit pas s'abstenir dans des questions aussi graves et aussi capitales.

M. LAGNEAU est moins positif que M. Voisin; il dit que le doute est encore permis.

M. FORGET est aussi de cet avis : il ne faut pas se hâter de conclure et improviser une solution ; et, à propos du travail de M. Cazalas, sanctionner l'opinion de M. Worms, l'admettre, ce serait s'avancer trop loin; on ne doit pas s'engager ainsi, surtout dans une question contestée encore et contestable; et, quand l'Académie des sciences a donné une récompense à M. Grimaud de Caux, elle n'a pas eu l'intention de se prononcer pour la contagion du choléra, elle n'a voulu que récompenser un travailleur.

M. Worms regrette que la Société de médecine de Paris ne veuille pas se prononcer pour la transmissibilité du choléra; il voulait avoir sur ce point l'opinion de la Société. Depuis deux ans, tant de faits probants ont été observés, que pour lui la lumière est faite, et pour lui, il croit qu'il est du devoir de la Société de voter. La Société de médecine des hôpitaux de Paris a demandé l'isolement des malades, donc elle croit à la transmissibilité. Tout médecin doit avoir une opinion et la dire.

La Société consultée vote des remercîments à M. Cazalas, et renvoie son ouvrage, ainsi que le rapport de M. Worms, au comité de publication.

Puis par un vote par assis et levé, elle déclare ne pas vouloir se prononcer quant à la question de la contagion du choléra.

M. Giraud Teulon fait hommage à la Société d'un petit opuscule qu'il vient de publier et qui est intitulé : *De l'œil; notions élémentaires sur les fonctions de la vue, et ses anomalies.*

M. Richard est chargé de faire un rapport sur cet ouvrage.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel, Aimé Martin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 8 de ce mois, M. le docteur Nélaton, chirurgien ordinaire de l'Empereur, a été élevé au grade de grand officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Un concours public sera ouvert, le lundi 9 décembre prochain, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour deux places de médecin.

— Le zèle scientifique bien connu du corps médical de Bordeaux vient de s'accuser de nouveau par un fait qui est en même temps de bon augure pour l'avenir du Congrès médical international. On sait d'ailleurs que le chef-lieu de la Gironde est, pour ainsi dire, le berceau du Congrès. Le comité de Bordeaux vient de fonder un prix consistant en une médaille d'or de la valeur de 600 francs, pour le meilleur travail présenté au Congrès sur l'une quelconque des questions du programme. Ce prix sera décerné par le comité de Paris, auquel seront adjoints le secrétaire général du congrès de Bordeaux, M. Dubreuilh, et les membres du comité de cette ville.

— D'après un avis communiqué par M. Isaac Hays, délégué du congrès à Philadelphie, le collége des médecins de cette ville a désigné MM. les docteurs J. Norris, W. Lewis et Wilson Sewel pour le représenter au congrès. La Société médicale de l'État de New-York a désigné dans le même but MM. les docteurs Thomas C. Brinswade, professeur John C. Dalton, professeur Alden March, docteur A. Thompson, docteur E. Stains, docteur J. Ferguson, professeur J. C. Hutchinson.

— Le congrès qui devait avoir lieu à Vienne en août 1866 avait été ajourné d'une année en raison des circonstances politiques. Le comité de Vienne vient de décider que cette nouvelle session aurait lieu à Paris, où l'Exposition universelle attire tant d'étrangers. En conséquence, le comité a invité l'ancien comité de Paris à se substituer à lui pour préparer l'organisation du congrès.

La première séance, consacrée à la nomination du bureau définitif, aura lieu le 12 août, à neuf heures précises du matin, dans la salle du Grand-Orient de France, rue Cadet. Les cartes d'entrée seront distribuées chez MM. les secrétaires Giraud-Teulon, 17, rue du Helder, et Wecker, 7, avenue d'Antin (Champs-Élysées), dès le 11, et dans la matinée du 12, contre le montant de la cotisation.

— La Cour impériale de Rouen (chambre des appels correctionnels, audience du 1er juin 1867) a, par confirmation du tribunal correctionnel de Pont-Audemer, condamné la femme D... à une année d'emprisonnement pour homicide par imprudence.

Cette femme élevait, *au petit pot,* six enfants dont quatre lui appartenaient. Pendant l'année 1866, elle avait perdu huit enfants. La malpropreté, l'abus du lait coupé par l'eau de gomme, l'entassement, telles étaient les causes de ces morts qui ont donné lieu à la poursuite et à la condamnation.

— On lit dans le *Moniteur de la Moselle :*

« On plaidait ces jours derniers, devant la cour de Metz, un procès intéressant. Au mois de février 1866, un habitant de Boulay avait fait une chute grave. Appelé à lui donner des soins, un docteur le traita pour une fracture du col du fémur. Six jours après, la gangrène existait dans la jambe, et l'amputation, reconnue nécessaire, était pratiquée.

« Le docteur avait-il, dans les soins donnés par lui au blessé, commis une négligence, une faute engageant sa responsabilité? Après une expertise confiée à trois des plus célèbres chirurgiens de Paris, le tribunal avait répondu affirmativement et condamné le médecin traitant à 12,000 francs de dommages-intérêts. Sur appel et par arrêt du 21 mai, la cour a réformé la sentence des premiers juges.

« Des médecins, en assez grand nombre, assistaient aux débats de ce procès, semblant témoigner ainsi de l'intérêt qu'y portait le corps entier de la médecine. »

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 14 juin, à 8 heures du soir, à la Faculté de médecine. Ordre du jour : lectures de M. Meuriot et de M. Sanné.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebord, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Manuel d'histoire naturelle médicale, par le docteur H. Bocquillon, docteur ès sciences, professeur au lycée Napoléon; 2e partie, 1er fascicule (botanique, organographie, organogénie, anatomie, physiologie, cryptogames), 1 vol in-12 de 220 pages, avec 163 figures intercalées dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 12 francs. Paris, 1867, Germer-Baillière.

Les établissements industriels et l'hygiène publique, par C. Ladrey, professeur à la Faculté des sciences, à Dijon. 1 vol. in-8° de 136 pages, 2 fr. 50. — Paris, 1867, F. Savy, éditeur.

De l'évidement sous-périosté des os, par Ch. Sédillot, directeur de l'École impériale du service de santé militaire. Ouvrage couronné par l'Institut de France. Deuxième édition, 1867. 1 vol. gr. in-8° de 438 pages, avec 6 planches comprenant 46 figures chromolithographiées, 14 francs. — Paris, 1867, J. B. Baillière et fils.

Agenda-formulaire du vétérinaire praticien pour 1867, contenant: 1° petit dictionnaire de pathologie, matière médicale et posologie; 2° revue de matières médicale et pharmaceutique de 1866 ; 2° considérations générales sur la préparation des médicaments, rédigé par M. Clément, chef de service à l'école impériale vétérinaire d'Alfort. Prix, franc de port dans toute la France et l'Algérie: 1° cartonné à l'anglaise, 2 fr.; 2° arrangé de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 2 fr.; 3° relié en portefeuille, avec patte et crayon, 3 fr. 75; 4° l'agenda dans un beau portefeuille en chagrin, 6 fr. Nota. En envoyer le montant en un mandat ou en timbres-poste de 10 et 20 c. L'agenda-formulaire contient cette fois : la liste de tous les vétérinaires civils et militaires français. — Paris, 1867, P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16. Un an. . . . 30.

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tétanos guéri par l'ammoniaque à haute dose.

Nous recevons de M. le docteur Cherbonnier, de Grand-Fresnoy (Oise), la communication suivante, qui présente un intérêt pratique qu'apprécieront suffisamment les lecteurs de la *Revue*.

Depuis trente ans, écrit notre confrère, j'ai vu sept cas de tétanos, tous suivis de mort.

Le premier, D..., de Longueil-Sainte-Marie, maçon, âgé de 66 ans; fracture de la première phalange du pouce de la main gauche, gangrène par suite de constriction; tétanos; mort en trois jours.

Le deuxième, Léon L..., à Grand-Fresnoy, âgé de douze ans. Contusion de la tête, dans la région de la tempe; tétanos; mort au bout de deux jours et demi.

Le troisième, femme L..., âgée de soixante-quatre ans, à Jonquière. Blessure à la cheville du pied gauche; tétanos; mort au bout de trois jours.

Le quatrième, un enfant de quinze jours, Frédéric L..., à Jonquière. Ombilic irrité par des linges rudes, sans cérat; tétanos, mort au bout de huit jours.

Le cinquième, S..., âgé de quarante-cinq ans, cultivateur à Canly. Coup de pied de cheval au-dessus de l'œil gauche. Enfoncement du coronal; tétanos survenu dix jours après; mort au bout de deux jours.

Le sixième, la femme L..., âgée de soixante-cinq ans, à Canly. Blessure à la tête; tétanos au bout de huit jours; mort après deux jours de cette dernière maladie.

Le septième, B..., âgé de trent-huit ans. Brûlures graves du dos; tétanos le douzième jour; mort le troisième jour.

Dans tous ces cas, le traitement a varié suivant les cas. Saignées, sangsues, opium, sulfate de quinine à haute dose, purgatifs, etc., et sans succès aucun.

Dans la *Revue clinique* de septembre dernier, et dans celle du 1er décembre, j'avais lu deux observations de traitement par l'ammoniaque à haute dose, suivies de succès. Je m'étais promis de l'employer si l'occasion m'était offerte.

Dans l'observation du 1er décembre, M. Bertheau de Pouancé (Maine-et-Loire), s'appuyant sur l'exemple de Mac-Auliff, emploie l'ammoniaque à la haute dose de 8 grammes, avec les vésicatoires, les sinapismes, etc.

Dans le fait que je vais rapporter, j'arrive à la dose de 18 à 20 grammes par jour, sans employer aucun autre médicament. Du reste, on va en juger.

Le 3 février dernier, R..., âgé de 50 ans, manouvrier à Jonquière, se trouvait à neuf heures du soir dans un état d'ivresse complète. En sortant du cabaret, il tombe dans un escalier en pierre, de manière à se faire une blessure de trois centimètres à la tête, à la partie supérieure de la suture occipito-pariétale. Le sang coule en abondance. On panse avec le cérat camphré et la compression est faite par un mouchoir en cravate. Les jours suivants il se remet à son travail, qu'il est obligé d'interrompre le 13 dans l'après-midi.

Le 15 au soir, je le trouve dans l'état suivant : il lui est impossible d'ouvrir la bouche. Je veux lui relever la tête. Le cou est dans un état de rigidité complète. Je monte sur le lit; je veux le lever en mettant mes deux mains sous la tête : je le lève comme une planche. Je le questionne, il ne peut me donner aucun renseignement. J'essaye de le faire boire avec une cuiller en étain que je trouve sous ma main; il la serre entre ses dents. Cependant avec de la patience il finit par avaler le contenu de la cuiller. Me trouvant en face d'un cas de tétanos droit de la forme la plus grave, car R... a le sentiment de sa fin prochaine, il est étouffé, je lui fais administrer toutes les demi-heures six à sept gouttes d'ammoniaque liquide dans un quart de verre de tisane de violette sucrée. J'ai soin de dire au malade, et aux personnes qui le soignent, que la vie dépend de l'exacte administration du remède.

Le lendemain, après une diaphorèse abondante, le malade se trouve soulagé. Ses crampes, dit-il, ne reviennent plus qu'à quatre ou cinq minutes d'intervalle.

Le troisième jour, l'amélioration est plus marquée. Il ne croque plus la cuiller.

Le quatrième jour, les sueurs diminuent. Le malade ouvre la bouche de manière à passer son doigt. Ses crises ne reviennent que toutes les demi-heures. Le remède est toujours continué à la même dose.

Le cinquième jour, R... commence à se lever.

Le sixième jour, il se promène, il boit et mange comme à son ordinaire.

Le septième jour, il dit qu'il n'est plus malade. Tout traitement est cessé. Il n'y a pas eu de délire ni de fièvre.

Voilà un des cas les plus graves que j'aie jamais rencontré. Je suis persuadé maintenant que si j'avais soigné les sept autres de la même manière, je les aurais guéris avec la même facilité.

Nous signalons ce fait à l'attention de nos confrères, et engageons ceux qui auraient l'occasion de renouveler l'épreuve à nous faire part des résultats.

Du diagnostic des maladies aiguës du cerveau, par l'ophthalmoscope.

On peut voir continuellement, dans le service hospitalier de M. Bouchut, à l'hôpital des Enfants, des maladies aiguës ou chroniques du cerveau, de la moelle et des méninges, ayant pour symptômes des altérations oculaires très-considérables. Il y en a, en ce moment même, un assez grand nombre. L'une d'elles vient de se terminer par la mort et a permis de vérifier l'exactitude du diagnostic porté par l'ophthalmoscope dans des conditions vraiment très-difficiles. Voici le fait.

Emma R..., âgée de deux ans, était entrée à l'hôpital pour une pneumonie lobulaire confluente, caractérisée par une respiration expiratrice avec dilatation des ailes du nez, et des râles sous-crépitants très-nombreux dans les deux poumons.

Après une émission sanguine locale et un vomitif, la pneumonie semblait s'améliorer, lorsque tout à coup l'enfant perd connaissance, a des convulsions générales avec renversement tétanique de la tête en arrière.

La convulsion cessa au bout de vingt-quatre heures et la connaissance revint, mais les symptômes de pneumonie perpersistèrent. L'enfant s'affaiblit de jour en jour, eut une nouvelle convulsion et succomba trois semaines après son entrée à l'hôpital, un mois environ après le début de la maladie.

Au moment de la convulsion avec opisthotonos, M. Bouchut pensa que ce pouvait être un de ces accidents éclamptiques si communs à la fin des maladies aiguës ou chroniques de l'enfance, une de ces convulsions finales qui annoncent une mort prochaine. Mais, avant de se prononcer, le médecin de l'hôpital des Enfants voulut se rendre compte de l'état du fond de l'œil, en l'examinant avec l'ophthalmoscope. S'il existait une lésion de la rétine, de la choroïde ou de la papille, il se proposait d'en déduire l'existence d'une convulsion symptomatique d'une maladie cérébrale, et s'il n'existait aucune lésion de ce genre, sans nier encore la possibilité d'une altération cérébrale, il eût incliné vers le diagnostic d'une éclampsie terminale.

L'examen de l'œil avec l'ophthalmoscope permit de découvrir à l'instant une névro-rétinite très-intense, caractérisée par une telle hyperhémie de la papille du nerf optique, que cette partie voilée par une teinte rosée très-vive se distinguait à peine du fond de l'œil, et qu'elle offrait un grand nombre de veinules normalement invisibles et rayonnant sur la rétine. Les veines rétiniennes étaient elles-mêmes gonflées, flexueuses, distendues et par cela même plus apparentes, ce qui les faisait paraître plus nombreuses.

Dans cette lésion oculaire, rapprochée des symptômes convulsifs, M. Bouchut n'hésita pas à voir le symptôme probable de tubercules du cerveau, et un fait de plus à ajouter à ceux qu'il a publiés précédemment (1) pour établir la loi de coïncidence entre les maladies aiguës de l'encéphale, de la moelle ou de leurs enveloppes, et les lésions de la choroïde, de la rétine et du nerf optique. La suite a donné raison à l'observateur, car l'enfant a succombé, dix jours après, à la pneumonie qui avait pris la forme chronique, et à de nouvelles convulsions hémiplégiques survenues la veille de la mort. L'autopsie a montré que les méninges étaient saines, sans granulations ni suppuration; mais il y avait dans l'hémisphère droit, trois tubercules crus gros comme de petits noyaux de cerise.

Ici donc, en l'absence de tout autre symptôme, une convulsion d'enfant a été rapportée à sa véritable origine organique,

(1) *Traité du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*, avec un atlas de 24 planches chromo-lithographiées.

FEUILLETON.

FOLLIN.

« Messieurs,

« Il ne faut rien moins que l'impérieux sentiment du devoir pour me donner le courage de prendre la parole, au nom de l'Académie, sur le bord de cette tombe qui va se refermer sur le corps de mon meilleur ami. Si quelqu'un est capable de vous retracer aujourd'hui sa vie, de vous rappeler ses travaux, de vous raconter ses luttes et ses succès, ses joies et ses peines, ce n'est pas moi, qui viens de perdre comme une partie de moi-même, et qui ne puis évoquer le passé sans réveiller mille souvenirs déchirants. Quelles expressions trouverais-je pour vous dire ce qu'était notre collègue, ce qu'il avait déjà fait pour la science, ce qu'il promettait de faire encore, pour vous dépeindre les qualités éminentes de son esprit et de son cœur, pour vous parler de sa belle intelligence que rehaussait la noblesse des sentiments et la dignité du caractère? Où puiserai-je assez de force pour maîtriser mon émotion et pour assembler des idées, dans ce triste moment où la mort vient de briser les liens d'une intimité qu'aucune rivalité n'avait pu refroidir, et que vingt années de compétition n'avaient fait que resserrer davantage? Soyez donc indulgents, messieurs, si je reste au-dessous de la tâche que vous m'avez imposée, et surtout ne jugez pas mon ami d'après le peu que je pourrai vous dire de lui.

« Né à Harfleur au mois de décembre 1823, Follin appartenait à une famille distinguée, qui jouissait d'une honnête aisance. Il n'avait que douze ans lorsqu'il perdit son père. Sa mère, restée seule avec ce fils unique, se voua tout entière à son éducation et lui transmit de bonne heure ces principes de probité, d'honneur et d'indépendance dont il ne s'est jamais départi. Ses études classiques furent brillantes; car il joignait à une grande facilité l'amour précoce de l'étude. Au sortir du collége, il vint s'asseoir sur les bancs de l'École de médecine, où l'attendaient de beaux succès. Est-il nécessaire de vous énumérer tous les grades qu'il gagna successivement au concours? Nommé interne en décembre 1845, il remporta, en 1847, la médaille d'argent, et en 1848 la médaille d'or de l'internat. Non moins heureux à la Faculté de médecine, il obtint, au concours de 1847, la place d'aide d'anatomie, et deux ans après celle de prosecteur. Sa thèse inaugurale, soutenue en 1850, montra qu'il n'était pas seulement un compétiteur habile, et qu'il possédait en outre l'esprit d'investigation, la sagacité, la rectitude du jugement, qui caractérisent les auteurs originaux et qui font faire à la science de véritables progrès. Aujourd'hui encore, cette œuvre de sa jeunesse peut être citée comme une des meilleures qui soient sorties de sa plume. Le nouveau docteur s'engagea aussitôt dans les concours du Bureau central, où son titre de lauréat des hôpitaux lui permit de se présenter avant l'âge réglementaire. Cinq années d'internat dans les meilleurs services de médecine et de chirurgie avaient développé en lui les qualités les plus solides du praticien, et s'il ne fut nommé qu'en 1853, après trois concours, il m'est bien permis de dire aujourd'hui, sans aucune pensée de récrimination, qu'il méritait d'attendre moins longtemps. Dans cette même année 1853, un nouveau concours lui valut le titre d'agrégé à la Faculté de médecine dans la section de chirurgie. En moins de huit ans, il avait franchi tous les degrés de l'échelle du concours; mais il était de ceux qui pouvaient légitimement aspirer à monter encore, et, quoique la suppression récente du concours du professorat eût rendu l'avancement plus incertain, nul ne doutait qu'il ne fût appelé un jour à occuper une des chaires chirurgicales de la Faculté. Ce jour, hélas! n'a pu venir pour lui : une mort prématurée nous l'enlève au moment où l'opinion unanime des professeurs, d'accord avec l'opinion publique, le désignait irrésistiblement pour remplir la plus prochaine vacance. La Faculté, j'ose le dire, le considérait déjà comme l'un des siens, et la part qu'elle prend aujourd'hui à notre deuil nous montre toute l'étendue de la perte que vient de faire l'enseignement de la chirurgie.

« Follin possédait toutes les qualités qui font les chirurgiens accomplis. Comme son maître, M. Velpeau, il excellait dans le diagnostic. Sa grande habileté et la confiance qu'il inspirait aux médecins et aux malades avaient de bonne heure attiré à lui une clientèle nombreuse; mais il ne voulut pas se livrer tout entier à la pratique, et il réserva toujours ses meilleures heures pour le travail du cabinet. Dispensez-moi, messieurs, de vous présenter ici l'exposé de ses importantes publications. Vous savez avec quel talent, avec quelle impartialité, il a dirigé pendant quinze ans, en collaboration avec M. Lasègue, un recueil périodique qui a sa place dans toutes les bonnes bibliothèques, les *Archives générales de médecine*. Il y a donné un grand nombre de mémoires originaux et de revues critiques, où le jugement le plus sûr s'allie à la plus saine érudition. Ses recherches sur l'ophthalmoscopie ont fait époque dans la chirurgie française. C'est lui qui, le premier, a introduit dans notre pays les nouvelles méthodes d'exploration de l'œil; il a fait faire de notables progrès à cette étude si délicate et si utile, et, si le grand ophthalmoscope fixe qui porte son nom n'est pas devenu usuel, il est certain du moins que, pour les démon-

et a permis à l'auteur de pouvoir dire qu'on pouvait souvent voir au fond de l'œil ce qui se passe dans le cerveau.

NOTE SUR LES KYSTES HYDATIQUES

Du petit bassin,

Par le docteur DOLBEAU, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

(Travail lu devant la Société de médecine de Paris, dans la séance du 15 mars 1867.)

Messieurs, je vous demande quelques instants d'attention pour relater devant vous un fait rare qui, je l'espère, vous présentera un certain intérêt.

Il y a quelques mois, un homme robuste, âgé de vingt-six ans, limonadier, vint me consulter pour une tumeur qu'il portait à la marge de l'anus du côté droit.

Cette tumeur était accusée par un relief sensible, qu'on peut évaluer au volume d'un gros œuf de poule. Les téguments de la région avaient leur coloration normale; la peau était souple et bien mobile. La palpation de la tumeur révélait une fluctuation très-franche, mais les limites profondes du mal ne pouvaient être précisées.

Immédiatement je pratiquai le toucher rectal; je fus frappé tout d'abord de l'obstruction de ce conduit. En effet, le doigt pénétrait difficilement; toute la paroi droite de l'intestin était appliquée sur la gauche, et cela grâce à l'existence d'un relief considérable formé par la tumeur que nous avions déjà constatée au dehors. Il était évident que la tumeur du périnée n'était autre chose que le relief d'une masse située dans la profondeur du petit bassin et qui répondait à la partie latérale droite et un peu à la face antérieure du rectum. Le doigt, en pressant sur le relief que faisait la tumeur dans le rectum, transmettait une fluctuation très-évidente au niveau de la saillie extérieure.

Il était donc certain que nous avions sous les yeux une collection de liquide, mais il restait à préciser les limites supérieures du mal et la nature du liquide contenu.

Plus le doigt s'élevait et plus la tumeur se dirigeait manifestement vers la face antérieure du rectum. Il me fut impossible de reconnaître la situation de la prostate; le relief normal de cette glande était masqué par la collection de liquide qui, de la partie latérale droite du rectum, se portait en avant vers la face postérieure du pubis. Le doigt ne dépassait pas les limites supérieures de la tumeur, mais il était probable que la racine du mal correspondait à l'arcade pubienne.

Par le palper abdominal il me fut impossible de rien constater, si ce n'est que la cavité du grand bassin était parfaitement libre et souple.

Avant de poursuivre ces investigations, je crus bon de faire préciser au malade les antécédents de son affection. J'insistai surtout sur l'obstacle que la tumeur devait apporter à l'acte de la défécation. J'appris de cet homme qu'il n'avait jamais été malade. A part une fièvre typhoïde qui remontait à dix ans, jamais ce jeune homme n'avait gardé le lit. A l'âge de vingt ans, il y avait par conséquent six ans, il avait contracté une blennorrhagie qui dura cinq mois et qui céda aux injections astringentes.

Quatre ans plus tard le malade éprouva, et à plusieurs reprises, des difficultés pour rendre les urines. Ces symptômes se montraient après des excès de toutes sortes; mais dans l'intervalle, le malade était tourmenté par des envies fréquentes d'uriner, le jet de l'urine était diminué de volume.

Un an avant l'époque où ce jeune homme se présentait à mon observation, il fut pris d'une rétention d'urine qui persista quarante-huit heures et qui céda au cathétérisme répété plusieurs fois. L'introduction de la sonde d'argent avait été facile, l'opération s'était faite sans douleur. Depuis cette époque, et à diverses reprises, le malade fut obligé d'avoir recours à la sonde.

Vers l'époque où survint la première rétention d'urine, le malade éprouvait également des pesanteurs dans le fondement, un peu de ténesme rectal, quelques douleurs en allant à la garde-robe.

Enfin, six mois avant de consulter, le malade avait constaté l'existence d'une dureté sur la partie droite du périnée; bientôt la tumeur avait augmenté, et en même temps l'obstacle à la défécation avait fait des progrès continuels.

Au moment où j'observais ce jeune homme, il nous déclarait que les garde-robes étaient très-pénibles et que les matières rendues avaient la forme rubanée. Quant aux troubles dans les fonctions de la vessie, ils avaient presque complétement cessé.

Ainsi, messieurs, en interrogeant ce malade on apprenait que l'apparition de la tumeur avait été précédée de troubles notables dans la miction et qu'elle avait été suivie de gêne croissante dans la défécation. Il s'agissait de déterminer si ces symptômes divers se rapportaient tous à la même cause ou si la dysurie n'était qu'une coïncidence indépendante de la tumeur pelvienne. Le cathétérisme pouvait juger la question et j'y procédai immédiatement. Une sonde métallique fut introduite sans difficulté jusqu'au col de la vessie; arrivé là, l'instrument se dévia brusquement et pénétra jusque dans la vessie. Le pavillon de la sonde, au lieu d'occuper la ligne médiane, correspondait à la cuisse droite.

Il était évident que le bec de la sonde avait rencontré, à droite du col, un obstacle; que ce bec avait dévié à gauche, ce qui expliquait l'inclinaison en sens inverse, c'est-à-dire vers la cuisse droite, de l'extrémité externe de l'algalie.

En rapprochant cette notion si précise, révélée par le cathétérisme, d'une tuméfaction existant au côté droit du col de la vessie, en rapprochant, dis-je, cette notion des résultats fournis par le toucher rectal, il demeurait évident qu'il existait, dans le petit bassin, une collection de liquide qui, d'une part, refoulait la partie droite de l'intestin et, d'autre part, comprimait le côté droit du col de la vessie.

Le cathétérisme de l'urèthre, combiné avec le toucher rectal, permettait d'affirmer qu'une tumeur s'était développée au voisinage du col de la vessie, qu'elle s'était insinuée dans le tissu cellulaire qui sépare la prostate de la paroi correspondante du rectum, et que finalement le produit pathologique était venu faire saillie à la marge de l'anus, occupant principalement, dans toute l'étendue de sa migration, la partie droite de l'espace celluleux anté-rectal.

J'ai déjà dit qu'il s'agissait d'une collection de liquide; il restait à déterminer la qualité de ce liquide et par conséquent la nature de cette singulière tumeur. Aux symptômes déjà mentionnés j'ajouterai que la tumeur était peu tendue, qu'elle était irréductible, que la percussion rendait un son mat, sans frémissement d'aucune sorte.

Toutes ces explorations longues et variées pouvaient s'exécuter sans développer aucune douleur notable.

On pouvait exclure de suite une hernie périnéale; la tumeur en occupait le siége, mais elle était irréductible, et d'une matité complète.

J'en dirai autant d'un abcès par congestion qui, partant des vertèbres, aurait suivi les vaisseaux et les nerfs pour venir se montrer sur les côtés de l'anus. La tumeur était irréductible, et le rachis ne présentait aucune difformité, aucune douleur.

Ces diverses hypothèses devaient surtout être rejetées à cause de cette circonstance que la tumeur, en s'élevant dans le bassin, se dirigeait manifestement en avant du côté de la prostate, qu'elle masquait complétement pour gagner la face postérieure du pubis.

J'explorai les os du pubis, mais je ne pus développer aucune douleur, et j'abandonnai l'idée d'un abcès tenant à une lésion osseuse. Restait donc à choisir entre un abcès chronique développé dans le tissu cellulaire périprostatique et un kyste hydatique.

La belle santé du malade faisait éloigner l'idée d'un abcès froid; de plus le siége en était au moins singulier. Au contraire, cette situation précise de la tumeur dans le tissu cellulaire qui sépare, en avant le rectum de la prostate et du bas-fond de la vessie, devait faire admettre l'existence d'un kyste hydatique du petit bassin.

En 1852, M. Charcot, dans un mémoire fort bien fait, basé sur des faits d'anatomie pathologique, remarquait le siége constant de ces productions hydatiques lorsqu'elles occupent le petit bassin. Chez l'homme, ces kystes se développent entre le rectum et la vessie. Chez la femme, on les trouve entre le rectum et la paroi correspondante du vagin. C'est donc toujours la cloison recto-vésicale ou recto-vaginale qui est le siége de ces singulières tumeurs.

La situation particulière de ces tumeurs, dans un espace nécessairement restreint, doit faire admettre *à priori*, et les faits le démontrent, une compression forcée des organes voisins, et par suite un trouble notable dans l'émission de l'urine ou des garde-robes. Les faits connus montrent que la plupart des sujets atteints de kystes hydatiques du petit bassin ont succombé à la rétention d'urine, à l'obstruction intestinale, sans que le diagnostic ait été précisé pendant la vie. Ce n'est que l'autopsie qui a révélé la nature de l'obstacle. M. Velpeau, par exemple, ayant à traiter un homme qui ne pouvait rendre ses urines, tente le cathétérisme et se voit forcé à pratiquer la ponction hypogastrique. Le malade meurt, et ce n'est qu'à l'ouverture du cadavre que la dysurie se trouve expliquée par la présence d'un kyste qui comprimait le col de la vessie.

Tous les symptômes que je viens d'énumérer militaient, ainsi que vous le voyez, en faveur d'un kyste hydatique développé dans le petit bassin. La ponction de la tumeur pouvait vérifier la valeur du diagnostic. Un gros trocart fut plongé dans la tumeur à droite de l'anus et dans le point le plus fluctuant. Immédiatement il s'écoula un liquide transparent et limpide, comparable à l'eau de roche; la quantité évacuée peut être estimée à 250 grammes. Examiné au microscope, ce liquide ne renfermait pas de crochets d'échinocoques; traité par l'acide nitrique et la chaleur, il ne donnait pas de précipité albumineux.

Une circonstance importante doit être mentionnée ici. Immédiatement après la ponction du kyste, je pratiquai le cathétérisme, et la sonde, au lieu de se dévier en franchissant le col de la vessie, put pénétrer sans que le pavillon s'inclinât, comme précédemment, du côté de la cuisse droite du malade. Il était donc évident que l'obstacle au cathétérisme, la raison de la dysurie et de la rétention d'urine, consistaient dans la présence du kyste situé dans le petit bassin. Inutile d'ajouter que la cavité du rectum fut trouvée libre, immédiatement après l'évacuation de la tumeur.

Cette opération, si simple en apparence, fut suivie de fièvre, de quelques nausées. Dès le lendemain, la peau de la tumeur présentait une teinte rouge; deux jours plus tard la tumeur avait reparu, mais cette fois elle offrait de la rénitence; le toucher était douloureux, la constipation opiniâtre; la fièvre persistait.

En présence de ces phénomènes nouveaux; je fis une large incision, et il s'écoula une grande quantité de pus séreux assez fétide, sans mélange de vésicules hydatiques. Le jour suivant, le malade en faisant un effort expulsa par la plaie du périnée, une poche hydatique du volume de la tumeur elle-même.

A partir de ce moment, tous les symptômes pénibles disparurent du côté de la région malade; la plaie se détergea régulièrement.

Six jours plus tard le malade fut pris d'un frisson violent, qui n'était autre que le début d'une pleuro-pneumonie et d'une gangrène du scrotum et de la verge.

La vie du malade fut très-compromise, mais grâce à un traitement très-énergique, il surmonta ces divers accidents. Un mois plus tard il était complétement guéri.

Messieurs, si vous passez en revue les différentes phases de cette maladie, vous reconnaîtrez avec moi que le cas était em-

---

strations de l'enseignement, cet instrument est préférable à tout autre. Il était juste que le principal promoteur de l'ophthalmoscopie fût chargé le premier d'enseigner officiellement cette partie toute neuve de notre science, et lorsque, il y a cinq ans, les cours complémentaires de la Faculté furent organisés, notre collègue fut naturellement appelé à professer le cours d'ophthalmologie. Cet enseignement, continué pendant trois ans, eut un plein succès et fut couronné par la publication d'un volume remarquable intitulé : *Leçons sur l'exploration de l'œil.* Mais l'intelligence élevée et étendue de Follin avait besoin d'un champ plus vaste et plus varié. La spécialité ne répondait pas aux besoins de cet esprit actif et généralisateur. Aussi, notre collègue, après avoir solidement organisé l'enseignement de l'ophthalmologie, donna-t-il sa démission pour se vouer désormais à la rédaction de son *Traité de pathologie externe.*

« Cet ouvrage est et restera son plus beau titre scientifique. Il est malheureusement inachevé; mais les deux volumes qui sont terminés, et dont la dernière feuille déjà imprimée n'attendait plus que quelques corrections, comprennent toute la chirurgie générale et toute la chirurgie des tissus. Tous les principes généraux de notre science y sont exposés avec une clarté, une précision et une érudition qu'on pourra difficilement égaler. L'auteur y a consigné en outre un très-grand nombre de recherches originales, surtout dans les chapitres, je dirais presque dans les monographies, consacrées à l'étude de la syphilis et des productions accidentelles.

« Ces grands et utiles travaux ne pouvaient manquer de fixer l'attention et d'obtenir les suffrages de l'Académie, et au mois d'octobre dernier, lorsque la mort du vénérable Baffos laissa une place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, une grande majorité appela Follin à lui succéder. L'Académie se félicitait de ce choix et fondait les plus grandes espérances sur les talents et l'activité de son nouvel élu. Cet espoir devait être cruellement déçu. Notre malheureux collègue, déjà en proie au mal qui allait le conduire au tombeau, ne devait pas jouir de la récompense qu'il avait si bien méritée. Il reçut la nouvelle de sa nomination avec un triste sourire et comme un homme qui désormais ne comptait plus sur l'avenir. Il vint pourtant siéger une fois parmi nous, mais, peu de jours après, les accidents s'aggravèrent, et, au milieu d'une crise terrible, il perdit subitement la parole.

« Pendant vingt-quatre heures il flotta entre la vie et la mort, puis il se releva peu à peu, et pendant plusieurs semaines il nous fut permis de concevoir quelques espérances. La parole était revenue, quoique encore un peu embarrassée; l'intelligence avait recouvré toute sa finesse, les forces s'étaient remontées; pour la première fois depuis six mois, la respiration était libre et la physionomie avait repris sa douce sérénité. L'exploration des viscères n'avait d'ailleurs révélé l'existence d'aucune lésion appréciable, et nous pûmes nous flatter un instant qu'en renonçant à ses travaux, en laissant reposer son esprit, notre pauvre ami pourrait du moins prolonger sa vie. Dans cet espoir, il partit pour Cannes, où il se proposait de passer la fin de l'hiver. Mais au bout de deux mois sa maladie reprit le dessus, et, se sentant frappé à mort, il voulut revenir à Paris pour mourir au milieu de ceux qu'il aimait. Quand nous le revîmes, il n'était déjà plus que l'ombre de lui-même. Rien ne put arrêter les progrès de son mal, et il expira enfin dans nos bras après une longue agonie.

« Un ancien a dit que le bonheur est plus rare encore que la sagesse, et la plupart des hommes, en quittant la vie, peuvent se demander avec Cicéron s'il vaut mieux vivre ou s'il vaut mieux mourir. Mais pouvons-nous nous résigner lorsque nous voyons la mort frapper aveuglément l'un des meilleurs d'entre nous, au moment même où tout semblait lui promettre une longue et heureuse existence! Celui que nous pleurons avait tout ce qui peut faire le bonheur des hommes. Rien ne lui manquait, ni la sagesse, ni le succès, ni la considération, ni la fortune, ni les charmes de l'amitié, ni les joies de la famille. Jeune encore, — il n'avait que quarante-trois ans, — il occupait déjà dans sa profession une des positions les plus belles, et la Faculté lui en réservait une plus belle encore. Son esprit élégant et cultivé, ouvert à toutes les jouissances littéraires et artistiques, n'était accessible ni à la fatigue, ni à l'ennui. Bon, affectueux, sympathique, chéri de ses élèves, estimé de ses collègues, il ne rencontrait dans le monde que des sujets de satisfaction, et, lorsqu'il rentrait chez lui, il trouvait au foyer domestique une compagne aimable, intelligente, dévouée, et deux jeunes enfants, une fille, un fils, l'espoir de ses vieux jours. Eh bien, tout ce bonheur si complet, si pur, si mérité, si beau qu'il semblait un rêve, n'était qu'un rêve en effet. Un souffle l'a dissipé, et il ne reste plus que la réalité poignante, une veuve brisée par la douleur, et deux pauvres orphelins qui n'auront pas connu leur père, mais qui seront fiers un jour de porter son nom lorsqu'ils entendront parler de lui.

« Adieu, mon vieux compagnon, mon noble ami; adieu, frère, adieu. »

Professeur BROCA.

barrassant comme diagnostic, et que la cure heureuse a été traversée par des accidents bien singuliers.

M. le docteur Davain, qui a rassemblé vingt-sept cas de kystes hydatiques du petit bassin, déclare que ces kystes doivent être comptés au nombre des affections graves.

Sur ces vingt-sept malades, cinq seulement ont survécu; il est vrai de dire que la plupart ont succombé à des accidents sérieux, dont la cause était restée ignorée jusqu'à l'autopsie.

Le pronostic des kystes du petit bassin serait certainement moins grave si le diagnostic en était fait et si les indications étaient mieux posées. Dans la plupart des cas, l'affection a été méconnue, et les malades ont succombé à la rétention d'urine. Parfois le kyste s'est rompu, soit dans la vessie, soit dans le rectum, mais jamais on n'a observé la péritonite par rupture du kyste dans la grande séreuse abdominale. On est donc en droit de supposer que, si les malades avaient été mieux traités, on en eût guéri une proportion plus considérable. Toute la question réside dans la précision du diagnostic.

Les difficultés de la miction, la rétention d'urine, peuvent tenir à l'existence d'un kyste du bassin; il faut en tenir compte et rechercher cette tumeur quand la cause de la dysurie n'est pas connue. Quand la tumeur a été démontrée, on peut en faire le diagnostic en tenant compte de la chronicité du mal et surtout du siége si précis qu'il occupe.

Le diagnostic fait, reste le traitement que comporte cette affection. Quand la tumeur est accessible, je n'hésite pas à recommander l'incision large du kyste.

Les faits démontrent l'insuffisance et le danger des ponctions. Les quelques guérisons que l'on connaît ont été obtenues après l'incision.

Si la tumeur était élevée et que la dysurie fût considérable, il ne faudrait pas hésiter. On devrait pratiquer une incision courbe au devant du rectum, décoller cet organe et s'élever ainsi, par une dissection lente, jusqu'à la poche hydatique.

Je serais heureux, messieurs, si cette courte lecture avait pu vous intéresser, mais je crains que ce travail soit bien peu digne des suffrages que je sollicite.

DE L'HYDROCHLORATE D'AMMONIAQUE

Contre la gangrène sénile.

Une femme de quatre-vingt-trois ans est prise subitement de douleurs intolérables dans le pied droit; quatre-vingt-quatre heures après, il y avait une teinte générale bleu-noirâtre, qui s'arrêtait à l'articulation tibio-tarsienne, où un liseré rose indiquait la ligne de démarcation entre la partie saine et les parties malades. Le pied était entièrement froid. Le docteur Gru eut d'abord recours aux préparations opiacées à dose énorme; mais les douleurs n'en continuèrent pas moins et l'état de la malade paraissait désespéré. Alors notre confrère fit mettre 250 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque dans un pédiluve pouvant aller jusqu'aux malléoles et y fit plonger le pied malade. Au bout de deux heures, il survint un soulagement notable. Alors le pédiluve fut remplacé par des fomentations faites avec la même solution, et leur présence était impérieusement réclamée par le malade, car, aussitôt que les compresses étaient enlevées, la douleur reparaissait. Bientôt la chaleur et la coloration normale revinrent insensiblement sous l'influence du topique, l'ongle du deuxième orteil se détacha et il se forma une petite plaie qui se cicatrisa au bout de trois semaines.

Un an après, les mêmes signes précurseurs de la gangrène sénile se manifestèrent au même pied. Cette fois, le chlorhydrate d'ammoniaque fut employé d'emblée, et ses propriétés sédatives se firent immédiatement sentir. Une phlyctène noirâtre se développa sur le bord externe du pied, recouvrant une plaque gangréneuse qui s'élimina, et la plaie était cicatrisée au bout de vingt et un jours. Depuis ce temps, aucun accident de ce genre ne s'est manifesté.

Personne, jusqu'ici, n'avait parlé de cette action du sel ammoniacal; espérons que bientôt de nouveaux faits viendront confirmer cette propriété thérapeutique inattendue.

(Bulletin médical de l'Aisne.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 29 mai 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

M. AUBRÉ (de Rennes) donne lecture d'une observation ayant pour titre : *Luxation latérale externe du coude.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Saint-Germain et Tillaux.)

Nouveau procédé pour l'opération de l'ongle incarné.

M. LEROY D'ÉTIOLLES donne la description d'un procédé opératoire imaginé par son père et destiné à obtenir la cure radicale de l'ongle incarné. Il soumet à l'examen de la Société un malade qui a été opéré il y a plusieurs semaines.

M. LE PRÉSIDENT. J'ai l'honneur d'informer la Société qu'elle a été représentée, aux obsèques de M. Follin, par les membres du bureau et par un grand nombre de nos collègues.

J'invite M. le secrétaire général à donner lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie. (Sera publié dans le Bulletin.)

Discussion sur le traitement de la syphilis. (Suite.)

M. DEPAUL. Le traitement mercuriel administré contre les accidents syphilitiques, a rencontré, dans la Société de chirurgie, plusieurs adversaires.

En entendant le rapport de notre collègue M. Dolbeau, j'avais été surpris de l'exclusion dont il semblait vouloir frapper le mercure dans le traitement de la syphilis. Depuis, notre collègue m'a paru avoir quelque peu adouci la rigueur de ses conclusions; je n'ai donc point d'objection à lui adresser.

Quant à M. Perrin, qui est lui-même un adversaire du mercure, quoique à un degré différent de M. Dolbeau, je lui dirai que jamais personne n'a cru au traitement préventif de la vérole.

M. Perrin conclut de ses expériences que l'emploi des mercuriaux abrége la durée de la syphilis; j'avoue que je ne comprends pas bien ce que cela veut dire, mais je n'insisterai pas, car ce ne sont là que des nuances, et je n'ai pris la parole que parce qu'il s'est trouvé ici un adversaire déclaré et exclusif du mercure. M. Després a des convictions très-absolues; il n'hésite point à dire que le mercure est inutile et même dangereux à toutes les périodes de la syphilis. Je crois faire acte de bon médecin en m'opposant de toutes mes forces à la propagation d'idées que je crois funestes.

J'arrive aux arguments de M. Després. Notre collègue parle d'abord d'une statistique qu'il a dressée pendant les dix-huit mois qu'il a exercé à l'hôpital de Lourcine. Il a observé 234 malades; les unes avaient subi ailleurs le traitement mercuriel, les autres étaient soumises à l'expectation. M. Després déclare que les résultats ont été plus satisfaisants chez les malades non traitées.

Pour faire une bonne statistique, il est nécessaire de fournir des observations rigoureuses. M. Després a omis d'apporter les siennes, et je déclare que, dans tous les cas, elles seraient insuffisantes. M. Després s'en est rapporté aux renseignements qui lui ont été donnés par les malades elles-mêmes; il ne sait point quand et comment avait été administré le mercure, il ignore la durée du traitement.

Nous savons tous que beaucoup de malades sont traités de leur vérole d'une manière très-défectueuse; il faut, pour juger le traitement mercuriel, avoir administré convenablement le médicament, il faut aussi avoir suivi longtemps les malades. Tous ces éléments manquent évidemment à M. Després. Notre collègue s'est contenté, dit-il, pour guérir la syphilis, de l'emploi d'un traitement qu'il désigne sous le nom de tonique et réparateur; nous savons tous à quoi nous en tenir à ce sujet; le régime des hôpitaux est loin d'être aussi succulent que le ferait supposer l'épithète pompeuse qu'emploie M. Després. Les malades ainsi traitées sont sorties, après quelques semaines de séjour à l'hôpital; les accidents avaient disparu; on les déclare guéries. Je vais vous démontrer qu'il n'en est rien. Je vous citerai par exemple l'observation d'une femme, qui, après avoir été soignée par M. Després, s'est fait admettre ensuite dans le service d'accouchements de la Clinique. Lorsqu'elle entra chez M. Després, cette jeune femme était grosse de quatre ou cinq mois; elle fut renvoyée guérie après un mois de traitement; quinze jours après, elle entrait à la Clinique, et je constatai l'existence de plaques muqueuses énormes. Depuis, cette femme est accouchée d'un enfant mort et macéré; nous avons estimé que la mort de l'enfant remontait à douze ou quatorze jours. Ce fait soulève une question grave; en effet, l'enfant vivait lorsque la jeune femme a été soignée par M. Després, et j'espère lui démontrer que ce même enfant eût vécu si l'on eût administré du mercure à sa mère.

Ainsi, je dis que M. Després ne connaît point assez les antécédents de ses malades pour déclarer que le mercure a été administré inutilement; de plus, je viens de vous montrer comment se trouvent les malades que M. Després déclare avoir guéries.

M. Després a parlé ici du rapport que j'ai présenté à l'Académie, relativement à des faits de syphilis vaccinale. Notre collègue dit qu'il résulte de mes observations que les enfants non traités auraient présenté des accidents moins graves que ceux auxquels le mercure avait été administré. Tout cela s'explique lorsqu'on veut bien se rappeler que la syphilis a une intensité qui varie suivant les conditions de santé des individus qui sont infectés.

M. Després nous a fourni une statistique qu'il a dressée à l'hôpital Saint-Louis. A ce sujet je répéterai ce que j'ai déjà dit pour la statistique venant de Lourcine; notre collègue attache trop d'importance à ce que lui disent les malades; ce ne sont pas là des observations sérieuses, et quand M. Després conclut que le mercure est insuffisant, je crois qu'il n'est pas fondé dans ses raisons.

On a parlé d'un malade qui avait pris 500 pilules; je serais disposé à croire que, si cet individu n'a point guéri, c'est peut-être parce qu'il avait pris trop de mercure.

M. Després a défendu ici une vieille théorie qui consiste à admettre que les différentes manifestations de la syphilis sont le résultat d'efforts salutaires que la nature ferait pour débarrasser l'organisme; de là cette conclusion, qu'il faut se contenter, pour guérir les malades, d'employer le traitement tonique et réparateur. Cette théorie attend encore une démonstration, et cela serait-il, qu'il serait fautif de laisser faire la nature. Abandonnez les malades et ils perdront le nez; vous verrez le voile du palais et la voûte palatine se perforer, etc.

Des expériences récentes n'ont point confirmé cette autre théorie, dans laquelle on admet que le mercure fluidifie le sang, fait diminuer la quantité de fibrine; on sait, d'une manière certaine, que le mercure agit d'une façon toute spéciale sur les productions pathologiques de la syphilis : il fait disparaître les néoplasmes.

Je pourrais encore citer, en faveur du traitement mercuriel, la guérison rapide de certaines céphalées persistantes, la disparition de tumeurs multiples de la langue, etc. Je crois que l'expérience démontre que le mercure est un des agents les plus certains de la thérapeutique.

J'arrive maintenant, messieurs, à ce qui concerne le traitement de la syphilis chez les femmes grosses et chez les enfants nouveau-nés.

Je vais supposer un certain nombre de cas qui rappellent bien ce qui se passe habituellement dans la pratique.

Un premier cas est le suivant : une femme a eu la syphilis il y a longtemps; elle devient grosse, voici ce qui peut survenir. La femme peut aller jusqu'à son terme et mettre au monde un enfant sain, quoique ce soit l'exception. Plus souvent la grossesse est interrompue par la mort du fœtus, et la femme accouche d'un enfant mort depuis un temps variable. Parfois l'enfant peut naître vivant, mais il présente des accidents syphilitiques. En vue de toutes ces terminaisons, on consulte le médecin.

Si, dans ces conditions, on administre le mercure, la grossesse suit son cours, et c'est ainsi que l'on a vu des femmes mettre au monde un enfant vivant après avoir fait antérieurement deux, trois et jusqu'à cinq fausses couches. Des faits analogues ont été observés par tous les praticiens, et ce serait nier l'évidence que de se refuser à reconnaître l'efficacité du traitement mercuriel.

D'autres fois, voici comment le problème se pose : une femme bien portante devient enceinte; pendant le cours de cette grossesse elle contracte la syphilis. L'expérience m'a démontré que l'enfant subissait d'autant plus l'action de la syphilis que l'infection de la mère était de date récente; plus la syphilis est ancienne et plus il y a de chance pour que l'enfant échappe à l'influence du virus.

Si l'on administre le mercure dans les cas de syphilis récente, le résultat est certain, l'enfant viendra vivant. Je réponds donc par l'affirmative à cette question que l'on nous adresse : Faut-il administrer le traitement mercuriel aux femmes enceintes ?

Quant aux enfants syphilitiques il faut également les traiter; on peut même dire que le mercure agit dans ces cas d'une façon presque merveilleuse. Il y a deux ans, à la suite d'une vaccination malheureuse, sept enfants furent infectés; tous furent traités pendant six semaines, deux mois, et tous ont guéri; depuis, deux ont succombé à des maladies intercurrentes. En présence de faits semblables, il n'est pas possible de mettre en doute l'utilité de la médication.

Je termine ce que j'avais à dire par les propositions suivantes : Les statistiques présentées par M. Després sont sans valeur; les faits les plus avérés témoignent en faveur du traitement mercuriel administré dans toutes les conditions où peuvent se trouver les syphilitiques. Jusqu'à nouvel ordre, le régime et la bonne hygiène ne peuvent être considérés comme suffisants pour obtenir la guérison de la vérole. On observe certainement des guérisons spontanées; mais en s'abstenant du traitement on fait courir aux malades de graves dangers. Le mercure n'est point un spécifique, mais c'est le meilleur moyen de combattre la syphilis; il suffit de l'employer convenablement.

M. DESPRÉS. Je répondrai longuement à l'argumentation de M. Depaul quand le moment en sera venu; pour l'instant j'émets le regret que M. Depaul n'ait pu prendre connaissance de mon discours. Ce que j'appelle le traitement tonique et réparateur est tout autre chose que ce que pense notre collègue. Je ferai en plus observer que M. Depaul s'est contenté de fournir une seule observation, tandis que mon travail renferme l'analyse de cent cas.

M. PANAS. Dans une question aussi grave que celle qui nous occupe en ce moment, je considère qu'il est du devoir de chacun de nous de venir exposer ce qu'il sait. M. Després a parlé de l'hôpital de Lourcine, et je me suis trouvé mis en cause. J'ai pu suivre la pratique de notre collègue, et je dois dire que les faits ne me paraissent pas aussi probants qu'à lui. Le plus grand nombre des syphilitiques prend du mercure; c'est exceptionnellement que les malades sont soumis à l'expectation; il est donc tout naturel que M. Després ait observé des récidives, surtout parmi les individus qui avaient pris antérieurement des préparations mercurielles.

Ce qui m'a frappé personnellement, ce ne sont pas les récidives, car on les observe après tous les traitements, mais c'est la rapidité relative de la rechute pour les malades soumis à l'expectation.

Nous sommes presque tous d'accord sur l'influence des mercuriaux. Je vais cependant entrer dans quelques détails qui résultent d'une expérience personnelle déjà assez ancienne. On a parlé du traitement préventif; c'est là une mauvaise expression, mais nous savons tous ce que cela veut dire. Empêche-t-on l'évolution de la syphilis en administrant le mercure dès l'apparition du chancre ?

J'ai recueilli quarante observations, et ma conclusion est que le traitement mercuriel n'empêche pas les manifestations de se produire; je ne crois même pas que ces manifestations soient retardées par le traitement mercuriel. On dit que le traitement diminue l'intensité de la syphilis; la démonstration est d'autant plus difficile qu'il y a certainement des syphilis d'une intensité différente.

J'ai en moyenne administré le proto-iodure trente jours avant l'apparition des accidents secondaires, et je n'ai rien obtenu de ce traitement hâtif; peut-être intervenons-nous trop tard, je n'en sais rien, mais je veux rester en doute sur cette question du traitement préventif.

J'aborde une autre question. Les poussées successives de la maladie, l'apparition d'accidents, même pendant la durée du traitement, démontre bien que la syphilis n'est pas jugulée par le mercure, mais dans la période qui sépare le chancre des accidents secondaires, on observe certains phénomènes prodromiques de la vérole, ce sont les céphalées, la fièvre, les douleurs rhumatoïdes, etc. Ces accidents méritent d'être traités, et je déclare que le mercure a beaucoup de prise, c'est même la raison qui me fait administrer ce médicament dès le début. Cette proposition est contraire à ce que professe M. Diday; sur 35 malades que j'ai traités, 2 seulement n'ont point éprouvé d'amélioration; mais ce qu'on n'avait pas obtenu par le mercure a été acquis grâce à l'iodure de potassium.

Passons maintenant au traitement de la syphilis confirmée. Je déclare que je n'ai été satisfait ni par le proto-iodure, ni par le sublimé; j'ai vu des malades chez lesquels les récidives se succédaient d'une manière désespérante, si bien que ma première conclusion fut celle-ci : le mercure n'agit point ou il est mal administré. J'ai soigné avec M. Ricord un individu atteint de plaques muqueuses de la gorge : le proto-iodure, administré pendant deux mois, fit disparaître ces accidents, mais ils reparurent bientôt et furent combattus par l'emploi des pilules de Dupuytren pendant encore deux mois. Les plaques muqueuses persistaient; c'était en hiver; nous conseillâmes les pays chauds et le malade partit. Pendant trois autres mois les mercuriaux furent régulièrement employés et cependant sans résultat. Découragé, notre malade songe à revenir; il passe par Vienne et vingt frictions mercurielles suffisent pour le guérir.

J'avais été frappé par ce premier fait; un autre malade qui avait subi sans succès quatre mois de traitement mercuriel suivi d'une saison à Aix, fut guéri après vingt frictions. Déjà M. Perrin a insisté sur la valeur des frictions mercurielles; mais je déclare qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre cette médication et celles qu'on administre par la voie buccale. Je donne ici le résultat de mes observations : les frictions ont seules été employées, j'ai eu soin d'éloigner toute espèce de topiques, et à ce sujet je dirai que M. Després, loin d'employer seul le traitement tonique et réparateur, y joignait les bains de sublimé.

Trente-neuf malades, traités par les frictions mercurielles, peuvent être groupés de la façon suivante : syphilis de une à trois années de durée, 4 malades ; syphilis de cinq à douze mois de date, 11 malades ; syphilis de un à cinq mois de date, 24 malades. Voici les résultats : pour la première catégorie une moyenne de dix-neuf frictions a suffi pour obtenir une guérison survenue, en moyenne, au bout de vingt-six jours. Les malades de la deuxième catégorie, après une moyenne de dix-neuf frictions, ont guéri en treize jours. Enfin les malades de la troisième catégorie ont également guéri en treize jours après une moyenne de dix-huit frictions.

Ces faits témoignent en faveur de la puissance d'action des frictions mercurielles ; on peut également en tirer cette conclusion que, plus les plaques muqueuses sont de date ancienne, plus elles guérissent vite, ce qui semblerait démontrer que le virus syphilitique va s'épuisant avec le temps.

On a formulé quelques objections contre le traitement par les frictions. On peut facilement éviter de souiller le linge ; quant à la stomatite, elle est rare, et quand on l'observe, elle est ordinairement légère. Sur mes 39 malades, dix-sept stomatites ont été constatées, c'est-à-dire un peu plus de la moitié des cas. De ces dix-sept stomatites, dix furent très-légères et guérirent en dix jours ; quatre, de moyenne intensité, ont duré une moyenne de quinze jours ; trois furent fortes et persistèrent vingt-cinq jours. Jamais je n'ai observé de sphacèle, d'ébranlement des dents, etc. Les astringents bien employés suffisent pour éviter la stomatite.

L'inflammation de la muqueuse buccale indique la saturation de l'organisme, mais il y a beaucoup de variétés individuelles ; en général la stomatite survient vers la douzième ou treizième friction.

Le traitement par les frictions mercurielles a l'avantage de réussir après que les autres ont échoué ; il est absolument innocent et les inconvénients qu'il entraîne disparaîtront à mesure qu'on perfectionnera la méthode. J'emploie 4 grammes de pommade par jour, je les applique à la face interne du mollet, en alternant d'un côté à l'autre pour éviter les irritations. Quant au mode d'action, je dirai qu'il est démontré, par des travaux faits en Allemagne, que le mercure pénètre à l'état métallique, puis qu'il se combine avec l'albumine ; aussi l'absorption par la peau paraît-elle le meilleur moyen de saturer l'organisme.

M. DESPRÉS. J'employais primitivement les bains de sublimé comme un bon topique qui agit sur les plaques muqueuses ; l'absorption du médicament n'a point lieu ; cependant afin d'éviter les causes d'erreur, j'ai abandonné les bains de sublimé et j'ai actuellement recours aux bains salés.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— M. Ertzbischoff, médecin-adjoint à l'asile public de Stephansfeld, a été nommé médecin en chef à l'asile de Montpellier.

— D'après des renseignements que nous avons tout lieu de croire parfaitement exacts, la peste, *la vraie peste d'Orient*, se serait montrée à Bagdad, et y aurait fait déjà de grands ravages.

— La commission chargée de préparer un projet de loi sur les études supérieures dans le royaume d'Italie a proposé de réduire les universités au nombre de sept, qui seraient celles de Bologne, Naples, Padoue, Palerme, Pavie, Pise et Turin. Il resterait toutefois à Florence une sorte de Faculté, succursale de celle de Pise, mais seulement pour les deux dernières années des études médico-chirurgicales et pour les examens qui se rapportent à cette période. L'université de Cagliari conserverait aussi quelques années de cours.

— M. le docteur Richert, ancien élève de la Faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être l'objet d'une distinction aussi flatteuse qu'honorable de la part de ses concitoyens, habitants de la commune de Boulay. Pour reconnaître le rare dévouement dont M. Richert a fait preuve l'année dernière lors de l'irruption du choléra, plus de 500 habitants de la commune de Boulay ont réuni par souscription une somme de 700 fr., afin d'offrir à M. Richert une coupe que doit ciseler un des plus habiles artistes de Metz. Les habitants pauvres surtout ont apporté leur obole pour ce témoignage d'un noble dévouement dont eux surtout ont ressenti les effets.

— Le docteur Verrier recommencera son cours d'accouchements et de manœuvres, le lundi 17 juin, à quatre heures et demie, à la clinique du docteur Meyer, 41, rue de l'École-de-Médecine.

— Très-bonne clientèle à prendre dans les environs d'Elbeuf. S'adresser à M. Vautier, médecin-dentiste, rue Grenelle-Saint-Honoré, n° 13.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Deux volumes in-8°. Prix : 11 fr., franco. — Paris, 1867.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur GARROD. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8° accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. — Paris, 1867. — Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Leçons de cliniques chirurgicales, professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. A. DESGRANGES, recueillies par MM. les docteurs L. SÉRULLAS et P. CHRISTOT. 1er fascicule. I. — Tumeurs abdominales. II. — Corps étrangers du genou. III. — Tumeurs du sein. In-8° de 108 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, J. B. Baillière et fils.

De la résection sous-capsulo-périostée de l'articulation du coude, par le docteur P. MARDUEL, ancien interne des hôpitaux de Lyon, membre adjoint de la Société des sciences médicales de Lyon. In-8° de 160 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Anatomie et physiologie du poumon, considéré comme organe de sécrétion, par le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie et de physiologie. Mémoire grand in-8° avec 40 figures intercalées dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Traité d'anatomie descriptive avec figures intercalées dans le texte, par le docteur SAPPEY, chef des travaux anatomiques, directeur des Musées et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine. 2e édition entièrement refondue. Tome Ier, ostéologie et arthrologie. In-8° de 724 pages et 226 figures. Prix : 12 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Compte-rendu des principales maladies observées dans le service de la clinique médicale, par le docteur CASTAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Mémoire in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 71. — MARDI 18 JUIN 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 18 JUIN 1867. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 JUIN 1867.

Sociétés savantes et hôpitaux.

Académie des sciences. — On sait qu'en face de l'ancienne théorie qui explique la contraction musculaire par la mise en activité des muscles, plusieurs auteurs modernes, entre autres, en Angleterre M. Blanc Radcliffe, en ont élevé une toute contraire d'après laquelle la contraction serait un phénomène passif; tandis que l'allongement du muscle serait actif et dépendrait d'un certain état électrique intimement lié avec la vie. Les excitants de diverse nature amèneraient la contraction en faisant disparaître momentanément cet état électrique particulier.

M. Rouget a étudié le muscle dans sa simplicité la plus grande, dans le style de la vorticelle, où il est constitué par une fibre unique. Il a vu qu'à l'état de repos, chez l'animal vivant, cette fibre est aussi allongée que possible, quoique légèrement contournée; que, sous l'influence des excitants, cette spirale, revenant brusquement sur elle-même, se raccourcit de quatre cinquièmes et se transforme en un ressort en hélice à tours très-rapprochés. Le même effet se produit si l'animal meurt, ou si le style s'en détache : avec cette différence que dans ces derniers cas aucun allongement ultérieur n'est possible.

Dans la note qu'il adresse à l'Académie sur ces observations, M. Rouget en tire les conclusions suivantes

« L'allongement de la fibrille spirale, organe du mouvement musculaire chez la vorticelle, est donc lié à l'état de vie, c'est-à-dire à la continuité de la nutrition et de l'échange de matières. Dès l'instant où la nutrition est supprimée par la mort de l'animal ou par la séparation de la fibrille du centre trophique, l'élément contractile prend et conserve la forme naturelle inhérente à sa structure, celle d'un ressort en hélice dont les tours sont à l'état de repos au maximum de rapprochement.

« La contraction de la fibre musculaire du style de la vorticelle correspond à l'état de repos du ressort, elle est la conséquence directe de son élasticité; l'allongement de la fibre est le résultat de l'extension forcée du ressort par une cause de mouvement liée à l'acte de la nutrition, et agissant pendant le repos apparent de l'organe contractile. Dès que la source de cette force antagoniste est tarie, l'élasticité, ramenant le muscle à sa forme naturelle, produit le mouvement dit de contraction.

« Est-ce là un phénomène propre seulement à un singulier organe de locomotion, le style de la vorticelle, ou bien est-ce la condition même de la contraction musculaire chez tous les animaux ?

« J'aurai l'honneur de communiquer très-prochainement à l'Académie les résultats de nombreuses expériences que j'ai entreprises sur la contraction musculaire chez les animaux supérieurs, résultats établissant :

« 1° Qu'une l'hypothèse récente, d'après laquelle la contraction permanente serait essentiellement constituée par une série de secousses ou vibrations successives, est en contradiction absolue avec les faits bien observés;

« 2° Que la tendance vers un état de contraction extrême est une propriété inhérente à la fibre musculaire vivante, une conséquence nécessaire de sa structure et de son élasticité;

« 3° Que pendant la vie cette tendance au raccourcissement est combattue par une cause d'extension qui prédomine pendant le repos du muscle, se développe dans l'échange des matériaux de nutrition, augmente avec l'activité de leur apport, diminue ou s'éteint par leur épuisement, et peut être momentanément suspendue par tous les excitants de la contractilité musculaire, l'action nerveuse, la chaleur, le choc, etc. »

— Les grenouilles empoisonnées par la strychnine ne meurent pas, et elles n'ont pas de convulsions, si, les plaçant sous une cloche, on évite toute excitation extérieure, toute impression sur les nerfs sensitifs. D'après M. Rosenthal, chez les lapins on pourrait arriver au même résultat par un autre moyen, en pratiquant la respiration artificielle jusqu'à ce que le poison fût éliminé. M. Rosenthal attribue la suspension de l'action toxique en pareil cas, à l'abondance du gaz oxygène qui s'accumulerait dans le sang sous l'influence de la respiration artificielle. Il propose d'essayer ce procédé chez l'homme, dans les cas d'empoisonnement par la strychnine.

— Le même auteur, dans une autre note, rend compte de ses expériences sur la puissance musculaire. Weber, mesurant la force absolue des muscles jumeaux et soléaire de l'homme, avait trouvé qu'elle était égale à un kilogramme environ par chaque centimètre carré de muscle. Henke, expérimentant sur les muscles fléchisseurs, était arrivé à des chiffres beaucoup plus forts (8 kilogrammes environ par centimètre carré).

M. de Rosenthal, choisissant les muscles grand adducteur et demi-membraneux de la grenouille, a donné les chiffres 2, 8 et 3 kilogrammes comme représentant la force de contraction de chaque centimètre carré.

Mais il faudrait pour que ces chiffres eussent une valeur absolue, que la puissance contractive ne fût pas, comme elle l'est, susceptible de varier sous de nombreuses influences.

— M. Philipeaux avait observé précédemment sur la salamandre que, pour obtenir la régénération d'un membre qu'on enlevait à cet animal, il fallait laisser au moins sur place la partie basilaire de ce membre (le scapulum, lorsqu'il s'agisssait des membres antérieurs).

Il vient de renouveler les mêmes expériences, avec les mêmes résultats, sur les axolotls (*siren pisciformis*).

Voici les conclusions de M. Philipeaux :

« Ainsi, toutes les expériences que j'ai instituées, depuis que j'ai commencé à étudier la question de la reproduction des parties enlevées, me ramènent toujours à la même conclusion. Qu'il s'agisse de l'ablation de membres entiers, comme chez les batraciens, ou de celle d'organes plus profonds, comme la rate chez les mammifères, la régénération n'a jamais lieu que si l'opération a laissé sur place, et avec ses connexions anatomiques normales, une portion des membres ou de la rate. Cette concordance des résultats déjà obtenus m'a encouragé à tenter d'autres essais, dont je communiquerai ultérieurement les résultats à l'Académie. »

Société médicale des hôpitaux. — La discussion sur les bruits vasculaires s'est terminée vendredi dernier. MM. Parrot, Potain, Peter, ont pris successivement la parole, et leur attribuent peu de valeur séméiologique.

L'accord existe donc sur ce point; mais non pas sur le mécanisme de ces bruits, que M. Parrot explique encore par le reflux du sang dans les jugulaires pendant la systole; M. Potain, par son écoulement rapide à travers les veines pendant la diastole; M. Peter, principalement par quelque spasme des vaisseaux eux-mêmes.

— Une communication de M. Bourdon sur un cas de *delirium tremens* convulsif suivi de mort est devenue l'occasion d'une discussion fort intéressante, tant sur les convulsions en général que sur le *delirium tremens*, ses caractères et sa gravité.

M. Delasiauve a insisté de nouveau sur la physionomie particulière du délire dû à l'alcool : délire raisonné, pour ainsi dire, qui roule sur une série d'hallucinations rattachées les unes avec les autres, et formant des scènes suivies, dont les assistants se rendent très-bien compte. M. Delasiauve voit là un moyen sûr de faire le diagnostic différentiel du *delirium tremens* ordinaire et du délire aigu, de la manie à aiguë, du délire qui serait symptomatique d'une affections cérébrales, etc. : délire à formes essentiellement différentes.

Ces notions sont devenues classiques; mais il ne faut pas croire qu'il en résulte un diagnostic toujours certain. Nous avons déjà rapporté une observation de M. Guyot, remarquable en ce que le délire, occasionné par une méningite purulente suraiguë, y avait revêtu absolument la forme typique de ce délire alcoolique décrit par M. Delasiauve.

Le malade de M. Bourdon avait présenté des phénomènes qui rappelleront à M. Gubler ceux que Brown-Séquard a décrits comme produits par la section des cordons postérieurs de la moelle épinière. De part et d'autre il y eut hyperesthésie, exagération de l'action réflexe, accès éclamptiques; mais il nous semble que l'analogie n'est point aussi frappante que le croit M. Gubler.

Chez le malade de M. Bourdon, les mouvements s'étendaient aux muscles de la face, qui ne sont point sous l'influence de la moelle; ils étaient beaucoup plus marqués aux bras qu'aux jambes; tandis que dans les expériences de M. Brown-Séquard les actions réflexes se faisaient sentir également dans toutes les parties situées au-dessous de la lésion. En outre, dans le cas rapporté par M. Bourdon, l'hyperesthésie et les mouvements reflexes ne durèrent pas jusqu'à la fin, comme ils l'auraient fait s'il y avait eu quelque lésion profonde de la moelle. Enfin les attaques éclamptiques se produisirent chez les animaux opérés par M. Brown-Séquard, longtemps après la section de la moelle, lorsque la cicatrisation avait eu lieu, et uniquesous l'influence d'une excitation localisée sur un point déterminé de la face; elle ne concordait pas avec les premiers résultats de la section.

Ajoutons que M. Brown-Séquard, d'accord avec M. Chaveau, expliquait l'hyperesthésie par l'action directe de l'oxygène contenu dans l'air sur les fibres nerveuses mises à nu et coupées; ce qui ne pouvait être le cas chez notre malade, dont la colonne vertébrale était intacte.

Société médico-chirurgicale de Londres. — Durant son séjour en Angleterre, l'année dernière, M. Boeck avait préconisé la syphilisation contre la syphilis, et avait commencé à la pratiquer sur plusieurs malades qui furent, lors de son départ, confiés aux soins de MM. Gascoyen et Lane. Ces médecins poursuivirent l'expérience et, mardi dernier, M. Gascoyen lisait un rapport sur les résultats obtenus par eux.

Le rapporteur a cru voir que la marche de la syphilis n'était nullement influencée par les inoculations artificielles, tandis que M. Lane ne serait pas aussi affirmatif dans ses conclusions.

Mais l'un comme l'autre rejettent ce mode de traitement comme long, douloureux, pénible à tous les points de vue, et inadmissible dans la pratique, lors même qu'il serait efficace.

Hôtel-Dieu. — Contre les violentes douleurs oculaires, à forme névralgique, qui compliquent parfois les irido-choroïdites, M. Richet emploie souvent avec succès le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes et plus.

M. Gueneau de Mussy a calmé, par la poudre de feuilles de belladone, mêlée dans la proportion d'un dixième à la poudre de gomme, et prisée comme on prise le tabac, une toux sèche, opiniâtre, qui persistait depuis longtemps chez une phthisique.

Charité. — M. Nonat, ayant affaire à une albuminurie récente, la traite par le séjour au lit et les antiphlogistiques, sangsues, etc. Lorsque le mal tend à passer à l'état chronique, il le combat par les toniques, et surtout par le vin.

Hôpital Necker. — M. Desormeaux a observé que dans les trichiasis chroniques, le cartilage tarse est souvent recourbé sur son bord, en forme de gouttière à concavité postérieure, et épaissi au niveau de cette courbure. Il enlève donc cette portion recourbée et épaissie du cartilage, pour assurer la guérison. Nous avons assisté à cette opération, qui n'offre rien de difficile.

Maladies régnantes. — Les environs de Dublin sont ravagés par une épidémie dont la nature est encore douteuse. Les uns en font une maladie à part qu'ils nomment *fièvre pourprée hémorrhagique grave*, d'autres y voient une méningite encéphalo-rachidienne épidémique. Le peuple la nomme *mort noire* (black death). Nous avons étudié les documents, encore incomplets, qui nous sont fournis sur cette épidémie tant par le *Dublin Quarterly Review*, que par le *Medical Times* et la *Lancette*. Il semble qu'elle s'écarte, par certains caractères, des méningites endémiques qui ont été observées en France, en Allemagne et en Amérique. — Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ — M. BOURDON.

Delirium tremens. — Mouvements convulsifs choréiformes. — Accès éclamptiques. — Mort. — Autopsie.

Le fait suivant vient à l'appui de l'opinion émise par MM. Pidoux et Guyot, dans une des dernières séances de la Société

médicale des hôpitaux, sur l'extrême gravité du *delirium tremens,* lorsqu'il s'accompagne de convulsions.

Le nommé B..., âgé de vingt-six ans, entre, le 25 mars 1867, dans mon service à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 4. Sommelier depuis six ans, il a déjà eu un accès de *delirium tremens* une quinzaine de jours avant son entrée. On ne peut savoir si depuis il a présenté du tremblement alcoolique.

Le 26 mars au matin, étant à son travail, il a été pris de mouvements convulsifs très-douloureux qui, commençant par le petit doigt, s'étendirent à la main, puis à l'avant-bras, au bras, et enfin se généralisèrent au point que ce jeune homme tomba sur les genoux. La crise se calma, puis recommença, et à une heure le malade entre à l'hôpital. A la visite du soir (cinq heures), on le trouve dans l'état suivant : pouls à 142, chaleur extrême de la peau, face rouge, couverte de sueur. La parole est assez facile au début, et les idées nettes. Le malade supplie qu'on ne le découvre pas, qu'on ne le touche pas, car on ramènerait une crise douloureuse. La parole s'embarrasse bientôt un peu, quoique les idées soient aussi nettes, et le malade s'en impatiente ; les muscles de la face ne tardent pas à être pris de mouvements convulsifs, et, en découvrant le malade, on voit que ses bras sont agités comme dans la chorée, sauf que dans la chorée simple les contractions ne sont pas douloureuses comme elles le sont ici.

Un sinapisme appliqué sur les jambes amène une extrême excitation ; les mouvements choréiformes deviennent plus rapides, plus étendus ; le malade pâlit et perd connaissance. Pendant cet accès, qui dure une minute (le sinapisme étant enlevé), les pupilles sont très-dilatées, la bouche écumante, le pouls très-fort, vibrant, irrégulier. En revenant à lui, le malade semble pris d'une frayeur très-grande ; les yeux fixés sur un même point, il ne répond pas aux questions. Un bain augmente l'agitation convulsive. On fait prendre au malade 10 centigrammes d'extrait d'opium, en 9 pilules, données d'heure en heure. Soirée et nuit calmes, mais sans sommeil.

Le 26, le mieux était évident, les membres ne présentaient plus que le tremblement caractéristique, sans hyperesthésie, le pouls était toujours élevé et fréquent, la peau chaude et moite, mais la face moins rouge, et les réponses nettes et précises. 15 centigrammes d'extrait d'opium dans une potion ; une bouteille d'eau de Sedlitz.

L'état resta stationnaire jusqu'à huit heures du soir ; alors commence un délire qui va croissant et qui roule sur les occupations habituelles du malade. Il offre du vin ; un chat l'effraye. A dix heures il se lève, et on est obligé de lui mettre la camisole de force pour le maintenir dans son lit. La mort arrive à quatre heures du matin, au milieu de cette agitation.

Autopsie vingt-neuf heures après la mort. Arborisations vasculaires sur la face externe de la dure-mère. Dans les régions pariétales, fausses membranes très-minces presque transparentes, où le microscope fait découvrir de petits amas de sels calcaires et des granulations graisseuses. Pie-mère cérébrale un peu injectée, ainsi que les hémisphères, qui sont du reste sains.

La pie-mère cérébelleuse est très-injectée ; légère suffusion sanguine sur ses parties postérieures et inférieures ; elle y adhère au cervelet, manifestement ramolli à la surface. Les vaisseaux de cette partie présentent, au microscope, de nombreuses granulations graisseuses, disséminées sur leurs parois.

La protubérance, le bulbe et la moelle, n'offrent aucune altération perceptible à l'œil nu.

Le cœur, la rate et le pancréas, sont d'apparence normale.

Le foie, volumineux et jaune, a subi la dégénérescence graisseuse ; les reins commencent à la subir.

Le *delirium tremens* a présenté dans ce cas une marche insolite. Au lieu du délire et du tremblement, on trouve au début l'intelligence conservée et des mouvements convulsifs choréiformes, désordonnés, très-douloureux ; en outre il existe d'abord une telle hyperesthésie, qu'un sinapisme ou un bain suffit pour amener une attaque d'éclampsie.

Le délire n'apparaît que peu avant la mort, et jusque-là ce sont les phénomènes convulsifs qui dominent. Or M. Guillot a perdu six malades sur six à la suite du *delirium tremens* avec convulsions, et tous ceux qu'a perdus M. Pidoux, moins un seul, avaient eu aussi des convulsions. Chez notre malade la mort est survenue en quarante-quatre heures.

Cette prédominance des troubles de la motilité sur ceux de l'intelligence nous semble expliquée par la nature des lésions trouvées à l'autopsie ; car la congestion étant bien plus vive vers le cervelet que vers le cerveau, c'est sur les points notablement ramollis du cervelet qu'on a trouvé, dans les parois des capillaires, un commencement d'infiltration graisseuse, qui était évidemment antérieur aux accidents aigus. Il existait bien des néo-membranes à la surface de la dure-mère, mais elles étaient minces, récentes, non vascularisées, et n'avaient rien de caractéristique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Jaccoud.

De l'ictère. — De la sclérose et de la dégénérescence amyloïde du foie (1).

En procédant par ordre de fréquence décroissante, il faut, en pareille occurrence, compter d'abord avec les kystes hydatiques situés dans l'intérieur du foie. Mais en raison des symptômes très-accusés de notre malade, nous pouvons passer très-rapidement ; ces kystes ne déterminent pas de paroxysmes douloureux, pas de troubles digestifs, pas d'amaigrissement, pas d'ictère ; en outre, ils n'amènent pas de tumeur splénique, à moins que par hasard la rate ne soit elle-même le siége d'hydatides, coïncidence qui a été vue, mais qui est fort rare. Enfin, si le kyste est superficiel, on trouve une saillie limitée que l'on peut circonscrire par la palpation, et qui présente quelquefois le phénomène connu sous le nom de frémissement hydatique. Il y a donc alors déformation plutôt que déplacement ou abaissement du foie. Vous le voyez, il n'y a pas un trait commun entre cet état pathologique et celui de notre malade, inutile d'insister.

Il n'en est pas de même d'une autre lésion infiniment plus rare, je veux parler de l'échinocoque multiloculaire. Dans ce cas, les hydatides, au lieu d'être renfermées dans une vésicule mère, se développent librement les unes à côté des autres, de sorte que l'ensemble de la production morbide représente une tumeur à loges ou alvéoles multiples ; ces cavités communiquent ordinairement les unes avec les autres par des ouvertures de dimensions variables. La membrane fondamentale de ces tumeurs est formée par un stroma fibreux épais, souvent infiltré de graisse et qui circonscrit parfois des portions de substance hépatique chargée de pigment. Les alvéoles renferment des vésicules gélatineuses à parois stratifiées et amorphes ; les petites cavités n'en contiennent qu'une, les grandes en présentent deux et même plus. Ces vésicules, qui ont tous les caractères des kystes échinocoques et qui sont susceptibles des mêmes transformations que les membranes de ces derniers, offrent dans leur intérieur, à l'œil nu, des points blancs, que le microscope reconnaît pour des couronnes de crochets et des corpuscules calcaires ; ces éléments ne diffèrent en rien de ceux qu'on observe dans les kystes hydatiques ordinaires, mais ils n'existent que dans les grandes loges, les petites sont généralement stériles.

D'après Virchow, les plus petits alvéoles ont un volume de 3 à 16 centièmes de millimètre, les moyens atteignent trois et quatre dixièmes ; les plus grands qu'il ait observés avaient une longueur de 6 millimètres et une largeur de 2 à 3. Quant au volume de la tumeur dans son ensemble, il peut arriver à des proportions considérables ; la cavité centrale a souvent le volume du poing, on lui a trouvé le volume d'une tête d'homme, et dans un fait de Griesinger, le diamètre transversal de cette cavité était de 30 centimètres ; elle contenait seize chopines de liquide purulent. Il est de règle, en effet, et ce n'est pas là un des traits les moins caractéristiques de cette production morbide, que les parties centrales suppurent ; le liquide contenu est puriforme, d'un jaune ou d'un vert sale, et par le repos il donne un précipité blanc jaunâtre composé de petites vésicules, de membranes grisâtres, de granulations moléculaires, de cristaux et de graisse. Indépendamment de la tumeur principale, on en trouve parfois de petites, isolées et éparses dans le parenchyme du foie. — Ces produits ont pour effet de rétrécir le calibre des canaux biliaires, des branches de la veine porte, de l'artère hépatique et des veines sus-hépatiques ; ces modifications étaient très-marquées dans le fait de Virchow, et dans le premier cas de Griesinger, le rameau principal de la branche droite de la veine porte était oblitéré. Tels sont les principaux caractères anatomiques de l'échinocoque multiloculaire ; je les ai empruntés à l'excellent ouvrage de Frerichs, dont la lecture complétera utilement ces données un peu concises.

Il n'existe que six observations détaillées et précises de cette singulière lésion ; mais dans tous ces faits, les symptômes ont présenté une remarquable similitude, de sorte que nous pouvons sans crainte baser sur eux une appréciation clinique comparative. Dans tous ces cas il y a eu, comme chez notre malade, un ictère persistant, une tumeur de la rate et une augmentation de la matité hépatique. Voilà des signes communs, voici de notables différences. La principale tumeur de l'échinocoque multiloculaire a toujours siégé dans le lobe droit du foie, de sorte qu'à côté de la tuméfaction générale de l'organe il y avait à ce niveau une saillie dure, sensible à la pression, de consistance cartilagineuse, à surface tantôt lisse, tantôt bosselée ; notons en passant que, malgré la présence de la suppuration centrale, cette tumeur n'a été fluctuante qu'une seule fois, c'est dans le premier cas de Griesinger. D'un autre côté, avec l'ictère a toujours coexisté un épanchement péritonéal formé tantôt de sérosité pure, tantôt de sérosité purulente : l'ascite n'a manqué que dans le cas de Friedreich. Enfin il n'y a jamais eu de paroxysmes douloureux. Les caractères différentiels sont assez précis pour nous permettre d'éliminer sans réserve la possibilité de l'échinocoque à loges multiples.

Une troisième lésion, plus rare encore, doit trouver place dans ce diagnostic, c'est la tumeur adénoïde du foie. Il y a plusieurs années déjà que cette altération est connue au point de vue anatomique ; elle a été signalée en 1859 par Rokitansky, qui en a décrit plusieurs exemples. Mais au point de vue clinique, la science ne possède que deux observations, celle qui a été publiée en 1864 par Griesinger, et celle de Friedreich ; l'étude microscopique à laquelle Rindfleisch et Friedreich ont soumis ces productions pathologiques en a démontré la parfaite conformité avec la tumeur de Rokitansky. Cette altération consiste essentiellement dans une formation nouvelle, une hyperplasie de substance glandulaire semblable à la substance hépatique normale. Quelquefois ces dépôts sont peu volumineux, et ils sont disséminés çà et là dans l'épaisseur de l'organe, sous forme de petites masses bien limitées et énucléables ; dans d'autres cas, ces produits hyperplasiques sont plus confluents, et ils forment une véritable tumeur intra-hépatique. Dans l'un des faits de Rokitansky, cette tumeur avait un diamètre de six pouces, dans un autre elle offrait le volume d'un œuf de poule. Le microscope montre que la masse est formée de cellules semblables à celles du foie ; Rindfleisch a trouvé en outre, par places, de l'épithélium cylindrique semblable à celui qui revêt les canalicules biliaires. Dans l'observation de Griesinger, le foie, dans son ensemble, présentait un volume énorme ; il était criblé de ces tumeurs hyperplasiques de toutes dimensions ; il y en avait des milliers, dit l'auteur.

Je n'ai pas voulu laisser échapper cette occasion de vous signaler ces faits intéressants et nouveaux, mais les symptômes consignés dans les deux observations cliniques connues n'ont offert qu'une analogie très-lointaine avec ceux de notre malade. Chez l'homme de Griesinger, le foie n'était pas seulement tuméfié, il était le siége d'une déformation très-marquée, résultant de nombreuses saillies tubériformes qui en hérissaient la surface ; ces saillies étaient dures et résistantes : un peu plus tard, quelques-unes se ramollirent et devinrent fluctuantes au point qu'on pratiqua une ponction exploratrice ; l'autopsie a montré que cette transformation était l'effet de la liquéfaction régressive de quelques-unes des masses morbides. D'autre part, la rate est restée petite, il y avait une ascite considérable et l'ictère n'est apparu que dans les dernières semaines de la vie. Ce malade, âgé de quarante-sept ans, finit par succomber dans le marasme, mais il est à remarquer qu'il conserva pendant fort longtemps ses forces et son embonpoint, et qu'il n'avait pas l'aspect cachectique ; la durée de la maladie fut de deux ans. Dans le cas de Friedreich, la rate était grosse et altérée comme le foie ; celui-ci était gros, l'ictère, avec persistance du cours de la bile dans l'intestin, a été le seul phénomène observé.

Ayant ainsi éliminé, pour des raisons qui vous paraîtront, je l'espère, fort légitimes, et les tumeurs extra-hépatiques qui abaissent mécaniquement le foie, et les tumeurs intra-hépatiques qui donnent lieu, par leur pression excentrique, à une augmentation du volume de l'organe sans hypertrophie réelle, nous pouvons formuler une conclusion beaucoup plus précise que la première : il s'agit d'une maladie chronique du foie lui-même, la tuméfaction constatée est le fait d'une hypermégalie régulière et uniforme ; nous avons affaire à une lésion hypertrophique de l'organe.

Cette lésion est-elle un cancer? Je ne puis l'admettre. Le cancer hépatique produit rarement une tumeur de la rate ; sur 91 cas analysés par Frerichs, la tumeur de la rate n'a existé que 12 fois. Le cancer n'amène pas toujours d'ictère ; le même auteur nous apprend que sur 91 cas l'ictère a manqué totalement 52 fois, et lorsqu'il existe, c'est par suite de compression intra ou extra-hépatique, l'ascite marche de pair ; quand le cancer en est arrivé à l'ictère persistant et à l'amaigrissement, le malade présente un aspect cachectique dont je vous ai déjà signalé l'absence, et l'on n'observe jamais alors de boulimie ; enfin le foie, tuméfié par le cancer, n'est pas lisse et uni à la palpation ; il offre des bosselures, des inégalités facilement appréciables lorsqu'une portion de l'organe déborde franchement les côtes ; on a dit que ce signe est infidèle et que les bosselures peuvent manquer totalement ; la chose est vraie, mais elle est si rare, que le signe incriminé n'en conserve pas moins, selon moi, une valeur réelle ; ainsi, sur 31 cas observés par Frerichs, les bosselures n'ont manqué que trois fois. Le seul trait commun qui rapproche réellement le cancer du complexus pathologique de notre malade, c'est l'existence d'hémorrhagies répétées ; mais ce symptôme appartient à toutes les maladies du parenchyme hépatique, et il n'en caractérise aucune en particulier.

Si notre lésion hypertrophique n'est pas un cancer, que peut-elle être? une cirrhose? Non certes, du moins dans le sens classique du mot ; ce nom emporte l'idée d'une atrophie du foie, d'une ascite et de l'absence d'ictère ; or nous avons une hypertrophie du foie, un ictère datant de dix mois, et pas d'ascite. Quant à ce dernier phénomène, si notre malade présentait sur l'abdomen une circulation veineuse très-développée, on pourrait imputer à cette condition l'absence d'épanchement péritonéal, et ce symptôme négatif perdrait ainsi une partie de sa valeur ; mais examinez le ventre de cette femme avec toute l'attention possible, vous n'y trouverez pas trace d'une circulation complémentaire, et le défaut d'ascite conserve par là une absolue signification. Je ne vous cèlerai pas, toutefois, que notre malade présente quelques-uns des symptômes les plus importants de la cirrhose commune : c'est la tumeur de la rate, ce sont les alternatives de constipation et de diarrhée, ce sont la boulimie et l'amaigrissement, malgré une consommation alimentaire exagérée. Je vous dirai bientôt la cause de ces phénomènes, et j'espère vous montrer alors que le sens classique du mot cirrhose est infiniment trop restrictif.

(1) Voir le numéro du jeudi 13 juin.

DE LA DÉODORISATION ET DE LA DÉSINFECTION;

Par M. Herbert Barker.

Dans un mémoire remarquable, M. Barker étudie la plupart des désinfectants connus, et il termine en indiquant, sous forme de conclusions, les meilleures méthodes et les meilleures substances à employer, c'est-à-dire :

1° Pour les chambres de malade, une ventilation large et une température égale ;

2° Pour la déodorisation et la désinfection rapide, le chlore ;

3° Pour obtenir des effets constants et continus l'ozone ;

4° En l'absence d'ozone, employer de l'iode exposé à l'air sous forme solide :

5° Pour la déodorisation et la désinfection de substances fluides ou demi-fluides en décomposition, l'iode ;

6° Pour la déodorisation et la désinfection de corps solides, que l'on ne peut détruire, on emploiera un mélange de chlorure de zinc pulvérisé ou de sulfate de zinc également pulvé-

risé avec de la sciure. L'auteur place immédiatement après un mélange d'acide phénique et de sciure, et ensuite des cendres de bois ;

7° Pour la déodorisation et la désinfection des vêtements, il suffit d'exposer à une chaleur de 212° Fahr;

8° Pour la déodorisation et la désinfection de substances que l'on peut détruire, il faut chauffer jusqu'à destruction.

TRAITEMENT DU STRABISME SANS OPÉRATION;

Par M. C. HOLTHOUSE.

La paralysie de l'un des muscles de l'œil, d'où peut résulter un strabisme temporaire, peut avoir son origine dans le cerveau ou dans les nerfs. Le plus souvent le siége de la lésion est dans les nerfs ou dans leur voisinage, et cette lésion est de nature rhumatismale ou syphilitique, ce qui permet de traiter le strabisme par des moyens internes.

A l'appui de ceci, M. Holthouse rapporte l'observation d'un homme de trente ans, atteint d'un strabisme convergent paralytique d'origine intra-crânienne et nerveuse, et dû à une périostite syphilitique de la base du crâne ; grâce à un traitement antisyphilitique, la guérison fut complète.

On trouve encore dans son mémoire quatre observations de strabisme dû à des causes variées et dans lesquelles un traitement interne a amené de bons résultats. — (*British Medical Journal* et *Gazette médicale*.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 juin 1867. — Présidence de M. HÉRARD.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

RAPPORT.

Sur les maladies régnantes.

M. BESNIER lit un rapport au nom de la commission des maladies régnantes.

La constitution médicale du mois de mai n'a pas eu de caractère bien déterminé. En même temps que l'on ressentait les variations les plus brusques de température, on observait des maladies qui tenaient à la fois de celles de l'hiver et de celles de l'été.

Le tableau suivant, dressé d'après les documents officiels, et ne comprenant pas les malades traités dans les hôpitaux militaires, montre la léthalité comparative des diverses maladies pendant le mois qui vient de s'écouler. Le nombre des entrées n'y est point indiqué, mais seulement celui des sorties et des décès.

Deux cent quarante-quatre phthisiques ont quitté l'hôpital durant le mois de mai, 292 y sont morts.

Après pneumonies, il y a eu 150 sorties, 52 décès.

Fièvres typhoïdes, 71 sorties, 17 décès.

Entérites, 30 sorties, 17 décès.

Accouchements, 625 sorties, 16 décès (dont 5 de maladies non puerpérales et 2 d'éclampsie).

Bronchites, 379 sorties, 13 décès.

Érysipèles, 40 sorties, 12 décès.

Varioles, 54 sorties, 5 décès.

Angines, 38 sorties, 5 décès.

Pleurésies, 118 sorties, 3 décès.

Diarrhées, 46 sorties, 3 décès.

Ictères, 15 sorties, 2 décès.

Rhumatismes, 172 sorties, 1 décès.

Ce qui frappe surtout dans ce tableau, c'est le nombre immense de phthisiques qui viennent mourir dans les services hospitaliers. Chaque mois, la proportion est à peu près la même. Si l'on compare le nombre des sorties avec celui des morts, on voit que ce dernier l'emporte généralement sur l'autre d'une façon notable, et que la plupart de ces malheureux meurent avant peu de temps dans le service où ils entrent. On se demande s'il ne serait pas bon de chercher un moyen de prolonger leur vie, soit en les envoyant sous un climat plus doux, soit en prenant telle autre mesure qu'on pourra juger efficace.

On voit aussi, par cette statistique, que les pleurésies et les rhumatismes ont eu peu de gravité pendant le mois de mai, puisque les premières ont donné 118 guérisons pour seulement 3 morts, et les rhumatismes, 152 guérisons pour 1 mort. Cependant on a signalé plusieurs endocardites rhumatismales qui laissent craindre pour l'avenir des malades actuellement guéris.

Les suites de couches ont été plus heureuses que le mois précédent, car en avril, sur 488 accouchées, 22 étaient mortes, dont 17 d'affections puerpérales. Parmi les autres, plusieurs étaient phthisiques, et leur mort a été causée par l'évolution des tubercules. Le chiffre énorme de 292 devrait donc être encore augmenté pour représenter fidèlement la mortalité due à cette cause et qui dépasse de beaucoup celle que produisent toutes les autres causes réunies. Sur 86 enfants, entrés dans le service de M. Barthez, il y avait 14 phthisiques.

Parmi les affections éruptives, la petite vérole est un peu plus fréquente; la rougeole est suivie encore de pneumonies assez tenaces; mais la scarlatine a disparu, son nom ne figure même pas sur les relevés statistiques du mois de mai, ce qui prouve bien que les conditions épidémiques jouent un grand rôle dans la production des maladies même les plus contagieuses.

M. GUBLER signale la fréquence des phénomènes ataxiques dans les fièvres typhoïdes, dans les varioles, dans les rhumatismes, etc. Faut-il en accuser les conditions atmosphériques, ou la grande dépense intellectuelle qui résulte de l'exposition? Les affections des voies digestives ont gardé le même caractère.

Suite de la discussion sur les bruits vasculaires inorganiques. —

M. PARROT. La discussion a porté jusqu'ici principalement sur deux points :

1° Quel est le mécanisme des bruits vasculaires qui se font entendre à la région du cou ?

2° Quelle est leur valeur séméiologique ?

Sur le premier point, l'opinion de M. Potain diffère de la mienne, en ce qu'il attribue à la double aspiration des cavités cardiaques ce que je considère comme produit par leur contraction. Il nous a montré des tracés auxquels j'attache, quant à moi, une très-médiocre importance, car la carotide est trop rapprochée des jugulaires pour qu'il soit facile de faire la part de l'une ou de l'autre dans les mouvements communiqués au sphygmographe. Ce qu'il peut donc invoquer surtout, ce sont les résultats de l'observation clinique. Or, pour ma part, j'ai entendu les bruits, non point au moment de la diastole de l'oreillette, comme le voudrait M. Potain, mais au moment de sa systole.

Du reste, pour montrer combien une telle observation est difficile, je dois rappeler que M. Chauveau place ces mêmes bruits, non plus au moment de la diastole ou de la systole de l'oreillette, mais pendant la systole du ventricule.

Je dois dire aussi qu'avec la théorie de M. Potain les bruits continus seraient inexplicables, puisque pendant les contractions du cœur le sang reflue dans la veine cave, et même, selon moi, jusque dans la jugulaire profonde.

Quant à la valeur séméiotique des bruits de souffle, l'un comme l'autre nous la regardons comme assez faible. Sur 100 femmes qui me présentaient de bonnes apparences de santé, 82 avaient au cou des bruits de souffle. Chauveau donne un chiffre plus élevé, 86.

Cependant je ne m'étais pas prononcé d'une manière formelle sur l'influence que la composition du sang pouvait exercer sur ces bruits. J'avais même dit que les bruits intenses et ceux qui s'accompagnaient de souffles cardiaques pouvaient bien être des signes d'anémie. A ce sujet, M. Potain m'a convaincu par les expériences auxquelles vous avez assisté. Oui, le sang plus fluide coule plus vite, et cette vitesse influe sur les bruits. Je ferai pourtant une objection à M. Potain sur ce qu'il nous a dit, au sujet des bruits musicaux. Je ne les regarde point comme caractéristiques de l'anémie. Sur 100 femmes examinées 20 présentaient des bruits musicaux, et sur ces 20, 4 à peine étaient chlorotiques.

M. POTAIN. Ainsi que le remarquait M. Parrot, il y a certains points sur lesquels nous sommes bien d'accord. Ainsi les souffles vasculaires ne nous semblent point liés nécessairement à l'anémie, et tout en reconnaissant qu'ils s'y rattachent quelquefois, nous ne saurions pas dire dans quelle proportion. Les bruits intenses, les bruits musicaux m'avaient semblé plus significatifs que les autres, mais je n'ai point de relevé exact. Il faudrait pouvoir faire des analyses du sang très-nombreuses et répétées ; mais ces analyses sont délicates, et toutes celles que l'on a faites jusqu'à présent ne se montaient pas à une centaine.

M. Parrot a fait à mes tracés sphygmographiques une objection que je leur avais faite d'abord moi-même : la difficulté de séparer les mouvements dus à l'artère de ceux qui sont dus à la veine semble d'abord considérable, mais elle peut être surmontée. Pour y arriver, j'ai pris d'abord des tracés de la carotide, puis je les ai comparés à ceux que j'obtenais chez le même individu, sur la veine jugulaire. Ces deux genres de tracés étaient très-différents. Du reste, comme M. Parrot, j'invoque surtout l'observation clinique. En me servant, comme stéthoscope, d'un entonnoir revêtu d'un tube en caoutchouc, j'ai étudié, d'une oreille, les bruits vasculaires, tandis que de l'autre, avec un second stéthoscope semblable, j'écoutais le cœur. Eh bien, jamais le souffle intermittent ne m'a paru se produire avant le premier bruit, lors de la systole de l'oreillette, comme le voudrait M. Parrot; toujours il s'est produit soit pendant le petit silence, soit dès le début du grand silence; c'est-à-dire durant la diastole de l'oreillette ou du ventricule.

Ces jours derniers, j'ai pu encore vérifier ce fait chez une femme en couches qui présentait 42 pulsations à la minute, et je l'ai fait constater à tous les élèves du service. Cependant je dois dire que ce rapport n'est pas absolu et constant; il varie sur différents sujets et parfois sur les mêmes, suivant certaines conditions mal déterminées, parmi lesquelles pourtant j'indiquerai la pression de l'instrument, et l'amplitude des mouvements respiratoires. Il semble qu'alors il y ait un retard. Mais, je le répète, jamais le bruit ne se produit pendant la systole de l'oreillette.

M. Parrot reproche à ma théorie d'expliquer mal les bruits continus. Mais la science les explique-t-elle? Lorsqu'on change, dans mes expériences, la direction du courant liquide, les bruits changent de timbre et d'intensité, ce qui n'a pas lieu pour les bruits continus; d'ailleurs, quoi que l'on fasse, au moment où l'on renverse le sens du courant, le bruit est toujours interrompu par un intervalle appréciable. Je l'ai déjà dit antérieurement, on ne peut expliquer les bruits vasculaires ininterrompus, comme M. Parrot voudrait le faire. Quant à l'objection de M. Parrot, le reflux du sang dans la veine cave, elle n'atteint pas ma théorie, du moment où la pression peut être encore plus considérable dans les jugulaires que dans la veine cave, ce qui a lieu dans certains cas.

En résumé, M. Parrot et moi, nous sommes à peu près d'accord sur la valeur séméiologique des bruits de souffle, mais non pas sur leur mécanisme.

M. PETER. J'ai été écarté de ce sujet par des préoccupations douloureuses, et j'ai peu de chose à dire. Je tiens seulement à établir que cette théorie du spasme vasculaire dont j'ai parlé n'est pas de moi. Elle est de Laennec, qui l'avait appuyée sur des considérations anatomiques qu'on avait perdues de vue depuis. Laennec parlait de l'influence que doit exercer sur les vaisseaux le lacis de filets nerveux qui les entoure. M. Potain lui-même admet, dans certains cas, une contraction des petits vaisseaux, sinon des capillaires. En dehors de cette donnée, comment expliquer ces bruits de souffle qui se font entendre à une première exploration pour disparaître à une seconde, quelques instants plus tard? Ces bruits de souffle passagers sont dus sans doute à des spasmes momentanés.

Chez les anémiques, souvent on ne trouve pas de bruit de souffle. Il n'est pas besoin d'analyser le sang pour s'en assurer, car l'anémie peut se reconnaître à la pâleur des téguments, etc., etc. Quelquefois, au contraire, on trouve le bruit de souffle chez des sujets qui ne sont pas anémiques. Et si l'on attribue à ces bruits une trop grande valeur séméiotique, on en vient, comme M. Nonat, à prétendre que la chlorose est la règle chez les enfants. Erreur profonde, suivant moi, car la chlorose est une affection du sexe féminin, et d'un certain âge.

Comme conséquence de cette discussion, on peut dire que les bruits de souffle sont loin d'avoir la signification qu'on leur attribuait autrefois.

COMMUNICATION.

M. BOURDON lit une observation de *delirium tremens* convulsif, suivi de mort. (Voir plus haut.)

M. CHAUFFARD. J'aurais à faire à M. Bourdon quelques objections qui porteront principalement sur deux points : 1° sur la symptomatologie ; 2° sur la date attribuée aux néomembranes.

D'abord, en ce qui touche la fréquence et l'importance des convulsions, je ne suis pas parfaitement d'accord avec MM. Pidoux et Bourdon. J'ai vu souvent des cas de *delirium tremens* aussi promptement mortels sans convulsions, que les *delirium tremens* convulsifs. Pour moi, le malade de M. Bourdon n'était pas atteint de convulsions; des mouvements choréiformes et incoordonnés ne se rapprochent pas plus de la convulsion proprement dite que du simple tremblement sénile, et d'ailleurs tous les malades atteints de *delirium tremens*, ou à peu près tous, ont, en outre du tremblement alcoolique, des mouvements mal coordonnés. Gardons aux expressions leur sens propre, et réservons le mot convulsion pour un autre genre de phénomènes.

Quant aux néomembranes, il n'est pas démontré qu'elles ne remontaient pas au delà de 44 heures. Quinze jours avant sa dernière attaque, le malade de M. Bourdon avait eu déjà un accès de *delirium tremens*. Dans les néomembranes on a trouvé des sels calcaires et des granulations graisseuses; tout cela ne se fait pas en un jour.

On a dit que le *delirium tremens* non compliqué de convulsions était une affection légère. A la maison de Santé, je l'ai toujours vu très-grave. Il s'en est encore présenté trois cas pendant le mois dernier. Deux se sont terminés par la mort à la maison de Santé même, et quant au troisième malade, sa famille l'a repris mourant.

M. BOURDON. Chez mon malade il y a eu plus que du tremblement alcoolique; les mouvements étaient incoordonnés, involontaires, et sans but, comme dans la chorée.

M. CHAUFFARD. Mais la chorée est autre chose que les convulsions.

M. BOURDON. Non-seulement les mouvements étaient incohérents, mais il a eu des attaques d'éclampsie parfaitement caractérisées.

M. CHAUFFARD. Soit. J'admettrai que l'éclampsie est une affection convulsive, et que le titre de l'observation lue par M. Bourdon se trouve ainsi être exact; mais je n'en proteste pas moins contre l'abus du mot convulsion lorsqu'on l'applique à de l'agitation musculaire, de la carpologie, si l'on veut.

M. BOURDON. Et les soubresauts des tendons?

M. CHAUFFARD. Ce sont des mouvements convulsifs, et non point de vraies convulsions.

M. BOURDON. J'ai dit que les fausses membranes étaient récentes, parce qu'elles étaient minces et non vasculaires. On en voit se produire en moins de temps de bien plus étendues, dans les péritonites par exemple.

M. CHAUFFARD. Les fausses membranes des péritonites sont purulentes et ne ressemblent pas à celles du *delirium tremens*.

M. MOUTARD-MARTIN. On a représenté les accès de *delirium tremens* comme toujours mortels lorsqu'ils s'accompagnaient de convulsions; je viens encore récemment, d'observer une exception à cette règle. Un homme qui avait eu plusieurs accès antérieurs de *delirium tremens* est amené à l'hôpital dans un état d'hébétude extrême. Les yeux étaient hagards, les réponses incertaines. On nous raconte que, dix jours avant, il a eu une première attaque épileptiforme; quatre autres s'étaient succédé depuis lors. La nuit de son entrée il eut du délire, et le lendemain il eut une nouvelle attaque, puis une autre; ce qui faisait six en tout. Depuis lors, il y a trois semaines, il n'a plus présenté d'attaque ni de délire; mais l'intelligence reste affaiblie, les yeux ternes, la peau terreuse. Ainsi les convulsions développées pendant le délire alcoolique ont pu se terminer autrement que par la mort de notre malade.

M. BOURDON. Mais ce malade n'est pas guéri. L'hébétude persistante et les autres symptômes décrits par M. Moutard-Martin prouvent qu'il doit exister quelque lésion profonde, peut-être quelques fausses membranes sur les méninges; et la mort peut en résulter en définitive.

M. MOUTARD-MARTIN. Que mon malade ne soit pas guéri, qu'il meure plus tard de lésions déjà existantes, la chose est possible; mais il n'en sera pas moins vrai qu'il a échappé, pour cette fois, à ses attaques convulsives. Or là est toute la question, puisqu'on a prétendu que l'accès de *delirium tremens* convulsif emportait toujours le malade.

M. CHAUFFARD. Les convulsions dont il s'agit faisaient pour ainsi dire partie principale du tableau. C'était une forme propre du *delirium tremens ;* et non point un accessoire surajouté, comme les convulsions qui rendent en général funeste le pronostic du *delirium tremens*. Il ne faut pas confondre ces deux cas dissemblables. J'ai vu un ivrogne épileptique; sous l'influence de ses excès, les attaques d'épilepsie devinrent de plus en plus fréquentes; elles l'étaient surtout au moment des accès de délire alcoolique. Cet homme finit par mourir dans une attaque; mais il était épileptique et les accès ne se rattachaient pas d'une manière directe au *delirium*. C'est encore un cas différent.

M. GUBLER. Ce qui m'a le plus frappé dans la communication de M. Bourdon, c'est l'exagération de la sensibilité et des actions réflexes. On doit toujours alors se demander s'il n'y a pas quelque lésion des cordons postérieurs de la moelle épinière. Dans ses belles expériences, Brown-Séquard coupait les cordons postérieurs et les animaux présentaient une hyperesthésie marquée, avec des mouvements réflexes, et même de véritables accès épileptiques. M. Bourdon a-t-il examiné la moelle à ce point de vue?

M. BOURDON. Je l'ai examinée, mais seulement à l'œil nu ; nous n'y avons rien trouvé d'anomal, non plus que dans le bulbe, où je m'attendais d'abord à rencontrer quelque chose, car dans un autre cas de mouvements choréiformes, que j'ai observé, les lésions portaient sur le bulbe. Je crois, du reste, que les lésions du cervelet expliquent très-bien ces mouvements dans le cas actuel.

M. DELASIAUVE. Les convulsions ne sont pas très-rares et elles ne sont pas toujours mortelles dans le *delirium tremens*. Du reste, le cas de M. Chauffard n'est pas unique, tant s'en faut; et l'on doit

toujours se demander si les ivrognes à convulsions ne seraient pas épileptiques.

En ce qui touche la gravité du *delirium tremens* ordinaire, presque tous les aliénistes s'accordent à la regarder comme très-peu grande. MM. Ferrus, Moreau, etc., sont de cet avis. En effet, les quarante-deux premiers cas réunis par moi se terminèrent bien, sans phénomènes graves. Un seul s'était terminé par la mort, dans des circonstances particulières. Plus tard, je rencontrai plusieurs cas très-graves, et j'eus parmi eux 3 ou 4 morts sur une douzaine de guérisons. J'employais l'opium à hautes doses.

Un point très-important, c'est de savoir bien faire le diagnostic différentiel entre le délire aigu, la manie aiguë et le délire alcoolique. J'ai déjà indiqué les caractères spéciaux du *delirium tremens* soit ordinaire, soit suraigu ; mais on ne saurait trop y revenir.

Tandis que dans le délire aigu, dans la manie aiguë, dans le délire symptomatique des affections cérébrales ou méningées, on trouve la plus grande incohérence dans les idées avec l'excitation nerveuse la plus mal suivie, ou des signes manifestes d'oppression cérébrale ; chez les alcooliques, au contraire, dans le *delirium tremens* ordinaire, il existe la plus grande suite dans les idées délirantes. Des hallucinations de la vue, et de l'ouïe surtout se succèdent en formant des scènes dont les assistants se rendent très-bien compte ; le malade raisonne son délire et agit d'après des impressions sensorielles fausses, comme il agirait si elles étaient justes. Ainsi, les idées présentes et les idées de mémoire ne sont pas du tout incohérentes ; elles se combinent très-bien les unes avec les autres ; et les scènes se passent, je je le répète, exactement comme si elles étaient réelles. Lorsque le *delirium tremens* présente cette forme, il guérit sûrement de lui-même sans traitement. Du reste, il n'y a pas de fièvre et la peau est moite.

Dans le *delirium* suraigu, les hallucinations deviennent incohérentes à force d'être multipliées. Le malade est dans une agitation continuelle. Il peut encore répondre cependant à une question directe, mais les impressions sensorielles qui se succèdent incessamment chez lui ne lui permettent pas de suivre une idée, d'agir avec un but. Il peut donc être facilement contenu, pourvu qu'on le surveille ; tandis que dans le *delirium* ordinaire, la persistance de la même idée fixe donne à la volonté délirante une ténacité qui rend le malade redoutable.

Eh bien, même dans le delirium suraigu, lorsque la peau est sèche, le pouls fébrile, en donnant de l'opium, j'ai vu encore guérir 80 malades sur cent.

M. BOURDON. Lorsque j'étais médecin à la maison de Santé, j'ai été frappé, comme M. Chauffard, de la très-grande mortalité qu'y donne le *delirium tremens*, tandis qu'il est si rarement funeste dans nos hôpitaux ordinaires. On ne peut dire que cela tienne au traitement mis en usage ; car pour mon compte j'ai traité des malades de la même manière, et j'en ai peu perdu partout ailleurs ; mes confrères ont fait la même observation. La proportion des décès est, si je ne me trompe, de 8 sur 10 à la maison de Santé ; un seul malade y fut sauvé l'année dernière.

M. CHAUFFARD Cela tient peut-être à ce que le prix du séjour y étant assez cher en pareil cas (au moins de 11 francs, car il faut une chambre isolée et une garde), on ne nous amène que des cas excessivement graves.

M. BOURDON. Ou peut-être à ce que les ivrognes peuvent, dans la classe riche, satisfaire leur passion comme ils le veulent, sans être jamais arrêtés par le manque d'argent.

La séance est levée à six heures moins vingt.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un opérateur éminent, un confrère estimé de tous, M. Civiale, vient de mourir après une courte maladie, à l'âge de soixante-quinze ans. Membre associé de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, il avait créé, à l'hôpital Necker, un service de calculeux et un musée spécial de calculs urinaires, dont nous avons parlé récemment.

— Les honoraires médicaux deviennent de plus en plus élevés en Angleterre. A Birmingham, les médecins de sociétés ne veulent plus faire qu'une seule visite, au lieu de deux, pour 26 fr. 25 (1 l. 1 s.).

En Australie, l'Association médicale du sud a divisé les malades en trois classes, dont la première comprend les professions libérales, les rentiers, les propriétaires, les négociants, etc. ; la seconde, le petit commerce, les fermiers, etc. ; et la troisième, les domestiques et les manœuvres.

Le prix d'une consultation donnée par le médecin dans son cabinet, ou d'une visite faite par lui dans son voisinage, pendant le jour, c'est-à-dire de huit heures du matin à huit heures du soir, peut varier entre 9 fr. 35 (7 s. 1/2) et 26 fr. 25 (1 l., 1 s.) pour la première classe ; entre 6 fr. 25 (5 s.) et 12 fr. 50 (10 s.) pour la seconde classe ; il est de 6 fr. 25 (5 s.) pour la troisième.

Si la visite se fait de nuit, entre huit heures du soir et huit heures du matin, le prix est double.

Toute consultation entre deux médecins d'une même localité, quelle que soit la classe du malade, est de 26 fr. 25 pendant le jour, pour chaque consultant.

Les consultations se payent de suite.

Nous ne pouvons reproduire ici tous les détails que donne à ce sujet le *Medical Times*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Étude sur l'emploi des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault dans les hémiplégies cérébrales, suivie d'une appréciation des eaux de Niederbronn dans le traitement des calculs biliaires, par le docteur Périer, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon. Brochure in-8° de 50 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1867, Delahaye.

Typhus contagieux des bêtes à cornes, traitement à travers les siècles des maladies épidémiques, par Miramont, pharmacien à Méru (Oise), membre de la Société protectrice des animaux. In-8° de 24 pages. Prix : 1 fr. — Paris, 1867, F. Savy.

Étude sur les eaux minérales de Mondorff, par Ch. Marchal, D.-M.-P., membre correspondant de la Société d'hydrologie médicale de Paris, médecin en chef de l'établissement thermal et de l'institut hydrothérapique de Mondorff (grand-duché de Luxembourg). In-8° de 140 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Étude sur la physiologie de la première enfance, par M. le docteur Émile Allix. 1 vol. grand in-8° de 260 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16
Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Jaccoud). De l'ictère. De la sclérose et de la dégénérescence amyloïde du foie. — Toxonographie rétinienne. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

PARIS, LE 19 JUIN 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

Après un rapport humoristique de M. Bouley sur les mesures appliquées en Allemagne pour étouffer la peste bovine, M. Guérin a pris la parole sur le mouvement de la population de la France, sujet depuis longtemps en discussion devant l'Académie.

M. Guérin était fatigué et souffrant; il a fallu les instances du bureau pour le décider à parler dans ces conditions défavorables, et il a remis à mardi prochain la plus grande partie de son discours.

Cependant, si la forme de son argumentation a peut-être été un peu moins brillante, moins nette, moins bien ordonnée qu'elle n'aurait pu l'être un autre jour, les arguments, pris en eux-mêmes, n'en ont pas été moins puissants.

Il en est un surtout qui m'a frappé. Il existe un écart entre l'accroissement brut de la population, tel que l'indiquent les chiffres recueillis dans les recensements qui se succèdent, et l'accroissement que donne, pour les mêmes périodes, l'excédant des naissances sur les décès. Cet écart est variable, mais on le retrouve à tous les lustres. Nous nous en sommes assuré à l'aide de l'*Annuaire des longitudes*, en attendant que nous ayons sur ce sujet les statistiques dressées par M. Jules Guérin.

Or, que veut dire cette différence entre deux nombres, dont l'un représente la somme des additions naturelles, l'autre, l'augmentation produite? Il semble que ces deux nombres devraient coïncider.

M. Broca, d'accord du reste avec les rapports officiels, aurait attribué cet écart à l'accroissement de la longévité, qui permettrait aux habitants de rester plus nombreux que l'excès de natalité ne le ferait croire. M. Jules Guérin considère cette proposition comme inadmissible. Pour lui, l'écart signalé représente l'excédant de l'immigration sur l'émigration.

La chose nous a paru évidente; mais, à notre grand étonnement, elle n'a pas semblé telle à tout le monde. Autour de nous, nous avons entendu crier au paradoxe. On rappelait que, d'après les rapports officiels, l'immigration et l'émigration se compensent; et l'on demandait la preuve du contraire.

La preuve! Mais n'est-elle pas dans les chiffres eux-mêmes? Prenons un exemple hypothétique peu compliqué pour faire mieux voir que la conclusion est forcée.

Soit donc une ville de 40,000 âmes à un premier recensement. Si dès lors chaque année on y compte 1,000 décès et 1,100 naissances, au bout de dix ans l'excédant total des naissances sur les décès sera de 1,000, puisque chaque année il aura été de 100. La population devrait donc atteindre le chiffre de 41,000. Mais supposons qu'à cette époque on fasse un second recensement qui donne seulement le chiffre primitif: 40,000. On en conclura forcément que 1,000 habitants sont partis, puisqu'il en est né 1,000 de plus qu'il n'en est mort, et qu'on trouve toujours le même nombre.

Maintenant supposons le contraire. Le chiffre fourni par le second recensement est 42,000, supérieur de 1,000 à celui que donne l'excédant des naissances sur les décès. Peut-on dire que cet écart tienne à la longevité des habitants? Ce serait absurde. Évidemment si l'on trouve 1,000 habitants de plus qu'il n'en est né, il faut bien qu'ils soient venus de quelque part, et toutes les affirmations possibles ne feront jamais croire que l'immigration et l'émigration se soient compensées. Ce sont des vérités si simples qu'il devrait suffire de les énoncer, et le mérite de M. Guérin, d'y avoir songé, n'en est que plus grand.

Maintenant, dans cette période où l'écart a été le plus considérable en France, de 1800 à 1806, les émigrés rentraient: non-seulement les royalistes, partis dès le début de la révolution, mais la foule des gens timides qui avaient fui devant ses excès. Peut-être donc M. Guérin aurait-il tort d'y voir l'intrusion d'immigrants étrangers en nombre immense.

La proscription ne change pas la race en privant du droit de cité.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Jaccoud.

De l'ictère. — De la sclérose et de la dégénérescence amyloïde du foie (1).

Quoi qu'il en soit, le champ des investigations va se limitant de plus en plus, et j'arrive à ma conclusion. Il est une lésion viscérale qui, commençant par les artérioles, a pour premier effet de produire l'arrêt ou l'insuffisance de la circulation dans les parties alimentées par les vaisseaux ainsi modifiés; à cette ischémie succède bientôt l'altération des éléments périvasculaires, et lorsque ce travail morbide est généralisé à la totalité d'un organe, il en augmente le volume et la consistance sans en modifier aucunement la surface; le foie ainsi altéré est gros, il est dur, il est résistant, mais il est le plus souvent lisse et uni. Cette lésion consiste dans la transformation des éléments normaux en une substance azotée de couleur blanchâtre, d'un brillant mat, à reflets opalins, à surface nette, homogène et luisante; c'est la substance amyloïde, d'où l'altération a reçu le nom d'altération ou dégénérescence amyloïde. Cette dégénérescence est principalement observée dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans la muqueuse intestinale; dans le foie, elle est tantôt uniforme et générale, tantôt disposée sous forme d'îlots isolés, mais dans tous les cas elle a pour résultat d'accroître le volume de l'organe et de l'indurer. Souvent reconnaissable d'après ses propriétés physiques, la substance amyloïde est caractérisée par la réaction chimique suivante: au contact d'une solution d'iode, elle prend une coloration d'un rouge un peu jaunâtre; si l'on ajoute alors une ou deux gouttes d'acide sulfurique, la teinte rouge passe au violet, puis au violet bleuâtre; souvent on obtient une coloration franchement bleue.

L'hypothèse de cette dégénérescence rend parfaitement compte des conditions physiques du foie chez notre malade; les observations connues montrent en outre qu'elle cadre à merveille avec les hémorrhagies, et surtout avec l'absence d'ascite, l'épanchement péritonéal étant en pareil cas tout à fait exceptionnel. Nous avons en revanche deux symptômes qui sont absolument étrangers à la lésion amyloïde, ce sont les paroxysmes douloureux et l'ictère. Mais, messieurs, cette lésion coïncide souvent, je ne dis pas toujours, avec une autre altération qui a précisément pour conséquences ces deux derniers phénomènes; cette altération que nous avons observée déjà dans les poumons, c'est l'hypertrophie et l'hyperplasie des éléments conjonctifs, c'est la sclérose. Dans le foie, comme dans le poumon, comme dans les centres nerveux, ce travail morbide est lié à des poussées congestives dont les douleurs paroxystiques sont la manifestation directe. Durant ces espèces d'attaques, l'organe est turgescent, et s'il est accessible à l'examen direct, on constate qu'il présente alors une augmentation de volume, et que celle-ci survit en partie à la fluxion qui l'a causée. C'est précisément ainsi que les choses se sont passées chez notre femme; c'est là ce qui explique ces accidents aigus qui ont interrompu si fréquemment les allures calmes et silencieuses de sa maladie, et la fièvre qui a coïncidé avec plusieurs de ces attaques est une preuve à mes yeux du caractère phlegmasique de cette morbiformation. Après chacune de ces poussées, les éléments conjonctifs augmentent de volume et de nombre aux dépens des éléments propres de l'organe, et quand la lésion est ancienne, elle se révèle par des tractus fibreux qui sillonnent et coupent, sous forme de brides membraneuses, la trame viscérale. Vous comprenez facilement qu'un des premiers résultats de ce travail morbide est la compression des petits canaux biliaires: de là, dans la progression de la bile, une gêne qui amène l'ictère, de là aussi les variations que présentent les matières fécales au point de vue de leur couleur; la compression des canalicules n'étant pas toujours au même degré, on conçoit que la bile arrive parfois dans l'intestin, tandis qu'un peu plus tard elle ne peut plus y parvenir; l'intensité de la teinte ictérique varie de la même manière.

De même qu'elle agit par compression sur les radicules des voies biliaires, de même aussi la prolifération conjonctive doit agir sur les rameaux intra-hépatiques de la veine porte; aussi est-elle fréquemment accompagnée d'ascite. Ce symptôme faisant ici défaut, il faut admettre que la compression veineuse n'est pas assez forte ou assez générale pour produire l'épanchement de sérosité; mais nous avons une preuve certaine de la gêne circulatoire dans la veine porte: c'est la tuméfaction de la rate, qui est causée précisément par la stase du sang dans les veines spléniques et la congestion passive de l'organe. C'est par le même mécanisme que se produit la congestion gastro-intestinale qui est la cause des alternatives de constipation et de diarrhée; c'est l'absence de bile dans l'intestin et l'insuffisance de l'absorption par la veine porte qui expliquent la boulimie et l'amaigrissement de notre malade.

Ces symptômes qui, je vous l'ai dit, existent aussi dans la cirrhose *commune*, ont alors exactement les mêmes causes, et cette similitude dans les troubles fonctionnels fait prévoir une grande analogie dans le processus anatomique; sachez-le bien, c'est plus que de l'analogie, c'est une identité parfaite; c'est, ici comme là, une prolifération conjonctive marchant par poussées paroxystiques, c'est, ici comme là, pour tout dire en un mot, une hépatite interstitielle. L'idée d'atrophie unie au mot cirrhose depuis Laennec est erronée; l'atrophie est possible, elle n'est pas nécessaire; c'est un effet tardif de la maladie, ce n'en est pas un effet primordial; il faut donc, ou bien étendre de beaucoup le sens du mot cirrhose, et y voir tout simplement une expression abréviative qui désigne la prolifération et l'induration conjonctives sans impliquer ni atrophie, ni granulations, ou bien le laisser tomber en désuétude, ce qui vaudrait encore mieux pour éviter sûrement toute équivoque. On a proposé d'admettre une cirrhose hypertrophique et une cirrhose atrophique, et d'après cette terminologie notre malade serait atteinte de cirrhose hypertrophique; cette distinction est certainement juste, mais elle semble établir entre les deux états une différence de nature, tandis qu'il n'existe en réalité qu'une différence de degré ou d'âge; ce qui est constant, c'est l'hyperplasie de la trame conjonctive de l'organe aux dépens de ses éléments propres; ce qui est constant, c'est l'induration ou sclérose; mais l'atrophie et l'état granuleux qui résultent de la rétraction du tissu nouveau peuvent manquer; il est donc préférable de désigner le processus morbide dans son ensemble par l'altération qui le caractérise essentiellement, par la sclérose, si mieux l'on n'aime la dénomination d'hépatite interstitielle, qui est préférable à beaucoup d'égards.

Je vous ai dit que la période secondaire ou atrophique de la maladie peut manquer; on trouve alors à l'autopsie un foie gros, résistant, uniformément induré, avec développement excessif du tissu conjonctif, mais sans trace de granulations. J'ai déjà observé un cas de ce genre, et mon ami et collègue, le docteur Desnos, en a vu un autre dans lequel l'examen microscopique pratiqué par M. le professeur Robin n'a montré autre chose qu'une hyperplasie colossale des éléments conjonctifs sans granulation aucune; dans ce dernier cas, l'ascite avait totalement manqué jusqu'à la mort du malade; l'ictère en revanche avait duré plusieurs mois.

En résumé, je crois notre malade atteinte d'une lésion complexe du foie, dont les deux éléments marchent souvent ensemble: c'est une sclérose ou hépatite interstitielle avec dépôt amyloïde. A la sclérose appartiennent les paroxysmes douloureux, l'ictère, les troubles digestifs et nutritifs et la tumeur de la rate; mais les caractères particuliers du tissu hépatique, cette résistance sous le doigt, cette dureté ligneuse, ne me paraissent imputables qu'à la lésion amyloïde. Je n'ai pas d'autre raison pour en admettre l'existence, et la première partie du diagnostic est à coup sûr la plus certaine. En effet, en l'absence de symptôme direct et positif qui puisse faire reconnaître la lésion amyloïde, on a généralement l'appui d'une preuve indirecte qui nous manque dans le cas présent; cette preuve est tirée des conditions étiologiques de la maladie; ce sont, par ordre de fréquence, les suppurations prolongées, surtout les suppurations osseuses, la syphilis constitutionnelle, l'intoxication palustre ancienne et la tuberculisation. Or, pas une de ces conditions n'existe chez notre malade; je vous le répète encore, ce n'est que d'après les résultats de la palpation que je me crois fondé à admettre chez elle une dégénérescence amyloïde coïncidant avec une hépatite interstitielle. Ce fait, au surplus, ne serait pas le premier exemple de lésion amyloïde survenue en l'absence de ses causes ordinaires. Wilks a rapporté deux cas analogues et Frerichs a réservé, dans l'étiologie de cette altération, un paragraphe distinct pour les causes indéterminées.

J'ai vainement eu recours, pour améliorer l'état de notre malade, aux moyens préconisés, soit contre la transformation amyloïde, soit contre l'hépatite interstitielle chronique. L'iodure de potassium, l'iodure de fer, qui ont donné parfois de

(1) Voir les numéros du jeudi 13 et du mardi 18 juin.

bons résultats, ont été employés sans effet aucun ; les mercuriaux, sous forme de calomel et de pilules bleues, n'ont pas été plus utiles ; le chlorhydrate d'ammoniaque, préconisé par Budd à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme par jour, a également trompé mon attente, et après ces essais infructueux, n'ayant pas la ressource d'envoyer la malade aux eaux d'Ems, de Weilbach, d'Aix-la-Chapelle ou de Carlsbad, qui ont réussi dans quelques cas, peu confiant dans les bains d'eau régale diluée, je me suis borné à un traitement palliatif ; je soutiens les forces par du vin, du quinquina et du fer ; je combats la constipation quand elle se prolonge, la diarrhée si elle persiste outre mesure, et les choses iront ainsi plus ou moins longtemps, jusqu'à ce que mort s'ensuive ; c'est la seule terminaison possible de cette maladie.

— Trois mois et demi plus tard, cette femme a succombé à des accidents comateux ; les épistaxis et les hémoptysies ont persisté jusqu'à la fin, et pendant les dernières semaines l'ascite était survenue. Aucune modification ne s'est produite dans l'état du foie et de la rate. A l'autopsie, ces deux organes étaient seuls altérés. La rate était grosse, molle et gorgée de sang, tout le système de la veine porte était fortement congestionné ; c'est de la sérosité pure qui était contenue dans le péritoine ; la quantité n'en a pas été mesurée. Le foie, lourd et volumineux, présentait les dimensions anomales que la percussion avait reconnues pendant la vie ; la palpation immédiate donnait les mêmes résultats que l'exploration médiate, qui avait été si souvent pratiquée à travers la paroi abdominale ; c'était la même induration uniforme, la même résistance ligneuse, résistance telle que, le foie étant posé à plat sur une table, il était impossible d'en déprimer la face convexe avec la main ; l'organe ressemblait à un bloc de fibro-cartilage parfaitement compacte et homogène. La surface, lisse et égale, ne présentait ni granulations ni dépressions étoilées, mais de nombreuses taches blanches occupaient le péritoine sus-hépatique. Le tissu criait et résistait à la coupe, qui était nette et luisante ; il était remarquablement exsangue et d'un blanc grisâtre. Sur cette teinte fondamentale apparaissaient, isolés les uns des autres, quelques points jaunâtres représentant les éléments normaux du foie, resserrés et atrophiés par le développement colossal de la masse interstitielle ; l'écartement insolite de ces points jaunes montrait clairement qu'une grande partie des lobules avait disparu. La substance grisâtre interposée était absolument semblable à du lard durci, et l'organe ainsi modifié offrait un type parfait de ce qu'on a appelé le foie lardacé ou cireux. Aussi, en présence de ces altérations si nettes, je ne doutai pas un instant de l'existence simultanée des deux lésions que j'avais diagnostiquées. Cette phrase de Frerichs : « Par la combinaison de l'amyloïde et de l'induration scléreuse, il se forme un gros foie cirrhotique qui, par sa consistance et sa couleur, présente une certaine analogie avec le lard durci. » Cette phrase, dis-je, me revenait en mémoire et me confirmait dans cette pensée. L'examen chimique en a décidé autrement ; malgré plusieurs tentatives, je n'ai pu obtenir que la première partie de la réaction ; la substance blanc-grisâtre prenait bien, au contact de l'iode, une couleur rouge-jaune, mais par l'addition de l'acide sulfurique je n'ai pu avoir ni bleu ni violet. Il n'y avait donc pas de matière amyloïde ; une hypertrophie de la trame conjonctive était seule en cause ; non-seulement elle avait produit de gros tractus fibreux qui cloisonnaient l'organe, mais la confluence et le développement des éléments néoplasiques avaient été tels qu'ils constituaient à eux seuls, sans dépôt étranger, cette gangue fibroïde dans laquelle étaient plongés les lobules hépatiques survivants. C'était un type parfait de sclérose conjonctive ou hépatite interstitielle. Par l'ensemble de ses caractères physiques, ce foie méritait au suprême degré la qualification de lardacé, ou mieux de cireux, mais il n'était pas amyloïde, et ce fait démontre bien la nécessité de la distinction que j'ai formulée ailleurs. On ne doit pas établir de parité entre ces expressions, cireux et lardacé d'une part, amyloïde de l'autre ; les mots cireux et lardacé se rapportent à des caractères physiques, le mot amyloïde à des caractères chimiques ; la présence des premiers n'implique pas nécessairement celle des seconds ; il ne faut donc pas consacrer par une synonymie terminologique un rapprochement qui n'est pas réel. Tout foie amyloïde est lardacé ou cireux, mais tout foie lardacé ou cireux n'est pas amyloïde ; voilà le fait, notre observation le prouve surabondamment. Le foie était cireux, parce qu'il présentait une hyperplasie conjonctive colossale ; il n'était pas du tout amyloïde. Vous trouverez, dans le mémoire de Meckel sur la maladie lardacée, plusieurs cas analogues, dans lesquels l'aspect cireux existant, la réaction iodo-sulfurique a manqué.

Sous l'influence du développement toujours croissant de l'élément conjonctif, les branches de la veine porte ont été de plus en plus comprimées, et c'est là ce qui explique l'apparition de l'ascite pendant les dernières semaines de la vie de notre malade ; d'un autre côté, les éléments sécréteurs du foie ont été de plus en plus étouffés par l'envahissement parasitaire du tissu néoplasique, et la production de la bile est tombée à un minimum qui n'a plus été compatible avec la vie. Je n'hésite pas à rapporter à l'insuffisance de la sécrétion biliaire, à l'acholie, les accidents comateux de gravité croissante qui, en six ou sept jours, ont amené la mort de cette femme. Dans les cas de ce genre, faites-y bien attention, ce n'est pas parce que la bile fabriquée par le foie rentre dans le sang que l'empoisonnement a lieu, c'est parce que le foie ne fabrique plus de bile, et que les matériaux qui auraient dû servir à cette opération s'accumulent dans le liquide nourricier ; c'est l'acholie qui tue, ce n'est pas la cholémie.

TOXONOGRAPHIE RÉTINIENNE.

Recherches expérimentales sur la vision binoculaire.

Voici des recherches longtemps méditées, vérifiées, sur la cause ultime de la vue binoculaire. Je les soumets aux investigations critiques de mes confrères, avec l'espérance d'un examen sérieux, bien convaincu que la science aura tout à gagner au contrôle sévère des hommes qui s'occupent de ce genre d'étude.

Lorsque les axes optiques sont braqués sur un point de mire *a*, ce point est vu simple.

Mais un second point en arrière du premier paraît double et non croisé, tandis qu'un troisième forme deux images croisées, s'il est placé en avant du point de mire.

Ces phénomènes simultanés de simple et double vision passent inaperçus, l'attention étant fatalement appelée sur les points vus simples, et ceux-ci se trouvant transportés à l'intersection des axes, toujours plus éclairés et plus nets.

Les parties excentriques de la rétine ne fonctionnent pas d'une manière continue, comme la macula ou tache jaune. Ce sont autant de punctum cœcum toutes les quinze ou vingt secondes, pendant une durée de huit ou dix.

Regardez avec un seul œil, le gauche, par exemple, deux pains à cacheter distants de 20 centimètres, en fixant spécialement celui de gauche. Vu d'une façon très-nette, on apercevra l'autre indistinctement d'abord, puis il disparaîtra complétement, pour se montrer encore et s'éclipser périodiquement tant que dure l'expérience.

Ainsi, les phénomènes des doubles images, qu'on devrait considérer comme une imperfection de la fonction, disparaissent d'eux-mêmes ou s'annulent par le fait même de l'attention, captivée par la vue distincte à l'intersection des axes, et par l'inertie des zones excentriques de la rétine.

La fugitivité de cet ordre de faits n'en n'exclut pas la réalité ; ce sont les compagnes inséparables de la vue simple.

A quelle cause attribuer la triple apparence sous laquelle se montrent simultanément, à nos regards, les objets placés à l'entrecroisement des axes, avant et après cet entrecroisement ?

Cette cause a été l'objet d'un grand nombre de recherches qui ont conduit à trois explications principales, savoir :

1° Les points identiques ou correspondants ;

2° L'extériorité, la direction, la limitation ;

3° La disposition des arcs rétiniens.

La première tend à pénétrer le mystère dans ses profondeurs anatomiques.

La deuxième porte ses investigations sur le mécanisme extérieur de l'émergence des sensations.

La troisième rattache à la disposition réciproque des arcs rétiniens compris entre les axes polaires et secondaires la cause ultime des phénomènes connexes de simple et double vision, lorsqu'ils sont retournés par le fusionnement sensoriel.

I. — Points identiques.

On appelle points identiques, ou correspondants des deux rétines, ceux qui sont situés sur le même méridien et le même parallèle.

Ils jouissent d'une propriété synesthésique consistant à rapporter leur sensation en un même lieu, par suite de dispositions anatomiques des nerfs optiques, allant ainsi les confondre en un même point du cerveau.

Dans la vue normale, en effet, les points identiques de chaque rétine rapportent leur sensation en un même lieu ; les points non identiques, en des lieux différents, mais sans rendre compte de l'unité et de la multiplicité des images, autrement que par des hypothèses anatomiques jugées sans valeur par les physiologistes les plus distingués.

S'il était vrai que les points identiques eussent la propriété, dite synesthésique, de rapporter leur sensation en un même lieu, dans le strabisme divergent, l'impression faite sur la tache jaune de l'œil gauche, et celle faite sur la macula de l'œil droit, donneraient une seule sensation dans le milieu du champ visuel ou ailleurs, peu importe. Or, il n'en est rien, chaque axe optique voit, de son côté et dans sa direction, une image différente. Donc, il n'est pas exact de dire que les points identiques aient une propriété synesthésique constante. Les yeux divergents voient chacun de leur côté, comme voient les yeux des animaux, latéralement situés sur les côtés de la tête ; ce qui n'arriverait pas si la vue simple dépendait des rapports des points identiques avec des filets nerveux soudés à un même point du cerveau : l'unité serait fatale, elle ne l'est pas.

« Nos connaissances sur l'organisation du système nerveux, et sur la manière dont les sensations sont transmises au cerveau et prises ensuite par notre esprit, ne me semblent pas assez avancées pour que, dans l'état actuel de la science, on puisse espérer de trouver la véritable cause de la correspondance des points sur les deux rétines » (Al. Prévost, *Vision binoculaire*. Page 11).

II. — Extériorité, direction, limitation.

A. Extériorité. — L'extériorité est la faculté attribuée à la rétine de rapporter ses affections en dehors d'elle, au *non-moi* ; elle a été aussi appelée action de la vue en dehors.

Cette faculté n'est pas un produit de l'expérience.

La sensation lumineuse qui suit l'impression faite sur la rétine ne se confond pas avec elle, à l'instar des impressions tactiles ordinaires s'identifiant avec les parties de la peau touchée. Non, l'image s'éloigne de la rétine et se fait remarquer hors de l'organe oculaire.

La perception des deux phosphènes temporaux, d'une manière croisée, n'implique-t-elle pas nécessairement la distance, la projection ? Il y a des lignes croisées, des angles formés par leur intersection ; donc il y a distance, donc aussi il y a extériorité.

Contrairement aux lois de la sensibilité générale et tactile, les nerfs optiques jouissent de la propriété de placer hors d'eux le contenu de leur sensation sans le concours d'aucun élément mental. Des preuves plus explicites encore seront données en parlant de la limitation.

Le monde est donc naturellement dans une obscurité totale. C'est l'œil qui, transformant le mouvement ondulatoire, l'éclaire comme une lanterne à réflecteur illumine les profondeurs d'une caverne.

B. Direction. — Si l'on mène une ligne du point de la rétine, tactilement excité par la compression méthodique de la sclérotique, au centre de l'image phosphénienne extérieurement perçue, cette ligne passe par le centre du cristallin.

En prenant de la sorte plusieurs autres directions en titillant d'autres points sclérotidiens, on précise le lieu de leur croisement sur une petite surface, un peu en arrière du centre de la lentille.

La direction, prise par la cause impressionnante, n'exerce aucune influence sur la direction de l'image phosphénienne, pas plus que les nombreux rayons d'un pinceau lumineux ne changent la direction unique de la sensation produite par leurs points réunis.

Voilà bien la preuve expérimentale d'une propriété directrice, révélée dans des conditions simples, exemptes des complications de la vue objective et dans lesquelles l'on n'a pas eu à se préoccuper des effets de l'habitude ou d'une expérience acquise.

C. Limitation. — Soient deux pains à cacheter P P' — sur une ligne horizontale, à la distance de 8 ou 10 centimètres l'un de l'autre et à 50 centimètres des yeux, parallèle à celle qui joint les centres optiques.

Disposez vos deux yeux de façon à croiser leurs axes optiques à moitié de cette distance, et à les y maintenir (car ils auront une tendance irrésistible à porter ce croisement sur les pains à cacheter eux-mêmes).

Ces deux objets se dédoubleront en se rapetissant, se détacheront du lieu où ils sont déposés ; les deux du milieu se superposeront et les extrêmes resteront l'un à droite et l'autre à gauche.

A l'instant même se produira le phénomène stéréoscopique de la distance par la limitation de la sensation, non au lieu occupé par les objets en expérimentation, mais à l'entrecroisement des axes optiques.

En effet, les sensations produites dans chaque œil sont renvoyées à l'extérieur, extériorisées, arrêtées et limitées à l'intersection des axes. Celles de droite et de gauche sont simples et homonymes ; celle du milieu est formée par la réunion d'une image appartenant à l'œil droit et d'une autre appartenant à l'œil gauche.

Ce temps d'arrêt, de limitation imposé aux sensations visuelles dans leur émergence, n'est-il pas une illusion, une erreur de nos sens, abusés par de trompeuses apparences ?

Remarquons d'abord que l'index peut passer derrière l'image aérienne sensorielle, sur ses côtés, par devant, en faire le tour complet ; il peut la traverser d'avant en arrière, d'arrière en avant, la mesurer dans son diamètre, dans sa circonférence, préciser la distance qui sépare cette image de l'œil de l'observateur, du plan sur lequel sont déposés les disques provocateurs de la sensation observée. Si l'index passe devant l'image aérienne, il est vu double et croisé ; derrière, il est également vu double, mais non croisé ; la réduction de l'image est égale à la différence de position dans le cône. C'est bien là une image réelle, avec une précision de caractères objectifs, constants, vérifiables et mesurables.

Cette expérience, l'une des plus curieuses de la physiologie oculaire, met en évidence la propriété limitatrice des axes optiques à leur entrecroisement, et hors de doute le principe ou la loi d'extériorité. Si au lieu de pain à cacheter on regarde à travers un grillage, de façon à croiser les axes optiques bien au delà, son image est reculée, agrandie ; s'ils se croisent sur l'objet considéré, l'image aérienne se confond avec l'objet lui-même.

Il existe donc un lieu géométrique, passant par cette intersection où les sensations visuelles sont arrêtées dans leur émergence, quel que soit l'état de leur combinaison binoculaire ou de leur isolement.

Ce lieu est un plan ou une ligne ; il ne saurait avoir la profondeur ; sa distance est variable comme l'ouverture angulaire des axes, avec une fulgurante rapidité.

L'image sensorielle est l'image fidèle de l'image daguerrienne empreinte sur la rétine ; celle-ci étant dessinée sur une surface, l'autre n'est pas différemment constituée. Évidemment nous devons trouver, au lieu même déterminé par l'intersection des axes, les images planes des objets qui s'y trouvent naturellement, et celles appartenant aux autres objets situés en avant ou en arrière.

Quant au sentiment de relief ressenti au contact de perspectives identiques ou différentes émanées des deux yeux, il n'y a pas lieu de chercher ailleurs que dans le fait de la limitation la cause effective de ce sentiment, puisqu'elles constituent les divers plans observés à l'intersection des axes; à chaque changement angulaire de ces axes correspond une distance différente, un plan nouveau; mais la rapidité de ce changement est telle et la durée de l'impression sur la rétine telle aussi, qu'on a l'impression du corps solide avec ses trois dimensions: hauteur, largeur et profondeur.

Mais quelle est la forme du lieu limitant nos sensations visuelles allant chacune dans la direction de leur objet provocateur?

Cette forme est celle d'un cercle passant par le point d'intersection des axes et le centre optique de deux yeux, pour les images simples. Nous y reviendrons plus tard.

Ces prémisses posées, les phénomènes connexes de vision simple vont recevoir une explication rationnelle.

Les axes optiques étant fixés sur un point, ce point est vu simple par la réunion des images sensorielles des deux yeux, confondues avec l'objet lui-même.

Le deuxième point, situé en arrière, adressé à chaque œil un rayon qui est extériorisé dans sa transformation sensorielle, suivant sa direction propre, et arrêté avant son intersection avec son congénère à droite, et à gauche du premier point vu simple, formant ainsi deux images non croisées.

Les images situées en avant, parvenues au lieu provocateur, continuent leur marche extérieure en s'y croisant pour aller s'arrêter à la hauteur où le regard fixe la cause limitante des sensations émergentes; là sont constituées les doubles images, l'une à gauche et l'autre à droite du point de croisement des axes.

Tout se passe ici comme si les rétines étaient des miroirs réflecteurs, orientés dans une direction déterminée; comme s'il y avait, à l'intersection des axes optiques, un rideau physiologique ou écran matériel, destiné à surprendre les rayons réfléchis tels qu'ils sont constitués à leur arrivée à la hauteur de cette intersection, soit avant leur réunion, soit après leur croisement.

Le plan de vision est donc fatalement constitué à l'intersection des axes. Nous reviendrons bientôt sur la forme géométrique de ce plan, portant le nom d'horoptère, donné par Aguilonius.

Lorsqu'une difficulté d'explication d'un phénomène s'est présentée à notre esprit, le procédé analytique d'extériorité, de direction et de limitation nous a donné une solution satisfaisante.

On peut donc regarder la loi ternaire comme devant servir de base à une bonne théorie de la vision.

Dr GIRAUD-TEULON.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juin 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

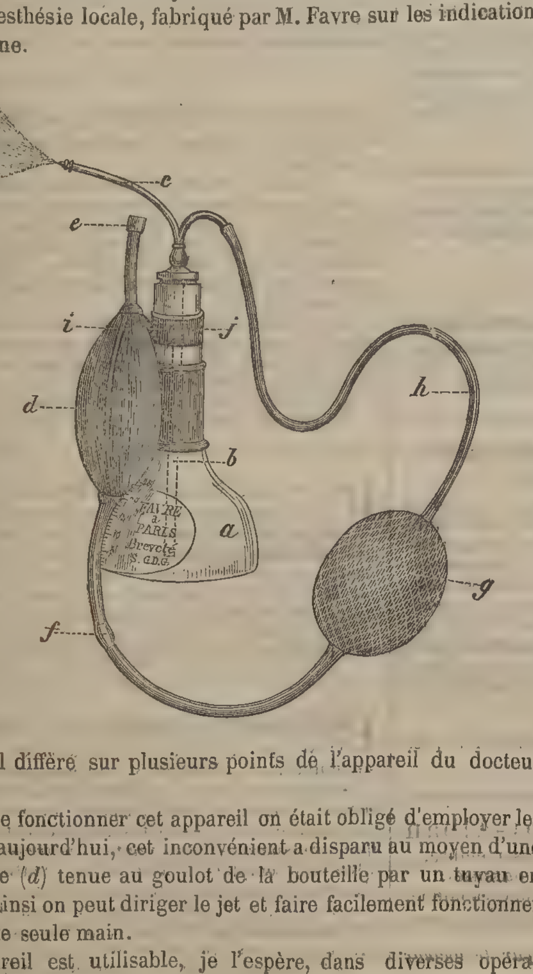
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Une lettre de M. Ducroix, vétérinaire de la garde de Paris, qui informe l'Académie qu'il a été appelé, la semaine dernière, à donner des soins à un cheval affecté de variole (horse-pox). Commission de vaccine.

2° Une lettre de remercîments de M. le professeur Malagutti, de Rennes, récemment nommé membre correspondant.

M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un appareil pour pratiquer l'anesthésie locale, fabriqué par M. Favre sur les indications de M. Duchesne.



Cet appareil diffère sur plusieurs points de l'appareil du docteur Richardson.

1° Pour faire fonctionner cet appareil on était obligé d'employer les deux mains: aujourd'hui, cet inconvénient a disparu au moyen d'une olive aspirative (*d*) tenue au goulot de la bouteille par un tuyau en caoutchouc; ainsi on peut diriger le jet et faire facilement fonctionner l'appareil d'une seule main.

2° Cet appareil est utilisable, je l'espère, dans diverses opérations de la bouche, parce que la diminution de la dépense du liquide est combinée avec sa volatilisation, de cette manière la trop grande quantité de réfrigérant qui tombait est évitée: les nausées et les suffocations ne sont plus à craindre.

3° Un trou (*j*) établi au goulot de la bouteille et recouvert d'une bague en caoutchouc (*i*) peut se mouvoir avec le pouce et permet d'arrêter le jet instantanément.

M. GUÉRARD dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. le docteur Bergeret (d'Arbois), sur l'hydrophobie rabique, (commission de la rage.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Civiale, membre titulaire. M. Civiale a été enterré modestement dans le cimetière de Garches, près Saint-Cloud. Conformément à ses dernières volontés, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. LARREY lit un rapport verbal sur un album photographique composé par M. Fischer, de Heydelberg, et reproduisant une série d'instruments de chirurgie et d'appareils destinés aux blessé. Un grand nombre de ces instruments et de ces appareils se trouvent en nature ou en réduction à l'exposition universelle.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Deux rapports d'épidémie par MM. les docteurs Bernard, de Prangeay et Barth, de Boulay. (Commission des épidémies.)

2° Un mémoire de M. le docteur Caillat, sur les accidents occasionnés par l'usage inconsidéré des eaux de Contrexéville.

3° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Montmirail-Vaqueyras (Vaucluse), par M. le docteur Millet; des eaux chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier; de Vals (Ardèche), par M. le docteur Charbannes; des eaux minérales du Haut-Rhin, par les médecins inspecteurs de ces établissements.

4° Un rapport sur le service des salles militaires de l'hôpital thermal de Plombières, de 1863 à 1865, par M. le docteur Vergeon, médecin-chef. (Commission des eaux minérales.)

RAPPORT.

Sur un cas de horse-pox.

M. DEPAUL. Le 8 juin, M. Decroix, vétérinaire à la garde de Paris, m'a fait prévenir qu'il existait probablement un cas de horse-pox chez un des chevaux de M. le préfet de police. Je me rendis à la préfecture et j'examinai l'animal. Il était bien en effet atteint de horse-pox. La lèvre supérieure, la langue, le frein de la langue présentaient les pustules caractéristiques. Je chargeai une dixaine de tubes du virus contenu dans les pustules.

Le lendemain je vaccinai dans mon service, avec ce virus, trois enfants âgés de un, deux, et trois jours, et à la séance de vaccination, à l'Académie, je pratiquai la même inoculation sur deux enfants du quartier que j'espérais revoir.

En outre, dans la cour même de la préfecture, j'avais revacciné M. Decroix et deux domestiques du préfet. Les inoculations pratiquées sur les petits enfants, à l'hôpital, échouèrent complétement; il en fut de même des revaccinations; mais les enfants que j'avais vaccinés à l'Académie eurent chacun une seule pustule qui se développa parfaitement. J'ai revu ces enfants deux fois depuis, et j'ai opéré aujourd'hui trois nouvelles vaccinations avec le contenu de leurs pustules, qui sont magnifiques. Il ne faudrait pas s'étonner de l'échec éprouvé chez les trois enfants qui furent inoculés à l'hôpital, car la vaccination réussit plus rarement chez les enfants qui sont nés depuis peu.

COMMUNICATION.

Sur la peste bovine en Allemagne.

M. BOULEY. Vers le milieu du mois de mai dernier, M. le Ministre de l'agriculture et du commerce reçut, d'une source qui n'était pas suspecte, la nouvelle que la peste bovine avait apparu en Allemagne, dans la Prusse rhénane, le Wurtemberg, la Bavière, le grand duché de Bade, etc. Nos frontières semblaient donc menacées; et le danger semblait d'autant plus grand, que si les mesures radicales, telles que les appliquent les Prussiens, avaient été inefficaces pour arrêter les progrès du mal, les mêmes moyens, appliqués par nous, semblaient devoir être impuissants.

M. le Ministre prit une grande mesure. Toute la frontière de l'Est, depuis Lauterbourg jusqu'à la Savoie, fut fermée aux bestiaux arrivant d'Allemagne; et non-seulement on ne toléra plus l'introduction des animaux vivants, mais même des viandes de choix. On sait dans quelle proportion Paris est approvisionné de ces viandes par l'Allemagne. J'ai rencontré un industriel qui, à lui seul, importait de 5 à 600 kilogrammes de filet par jour.

L'alimentation publique eut donc à souffrir de cette prohibition présumée nécessaire; et pour pouvoir la lever aussitôt qu'elle aurait cessé d'être utile, M. le Ministre me donna la mission d'aller étudier le mal sur les lieux. Un de mes confrères de Strasbourg, M. Imlin, me fut adjoint sur ma demande, comme sachant l'allemand et pouvant me servir d'interprète.

Dès notre arrivée, nous nous aperçûmes que l'on avait fait parvenir au ministère des nouvelles fausses, peut-être volontairement fausses. Les industriels qui font le commerce des bestiaux achètent les animaux à vil prix lorsqu'ils ont terrifié les propriétaires par la crainte d'une épidémie.

Quoi qu'il en soit, le fait est que dans le duché de Bade, où nous entrâmes d'abord, nous ne vîmes pas ombre d'un animal malade. A Francfort, à Hesse-Cassel, à Cassel, rien. On nous dit que la peste bovine régnait dans les duchés saxons: Saxe Meiningen, Saxe Gotha, Saxe Cobourg. Ces duchés ont encore leurs ducs; ils ne sont pas prussiens; mais comme ils font partie de la confédération de l'Allemagne du nord en union militaire avec la Prusse, et comme la Prusse emploie des soldats pour combattre la peste bovine, ils étaient occupés militairement.

Le gouvernement prussien avait envoyé un général avec une armée de quatorze bataillons, et en outre un conseiller royal de Prusse et un professeur vétérinaire de Berlin, qui composaient un conseil administratif.

Les localités infectées furent donc occupées militairement, et un cordon sanitaire fut établi autour d'elles au moyen de soldats qui veillaient, arme au bras, le fusil chargé. Et c'était bien une mesure effective, car un paysan étant entré dans un village le matin, avant que les communications ne fussent interrompues, et ayant voulu en sortir le soir, après avoir passé la journée à boire, fut tué roide d'un coup de fusil à aiguille, pour n'avoir pas voulu obtempérer aux avertissements de la sentinelle et lui avoir même répondu d'une façon peu convenable. Le régime prussien est très-rigoureux, lorsqu'il s'agit d'étouffer sur place la peste bovine. En Saxe Meiningen, dans la petite localité d'Hildburghausen, 160 bêtes, infectées ou non, furent enfermées dans un enclos. Comme on le fait pour des condamnés à mort, on creusa préalablement leurs fosses. Puis avec leurs fusils à aiguilles, les soldats prussiens tirèrent sur ce troupeau jusqu'à ce que tous les animaux fussent tués. Les corps furent enfouis immédiatement.

Ces procédés sont tellement expéditifs qu'il est impossible d'observer la peste bovine en Prusse et dans l'Allemagne du Nord. Le gouvernement Bavarois, sur la nouvelle d'une épidémie, avait envoyé trois vétérinaires de chaque province, ce qui faisait en tout vingt-quatre. Nous trouvâmes cette convention de vétérinaires bavarois, auxquels s'étaient joints quelques confrères d'autres pays, attendant la peste sans la voir venir; tout ce qu'il fut possible d'observer, ce fut un péripneumonie prise d'abord pour un cas de peste bovine.

Nos voisins ne négligent aucune précaution contre la contagion possible; je dirai même qu'ils agissent avec excès.

Ainsi on ne peut plus entrer en Bavière sans être préalablement chloruré dans un appareil fumigatoire. Les gendarmes vous attendent à la frontière. Ils font descendre tous les voyageurs et les font entrer dans des boxes en bois, d'où la tête seule peut sortir par une espèce de lucarne quand on est d'assez grande taille. Puis un gendarme verse *larga manu* de l'acide sulfurique sur du chlorure de chaux. Une bonne dame, un peu courte, faillit être asphyxiée auprès de moi; mais elle repoussa le gendarme et parvint ainsi à s'échapper. Tous les colis, les wagons eux-mêmes sont également chlorurés.

Certes, nous n'aurons rien à craindre de la peste bovine sur cette frontière, tant que nous serons si bien défendus par nos voisins.

En Wurtemberg, en Prusse rhénane, partout où nous n'avons pas trouvé trace de peste, nous avons vu les gouvernements prêts à lutter, et des soldats massés pour établir des cordons sanitaires. En Bavière, les bêtes venant d'Autriche doivent faire une quarantaine de vingt et un jours quand elles ne sont pas accompagnées de certificats authentiques prouvant qu'elles proviennent de localités où la peste n'a pas paru.

Il y a donc là une barrière formidable que le mal ne saurait franchir. Nous pouvons être tout à fait rassurés; et le ministre l'a tellement jugé ainsi, qu'après avoir reçu nos rapports, il a cru devoir lever toute interdiction, le 8 juin dernier. D'ailleurs le danger est d'autant moins grand que les bêtes introduites en France sont destinées aux abattoirs, tuées et dépecées en arrivant; elles ne pourraient donc propager les éléments infectieux qu'elles porteraient en elles.

Suite de discussion sur le mouvement de la population de la France.

M. GUÉRIN. Le jour est déjà loin où M. Broca nous a fait un tableau tellement brillant de l'état actuel, que sous l'impression de cette parole éloquente nous étions tous près de partager son optimisme.

Depuis lors, MM. Larrey, Bergeron, Bouley sont venus faire des restrictions et ont préparé la transition entre le discours de M. Broca et ce que je vais dire.

Tout le monde considère la question actuelle comme composée de deux éléments; le premier, purement numérique, se rapporte à l'accroissement brut, et le second à l'amélioration, au perfectionnement de la population française. Je m'occuperai d'abord seulement du premier.

M. Broca a fait ressortir un fait évident, incontestable, c'est que depuis le commencement du siècle à aujourd'hui la population s'est accrue de dix millions.

Mais il ne faut pas prendre ainsi ce chiffre en bloc; il faut savoir si l'accroissement est progressif, et si la proportion est en voie de continuité, de stabilité ou de diminution. Si elle a décru, il faut savoir quelle elle est dans d'autres États; et si ailleurs elle est plus forte, il en résulte pour nous une apparence d'infériorité qui demande à être étudiée de plus près.

Eh bien, si nous examinons les chiffres qui représentent le mouvement de la population en France depuis 1800, nous voyons que la progression s'est ralentie et que l'accroissement a diminué d'une façon notable depuis 1845. De 1800 à 1845, la moyenne de l'accroissement annuel était représentée par le nombre 176,841. Depuis cette époque jusqu'à 1866 elle est de 129,643.

Ainsi l'accroissement annuel a diminué d'une façon absolue durant cette dernière période de vingt ans; et cependant il faut bien comprendre que l'accroissement annuel doit toujours augmenter pour que la proportion reste la même. En effet, chaque accroissement annuel amène un nouvel élément de production qui doit influer sur l'accroissement d'une autre année. Une augmentation de dix millions depuis le commencement du siècle aurait dû avoir pour effet d'augmenter proportionnellement chaque accroissement annuel.

Le même résultat devrait être amené par l'amélioration de l'hygiène publique, des conditions au milieu desquelles le peuple vit, et aussi par l'amélioration des souches, car après les guerres de la révolution et de l'empire la population était écrémée et les reproducteurs n'étaient pas, en général, de premier choix.

Il y aurait donc déjà décroissance relative si le chiffre annuel à additionner restait le même; mais il y a plus: il y a décroissance absolue.

Ici j'aborde un point qui n'a pas encore été remarqué suffisamment.

Lorsqu'on examine d'une part les relevés annuels des naissances et des morts, et d'autre part les recensements qui se sont faits à certaines époques, on voit qu'il faut tenir compte: 1° de l'excédant des naissances sur les décès; 2° et de l'excédant de population qui déborde ce premier nombre; car, par exemple, entre les deux premiers recensements du siècle, entre celui de 1800 et celui de 1806, l'accroissement de la population paraît énorme; mais si l'on fait la somme des différences annuelles entre les naissances et les morts, et si l'on compare le chiffre ainsi obtenu à celui qui représente la différence entre les deux recensements, on est étonné de voir que ces chiffres, loin d'être les mêmes, s'écartent de plus d'un million.

D'où peut venir cette différence? M. Broca, s'inspirant des rapports

officiels qu'il n'a pas corrigés sur ce point, comme il l'a fait sur beaucoup d'autres, dit que c'est une preuve de la longévité des habitants de la France. Sans qu'il y ait plus de naissances, il se trouve en somme plus d'habitants; donc les habitants vivent davantage. Mais M. Broca n'a pas réfléchi que, lorsqu'un nombre est constaté à l'origine, la somme des accroissements successifs qu'il a pu recevoir dans un laps de temps doit représenter l'accroissement total. Si l'on trouve pour ce dernier un chiffre plus fort, il faut qu'il y ait eu quelque cause d'erreur due à l'introduction d'éléments étrangers.

Celui qui emprunte de l'argent et le met dans sa caisse à côté de son capital et des intérêts successifs accroît la somme sans accroître son gain. C'est le cas de la France. Une population dont le chiffre est constaté devient pour un pays un capital, la différence entre les naissances et les morts forme chaque année un produit qui vient accroître ce capital; mais la longévité plus ou moins grande des habitants ne peut pas faire que dans une période de cinq ou six ans, le chiffre total se soit accru en dehors de cet élément fourni par l'excès des naissances par rapport aux morts.

Ceux qu'on trouve en plus sont étrangers; ils appartiennent à d'autres races; la France attire à elle; mais ceux qui viennent ne sont pas Français, et la France ne serait plus française si cette émigration se continuait longtemps sur une vaste échelle.

Heureusement, après 1806, l'immigration diminua; on trouve même que dans certaines périodes la différence n'est plus du même côté, ce qui fait un peu compensation.

Mais le chiffre qui représente l'ascension progressive de la population décroît toujours. Ainsi, d'après les nombres relevés au commencement de ce siècle, la population française en augmentant toujours de même aurait mis 104 ans à doubler; maintenant on calcule qu'elle en mettrait 193.

Nous rougirons de ces chiffres, si nous les comparons à ceux que les journaux ont fait connaître, et qui représentent l'accroissement de tous les peuples qui nous entourent, Anglais, Américains, Prussiens, Russes même, et Danois.

Par suite de l'immigration que nous avons déjà signalée, ces races prennent part en France à la production; ce qui rend la question encore plus complexe.

On s'étonne que je fasse jouer un si grand rôle à l'immigration, tandis que les rapports officiels disent que l'immigration et l'émigration se compensent. Mais cette assertion est sans valeur, car pour dresser les tables de recensement on ne tient pas le moindre compte des nationalités; on s'inquiète seulement de savoir si les personnes que l'on inscrit ont habité le même lieu depuis six mois. Ainsi le gouvernement ne peut nullement savoir quelle est la proportion de l'élément étranger.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 mars 1867.

Présidence de M. CHAUSIT, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

RAPPORT.

M. GIRAUD-TEULON lit un rapport sur le travail présenté par M. Giraldès et intitulé : *Considérations sur le traitement des cataractes congénitales*. Les conclusions du rapporteur sont favorables; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

Le rapport est renvoyé au comité de publication.

LECTURE.

M. DOLBEAU, candidat au titre de membre titulaire, donne lecture d'un mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. Une commission, composée de MM. Blachez, Richelot et Forget, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. Dolbeau.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Aimé MARTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le choléra semble décidément prendre droit de domicile en Europe.

Après avoir sévi cet hiver sur certains points de la Bretagne, province dans laquelle on le signale encore, le choléra, d'après nos derniers renseignement, a reparu sur le littoral de la Méditerranée, en Calabre, à Palerme, dans les îles Ioniennes.

En Angleterre, le *Medical Times* en relate quelques cas récents.

Dans l'Inde, la même maladie, sous une forme épidémique, aurait frappé les pèlerins de Bénarès.

En Allemagne, quelques cas isolés font craindre sa réapparition.

A Paris même, dans ces derniers temps, on a observé quelques accident cholériformes non suivis de mort en général.

— La fièvre jaune, qui n'avait jamais dépassé jusqu'à présent le cap de Bonne-Espérance, fait en ce moment de grands ravages à l'île Maurice.

— On lit dans le *Moniteur* du 13 juin :

« Lundi dernier, l'Empereur de Russie et son fils le czarevich, accompagnés de M. le général Le Bœuf, de M. le général Favé et des officiers de leur suite, se sont rendus à l'hôpital Lariboisière. Leur visite n'avait point été officiellement annoncée.

« L'Empereur et son fils, guidés par le directeur de l'administration de l'assistance publique et par le directeur de l'hôpital, ont parcouru les diverses parties de l'établissement. Le Czar s'est rendu compte de tous les détails de l'installation : il s'est fait expliquer le fonctionnement des appareils de ventilation, a visité les machines et a daigné témoigner sa haute satisfaction de tout ce qu'il avait vu. Le grand-duc héritier n'a pas apporté moins d'intérêt à cette visite : il a voulu goûter les aliments préparés à la cuisine et le vin des malades.

« Tout le personnel de l'hôpital, les employés, les internes et les sœurs assistaient à cette visite, dans laquelle l'Empereur et son fils ont recueilli de nombreuses marques de respect. L'administration n'avait pu prévenir en temps utile les médecins et chirurgiens.

« Au sortir de l'hôpital, le Czar a été acclamé par plusieurs groupes de personnes du quartier qui s'étaient réunies à la porte de cet établissement, averties par le mouvement inusité qu'on y remarquait. »

Nous apprenons qu'à la suite de cette visite, le Czar a envoyé à M. Husson, membre de l'Institut, directeur de l'Administration de l'Assistance publique, les insignes de grand-officier de l'ordre impérial et royal de Saint-Stanislas. Si nous avons bonne mémoire, M. Husson, qui est membre de notre Académie de médecine, avait déjà été nommé, en 1865, membre de l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, à raison de ses travaux sur les hôpitaux.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 21 juin, à trois heures et demie, à l'Hôtel de Ville.

Ordre du jour : 1° Observation de fistule urinaire, par M. Blondeau; 2° Lecture, par M. Cavasse; 3° Votes sur les candidatures de MM. de Ranse, Facieu et Zuskowsky; 4° Discussion sur l'ovariotomie.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la syphilis et de son traitement. — De la dipoplie dans l'ataxie locomotrice. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Souscription. Nouvelles. — Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la syphilis et de son traitement.

A propos de la discussion actuellement pendante à la Société de chirurgie, nous recevons deux lettres d'honorables correspondants : MM. les docteurs Faure et Liégard (de Caen.)

M. le docteur Faure s'est fait connaître par ses belles recherches sur l'asphyxie, sur l'application répétée du fer rouge à la face antérieure de la poitrine pour ranimer les mouvements respiratoires, et par une théorie nouvelle, peut-être bien un peu hasardée, sur le mécanisme de l'anesthésie par le chloroforme.

Voici ses réflexions sur la syphilis.

« Un homme vient chez moi avec une jeune femme mariée. Quatre mois avant, ayant un chancre, il a eu des rapports avec elle. Chez lui, le chancre a guéri sans accident consécutif; chez elle, la vérole s'est manifestée progressivement sous ses formes les plus graves, et jusqu'à présent, n'osant pas avouer sa situation, elle n'a subi aucun traitement. Ulcérations dans la gorge, chapelet de ganglions cervicaux très-prononcés, plaques muqueuses ulcérées à la vulve, à l'anus, ulcération du col utérin, ganglions inguinaux, syphilides sur les bras, la poitrine et les cuisses, dans la tête et à la nuque; de plus, elle était enceinte.

Le traitement mercuriel enraya immédiatement les accidents. Trois mois après, la guérison était complète. Cette femme est accouchée à terme, d'un enfant bien portant. Il y a dix-huit mois de cela, rien n'a reparu.

Un jeune créole, d'une indolence excessive, prend un chancre dans le courant de l'année dernière. Ce chancre s'indure. L'induration avait le volume d'un haricot. Bientôt surviennent des taches lenticulaires, des squammes, etc., puis la gorge se prend. Une ulcération, qui occupe toute l'amygdale gauche, s'étend à tout le bord du voile du palais, contourne la luette et descend sur le pilier droit. Les ganglions cervicaux forment, à gauche, un chapelet qui descend de l'apophyse mastoïde à la base du cou.

Je prescris un traitement mercuriel. Mais, je l'ai dit, ce jeune homme est excessivement indolent. Son domestique fait exécuter les ordonnances chez le pharmacien, mais le malade s'abstient religieusement de les prendre. C'est à peine si, sous mes yeux, je puis lui faire accepter quelques pilules ou quelques cuillerées de liqueur de Van Swieten. Ajoutez à cela qu'il se livrait à la vie la plus débauchée, aux excès de tous genres, passait les nuits au bal, s'enivrait, etc. Vers la fin de mars, il prend une blennorrhagie. Il ne tient pas plus de compte de cette maladie que des autres. Il a un commencement d'orchite.

Un de ses amis lui apprend que le mercure est contraire dans la blennorrhagie; pour je ne sais quel autre motif, il craint que le traitement antiblennorrhagique ne soit contraire dans la vérole, et il se refuse radicalement à tout traitement au plus fort de ses maladies. En somme, il ne subit aucun traitement.

Vers la fin de mars, j'examine sa gorge. La plaie a pris le meilleur aspect. Sa blennorrhagie s'affaiblit; elle cesse bientôt d'elle-même.

Aujourd'hui, ce jeune homme est entièrement guéri. Les cicatrices des piliers du voile du palais indiquent seuls qu'il a été malade.

Ainsi, sur trois sujets atteints de vérole, l'un guérit sans aucun accident; l'autre, après que les accidents ont acquis une certaine gravité, et tous deux sans mercure. Chez le dernier sujet, au contraire, le mal marche sans relâche; il ne s'arrête qu'au moment de l'administration du mercure, mais alors il rétrocède immédiatement. Quelle conclusion tirer de là? Faut-il donner du mercure? faut-il s'en abstenir? Ici, si l'on se fût abstenu systématiquement chez ces trois malades, les deux hommes auraient guéri quand même; mais la femme?

M. Després repousse l'usage du mercure, en s'appuyant sur des faits où il serait resté inefficace, sur d'autres où la guérison s'est effectuée sans lui, et sur ce fait général que, prenant la vérole pour une intoxication, les intoxications ne reconnaissent pas d'antidote. Cette thèse, qui a été très-vivement attaquée par MM. Depaul et Panas, au nom de la véracité des faits, aura-t-elle pour résultat de faire rayer le mercure du catalogue des spécifiques, et d'arrêter son cours dans les veines des générations futures? C'est ce que nos petits-fils seuls pourront dire.

La guérison de la vérole sans mercure, comme celle de la cataracte, de la pierre ou du cancer sans opération, a, aux yeux du public, un côté plein d'attrait, et c'est là ce que trop souvent ceux qui l'ont proposée ont surtout considéré. Il n'est personne à qui il ne soit arrivé de voir des syphilitiques résister au mercure sous quelque forme qu'il fût administré; il n'en est pas qui n'aient vu des syphilitiques guérir sans mercure; mais qu'est-ce que cela prouve en raison du nombre immense des cas où les effets du mercure se sont empressés de répondre à l'appel des médecins avec une précision incontestable.

De tout temps il y a eu des individus réfractaires à la vérole; c'est bien assez que la masse des individus soit prédisposée à contracter avec elle des liens indissolubles; si d'autres sont plus favorisés, il ne faut pas les oublier. Ils sont rares peut-être, mais ils suffisent pour s'affirmer, pour maintenir l'exception en face de la règle, et ce n'est pas la première fois qu'une minorité sans tache et sûre d'elle-même se lève contre une majorité véreuse.

Traiter une telle maladie par une méthode exclusive, c'est donc nier ce qu'il y a de plus reconnu en médecine; la variabilité des dispositions individuelles. Le virus est un, la vérole est toujours elle-même, soit; mais les portes ne s'ouvrent pas toutes devant elle avec un égal empressement.

Parmi les faits cités à l'appui de son opinion, M. Després rapporte que sur dix-sept enfants vaccinés avec le même virus, quinze ont eu la vérole. Pourquoi pas les dix-sept, puisque le virus était le même? Sur les quinze enfants infectés, douze seulement ont été soumis au traitement mercuriel. Il se trouve que quand on les a examinés, les trois qui n'avaient subi aucun traitement étaient moins atteints que les autres. M. Després trouve cela étrange : j'avoue que je ne trouve rien d'étrange à ce que l'on n'applique pas à trois individus qui ne sont que peu malades le même traitement qu'à douze autres qui le sont beaucoup. M. Després, pour montrer la supériorité du traitement non mercuriel, donne le tableau de deux malades datant de la même époque, et dont l'un seulement a pris du mercure; celui qui n'en a pas pris a de l'adénite axillaire, des papules de roséole sur le tronc et la hanche, des taches lenticulaires sur la poitrine et les membres inférieurs, son état général est mauvais, il dépérit, etc.; l'autre était fort gravement atteint, j'en conviens, mais je ne trouve pas que l'état de celui-ci soit déjà si satisfaisant, et je ne vois pas davantage en quoi il donne tort à M. Verneuil de tenir aux préparations mercurielles.

Parlant des médecins qui donnent encore du mercure, M. Després les appelle presque de dignes contemporains de Rhazès et de Swédiaur, dénués de tout discernement, et administrant le médicament sans se demander seulement s'il y a un rapport entre ses propriétés et la maladie qu'il est destiné à combattre; il est vrai que ces derniers, en voyant à leur tête M. Velpeau, M. Ricord et la généralité des maîtres, peuvent se consoler; mais s'il est un seul médicament sur lequel M. Després soit mieux renseigné que nous ne le sommes sur le mercure, je lui serais reconnaissant, pour mon compte, de le dire.

Pour contester au mercure ses qualités de spécifique, il le compare au sulfate de quinine qui, d'une part, reste très-souvent impuissant dans les fièvres d'accès, et de l'autre fait fréquemment cesser les accès dans les maladies qui n'ont rien de paludéen. C'est, je crois, la première fois que le sulfate de quinine reçoit un tel affront, se voit ainsi contester sa qualité de spécifique.

Puisque M. Després tient tant à pénétrer dans l'intimité des choses, pourrait-il dire pourquoi, sur une population entière soumise à de mêmes influences, il n'y a qu'un certain nombre d'individus atteints? Pourquoi chez quelques-uns, l'atteinte est des plus légères, tandis que chez d'autres elle est irrémédiable, car ce sont là des préoccupations du même ordre. Il vante les effets d'un régime reconstituant; mais je voudrais bien savoir comment il explique scientifiquement l'efficacité d'un tel régime sur la vérole. Dire que la vérole est une intoxication, c'est avancer une opinion, ce n'est pas donner une preuve. Dire que c'est un débilitant, c'est avancer une autre chose qui n'est pas toujours vraie, car on voit tous les jours des gens qui sont atteints d'une syphilis très-grave et qui ne sont pas plus faibles pour cela. Mais d'ailleurs, quand les sujets sont débilités, nous sommes autorisés à croire que c'est parce qu'ils sont malades, et comme ils le seraient par le fait de toute autre maladie, sans être forcés de reconnaître que l'essence même de la maladie consiste en des propriétés débilitantes spéciales. Cette doctrine, au nom de laquelle M. Després traite la majorité de ses confrères d'empiriques, repose sur sa conviction que le virus tend à l'élimination; mais ce mot, qui, comme tant d'autres que nous employons journellement, a dans une certaine science une signification exacte, ne représente plus ici qu'une hypothèse; c'est une vue de l'esprit en l'absence d'une constatation réelle. En algèbre, quand on élimine des quantités, on les connaît, on sait ce qu'elles sont et ce qu'elles valent, on sait comment on les fait disparaître et ce qu'elles deviennent. Or, si M. Després possède le mécanisme de l'élimination de la vérole, il y a bien des gens qui seraient heureux, je crois, qu'il le leur montrât.

Monsieur Després nous donne la mesure de ses exigences physiologiques, en matière de thérapeutique, par son explication des effets de l'émétique. Mais je crains que, si cette explication est conforme à la physiologie de Richerand, non revue par Bérard, elle ne le soit plus avec celle du Collége de France. Il dit qu'il a renoncé, dans son service, aux bains de sublimé, parce qu'ils ne sont pas absorbés, et qu'il leur a substitué les bains salés; mais on pourrait lui demander s'il est bien certain que ces derniers le soient plus que les autres.

En référer uniquement à la temporisation, comment le veut M. Després, c'est parfait pour ceux qui ont de la tendance à guérir d'eux-mêmes : mais les autres? Ainsi vous vous trouvez en face d'un homme qui n'est malade que depuis six mois, il a déjà des ulcères sur diverses parties du corps, des perforations dans la bouche, une induration des testicules, des exostoses; il a déjà perdu un œil; chaque jour il se détériore par un procédé nouveau. Cela ne vous étonne pas, vous qui savez que l'évolution dure quelquefois douze ou quinze mois; mais alors pour le consoler, dit avec raison M. Verneuil, irez-vous lui dire qu'il n'en a plus que pour cinq ou six mois avant que cela ne s'arrête définitivement peut-être?

Au milieu de son travail, M. Després, anticipant sur ses conclusions, fait une profession de foi : « Si j'avais la syphilis, dit-il, je ne prendrais pas de mercure. »

Mais que dirait-il si, fatigué un jour, au bout de huit ou quinze mois, de voir se dessiner sur sa personne toutes les évolutions de la vérole, il en venait à recourir à ces traditions empiriques qu'il traite avec tant de rigueur, de dédain; et que cela lui réussît? Or telle chose s'est présentée pour beaucoup. En face de sa maladie guérie, M. Després regretterait-il la défaite de ses principes? Quoi qu'il en soit, je ne me souhaite pas plus qu'à M. Després d'entrer jamais dans la question d'une façon aussi personnelle; mais si cela m'arrivait, contrairement à lui, je voudrais qu'on essayât d'abord du mercure. »

—Ainsi, M. le docteur Faure rappelle, en premier lieu, qu'il existe des véroles faibles, guérissant d'elles-mêmes, et des véroles fortes, qui demandent un traitement. Il montre que ces deux espèces peuvent provenir des mêmes sources, et il conclut que, dans le doute, il faut faire usage du mercure.

M. le docteur Liégard pose les mêmes prémisses, mais il n'arrive pas aux mêmes conclusions.

Voici la lettre qu'il adresse à M. le docteur Després sous le couvert de la *Gazette*.

« Permettez-moi de vous adresser cette lettre par l'entremise de notre excellente *Gazette des hôpitaux*. C'est, en effet, dans ce journal que j'ai lu, avec grand plaisir et le plus vif intérêt, votre belle dissertation sur le traitement de la maladie syphilitique que vous regardez avec raison, ainsi que M. Velpeau lui-même, « comme le résultat d'un poison introduit dans le sang, ayant pour caractère une tendance à une expulsion des produits altérés, etc... »

Mais, ajoutez-vous, monsieur, « il reste un point obscur dans mon esprit : combien un individu peut-il mettre de temps à réparer son sang, à éliminer tout ce que ce dernier renferme de mauvais? etc. »

C'est pour élucider ce point obscur et répondre à cette question d'une si grande importance pour la pratique, que j'ai cru devoir vous adresser cette lettre.

Les syphilis faibles, aviez vous-dit (semblant ainsi répondre à la question que vous avez posée plus bas, et à laquelle je vais tâcher de répondre tout à l'heure), « les syphilis faibles sont « traitées pendant trois mois, les syphilis fortes, six mois et « plus. » Et encore, que de récidives !..

Pour indiquer, *a priori*, le temps nécessaire à l'élimination, à l'expulsion de ce germe morbide, il faut considérer d'abord le climat et la saison pendant laquelle on entreprend le traite-

ment ; et l'on peut dire avec certitude que la durée de ce traitement est d'autant plus courte que la température est plus élevée. Il y a même des syphilitiques (dans la classe des syphilis fortes) qui n'ont pu se guérir qu'en allant habiter une contrée voisine de l'équateur.

Il y a quarante ans, le docteur Raisin, l'un de mes premiers maîtres, ancien et très-judicieux praticien, nous disait avoir traité vainement des malades qui étaient venus de la Louisiane, avec des symptômes légers de syphilis, symptômes de venus promptement fort graves en France, et qui un mois après leur retour en Amérique avaient vu disparaître entièrement cette opiniâtre maladie et leur santé parfaitement rétablie sans avoir eu recours à aucun autre traitement que les toniques et un régime fortifiant. Ces observations avaient fait une vive impression sur mon esprit. J'avais eu plus tard l'occasion d'interroger plusieurs habitants de la Nouvelle-Orléans qui m'avaient dit que, dans ce pays très-chaud, le corps est presque constamment plongé dans une abondante transpiration. J'avais cru pouvoir en conclure que ces sueurs abondantes étaient le puissant agent de dépuration au moyen duquel était éliminé tout ce que le sang renferme de mauvais. C'est sur cette donnée très-probable, sur ce principe tout rationnel que, depuis trente ans, j'ai basé le traitement de mes syphilitiques ; et je puis dire, avec vérité, que quand ce traitement est commencé dans la saison chaude, un mois ou six semaines suffisent généralement à la guérison de cas fort graves.

Voici en quoi consiste ce traitement : tous les deux ou trois jours, suivant la force plus ou moins grande des malades, je leur fais prendre un bain de vapeurs très-aromatiques, de 48 à 54° centigrades; ce bain dure de 15 à 20 minutes. Ils sont immédiatement après roulés dans une couverture de laine très-chaude, couchés sur un matelas, la tête un peu élevée par des oreillers, recouverts de 4 à 5 autres couvertures, et boivent, pendant 2 heures, toutes les 20 minutes, une tasse d'infusion aromatique chaude et sucrée. Ces bains ont une telle puissance que, le plus ordinairement, la couverture et le matelas sont traversés, et, sous le lit, la sueur mouille encore largement le parquet. Or, comme ces sueurs débiliteraient les malades, je leur prescris, en même temps, un vin analogue au vin de Séguin, un petit verre avant chaque repas; des potages au consommé de bœuf, des viandes rôties, une bonne bière de Bavière, etc. J'y joins quelquefois l'iodure de potassium, à la dose maximum de 50 à 70 centigrammes par jour, et, dans quelques cas de syphilis secondaire, des doses de mercure presque homœopathiques.

Je pourrais citer bon nombre de faits remarquables à l'appui de ce traitement, mais il me semble que le raisonnement parle suffisamment en sa faveur; et puis, cette lettre est déjà bien longue : je me contenterai donc de rapporter très-brièvement une seule observation. Un jeune homme, de vingt-deux ans était soumis depuis trois mois déjà à un traitement mercuriel assez actif, lorsqu'il vint me consulter. Il me fit voir un large chancre phagédénique qui, malgré le mercure intus et extra, avait détruit presque tout le gland. C'était à la fin d'avril; la température était déjà assez élevée. Je lui fis supprimer entièrement le mercure ; il fut mis aux toniques et à un régime très-succulent, et commença immédiatement les bains de vapeurs aromatiques, à 3 jours, puis à 2 jours d'intervalle. Il éprouva chaque fois des sueurs qui pénétraient la couverture de laine, le matelas et la paillasse. Après le deuxième bain le chancre avait cessé de faire des progrès; après le troisième, il était en voie de cicatrisation ; après le cinquième, il était entièrement cicatrisé. Il prit ainsi 10 bains de vapeurs; il continua son régime fortifiant ; et, à la fin de mai, il ne présentait plus le moindre symptôme de syphilis. A la fin de juin, sa santé était excellente, son teint animé et ses forces entièrement réparées.

Par contraste, voyez ce qui se passe dans les pays froids : « En Norwége la vérole se perpétue, comme le prouvent les ravages de la radézige, forme constitutionnelle de la syphilis. D'après Screnk, chez les Samoyèdes, par 66° de latitude nord, et avec une température moyenne de 7° au-dessous de zéro, l'évolution de la syphilis est si rapide, que ses accidents primitifs semblent faire défaut. » (*Gazette des hôpitaux*, 13 juin 1867.)

— Je ferai remarquer à notre honorable correspondant que, suivant la doctrine qui prévaut aujourd'hui, celle des dualistes, l'exemple qu'il donne serait mal choisi.

En effet, d'après les dualistes, le chancre qui devient le plus souvent phagédénique est le chancre mou, lequel n'est pas suivi de syphilis.

Je dois dire pourtant que, récemment encore, dans le service de M. Béhier, j'ai vu un jeune homme qui, n'ayant jamais eu d'autre accident vénérien qu'un chancre, lequel devint phagédénique et rongea une partie du gland, fut pris à la suite de ce chancre d'une roséole caractéristique et d'accidents secondaires. Mais ce n'est pas la règle.

Le fait de M. le docteur Liégard n'en est pas moins curieux en ce qu'il montre l'influence qu'ont pu exercer des transpirations abondantes sur le chancre phagédénique.

Quant aux effets du climat, M. Liégard admet comme un fait prouvé que dans les pays chauds la vérole est moins dangereuse. C'était l'avis des premiers voyageurs qui visitèrent les îles de l'océan Pacifique; c'était celui des anciens médecins, qui faisaient *suer la vérole*, en entretenant le malade dans une température excessive, tandis qu'ils donnaient le mercure.

Mais il est douteux que cette pratique, encore usitée en Allemagne, ait un autre effet que de rendre les accidents mercuriels plus lents à se montrer ; car cha cun sait depuis les belles recherches de Bretonneau et d'autres, que le froid provoque des accidents chez ceux qui prennent du mercure.

Quant à l'action de la température sur la vérole elle-même, elle est mise en doute par M. Bergeron, dans le rapport qu'il a lu récemment sur ce sujet à l'Académie de médecine et que nous avons publié.

Pour ma part, je dois dire, qu'en Égypte, sur les côtes de la mer Rouge, en Arabie, où la température est très-élevée et l'air très-sec, ce qui rend la transpiration des plus abondantes, d'après les renseignements que nous ont donnés les médecins du pays, la vérole serait parfois excessivement grave.

Il est vrai qu'elle y est souvent négligée ; et que, d'après le rapport de M. le docteur Garin, à Lyon, chez les filles de mauvaise vie qui s'établissent autour du camp de Satori, sans être inscrites comme prostituées et sans se faire soigner quand elles sont malades, la vérole revêt souvent un aspect formidable, et rappelle, par les accidents dont elle est la cause, les descriptions que nous ont laissées les observateurs des XVe et XVIe siècles.

De la diplopie dans l'ataxie locomotrice.

Depuis longtemps, on range la diplopie parmi les symptômes de l'ataxie locomotrice.

C'est même, comme l'indique M. Duchenne (de Boulogne), un signe du début, qui peut servir à déterminer le diagnostic alors qu'il n'existe dans les mouvements aucune incoordination bien manifeste.

On a décrit la diploplie des ataxiques comme passagère, momentanée d'abord et fugace, se reproduisant pour cesser encore, à intervalles plus ou moins longs. Elle offre, en outre, un caractère que M. Galezowski, le premier, vient de faire connaître.

Nous allons rappeler les principes de la science, en fait de diplopie.

Lorsqu'on regarde un objet à l'état normal, on le fixe, c'est-à-dire qu'on dirige sur lui l'axe de ses deux yeux. Son image se dessine donc sur les parties centrales, les plus sensibles, des deux rétines, et la double impression coïncide dans le cerveau. Nous n'avons point à entrer ici dans les théories qui ont été émises pour expliquer cette coïncidence. Bornons-nous à énoncer le fait : l'objet est vu simple.

Un autre objet, placé à gauche ou à droite de celui qu'on fixe, est également vu simple, parce que, sur chaque œil, son image est également distante à gauche ou à droite des parties centrales de la rétine.

Si maintenant, par une cause subite, un des yeux est incapable de se fixer sur l'objet en même temps que l'autre, l'image de cet objet ne se dessinera plus sur les mêmes parties de la rétine; mais plus en dehors, si l'œil est tourné plus en dehors, plus en dedans dans le cas contraire. Alors les images ne coïncident plus dans le cerveau; elles se placent les unes à côté des autres, et on a, d'une part, l'image très-nette perçue par la rétine de l'œil fixé sur l'objet; d'autre part, l'image moins nette transmise par les parties moins sensibles, étant moins centrales, de l'œil qui diverge. C'est ce qu'on nomme la diplopie.

Quant à la situation des images, il est facile de s'en rendre compte.

Les rayons visuels se croisent dans l'œil ; celui qui coïncide avec l'axe de cet organe arrive au centre directement; ceux de gauche vont impressionner le côté droit de la rétine ; ceux de droite, le côté gauche. Ainsi, plus un objet est situé à gauche de l'axe optique, plus son image se dessine à droite.

Voilà ce qui se passe à l'état normal.

Maintenant supposons que l'axe optique se dévie à gauche de l'objet, l'impression est la même que si l'objet eût été transporté à droite. Si donc l'œil gauche, par suite d'une paralysie du droit interne par exemple, se dévie à gauche, l'image d'un objet fixé par l'œil droit impressionnera l'œil gauche comme si cet objet était placé plus à droite qu'il ne l'est en réalité, plus à droite qu'il n'est vu par l'œil droit qui le fixe.

Ainsi *dans le strabisme divergent les images seront croisées.*

Si au contraire l'œil gauche dévie vers la droite, les objets étant vus par cet œil plus à gauche qu'ils ne sont vus par l'œil droit, et plus à gauche qu'ils ne sont en effet, les images ne seront pas croisées.

Ainsi *dans le strabisme convergent les images ne sont pas croisées.*

Voilà ce qu'indiquent à la fois la théorie et l'expérience. En employant une paire de lunettes dont les deux verres sont différemment colorés, par exemple en rouge à gauche, en bleu à droite, on constate que si l'œil gauche est dévié en dedans, c'est-à-dire à droite, l'image rouge (la fausse image) se place à gauche de l'image bleue ; tandis que, si l'œil gauche est tourné en dehors, l'image rouge, qui lui appartient, se place à droite.

(Nous nous demandons si notre honorable correspondant, M. Serres (d'Uzès), avait fait ces expériences, en préparant le mémoire très-intéressant que nous avons publié jeudi sur la *Toxonographie rétinienne.*)

Lorsque la déviation est très-légère, souvent on n'en peut juger que par la situation des images, et l'emploi des lunettes à verres de deux couleurs indique le siége de la lésion.

Puis on vérifie le diagnostic par les mouvements du malade. Si en effet un muscle droit interne ou droit externe est paralysé, en faisant tourner la tête du malade de telle sorte que l'antagoniste ait seul à agir pour mettre l'objet examiné dans la direction de l'axe visuel, on fait disparaître la diplopie.

Si la lésion est permanente, ces expériences souvent répétées donneront toujours les mêmes résultats.

Or, il n'en est pas ainsi dans l'ataxie; les résultats de ces expériences varient; et en les renouvelant à peu d'intervalle avec la même paire de lunettes, tantôt on trouvera l'image rouge à droite, tantôt à gauche de l'image bleue; tantôt il faudra tourner la tête d'un côté, tantôt de l'autre, pour faire cesser la diplopie.

En un mot, il n'y a pas là simple paralysie momentanée des muscles de l'œil; mais ataxie, incoordination, troubles variés de leur fonction.

On comprend combien un tel caractère sera précieux pour distinguer les diplopies qui se rattachent à l'ataxie locomotrice.

Dr Victor Revillout.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juin 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Les *Archives générales de médecine*, n° de juin 1867;

Cancer adénoïde du sein et anévrysme cirsoïde du bras, par le docteur Fauvel, chirurgien du Havre;

Du recrutement de l'armée, par le baron Larrey;

Uréthrotomie externe sans conducteur, par le docteur Letenneur, de Nantes;

Bulletins de la Société médico-chirurgicale de Paris, année 1865-1866;

Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux, 1866, 2e fascicule;

Ce fascicule renferme un grand nombre de travaux intéressants, et entre autres la suite d'une observation communiquée déjà en juin 1864 à la Société de chirurgie, observation intitulée : *Résection du grand nerf sciatique pour une névralgie traumatique*, guérison constatée après trois ans et demi;

Kriegs-chirurgische Erfahrungen wahrend des Foldzuges 1866 in Suddeutschland, par le docteur Bernhard Berk, de Freiburg;

DÉCLARATION DE VACANCE.

M. le Président informe la Société que le bureau a été d'avis de déclarer vacante une place de membre titulaire. MM. les candidats sont invités à faire parvenir leurs titres.

LECTURE.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une note adressée par M. Azam, membre correspondant à Bordeaux. (Renvoyée aux Bulletins.)

Discussion sur le traitement de la syphilis (suite).

M. Després. MM. Depaul et Panas ont attaqué chacun, par une argumentation peu différente, les observations et les statistiques que j'ai soumises à la Société.

D'un côté, mes contradicteurs ont nié la valeur de mes observations et de mes recherches, et ils ont essayé à faire ressortir, par des faits empruntés à leurs souvenirs récents, que j'aurais dû compter dans mes statistiques des malades vus dans des services autres que le mien.

D'un autre côté, ils ont posé deux affirmations. M. Panas a dit que le mercure réussissait merveilleusement quand il était employé sous forme de frictions, espérant en cela renverser tout ce que j'avais accumulé de défavorable contre le mercure. M. Depaul, dans le même but, a affirmé que le mercure était excellent pour prévenir les avortements chez les femmes syphilitiques, pour amener un enfant vivant chez une femme grosse et atteinte de syphilis; enfin que le mercure était excellent pour la syphilis infantile.

Mes deux honorables contradicteurs ont laissé d'ailleurs de côté la plupart des faits et raisons que j'ai produits ici, pour ne s'attaquer qu'à deux ou trois points à leur choix. Je m'y attendais. Quand on heurte de front une coutume même scientifique, bonne ou mauvaise, on soulève des passions, on éveille la partialité. Les faits qui contrarient une tradition semblent destinés à être attaqués par tous les moyens.

Mais il est aussi reconnu que, quand on veut prouver quelque chose, il faut donner trop de preuves; et je viens montrer ce que nos adversaires ont laissé debout de mon précédent discours, et puiser dans leur argumentation même de nouvelles preuves de l'inutilité du mercure.

Je répondrai d'abord à M. Panas et brièvement, car j'ai hâte d'arriver à M. Depaul, dont l'autorité donne du poids à ses paroles, et avec qui je dois discuter pied à pied.

De son séjour à l'hôpital de Lourcine pendant vingt mois, M. Panas n'a gardé qu'un souvenir, celui d'avoir vu dans son service des malades sorties non guéries ou mal guéries du mien. Ici, je placerai une critique générale des procédés de mes contradicteurs. Pour que leur assertion ait une valeur, il faudrait qu'ils s'appuyassent sur des chiffres et ils devraient compter comparativement, avec mes malades, toutes celles qui provenaient soit du service de M. Panas, soit d'autres services où l'on donne du mercure. Cette précaution scientifique manquant, je pourrais ne tenir nulle compte de pareilles argumentations; mais, comme je l'ai dit, il faut que je donne trop de preuves, et j'accepte la discussion même sur ces points.

M. Panas a donc fouillé dans son service pour attaquer mes statistiques. Cela m'autorise, vous le comprenez, à y fouiller également pour les nécessités du contrôle.

Eh bien, messieurs, j'ai fait la statistique du service de M. Panas,

Grâce à un zèle et à une ardeur que je ne saurais trop louer ici et que j'ai rencontrés chez les élèves de mon service, nous avons pu, en quelques jours, étudier les registres et les pancartes de Lourcine avec mon cahier d'observations, et construire, autant que faire se pouvait, une statistique des rentrantes après guérison et avec récidives dans le service de M. Panas.

Pendant l'année où j'ai établi ma statistique, dans un laps de temps égal, onze mois, nous avons compté pour le service de M. Panas et pour le mien. Voici ce que nous avons trouvé :

Chez M. Panas, dans un service de 89 lits, 200 malades syphilitiques ont été reçues; sur ce nombre, 25 au moins étaient des rentrantes; mais je n'ai pris que 12 malades, celles qui avaient fait un traitement assez long et que la pancarte déclarait guéries. 8 malades étaient rentrées chez moi; sur ces 8 malades, 1 avait été traitée par M. Panas avant que je n'arrivasse à Lourcine, 2 étaient sorties sur leur demande, 1 n'avait eu que des chancres mous pendant son séjour. Chez mon collègue, 4 avaient été déclarées guéries et avaient pris du mercure, pour chancre induré ou plaques muqueuses.

En tout, 16 récidives chez des malades traitées par M. Panas, et, je le suppose, par le mercure, et après ce que je sais de la pratique et des opinions de mon collègue, je suis sûr au moins pour les 4 qui sont rentrées chez moi.

Voici une malade de M. Panas et rentrée chez lui : B..., dix-neuf ans, entrée à la salle Saint-Louis le 12 décembre 1865, avec un chancre induré et des plaques muqueuses; sortie sur sa demande le 16 mai (155 jours de traitement); rentrée le lendemain; sortie guérie le 25 juillet. Rentrée salle Saint-Louis le 8 novembre 1866, avec sa syphilis; sortie, sur sa demande, le 28 novembre 1866.

Voici une des malades rentrées chez moi : D..., dix-sept ans, entrée à la salle Saint-Louis avec des plaques muqueuses; sortie le 31 juillet (66 jours de traitement), améliorée. Rentrée le 3 août, avec des plaques muqueuses; sortie guérie le 11 novembre (69 jours de traitement). Entrée le 20 avril 1866 à Saint-Alexis, avec des plaques muqueuses du col de l'utérus.

Ce dernier fait montre que je n'ai pas chargé la statistique de M. Panas; j'aurais pu, en effet, compter cette malade deux fois.

Mon service renferme 87 lits; j'ai reçu, dans le même temps que M. Panas, 197 malades, et il rentre dans mon service 12 malades, sur lesquels j'élimine, comme je l'ai fait pour M. Panas, 3 malades qui sont sorties non guéries, et je conserve même celles qui n'étaient restées qu'un mois dans mon service, cela fait 9 malades. Il est entré, dans le service de M. Panas, 7 de mes malades. 4 malades n'avaient, dans mon service, que des chancres mous et sont rentrées chez M. Panas cinq ou six mois après être sorties de mon service, ayant des plaques muqueuses. 1 malade était sortie non guérie; c'était un cas grave, que M. Dolbeau avait déjà traité par le bichromate de potasse, et à laquelle j'avais donné du mercure inutilement. Des 2 autres malades, 1 était sortie sur sa demande, et l'autre avait été traitée chez moi pendant trois mois, et elle avait été traitée à Saint-Lazare avant de venir dans mes salles. Les 2 premières malades sont rentrées chez M. Panas cinq mois après être sorties de mon service; la dernière est entrée deux mois après son départ de mon service. Cela fait donc 2 malades qui doivent compter, et 11 en tout.

En résumé, M. Panas a eu 8 pour 100 de récidives; et en forçant mes chiffres, j'ai eu 6 pour 100 de récidives. Les deux services étaient semblables : dans l'un on donnait du mercure, dans l'autre on n'en donnait pas. Quant à la prompte récidive des plaques muqueuses chez les malades de mon service, vous ne voyez nulle preuve qui confirme les souvenirs de M. Panas.

Lorsque j'ai commencé la statistique de M. Panas, j'étais prêt à me rendre si je trouvais la contradiction de ma statistique. Il n'a pas pu en être ainsi. J'ai constaté non pas une parité, mais bien un désavantage pour le service voisin du mien. Et je suis arrivé forcément à une conclusion conforme à mes conclusions précédentes. Le résultat du contrôle, en effet, prouve que les recherches provoquées par les allusions de M. Panas sont encore défavorables au traitement de la syphilis par le mercure.

M. Panas a vanté les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis; sur quoi appuie-t-il son dire? Sur ce fait : un jeune homme traité inutilement pendant deux mois, puis quatre mois par le protoiodure de mercure, traité ensuite par les pilules de sublimé, va à Beyrouth et revient non guéri. Mais il a le bonheur de passer par Vienne où, se confiant aux soins de M. Sigmund, il est traité par les friction mercurielles et guérit.

Je réponds à cela que si ce jeune homme était passé par Christiania, il aurait vu M. Bœck, qui l'aurait syphilisé et l'aurait sans doute guéri comme M. Sigmund. Il est probable, en effet, que le malade étant arrivé à la fin d'une période d'élimination de syphilis aurait pu guérir avec n'importe quel traitement.

M. Panas nous a dit avoir fait des expériences à l'hôpital du Midi où il est depuis cinq mois; il aurait vu, a-t-il ajouté, 100 malades traités par les frictions mercurielles, et il a compté seulement 39 de ces malades, *parce que les observations sont difficiles à prendre*. En étudiant les narrations de notre collègue, on voit qu'il s'agissait de plaques muqueuses traitées par les frictions mercurielles sur les mollets.

A tant d'assertions, j'oppose les arguments suivants : M. Panas n'a, sur les frictions mercurielles, qu'une expérience de quatre mois. Or M. Depaul me conteste que j'aie assez d'expérience après vingt mois de séjour à Lourcine. S'il n'y a pas ici deux manières de juger, l'expérience de M. Panas doit prouver moins que la mienne aux yeux des amis du mercure.

J'objecte à M. Panas qu'il ne nous a parlé que du tiers de ses observations. J'ai donné toutes les miennes dans ma statistique; j'ai le droit d'exiger toutes les siennes. Sans cela je dirai qu'il a choisi ses observations.

Puis, qu'est-ce que M. Panas a guéri? Est-ce la syphilis? En quatre mois ce serait trop fort, trop concluant. Il vous a dit lui-même qu'il s'agissait de plaques muqueuses. S'il en est ainsi, ces faits de M. Panas ne prouvent rien. On guérit des plaques muqueuses avec tout. Celui-ci avec des pommades au calomel, celui-là avec de l'eau blanche et moi avec des cautérisations à l'aide de solution de chlorure de zinc.

M. Panas sait-il si ses malades sont à l'abri de la récidive? Pour ceux du Midi certes, il ne peut encore rien dire. Mais moi je puis vous dire ce qu'il en est des malades de Lourcine traités par M. Panas, l'an dernier, au moyen des frictions. Souvenir que n'a pas invoqué notre collègue en parlant de mes malades.

J'ai dans mon service, en ce moment, deux femmes qui ont été traitées de la sorte, et il ne leur a pas même manqué cette salivation mercurielle que notre collègue croit d'un bon effet. Ces malades avaient des plaques muqueuses, et elles ont subi plus de la moyenne de treize frictions, dont les malades de l'hôpital du Midi ont obtenu de si heureux résultats.

Voici deux faits :

D..., vingt-deux ans, domestique, est entrée, le 28 mai, dans mon service, salle Saint-Alexis. Cette malade était anémique, syphilitique et portait des plaques muqueuses végétantes de la vulve et de l'anus, et des ulcérations à la marge de l'anus.

Cette fille a eu des plaques muqueuses il y a dix-neuf mois, trois mois après le début de son mal elle vint à l'hôpital dans le service de M. Panas, où elle a séjourné pendant six mois. On lui a donné, pour ses plaques muqueuses, tous les jours deux pilules de protoiodure et deux pilules de fer. Pendant le dernier mois, outre les pilules, elle a eu des frictions mercurielles sous les aisselles, une friction tous les jours. Au bout de ce mois, une salivation est arrivée et tout a été supprimé. M. Panas a traité la salivation, et la malade est sortie de son service.

Après avoir traîné en ville pendant sept mois, la malade est rentrée dans mes salles.

P... (Irma), vingt-deux ans, entrée dans le service de M. Panas, au mois de juin 1866, avec une vaginite, une syphilide papuleuse et des adénites multiples, et grosse de huit mois. Elle faisait remonter son mal à quelques mois.

M. Panas donne une pilule de protoiodure tous les jours, et au bout d'un mois la malade accouche d'un enfant qui a vécu douze jours. Des frictions mercurielles ont été faites sous les aisselles pendant deux mois; la malade sort avec une stomatite mercurielle. La fille P... rentre encore trois semaines chez M. Panas pour des plaques muqueuses de la gorge et la stomatite mercurielle qu'elle avait déjà au moment où elle est sortie de l'hôpital.

La malade quitte le service de M. Panas pour entrer dans mon service, où je la trouve avec une stomatite, des plaques muqueuses de la bouche et une syphilide papuleuse. Pendant deux mois la malade est mise au régime tonique, et elle allait déjà beaucoup mieux quand un enfant qu'elle avait mis au dépôt tomba malade, et la fille P..., voulant soigner son enfant, est passée dans le service de M. Panas où il y a des lits de nourrice. Là, la petite fille de notre malade mourut de méningite. Sa mère ne prenait plus de mercure, elle n'en voulut plus. Elle séjourna encore quelques jours dans la salle Sainte-Marie, et revint dans mon service, au n° 25, salle Saint-Alexis, il y a trois mois, et elle y est encore, n'ayant plus que quelques papules sur le corps et ayant repris de l'embonpoint grâce à l'huile de foie de morue, aux toniques et aux bains salés qui lui sont administrés; elle a un reste de gingivite qui présente des exacerbations au moindre refroidissement.

Ces deux malades serviront d'exemple, et elles confirmeront le jugement porté depuis bien longtemps sur le traitement mercuriel vanté par Vigo, Boerhaave et Cyrillo. On saura que les frictions mercurielles n'empêchent pas plus les récidives que les autres préparations mercurielles.

M. Panas a affirmé que l'iritis syphilitique guérissait très-bien par le mercure. Je le renvoie à une des observations de M. Dubuc, que j'ai reproduite dans mon dernier discours, et je lui dirai que, renonçant pour les besoins de ma démonstration au calomel à dose fractionnée si excellent pour les maladies des yeux non syphilitiques, j'ai guéri des iritis syphilitiques par les révulsifs cutanés et les sangsues, et que j'ai eu des récidives seulement quand je n'avais pu prévenir les synéchies par la dilatation pupillaire prolongée à l'aide du collyre au sulfate d'atropine.

M. Panas m'a accusé de donner du mercure sous forme de bains de sublimé; quoique j'eusse déclaré que mes bains étaient employés comme topiques et que je n'en donnais qu'un petit nombre, douze au plus en trois mois, et à la faible dose de quinze grammes par bain. J'y ai renoncé depuis qu'un mémoire est venu, à la fin de l'année dernière, mettre en doute l'impossibilité de l'absorption du sublimé en bain que Reveil avait établi. Mais que mes contradicteurs ne s'y trompent pas, je ne donnais de bains de sublimé qu'aux malades en puissance d'éruptions syphilitiques, et parmi mes neuf malades revenues dans mon service, trois avaient pris des bains de sublimé jusqu'à douze. Une malade, dont j'ai donné l'observation et qui a eu une syphilide précoce, avait également pris des bains de sublimé. Ceci prouve que mes malades guéries ne devaient pas leur guérison au bain de sublimé auquel je n'accorde pas plus d'action spécifique qu'aux frictions mercurielles.

J'arrive à ma réponse aux arguments de M. Depaul.

Mon honorable contradicteur dit que mes statistiques ne valent rien, parce que je ne sais pas comment le mercure a été administré, et parce que je n'ai pas vu assez mes malades. On ne croirait rien si l'on devait douter de tous les renseignements qui sont donnés aux médecins, si l'on supposait, par exemple, que des hommes comme MM. Ricord, Cullerier, Hardy et Bazin ont donné du mercure sans règle et sans surveiller l'administration du médicament. La plupart des malades que j'ai vues, et je vous ai cité les noms et les observations, avaient été traitées par eux et par MM. Simonet, Jaccoud et Panas. Les malades que j'ai examinées à l'hôpital Saint-Louis avaient été traitées même par MM. Verneuil et Lefort. Quelques malades avaient été consulter MM. Clerc et Lagneau. M. Depaul ne se souvient pas d'ailleurs des observations longues que j'ai produites, où j'ai donné tous les documents possibles, et je puis lui reproduire les faits de mon service.

Ainsi J... Victorine, 21 ans, malade depuis sept mois, entrée à l'hôpital Saint-Louis où elle est traitée pour des plaques muqueuses et une roséole pendant cinq mois dans le service de M. Cazenave et de M. Peter, à l'aide de 250 pilules de protoiodure et des bains de sublimé, et qui arrive dans mon service le 12 janvier avec des plaques muqueuses, une syphilide papuleuse et une anémie profonde.

Ainsi M..., 38 ans, traitée, il y a trois ans dans le service de M. Simonet à Lourcine, pour un chancre du rectum au moyen de pilules de protoiodure pendant six semaines. Trois ans auparavant cette malade avait été traitée pour des plaques muqueuses dans le service de M. A. Guérin et avait pris trois ou quatre pilules de Belloste par jour, pendant plus de deux mois. Cette malade est entrée dans mon service avec un chancre phagédénique du rectum et des plaques muqueuses, plus une anémie très-marquée.

Je n'ai pas vu assez longtemps mes malades, a dit M. Depaul; il y a des malades que je suis depuis deux ans, et les malades anciennes de mes malades ont été vues six mois. J'ai vu assez pour savoir que trois ou quatre mois de traitement mercuriel n'empêchent pas les malades d'avoir des récidives, au moins pour ce que j'ai vu à Lourcine, dans une proportion quatre fois plus grande que même en l'absence de tout traitement autre que la propreté.

Les statistiques de l'hôpital Saint-Louis que rejette M. Depaul ne sont pas plus difficiles à défendre que celles de mon service; j'ai interrogé moi-même les malades sur les indications d'élèves du service dans plusieurs salles, et quand des malades me disaient : j'ai été à tel hôpital dans le service de M. Verneuil, ou de M. Ricord, ou de M. Cullerier, j'étais autant en droit de croire leurs paroles, que d'ajouter foi aux citations de M. Depaul, qui nous dit : j'ai fait un traitement mercuriel de deux mois à des enfants syphilitiques, et je les ai guéris. Et quand j'ai cité des emprunts au rapport de M. Depaul, *Sur la syphilis vaccinale du Morbihan*, j'ai trouvé, sans rien dire, que, sur la foi des malades et du médecin, mon honorable contradicteur n'a pas hésité à mettre dans ses observations, *traitement mercuriel*, sans autre indication.

Mais si M. Depaul a rejeté mes observations et mes statistiques, a-t-il compris dans la même proscription les observations qui ne me sont pas personnelles et que j'ai soumises à la Société? MM. Diday et Dubuc ont publié des observations que j'ai comparées aux miennes. Le silence de M. Depaul veut-il dire qu'il les repousse les unes et les autres? S'il les accepte, au contraire, n'en rien dire c'est leur laisser toute leur autorité.

Encore un mot sur mes observations. M. Depaul a dit que depuis quelque temps il voyait des quantités de malades de mon service, déclarées guéries par moi, venir couvertes de plaques muqueuses accoucher chez lui, à la Clinique; il a dit qu'il y avait de mes malades dans les services des hôpitaux et, en particulier, dans le service de M. Nélaton, suppléé par M. Houel. Comme j'ai l'observation de toutes mes malades, j'ai pu aller vérifier sur le registre d'admission de l'hôpital des Cliniques.

Ce nombre de malades couvertes de plaques muqueuses allant, en sortant de mon service, accoucher chez M. Depaul, ce nombre est représenté par le chiffre 1, la fille S..., celle dont vous a parlé M. Depaul dans la dernière séance. C'était une de ces malades enceintes qui sortent de mon service à peine guéries ou à peine traitées pour aller faire leurs couches dans un hôpital où l'on donne le secours et la layette, ce qui n'a point lieu à Lourcine, par suite d'une tradition administrative qui, je le crois, disparaîtra bientôt. Il y a trois jours, une malade est allée dans une pareille intention dans les salles de M. Depaul. Celle-là est en puissance de plaques muqueuses, mais son enfant vit, et elle n'est restée chez moi que trois jours, juste le temps d'être cautérisée une fois : et je dis cela pour prévenir une nouvelle méprise.

Les malades de mes salles qui ont été vues chez M. Houel sont au nombre de une! la fille B...

Cette femme, qui avait été scrofuleuse dans sa jeunesse, avait eu la variole et portait les traces de l'une et l'autre maladie; elle était entrée dans mon service pour des plaques muqueuses de la vulve et de l'anus. Trois mois après son entrée, elle était guérie de ses plaques muqueuses de la vulve, grâce à des cautérisations et des bains, et elle avait repris un bon aspect, grâce à un traitement tonique. Mais les plaques muqueuses de l'anus ulcérées par suite de la défécation, cause journalière de déchirures, n'étaient point guéries, et je les cautérisais et faisais appliquer des mèches enduites d'onguent de la mère dans l'anus, quand, par suite d'insolences envers le directeur, la malade fut renvoyée de l'hôpital, le 11 janvier 1867. Le 29 janvier, la fille B... s'est présentée dans le service de M. Nélaton que M. Houel remplaçait. La malade, me disait M. Houel, comme M. Depaul, était dans un état pitoyable. Je me suis hâté d'aller la voir. Voici ce qu'elle avait : une adénite suppurée sous la mâchoire inférieure du côté gauche, ayant son origine probable dans une carie dentaire; et les plaques muqueuses ulcérées à la marge de l'anus, que la malade avait en sortant de l'hôpital de Lourcine.

M. Houel a donné du mercure à cette malade, il s'en est lassé. Et le 1er mai, la fille B..., que j'ai examinée à la consultation, ayant toujours ses plaques muqueuses ulcérées à l'anus, se présentait pour entrer dans mon service, dont la direction lui a refusé l'entrée.

J'ai trouvé une de mes malades dans les hôpitaux, et c'est la seule qui, déclarée guérie par moi, est allée à ma connaissance dans un autre hôpital que Lourcine. Voici le fait, il est instructif, et je ne crains pas de le livrer à ma charge.

B..., 19 ans, piqueuse à la mécanique, entre le 9 décembre 1865, amenée du couvent Saint-Michel, où elle avait été placée par ses parents, en expiation d'une première faute, source de son mal. Depuis deux mois cette fille était malade, elle avait des érosions à la vulve, dont plusieurs avaient les caractères de chancres mous; et une vaginite.

Cette jeune fille avait été scrofuleuse, et elle portait des traces de cette maladie; au moment de sa première communion, notre jeune fille avait eu un rhumatisme articulaire aigu.

Soumise au traitement par le bichromate de potasse, environ un centigramme, par jour, et l'iodure de potassium à la dose de cinquante centigrammes, et surtout grâce aux cautérisations locales avec la solution saturée de chlorure de zinc, la malade guérit promptement de ses ulcérations; seulement il survint des angines et des plaques muqueuses de la gorge, puis une adénite cervicale qui a suppuré. Je dois dire aussi que la malade a eu des attaques de rhumatisme dans les deux genoux et les deux coudes, pour lesquels il a été administré des pilules de sulfate de quinine et de poudre de Dower, de chacune, 15 centigrammes.

Le 17 mars 1866, la malade sortait en bon état. Au commencement d'avril, à la suite de ses règles, la malade a vu reparaître quelques plaques muqueuses à la vulve. Le 14 du même mois, la malade est entrée à l'hôpital, et elle y a séjourné jusqu'au 23 juin, soumise à un traitement tonique et réparateur, viandes rôties, vin de quinquina 124 grammes, poudre tonique (fer, quinquina, et canelle) et sirop d'iodure de fer. Des bains sulfureux et alcalins étaient administrés.

La malade remise en bon état est sortie, et est revenue à la consultation au mois de novembre 1866, très-bien guérie.

Cette année, au mois de mars 1867, cette malade était à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Hérard. J'ai été la voir, et voici ce que j'ai constaté : il y avait des gommes sur les deux jambes et une sur l'avant-bras gauche. La jeune fille disait que depuis deux mois elle était très-fatiguée des jambes, et qu'elle avait quelque peine à faire manœuvrer sa mécanique; elle ajoutait qu'elle mangeait une assez bonne nourriture chez ses parents, mais qu'elle s'ennuyait, et qu'elle avait maigri. Les gommes étaient ramollies mais non ouvertes, et elles ressemblaient assez bien à des boutons d'érythème noueux sur le point de suppurer.

Après quinze jours de séjour à l'hôpital, où elle prenait une pilule de sublimé et un gramme d'iodure de potassium chaque jour, la malade est partie, ce qui suppose qu'elle n'était pas plus mal, et que le repos surtout avait amélioré son état. Je ne sache pas que personne puisse dire que le mercure fait résoudre des gommes en quinze jours.

Ce fait montre clairement que la syphilis non traitée par le mercure peut marcher très-vite sans compromettre gravement la santé des individus, qu'elle peut arriver à son terme, ou, comme vous l'a dit M. Dolbeau, l'iodure de potassium a des effets assez certains, sans qu'on ait à redouter des complications viscérales. Est-ce à dire, messieurs, que dans tous les cas je souhaite un résultat pareil? Non, messieurs. Ce fait peut être une exception, car nous avons affaire ici à une malade qui a subi les influences de trois diathèses, la scrofule, le rhumatisme et la syphilis.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente	948	25
M. Gilbert (de Givet)	10	»
Total.	958	25

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* nous donne les détails suivants sur le choléra à la Plata :

« Le choléra semble entrer dans la période décroissante; néanmoins la terreur qu'il excite domine encore toute autre préoccupation. Le fléau s'est étendu sur les deux rives de la Plata, et il paraît y avoir causé de grands ravages, principalement dans les environs de Corrientès. Mais on a certainement beaucoup grossi le chiffre des victimes comme la violence de la maladie, et dans les informations qui se transmettent de ville en ville, la frayeur, sans laisser place aux appréciations de sang-froid, a accueilli et propagé les exagérations les plus manifestes.

A Buenos-Ayres, il y a eu une panique générale. On parle de 50,000 personnes, le tiers de la population, qui auraient déserté la ville, assiégeant chaque jour les chemins de fer du Nord, de l'Ouest et du Sud. Le dépeuplement est manifeste, et il a surtout été facile de s'en apercevoir pendant les fêtes de la semaine sainte, qui attirent d'habitude une très-grande affluence dans les rues et dans les églises. Tout a semblé vide cette année. Beaucoup de fonctionnaires, de petits employés, ont même abandonné leurs fonctions pour fuir la contagion.

Ces craintes se conçoivent si l'on songe que le choléra se montre pour la première fois dans les provinces de la Plata. Il avait déjà visité le Brésil, où la population noire fut décimée, en 1846, mais sans descendre plus au sud. Confiants dans la salubrité proverbiale de leur climat, les Argentins espéraient échapper à ce redoutable ennemi. On comprend l'émotion qu'a fait naître l'annonce de son apparition : c'est le même sentiment qui s'est emparé de la population parisienne en 1832, et qui s'est manifesté à Buenos-Ayres même quand la fièvre jaune y a paru pour la première fois en 1857.

Permettez-moi, à ce propos, de vous signaler un fait qui s'est produit également dans la marche des deux épidémies. Toutes deux se sont montrées au Brésil, dans le voisinage de l'Équateur, puis dans les provinces plus méridionales, bien avant d'envahir le bassin de la Plata. N'y aurait-il pas dans cette marche constante, qui descend des latitudes chaudes vers les climats plus tempérés, un symptôme qui mériterait d'être étudié?

On a naturellement attribué à des causes diverses l'invasion du fléau. On a d'abord présumé qu'il venait de Rio ou des provinces brésiliennes, bien qu'il eût atteint Buenos-Ayres avant de pénétrer à Montevideo. On s'en est pris ensuite à la guerre du Paraguay, en rapportant que l'amoncellement des cadavres entre Ytapiru, Tuyuti et Curuju dans le Parana, empoisonnait les eaux du fleuve, et que ces germes de corruption étaient ensuite déposés dans les terres avec les détritus que laisse l'inondation annuelle. On a attaqué enfin la police de la voirie à Buenos-Ayres. Un article du journal anglais, le *Standard*, qui se publie ici et est assez répandu dans la Plata, s'est fait l'écho de ces accusations.

Il est certain que l'entretien de la ville laisse beaucoup à désirer au point de vue de propreté, et si l'épouvante que le choléra a causée provoquait, sous ce rapport, quelques améliorations, ce ne serait pas un mince service qu'il nous rendrait.

Sous l'empire de cette idée, on a essayé de purifier l'air en allumant de grands feux dans les rues et sur les places, sans prendre, il faut le dire, de grandes précautions. On a pu alors craindre un autre danger, car le bois entre pour la plus grande part dans les matériaux employés ici à la construction des habitations, et les incendies, se propageant facilement, peuvent causer de grands désastres.

Nous en avons été jusqu'ici quittes pour la peur, et comme je vous le disais en commençant, nous touchons, je crois, au terme des mauvais jours, si l'amélioration qu'il est aisé de constater se maintient; les mesures de précaution qui avaient dû être adoptées, entre autres l'interdiction des communications entre Buenos-Ayres et Montevideo, ne tarderont pas à être levées.

— La ville de Lyon vient d'être dotée d'un asile pour les malades convalescents.

L'ancien château de Longchênes, affecté à cette destination, vient de s'ouvrir sous la direction médicale de M. le docteur Dupuy, médecin de l'hospice du Perrou.

— C'est par une erreur typographique que le nom de M. Giraud-Teulon a été placé au bas de l'article : *Toxonographie rétinienne*, publié dans notre dernier numéro. Ce travail est dû à M. Serres (d'Uzès).

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur Garrod, médecin de l'hôpital de King's-College, etc., traduit de l'anglais par le docteur Ollivier, chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris, etc., et annoté par le Dr Charcot, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, etc., 1 vol. in-8° de 730 pages, accompagné de 26 fig. et de planches coloriées. Prix : 12 fr. Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 74. — MARDI 25 JUIN 1867. (40e ANNÉE.) MARDI 25 JUIN 1867. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 24 Juin 1867.

Le corps médical vient de faire une perte immense : M. le professeur Trousseau vient de mourir. Retiré de la Faculté depuis plusieurs mois, atteint d'une maladie qui ne pardonne jamais, ne paraissant même plus à l'Académie, il n'avait pas vu, comme tant d'autres, sa réputation éclipsée ; il comptait toujours parmi les maîtres.

C'est que nul n'a mieux personnifié ce large esprit d'éclectisme et d'indépendance qui a fait la grandeur de l'École de Paris, nul n'a moins cherché à imposer aux étudiants ses opinions propres, nul n'a mieux su rendre fécondes leurs facultés intellectuelles.

Il ne se croyait point infaillible, et ne s'irritait pas contre ceux qui venaient le contredire au nom des faits. Bien loin de là, il disait aux élèves, dans ses conseils de tous les jours, comme il leur répète dans l'admirable introduction de ses leçons cliniques :

« Suivez la pratique de plusieurs médecins, ne croyez pas « trop à la parole du maître, ne restez pas des écoliers ser« viles, allez, voyez, comparez.

« ... L'affection que vous avez pour un maître que vous « écoutez depuis longtemps, vous porte à croire trop volon« tiers à sa parole. Je fais tout ce qui est en moi pour vous ap« prendre ce que je crois être la vérité...

« Beaucoup de vous, par un sentiment de déférence bien « naturel et dont je leur rends grâce, jurent sur la parole du « maître ; mais je vous adjure de chercher encore d'autres « enseignements. Je ne puis le faire aussi aisément que vous ; « je n'ai que la lecture pour m'éclairer sur mes fautes et re« dresser mon jugement. Vous avez, vous, avec la lecture, « l'observation des méthodes de vingt médecins des hôpitaux « dont les salles vous sont libéralement ouvertes, dont les con« seils vous sont affectueusement donnés, et je vous remercie, « lorsque vous me rapportez des observations qui me permet« tent de rectifier une erreur. Il n'est pas d'année que je ne « doive à quelques jeunes gens actifs et dévoués, d'apprendre « des choses que j'ignorais, de revenir sur des erreurs que « j'enseignais depuis longtemps, et ce n'est pas pour moi la « moins douce récompense des efforts que je fais pour leur « être utile et de l'affection que je leur porte...

« Il doit se faire entre les élèves et le maître une sorte « d'échange, dans lequel les premiers reçoivent la plus grande « part, dans lequel pourtant le maître lui-même trouve à gagner « quelque chose. Combien je me suis souvent applaudi d'avoir « encouragé les jeunes hommes qui m'entouraient à penser par « eux-mêmes, à me communiquer leurs idées, à m'entretenir « de ce qu'ils croyaient être leurs découvertes ! Que de fois ces « jeunes et ardentes intelligences ont ranimé mon esprit vieil« lissant, m'ont montré des horizons nouveaux ! Que de choses « j'ai apprises dans les causeries familières des salles d'hôpital ! « Je me suis toujours trouvé heureux de favoriser, d'aider leurs « recherches, et si mon expérience ne leur a pas été inutile, « leur ardeur m'a stimulé et m'a empêché de me rouiller dans « la vanité du maître qui croit n'avoir plus rien à apprendre « dans l'art si difficile de la médecine. »

Nous devons nous arrêter dans ces citations, que nous faisons avec respect, avec émotion, car elles nous rappellent la voix éteinte d'un maître aimé.

Le professeur Trousseau ne façonnait pas des sectaires, il formait de vrais médecins, qui savaient penser librement, et loin d'avilir par cette méthode la dignité professorale, il la relevait au contraire. Son nom ne restait pas accolé indissolublement à quelque système abandonné plus ou moins tôt, et ne croyant pas faire un acte de révolte en adoptant des opinions contraires à celles qu'il avait professées, on conservait toujours pour lui une affection reconnaissante et une inaltérable estime.

Ce fut un maître dans l'art de bien dire, un coloriste incomparable dans la description des malades, un observateur au coup d'œil sûr ; mais ce fut surtout, comme Socrate, un accoucheur d'idées.

On apprenait, avec ce guide, à déblayer son intelligence des systèmes exclusifs qui l'eussent étouffée, à mettre à profit l'observation, à s'instruire par ses fautes comme par celles d'autrui.

Que cet esprit reste parmi nous.

Au nom de ses anciens élèves, et surtout comme représentant de la *Gazette*, j'adresse, au professeur Trousseau, un adieu suprême. — Dr Victor Revillout.

Nous nous hâtons de corriger les épreuves de ce journal, pour aller assister aux obsèques de M. Trousseau, qui vont avoir lieu à quatre heures, à l'église de la Madeleine.

Sociétés savantes et hôpitaux.

Académie des sciences. — MM. Dubrueil et Legros ont fait de très-nombreuses expériences sur l'action du sulfocyanure de potassium. Ils n'ont jamais constaté que ce sel produisît sur les globules sanguins ou sur le tissu musculaire les altérations qu'avaient décrites MM. Ollivier et Bergeron. Ils ont toujours trouvé intactes les fibres musculaires. Mais en outre de la paralysie indiquée par M. Claude Bernard, ils ont vu les muscles se contracter d'une manière tétanique sous l'influence du sulfocyanure, comme si on eût employé la strychnine.

Voici les conclusions de ces observateurs :

« Le sulfocyanure agit localement et par imbibition sur le muscles, et en détermine la paralysie. Il les rend impropres à se contracter sous l'influence de la volonté et sous celle des agents galvaniques. Il ne les rend pas plus granuleux ni plus rapidement granuleux qu'ils ne le deviennent normalement après la mort. Appliqué directement sur l'encéphale, il produit des accidents tétaniques, c'est-à-dire des convulsions toniques entremêlées de convulsions cloniques. Ces phénomènes surviennent encore et succèdent à la paralysie dans le cas où le sulfocyanure a été injecté sous la peau. Ils paraissent dus, dans ce cas, à l'action que ce sel, passé dans le torrent circulatoire, excerce sur les centres nerveux. Introduit à assez forte dose dans les voies digestives, le sulfocyanure produit d'abord des accidents de paralysie généralisés, puis des phénomènes tétaniques au milieu desquels arrive la mort.

« Nous avons pris en outre, grâce à l'obligeance de M. Marey, les tracés des contractions musculaires de pattes de grenouilles, après avoir injecté sous la peau de ces pattes une solution de sulfocyanure, et l'amplitude des contractions a suivi une marche rapidement décroissante. Sur des grenouilles dont l'encéphale a été découvert et arrosé de quelques gouttes de la solution, le tracé a été celui des contractions tétaniques.

« Sur tous les animaux sacrifiés par le sulfocyanure, nous avons pratiqué l'examen microscopique des muscles striés, et jamais nous n'avons observé qu'ils fussent plus granuleux qu'il ne le sont normalement après la mort. »

— M. Rouget a fait une seconde communication sur la contraction musculaire.

Expérimentant cette fois sur l'animal vivant, il a montré que tout ce qui peut mettre obstacle à la nutrition de la fibre, la met en contraction. En liant l'artère d'un membre, en multipliant les excitations d'une manière presque continue, en appliquant aux muscles une chaleur croissante, il est arrivé toujours aux mêmes résultats. Or, pour lui, la répétition trop fréquente des excitations, comme la chaleur excessive, agissent en arrêtant le mouvement nutritif. Dans ces deux cas, le myographion a montré que les contractions fibrillaires, de plus en plus fréquentes, finissaient par ne plus être séparées, et que le muscle entrait alors dans un état de rigidité tétanique, immobile et inaltérable.

Voici les conclusions de M. Rouget :

« *Conclusions.* — 1° Les muscles sont constitués par des fibrilles tordues en spirales élastiques ; l'écartement et le rapprochement des tours de l'hélice produisent des alternatives d'allongement et de raccourcissement, d'où résulte le mouvement musculaire. Le raccourcissement a lieu exactement de la même façon dans la contraction musculaire ou dans l'état de rigidité persistante improprement appelée cadavérique ; il doit être considéré comme un retour de l'élément contractile vers l'état de repos, car il atteint son maximum quand le muscle est soustrait à toute cause d'excitation et privé de l'influence des nerfs et de celle de la nutrition.

« 2° La tendance au raccourcissement résultant de l'élasticité propre de l'élément musculaire est permanente. Pendant la vie et l'état de repos du muscle, elle est combattue par une tendance à l'allongement dont l'énergie est proportionnelle à l'activité de la nutrition et s'éteint avec elle. La contraction se produit au moment où l'équilibre entre les deux tendances opposées est rompu par la suppression de la cause d'extension ; celle-ci peut être momentanément suspendue par l'action des agents dits excitants de l'irritabilité musculaire : l'influx nerveux, l'électricité, la chaleur, le choc, etc.

« 3° Le coefficient d'élasticité variant dans le muscle vivant avec les différents états de repos, de contraction, de rigidité, ces variations modifient la forme et l'énergie des contractions.

« 4° Le mouvement qui cesse de produire le travail d'extension musculaire, au moment de la contraction, se manifeste sous forme d'élévation de la température.

« Le raccourcissement est l'effet de l'élasticité propre et permanente de la spirale contractile ; l'allongement est produit par une cause de mouvement, développée dans l'acte de la nutrition, et corrélative à la chaleur, si elle n'est la chaleur elle-même. »

Conseil médical d'Angleterre. — Le conseil médical examinait dernièrement quelles seraient les meilleures mesures à appliquer aux docteurs reçus dans des Facultés étrangères. Fallait-il les admettre comme médecins qualifiés ? Fallait-il distinguer selon les Facultés qui leur avaient conféré leurs titres, et reconnaître par exemple les élèves de Paris, la meilleure Faculté aux yeux de nos voisins, tandis qu'on repousserait ceux d'Erlangen ou de telle autre université allemande. Enfin fallait-il obliger tous les médecins étrangers sans distinction à prendre leurs grades dans les universités anglaises ? Sir Corrigan était de ce dernier avis, et pour le faire prévaloir, il a invoqué l'exemple de la France. Selon lui, depuis quelques mois, notre législation sur ce sujet aurait changé. Jusqu'alors un ministre pouvait admettre un médecin étranger à pratiquer la médecine sans acquérir un titre français ; tandis que maintenant tout docteur reçu hors de France serait obligé, pour y pratiquer, de passer de nouveaux examens devant une Faculté française de médecine.

Comme ce sujet est intéressant pour une partie de nos lecteurs, nous devons rétablir la vérité des faits.

Rien n'a été changé depuis quelques mois à la législation française sur ce sujet.

Comme par le passé, pour exercer sans nouvel examen dans toute la France, les docteurs étrangers doivent obtenir un décret de l'Empereur, comme l'a obtenu, par exemple, M. Marion Sims.

Le ministre de l'instruction publique peut aussi accorder le droit d'exercer sur tel ou tel point de la France, en donnant une équivalence de grade. Le docteur étranger est alors assimilé à un officier de santé.

Enfin ce qui s'est toujours fait le plus souvent, c'est que le ministre ne juge pas par lui-même de la validité d'un diplôme étranger. Il consulte donc chaque fois la Faculté de médecine, qui, d'après la teneur et la provenance du diplôme, décide s'il est bon de faire subir au médecin étranger, un nombre d'examens plus ou moins grand. Mais le ministre conserve toujours le droit de passer outre et de donner une équivalence.

Je pose ici les faits sans les apprécier.

Hôpitaux. — On a toujours peu à se louer de l'ovariotomie pratiquée à Paris. Voici le relevé des opérations qui se sont faites à notre connaissance depuis le commencement de l'année, et dont nous n'avions point parlé encore.

A la Salpêtrière, une ovariotomie pratiquée par M. Labbé, dans des conditions qui semblaient bonnes, a été suivie de mort en peu d'heures.

A l'hospice des Ménages, une autre opération, par MM. Boinet et Verneuil, n'a pas été plus heureuse.

Enfin, en ville, MM. Nélaton et Houel ont opéré trois ma-

lades dont une seule est morte ; nous avons déjà mentionné la troisième qui a guéri comme la première, se trouvant du reste dans des conditions exceptionnellement favorables.

— M. Richet vient de faire une belle leçon sur la fistule vésico-rectale. Nous en reparlerons bientôt, car il a tenté de guérir, par un procédé qui lui est propre, une malade déjà plusieurs fois opérée inutilement.

— M. Houel n'a pas à se louer de la pratique de l'iredectomie dans l'opération de la cataracte. Il a voulu l'essayer cinq fois, elle lui a donné cinq insuccès; tandis que sans iredectomie l'extraction simple du cristallin réussissait presque toujours.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Inclusion fœtale. — Opération. — Guérison.

Leçon recueillie par MM. Th. Anger et L. Fontan, anciens internes du service.

Depuis plusieurs jours, vous me voyez interroger et examiner une jeune femme couchée au numéro 20 de notre salle. Elle a vingt-quatre ans et est de petite taille ; son apparence est frêle et sa constitution paraît faible. Jusqu'à l'âge de quinze ou seize ans, rien ne lui fit soupçonner la maladie dont elle est atteinte. Mais, à peine fut-elle menstruée, que son ventre prit un développement anomal.

Les accidents qui marquèrent le début de son mal, et les détails du traitement qui fut institué à l'Hôtel-Dieu, par mon honorable collègue, M. Barth, se trouvent relatés dans la thèse de M. Paul Maunoir (de Genève), soutenue en 1861. A tort ou à raison, et c'est un point sur lequel j'appellerai votre attention, on crut alors à l'existence d'un kyste de l'ovaire. Au mois d'août 1859, une première ponction amena six litres d'un liquide rouge, épais, renfermant des globules de sang et de pus.

La tumeur ne tarda pas à se reproduire, avec des phénomènes inflammatoires très-accusés, et, au bout d'un mois, une double ponction fut pratiquée avec un trocart courbe.

Ce trocart fut remplacé par un tube à drainage en caoutchouc, que la malade garda plus d'un an. Dans cet intervalle, les ouvertures livrèrent passage à une quantité considérable de pus et à des poils. Pour faciliter leur issue au dehors, on agrandit l'ouverture inférieure tantôt avec de la potasse caustique, tantôt à l'aide d'éponge préparée; et ces moyens permirent encore d'extraire deux dents du ventre de cette jeune femme. Lorsqu'elle quitta l'Hôtel-Dieu, deux ans environ après son entrée, la santé générale était assez satisfaisante, mais le trajet fistuleux persistait, donnant issue à quelques gouttes de liquide séro-purulent, et de temps à autre à des touffes de poils.

Je vis cette femme pour la première fois en 1863. Il n'existait alors aucune tumeur saillante à l'extérieur de l'abdomen. On voyait seulement, à quelques centimètres au-dessus du pubis et sur la ligne médiane, l'orifice d'un trajet fistuleux au fond duquel le stylet permettait de sentir un corps dur et lisse, qui, d'après les renseignements fournis par la malade, ne pouvait être autre chose qu'une dent.

Je me frayai un passage jusqu'au fond du cul-de-sac, en le dilatant au moyen de petites tiges de laminaria, et je pus extraire quatre dents. L'orifice fistuleux n'en persista pas moins, et la malade quitta l'hôpital incomplétement guérie.

L'année suivante, à l'âge de vingt-trois ans, cette jeune femme devint enceinte. Pendant la grossesse, et sous l'influence de la pression excentrique de l'utérus, la tumeur sortit pour ainsi dire de l'abdomen et se montra à l'extérieur avec la forme et le volume que vous lui voyez aujourd'hui.

Elle est exactement située sur la ligne médiane, à la hauteur d'une ligne transversale allant d'une épine iliaque à celle du côté opposé. Lorsque cette femme tousse ou fait un effort, cette tumeur est sensiblement piriforme et pédiculée; autrement elle s'affaisse et s'aplatit. Son volume égale à peu près celui du poing. La peau qui la recouvre, flasque, mince et blanche à la circonférence, devient dure, épaisse et rouge en se rapprochant de la partie médiane; elle forme, dans ce point, une sorte de bourrelet circulaire autour d'un mamelon central, dont l'aspect rappelle assez bien celui du col de l'utérus. L'analogie est d'autant plus frappante qu'on voit tout à fait au centre un orifice étroit, où le stylet pénètre à une profondeur de trois à quatre centimètres. Ce col ne se continue pas avec la peau de l'abdomen ; un sillon profond l'en sépare, surtout à la partie inférieure, et il fait saillie au dehors, comme s'il tendait à s'échapper à travers un orifice fistuleux très-agrandi, mais encore trop étroit pour lui donner passage.

Au toucher, le mamelon et le bourrelet qui l'enchâsse, présentent une dureté élastique et une résistance considérable à la pression. La base ou mieux le pédicule est, au contraire, mollasse, dépressible, facilement réductible. Pendant la toux, on sent l'intestin projeté dans la tumeur, et celle-ci devient alors dure, tendue, sonore à la percussion. Du reste, l'intestin hernié rentre dans l'abdomen avec la plus grande facilité.

Toute la tumeur elle-même est réductible en masse, et l'orifice de la hernie ou le collet du sac est assez large pour admettre les cinq doigts de la main. J'ai pu ainsi, en refoulant d'une part la tumeur dans l'abdomen, de l'autre en m'aidant de l'index introduit dans le vagin, explorer pour ainsi dire à nu les organes du petit bassin, reconnaître le sacrum et le détroit supérieur, toucher les faces antérieure et postérieure de l'utérus, constater enfin l'indépendance probable de la tumeur vis-à-vis des organes génito-urinaires. Un accès de toux suffisait pour faire ressortir au dehors tumeur et intestin.

Pour compléter cette description, je dois ajouter qu'il existe, accolé à cette tumeur, un petit corps ovalaire, assez dur, assez mobile, comme pédiculé, se rapprochant de la forme et du volume d'un ovaire hernié. A ce corps en est attaché un second, beaucoup plus petit, de la grosseur d'une lentille, arrondi comme cette graine, rappelant enfin, par sa forme et son volume, ces petits kystes qu'on trouve si communément dans le voisinage des ovaires.

En pressant fortement la base de la tumeur (et la malade elle-même s'en acquitte aussi bien, sinon mieux que nous), on fait saillir au dehors une grande partie de cette tumeur, et l'on voit apparaître successivement quatre et cinq dents. Ces dents sont irrégulièrement implantées dans un fragment informe de maxillaire, et leur couronne est entourée d'une muqueuse qui a tous les caractères d'une muqueuse gingivale.

Un stylet, introduit dans l'orifice que je viens de vous signaler au centre du mamelon, pénètre à une profondeur de 2 à 3 centimètres, et son extrémité rencontre un corps dur et lisse qui me paraît être une sixième dent incluse au centre de la tumeur.

Cette même exploration nous a permis de constater que le fond de cette tumeur reposait immédiatement sur le péritoine ; en effet on sent, à travers la peau du pédicule, l'extrémité du stylet qui ne se trouve séparé du doigt que par une épaisseur insignifiante de parties molles.

Un autre phénomène que je dois vous signaler, parce qu'il est d'une importance capitale pour le diagnostic, consiste dans l'insensibilité absolue de toute la surface cutanée de cette tumeur. Touchez, piquez ou pincez la peau de cette partie, mettez en contact un corps froid, la malade n'accusera ni douleur ni sensation quelconque. L'insensibilité est d'autant plus manifeste que tout autour la même exploration détermine de la douleur ou une sensation tout à fait normale. En pressant même fortement le petit corps ovoïde, si analogue à un ovaire, et qui se trouve accolé à la masse principale, vous ne provoquez aucun retentissement douloureux vers le plexus rénal.

En présence de cette tumeur, messieurs, le diagnostic est facile. L'existence de dents implantées dans un maxillaire informe, il est vrai, mais non méconnaissable, ne nous permet pas de douter qu'il s'agisse ici d'une inclusion fœtale. Cette opinion est encore corroborée par l'insensibilité absolue de cette tumeur, véritable parasite vivant aux dépens d'un autre organisme et lui empruntant les éléments de son existence, tout en conservant son autonomie.

L'histoire de ces monstres endocymiens, comme les appelle Geoffroy-Saint-Hilaire, est des plus curieuses. On les observe dans presque toutes les régions du corps. Tantôt ils siégent dans les viscères internes, comme l'ovaire, le mésentère, les mésocolons ; et tels sont, pour ne citer que les plus célèbres, les faits de Jouy et de Dupuytren, qui trouvèrent, l'un dans le mésocolon descendant, l'autre dans le mésocolon transverse, des débris vivants et très-reconnaissables de fœtus ; tantôt, au contraire, ils se développent dans les parois des grandes cavités viscérales. De là leur division en kystes viscéraux et kystes pariétaux.

Les tumeurs de cette dernière variété occupent ordinairement le plan postérieur du corps, surtout les régions lombaire et fessière. J'en ai pour ma part observé deux cas. Le premier appartenait à un enfant de cinq à six ans. Il portait à la fesse une grosseur dont l'accroissement rapide faisait craindre pour ses jours. Pressé par la famille, et malgré la fixité et l'implantation profonde de cette tumeur, j'allais peut-être y porter le bistouri, lorsque l'idée me vint d'examiner le ventre de l'enfant. L'excavation pelvienne était occupée par une seconde masse, non moins volumineuse et communiquant avec la première à travers l'échancrure sciatique. Vous pensez bien que je m'abstins de toute tentative.

Chez un autre enfant, que je voyais avec mon collègue M. Laugier, il existait, à la partie postérieure du bassin, une tumeur volumineuse, mais pédiculée. Elle avait tous les caractères d'une inclusion fœtale, et comme elle paraissait assez superficielle, nous décidâmes l'opération. L'extirpation fut rendue très-difficile et très-laborieuse par la profondeur du pédicule d'implantation. L'enfant finit par succomber, épuisé par une suppuration de longue durée.

Ces deux faits vous prouvent, messieurs, qu'il ne faut jamais attaquer ces tumeurs qu'avec une extrême réserve. On ne soupçonne pas généralement la profondeur à laquelle elles pénètrent, même dans les cas les plus simples en apparence. On commence l'opération, et bientôt on est arrêté par des difficultés imprévues. Je vous faisais la même remarque il y a quelques jours, à propos d'un simple kyste dermoïde de la région sourcilière, et, séance tenante, vous pûtes juger de la justesse de cette observation. Ces remarques sont tout à fait applicables au cas qui nous occupe en ce moment. En effet, pour les premiers observateurs, et vous savez quelle confiance méritent MM. Barth et Goupil, l'origine du kyste ne fait pas de doute : il est dans l'ovaire. Aussi cherchent-ils à provoquer des adhérences entre la face antérieure du kyste et le péritoine pariétal correspondant. Pour y parvenir, ils embrochent la poche avec un trocart courbe et la suspendent, pour ainsi dire, à la paroi abdominale. Maintenant encore, on voit au-dessous de l'ombilic, la cicatrice déprimée de cette contre-ponction.

Des adhérences s'établissent, le kyste se déterge, ses parois se ratatinent, et il arrive un moment où le parasite, réduit au volume d'une grosse noix, fait corps et se confond avec la paroi même de l'abdomen, versant ses sécrétions au dehors par un large orifice fistuleux. Survient une grossesse. Alors, repoussée de dedans en dehors par l'utérus, la tumeur franchit l'ouverture aponévrotique de la ligne blanche, ouverture tout artificielle, creusée par les applications de potasse caustique et agrandie par l'éponge préparée.

La peau, moins résistante et plus extensible se soulève, au contraire, pour coiffer et revêtir les organes herniés. Voilà donc la hernie constituée, et telle que nous l'observons aujourd'hui.

Dans cette évolution: si l'ovaire est le vrai point d'implantation de la tumeur; il a dû nécessairement être entraîné à sa suite; et ainsi s'expliquerait la présence de ce petit corps ovalaire dont je vous signalais tout à l'heure l'existence au-dessous des dents, comme pouvant être un ovaire hernié. J'admettrais, sans réserve, l'hypothèse d'une inclusion ovarique, si un signe important et maintes fois constaté ne s'opposait à cette interprétation. Ce signe n'est autre que l'insensibilité absolue nonseulement de la tumeur même, mais encore de toute la peau qui la recouvre. Or il n'est pas de meilleur signe peut-être des inclusions fœtales que leur insensibilité. Ce fut, avec un changement de la coloration de la peau, l'existence de ce signe, qui mit M. Velpeau sur la voie d'un diagnostic célèbre, dans un cas d'inclusion scrotale.

Aussi ne puis-je me défendre d'un doute sur la véracité du premier diagnostic. Me fondant sur l'insensibilité des parties, je suis porté à croire qu'il s'agit ici, non d'une inclusion fœtale, dans l'ovaire, mais bien d'une inclusion fœtale dans la paroi abdominale.

Quelle que soit, du reste, l'interprétation qu'on veuille adopter, l'indication, pour nous, est précise. On peut débarrasser cette femme de sa tumeur, sans lui faire courir aucun danger, à la condition, bien entendu, de ne pas ouvrir le péritoine. Ce sera là, en effet, la grande difficulté de l'opération que je vais pratiquer sous vos yeux. Vous savez que la tumeur repose immédiatement sur le péritoine. Il nous faudra donc apporter, dans la dissection de cette partie, une grande attention et une extrême prudence. Dans tous les cas, nous aurons soin de maintenir l'intestin réduit pendant toute la durée de l'opération.

Pour faciliter l'énucléation de la tumeur, je pratiquerai deux ou trois incisions sur le bourrelet périphérique. Ces débridements multiples me donneront pour ainsi dire du jour, et je pourrai disséquer plus sûrement, et à ciel ouvert, la face profonde du kyste.

Il sera inutile de chloroformer cette femme. Agissant constamment sur des parties insensibles et étrangères à son organisme, elle ne sentira aucune douleur.

— Vous venez de voir, messieurs, combien cette dissection a été longue et délicate. Nous avons pu cependant enlever presque toute la tumeur sans léser le péritoine. Tout au plus est-il resté au fond du sac quelques petites parcelles de peau, trop intimement adhérentes au péritoine pour en être séparées avec sécurité, mais que je compte aviver par quelques applications de caustiques. L'opérée est donc dans les meilleures conditions pour guérir.

Je vous dois maintenant l'analyse anatomo-pathologique de la pièce. Voici les quatre dents que je vous avais montrées avant l'opération. Une cinquième, libre au milieu de la tumeur, est tombée pendant l'énucléation. Une muqueuse gingivale d'aspect normal recouvre l'os et entoure la couronne de ces dents. Le microscope a permis d'y constater à la surface un épithélium pavimenteux, recouvrant un derme pourvu de glandes. La muqueuse se continue avec la peau; et là aussi, on retrouve tous les éléments normaux qui entrent dans sa formation. Vous voyez des poils longs de plusieurs centimètres. Ailleurs cette peau n'est recouverte que d'un duvet très-fin. Au-dessous de l'épiderme, on rencontre le derme avec ses papilles, ses glandes sébacées, visibles même à l'œil nu, et enfin ses glandes sudoripares.

Nous avons cherché, sans les trouver, des fibres musculaires striées.

L'absence de ce tissu est un fait qui mérite d'autant plus d'être noté que les artères sont riches en fibres musculaires lisses.

Les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes n'y font pas défaut. Sur des coupes minces, après macération dans une solution faible de nitrate d'argent, on les voit naître dans le derme et se jeter dans le réseau sous-dermique, où ils forment un plexus bien développé.

Les dents sont très-irrégulièrement implantées dans ce fragment de maxillaire. Les quatre que je vous montre ont des racines convergentes qui se touchent presque par leur sommet. Elles ne diffèrent cependant en rien des vraies dents. Leurs bulbes sont bien développés, largement pourvus de vaisseaux et de nerfs.

L'existence de nerfs dentaires était un fait important à constater. En plaçant sous le microscope un bulbe dentaire, on voit des faisceaux de fibres de Remack marcher parallèlement aux vaisseaux, et ils y sont aussi nombreux que dans un bulbe normal.

Sans la présence des dents, il serait difficile de reconnaître un fragment de maxillaire dans l'os informe qui les supporte.

Tous les éléments du tissu osseux s'y retrouvent néanmoins; seulement les myéloplaxes et les médullocèles s'y remarquent en plus grand nombre que dans les os d'adulte. Sous ce rapport, cet os semble se rapprocher de l'état fœtal.

L'étude histologique de cette tumeur confirme l'opinion généralement admise aujourd'hui sur la nature de ces kystes dermoïdes. Un homme d'un grand savoir, M. Lebert, conteste l'origine fœtale de ces tumeurs. Pour lui, elles peuvent se former de toutes pièces dans des parties du corps où on ne les rencontre point à l'état normal.

Cette hypothèse, messieurs, n'est pas en rapport avec les faits. C'est chez le fœtus, en effet, qu'on rencontre le plus fréquemment ces sortes de tumeurs, à un âge, par conséquent, où il est excessivement rare de voir se développer des produits hétérologues.

Chez notre malade, c'est à quinze ans que se manifeste l'inclusion fœtale par des signes extérieurs, alors qu'elle est vierge, et qu'il serait insensé d'invoquer l'existence d'une grossesse extra-utérine. Et puis comment expliquer l'insensibilité absolue de ces kystes, si réellement ils appartenaient en propre au sujet qui les porte? Dans l'autre hypothèse, tout s'explique, au contraire, et c'est pourquoi nous n'hésitons pas à admettre l'origine fœtale de ces sortes de tumeurs.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Polype naso-pharyngien. — Ablation du maxillaire supérieur. — Extirpation. — Guérison.

(Observation recueillie par M. AZARD, élève du service.)

Le nommé D... (François), âgé de vingt-trois ans, est né à Puy-Guillaume, où il exerce la profession de cultivateur. Ce jeune homme, sans être doué d'une constitution bien robuste, n'a jamais été malade; il est issu d'une famille dont les membres ont toujours joui d'une bonne santé. Son père, il est vrai, est mort à trente ans, mais il a succombé aux suites d'un accident.

Il y a deux ans, il remarqua que son œil gauche devenait larmoyant, ce qui ne l'empêchait pas de travailler, aussi n'en fut-il pas autrement préoccupé. Mais quatre mois après, il sentit un peu de gêne dans la respiration et aperçut, dans la narine correspondante, une petite excroissance charnue qui déterminait, de temps en temps, des saignements de nez. Bientôt la joue grossit, prit un développement graduel, et finit par acquérir l'énorme volume qu'elle présente aujourd'hui. Un médecin de Thiers, qui fut consulté, lui fit appliquer des sangsues à l'aile gauche du nez. Ce traitement n'eut aucun effet: l'affection continua à faire des progrès et la tumeur devint plus volumineuse. D'après l'avis de quelques commères, il eut recours à des cataplasmes, à un collyre dont il ignore la nature, et prit, à l'intérieur, quelques cuillerées d'une liqueur dont le nom lui est inconnu, et qui doit être de l'iodure de potassium. Voyant que tous ces remèdes échouaient, il se décida à venir à Clermont, pour y consulter M. Fleury, qui l'engagea à entrer à l'Hôtel-Dieu de cette ville, où il fut admis le 10 février.

La figure de ce jeune homme est horrible à voir. Sa joue gauche est occupée par une tumeur volumineuse qui dévie le nez, qui refoule la paupière inférieure et qui arrive à la commissure des lèvres. Cette grosseur est dure, parsemée de bosselures, surtout à sa partie supérieure, sans changement de couleur à la peau, sauf à l'angle interne des paupières, où il existe une légère rougeur avec dilatation et injection des veines superficielles. Assez bien circonscrite, elle fait une saillie énorme à la fosse canine. Indolente à la pression, elle résiste au doigt sans offrir ce bruit particulier que l'on a comparé au froissement d'une feuille de parchemin. Quelques élancements s'y font sentir de temps en temps; la voix est nasonnée, la respiration un peu gênée, la bouche entr'ouverte et l'œil fermé par le refoulement de la paupière. Au centre de l'une des bosselures, il existe une petite dépression cupuliforme, où l'on sent un corps mou.

On aperçoit, au fond de la narine gauche, une excroissance rosée qui a l'apparence d'un polype muqueux.

La santé générale est restée bonne jusqu'à présent, l'appétit est conservé; la mastication est difficile, mais la déglutition s'exerce encore avec facilité; le sommeil est bon, mais il s'effectue avec un ronflement des plus bruyants.

La bouche s'ouvre avec peine, les mâchoires s'écartent avec difficulté l'une de l'autre, ce qui rend peu facile l'exploration de cette cavité et de l'arrière-gorge: aussi le doigt s'engage-t-il avec peine derrière le voile du palais.

On croit sentir, en explorant le pharynx, une petite excroissance qui en occupe le côté gauche. Du reste, la voûte palatine a conservé sa forme parabolique, mais l'arcade alvéolaire est légèrement tuméfiée. Néanmoins, les dents sont intactes et assez fortement implantées dans leurs alvéoles.

En introduisant une sonde de femme dans la narine, on détermine un saignement de nez assez abondant, ce qui ne permet pas de continuer longtemps cette exploration; la difficulté que l'on éprouve à porter le doigt dans l'arrière-gorge rend impossible la détermination de l'insertion du polype. Sans la présence d'une excroissance dans les fosses nasales et dans le pharynx, en l'absence de toute dépression de la voûte palatine, on eût pu croire à l'existence d'une hydropisie du sinus maxillaire, car le bon état général du malade, son âge, semblent exclure l'idée d'une affection cancéreuse.

La première indication à remplir était d'ouvrir largement le sinus maxillaire. Cette opération est pratiquée le 20 février.

Une incision demi-circulaire, partant de la commissure gauche des lèvres et arrivant à l'os de la pommette, permet de former un lambeau assez large que l'on relève de bas en haut et d'arrière en avant. La paroi antérieure du sinus est ainsi mise à nu; quelques artérioles, d'un petit volume, sont divisées; l'écoulement du sang est si peu abondant, qu'on ne croit pas devoir recourir à des ligatures.

On fait, avec un ciseau à froid et un marteau, sauter la paroi antérieure de la cavité, qui est remplie par une masse rouge, grenue, ressemblant un peu à de la gélatine concrétée, et faisant tellement corps avec l'os, que toute énucléation est impossible, et que l'on ne peut songer à son ablation partielle, comme on l'avait espéré dans le principe. L'extirpation du maxillaire paraissant dès lors indispensable, on le sépare de l'os de la pommette qui est conservé. L'apophyse montante a disparu et se confond avec les os propres du nez. De ce côté, il n'y a pas de difficulté; l'incisive latérale, du côté malade, est alors arrachée, et après avoir fait une incision transversale à la muqueuse qui tapisse la voûte palatine, on porte le ciseau sur l'apophyse palatine, entre l'incisive médiane et l'incisive latérale, et on sépare facilement les deux maxillaires; une simple pression, exercée de haut en bas, fait basculer l'os en totalité et le détache des os palatins.

La tumeur paraît alors dans toute son étendue en dedans; elle refoule la narine et s'engage en dehors dans la fosse zygomatique. Pour déterminer son point d'implantation, on cherche à la circonscrire avec l'indicateur; cette énucléation se fait avec une telle facilité qu'une légère traction l'amène à l'extérieur. La cloison des fosses nasales, l'arrière-gorge, la partie postérieure du voile du palais, sont alors mises à nu et l'œil plonge jusqu'au fond du pharynx, où il n'existe aucune trace de pédicule; une artériole fournit, à la partie la plus reculée de la voûte des fosses nasales, un jet petit mais assez fort; deux cautères rougis au feu l'ont arrêté assez facilement.

Le malade a donc perdu peu de sang; il prétend avoir peu souffert; on le fait cependant coucher sur un matelas, et l'on attend, pour fermer cette large ouverture, quinze à vingt minutes, afin d'être bien sûr de le mettre à l'abri d'une hémorrhagie consécutive.

Pendant ce temps, on procède à l'examen de la pièce; c'est un polype mixte qui, pour la consistance, tient le milieu entre le fibreux et le celluleux; c'est du moins l'apparence qu'offre le prolongement pharyngien. Quant à la partie qui est contenue dans le sinus maxillaire, nous avons dit qu'elle ressemblait à de la gélatine concrète et qu'elle faisait corps avec le reste de l'os.

Puisqu'il n'existe aucune adhérence avec le pharynx, la surface basilaire de l'occipital ou les premières vertèbres cervicales, il est probable que son insertion avait lieu à la partie la plus reculée de la paroi externe des fosses nasales, probablement à l'apophyse ptérygoïde: dès l'instant où ces parties ont été enlevées, on peut être sûr qu'une récidive n'est pas possible. Une suture entortillée a réuni la longue incision qui avait été pratiquée à la joue.

La peau est molle et flottante au devant de la cavité qu'elle recouvre; la teinte violacée qu'elle présente pourrait bien faire craindre qu'elle ne se gangrenât, car, au niveau des bosselures de la tumeur, elle était très-amincie.

Le malade a ensuite été rapporté dans son lit, où il a assez bien passé la journée et la nuit; on lui a fait prendre quelques cuillerées de bouillon et de vin sucré.

Le 21, la peau a repris sa coloration normale, toute crainte de gangrène a donc disparu; elle est tendue au devant de la cavité, au lieu de flotter comme une toile.

Malgré un érysipèle qui s'est manifesté, la guérison a été rapide, la réunion des lèvres de la plaie s'est faite promptement, et le malade a pu être montré à la Société de médecine de Clermont, le 11 mars. A la fin du mois, il retournait dans son village. Sa figure a subi une telle transformation, qu'à la première visite que lui a faite son père, il ne pouvait pas le reconnaître. La perte de substance qui existe à la voûte palatine s'est rétrécie d'une manière sensible, la partie la plus reculée du palais est restée en place et soutient le voile qui a conservé tous ses mouvements. La voix est nasonnée, mais le malade s'exprime d'une manière assez nette pour que l'on puisse comprendre toutes ses paroles. Du côté malade, l'incisive médiane est conservée. L'état général est aussi satisfaisant que possible. On l'engage à revenir dans quelques semaines, afin que l'on puisse placer un obturateur, qui remédiera à la perte de substance qui existe.

En présence d'une tumeur de cette nature, le procédé opératoire ne pouvait être longtemps douteux. C'est par la voie faciale qu'il fallait attaquer le polype.

M. Fleury avait espéré qu'une résection du maxillaire lui permettrait d'arriver à sa racine; mais dès l'instant où la grosseur était confondue avec les parois du sinus, on ne pouvait plus songer à son énucléation et l'ablation du maxillaire devenait indispensable.

La dilatation, qui était bornée à la paroi antérieure de la cavité, a pu faire croire un instant à l'existence d'une hydropisie du sinus, analogue à celle que l'on trouve décrite dans l'ouvrage de Boyer; mais l'excroissance que l'on apercevait dans la narine, celle que l'on sentait dans l'arrière-gorge, étaient de nature à éclairer le diagnostic et à dissiper tous les doutes.

C'est probablement à la nature de la tumeur qu'il faut attribuer cette dilatation partielle du sinus; elle n'offrait pas en effet, dans cette cavité, la consistance et la structure du tissu fibreux. La paroi antérieure, qui est la moins résistante, était la seule qui avait cédé, comme on l'observe dans l'hydropisie du sinus; on pouvait donc espérer dégager la cavité en respectant ses parois interne et inférieure, et se frayer en arrière un chemin jusqu'à l'apophyse basilaire.

C'est dans cette hypothèse qu'une seule incision demi-circulaire avait été pratiquée. Elle a été très-suffisante pour l'ablation totale de l'os; il en est resté une difformité bien moins grande que lorsqu'on pratique, comme le conseille Gensoul, un large lambeau quadrangulaire ou même une seule incision verticale partant de l'angle interne des paupières pour aboutir à la lèvre supérieure: c'est du reste le procédé opératoire conseillé par M. Velpeau, et si une seule incision a permis d'enlever une tumeur aussi volumineuse, elle sera plus que suffisante pour l'ablation du maxillaire supérieur dans les circonstances ordinaires.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juin 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

M. DESPRÉS continue :

Un mot sur ce traitement tonique et réparateur, objet des critiques de M. Depaul. Et d'abord, ce n'est pas moi qui l'ai inventé, c'est un peu tout le monde.

Ce n'est pas, comme le croit M. Depaul, du quinquina et du fer; c'est une bonne nourriture avec de la viande en supplément, c'est du vin, mais c'est aussi du sommeil, un exercice réglé et l'abstinence de tout excès. J'avais traduit cette hygiène par ces mots: vivre de la vie de l'enfance. J'ajoute à cela la médication tonique: quinquina, cannelle, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer et iodure de potassium à très-petites doses, comme excitant l'appétit; des bains salés, des bains sulfureux et des bains alcalins; et quand je cautérise les ulcérations, je ne contrarie point les effets du traitement tonique; ceci n'est pas contesté.

M. Depaul m'a dit que je prétendais guérir les accidents syphilitiques avec le traitement tonique. Une partie de mon discours ne l'a pas frappé. J'ai dit que je faisais un traitement local scrupuleux, et c'est comme traitement local que j'ai donné le bain de sublimé, que je remplace par un bain excitant aujourd'hui.

Tout cela, messieurs, les partisans du mercure ne le négligent point, et c'est heureux, car, à mon sens, ce traitement tonique et réparateur, dans le cas où l'on donne de très-petites doses de mercure, atténue les effets du mercure, en même temps qu'il aide à la guérison spontanée de la syphilis.

Mais, dit M. Depaul, les gens du monde qui mangent de bonnes choses font le traitement tonique et réparateur. Manger de bonnes choses n'empêche pas de se livrer à des plaisirs, à des excès, cela ne calme pas les préoccupations d'argent, d'affaires, les marches forcées, les veilles, que sais-je encore? Et cela est même connu de vous, car quand les syphilis que vous traitez résistent à votre traitement mercuriel, vous envoyez vos malades aux eaux minérales, où le repos et le sommeil ont autant d'action que les bains.

Sans rien mettre à la place, M. Depaul a nié la théorie de la guérison spontanée de la syphilis, que Hunter lui-même avait entrevue. Toute la théorie de l'action des mercuriaux dans la syphilis et de la marche de la syphilis est, pour mon honorable contradicteur, dans cette formule: le mercure arrête les néoplasies syphilitiques. J'ai touché ce point, dans ma précédente argumentation, et j'ai montré que cette proposition n'avait rien de précis. Mais comme elle émane d'un professeur qui se signale par son amour pour la science et son ardeur dans les recherches physiologiques et thérapeutiques, je veux y revenir. D'ailleurs, M. Sée a pris en considération la discussion de la Société de chirurgie, et on doit le payer de retour.

J'ai suivi les leçons que M. Sée a consacrées à l'étude du mercure, et j'ai appris des choses nouvelles d'un grand intérêt, et qui font honneur à M. Cl. Bernard et à M. Sée, mais qui ne placent pas toutefois le mercure au rang des médicaments spécifiques et véritablement utiles.

Suivant M. Sée, le mercure agit sur le sang et sur les organes.

Il n'est pas démontré qu'il y ait aglobulie dans le sang des individus mercurialisés. Sur ce point des expériences nouvelles me paraissent nécessaires. Le sang des mercurialisés est plus riche en fibrine, il est quelquefois couenneux; il y a diminution de l'albumine, le mercure formant un chloralbuminate de mercure avec l'albumine du sang.

De là je tire ce premier enseignement, que le mercure altère le sérum du sang, comme les autres infections, ainsi que cela ressort des travaux et des leçons de M. Robin. Or je sais que le mercure rend malade les ouvriers qui le travaillent. Il en résulte donc que nous pouvons préciser comment le mercure rend malade. Je ne parle pas de la salivation mercurielle, c'est un mode d'élimination du mercure exagéré. Je montre une contradiction: autrefois, l'on disait que le mercure enlevait au sang sa plasticité, et les partisans du mercure disaient: la théorie nous autorise à donner des préparations mercurielles pour arrêter l'induration chancreuse, les exsudats de l'iritis et les plaques muqueuses. Aujourd'hui, sous l'influence du mercure le sang est plus plastique qu'à l'état sain. La théorie est en défaut, mais quand il s'agit de tenir à une tradition, on n'y regarde pas de si près. Lorsque nous avons dit qu'il y avait une anémie, une altération du sang, nous n'étions pas précis, les mots étaient impropres; mais le sang perd de son albumine, et cela suffit. Et comme l'absence d'albumine dans le sang peut tuer, nous n'avons pas besoin d'autre chose pour dire que donner du mercure pour la syphilis, c'est débiliter un malade atteint de maladie débilitante, c'est enlever au sang de l'albumine pour une lésion qui cause, elle, l'anémie franche. Voyons l'action du mercure sur les organes. D'après M. Sée, le mercure dénourrit les organes, et il exerce son action dénutritive sur tous les organes, par une action indirecte: la perdition de l'albumine qui se produit partout où il y a du sang.

Ceci posé, M. Sée établit une théorie de l'action du mercure dans la syphilis. Il dit que la syphilis agit sur quelques organes que le mercurialisme respecte, les ganglions lymphatiques par exemple: le mercure agit donc en sens opposé à la syphilis; et voici une explication du professeur Sée: la syphilis altérant les ganglions, ceux-ci n'élaborent plus de globules blancs, et il y a anémie; le mercure, dénourrissant tous les organes, dénourrira les ganglions malades et remettra les choses en état. Ceci est logique, théoriquement, quoiqu'il y ait une petite contradiction. Mais il faudrait démontrer que les engorgements ganglionnaires sont toute la syphilis, et cela n'est pas; les accidents secondaires et tertiaires vont généralement sans engorgements ganglionnaires multiples, le mal est une altération du sang, puis, si le mercure dénourrit les ganglions, que ne le fait-il pour les scrofuleux et les leucocythémiques, et même pour les adénites indolentes, suite de croûtes dans le cuir chevelu?

Si le mercure dénourrit, comment peut-il favoriser la réparation d'ulcérations syphilitiques? La contradiction est formelle, et une preuve existe qui montre ce que peut le mercure. Les plus ardents de ses partisans conviennent qu'il est inutile et même dangereux pour les chancres phagédéniques.

Sans nous donner les preuves du contraire, M. Depaul a dit que la syphilis ne s'éliminait pas seule; il a nié la guérison spontanée admise par Hunter et M. Diday.

Nous maintenons que la syphilis se guérit par des éliminations intermittentes comme les poisons tels que le plomb. Dans la syphilis le nombre des poussées et le nombre des lésions à chaque poussée, mesure la quantité de poison à éliminer, et ceci n'est point le vitalisme ancien ou renouveau justement condamné. Nous avons montré que c'était de la physiologie.

Si des os renferment du poison syphilitique, ils s'éliminent souvent avec le mal : la nature est aveugle, maladroite, mais tous les poisons et corps étrangers introduits dans l'économie sortent de même. Lorsque vous nous montrerez un homme à qui vous avez rendu son nez atteint de carie syphilitique, par un traitement mercuriel, vous pourrez nous reprocher de négliger l'intérêt de nos malades. Mais cela ne se peut, et l'on donne simplement du mercure pendant que les os s'éliminent et pendant que la cicatrisation se fait. Vous guérissez, dites-vous, au moment de la période inflammatoire, des gommes par le mercure. Mais d'autres les guérissent avec l'iodure de potassium, et j'en arrête avec l'huile de foie de morue, les cataplasmes, les toniques et le repos. M. Verneuil ne nous a-t-il pas parlé d'un malade dont il avait guéri les gommes avec de l'emplâtre de Vigo, du diachylum et des cataplasmes, indistinctement.

M. Depaul a affirmé que le mercure empêchait les avortements, il nous a dit : J'ai vu : je réponds que j'ai cherché. Il faut avouer que j'ai la main malheureuse pour mes adversaires : j'ai 5 femmes dans mon service, que je puis montrer, et qui ont eu des avortements et des accouchements prématurés ou ont gardé leur enfant.

Trois femmes n'avaient pas pris de mercure, et étaient enceintes depuis plus de 7 mois. Une est accouchée prématurément d'un enfant mort ; une est accouchée d'un enfant qui a vécu deux jours ; une est accouchée à terme d'un enfant vivant ayant quelques plaques muqueuses, et la malade est partie avec son enfant vivant. Ces trois malades avaient eu des plaques muqueuses au troisième mois de la grossesse environ.

Deux malades, les filles C... Marie, 22, salle Saint-Alexis, et T..., 31, salle Saint-Bruno, étaient enceintes de 4 et 5 mois, elles étaient malades depuis 3 mois, et avaient des plaques muqueuses ; les deux malades ont été examinées au speculum. Une, la fille C..., qui avait pris en ville 150 pilules mercurielles, a avorté; l'autre est encore enceinte, et je tâche d'amener à terme son enfant.

Il est presque sûr que la syphilis constitutionnelle de la mère est une cause de mort pour l'enfant, comme l'anémie, lorsque la vérole débute avec la grossesse. Les trois premiers faits sont donc dans la loi, les deux seconds sont tout au désavantage du traitement mercuriel pour prévenir l'avortement.

Que dire encore ? Un partisan du mercure qui n'est pas en suspicion, M. A. Guérin, a écrit, dans son livre sur les *Maladies des organes génitaux externes de la femme* (p. 226), que le mercure donné à dose de 10 centigrammes par jour était capable de faire avorter les malades. L'auteur cite trois faits d'avortements après 21, 17 et 15 jours de traitement. Aussi conseille-t-il de ne donner que très-peu de mercure aux femmes enceintes, une dose moitié moindre de celle qu'on donne habituellement aux autres malades.

M. Depaul dit avoir arrêté des séries d'avortements par un traitement mercuriel. Je pense d'abord que mon honorable adversaire ; employait, outre le mercure, les soins habituels qu'on donne aux femmes enceintes pendant la période correspondant au terme habituel de leur avortement; d'un autre côté, il paraît raisonnable de conclure que le mercure ne prévient le dernier avortement que quand la syphilis de la mère est atténuée par le temps ou est arrivée à la fin d'un stade d'expulsion du virus.

Enfin, messieurs, ici encore une contradiction entre la théorie et la thérapeutique. Le mercure, dit-on, guérit parce qu'il arrête les néoplasies et dénourrit les organes. Or la grossesse est la néoplasie par excellence, néoplasie dans l'utérus et formation totale du fœtus. Le mercure, s'il a réellement les propriétés qu'on lui attribue, doit donc entraver la marche de la grossesse.

M. Depaul, en terminant, a dit que le mercure guérissait très-vite la syphilis des enfants. Je renverrai M. Depaul à son propre rapport sur les faits de syphilis vaccinale du Morbihan. Mais M. Depaul a cité des faits: 7 enfants atteints de syphilis vaccinale ont été traités par lui pendant 2 mois ; il les a revus 2 mois après ; 5 enfants ont été guéris, 2 sont morts de maladies dites étrangères à la syphilis. M. Depaul nous assure que les observations seront publiées. Je les attends, mais j'avoue qu'en entendant dire : j'ai vu les enfants pendant trois mois, par la même bouche qui me dit que je n'ai pas assez d'expérience après avoir vu des malades 6, 10, 12, 18 et 20 mois, j'ai le droit d'être surpris.

En fait, messieurs, je n'ai pu trouver chez nos adversaires des observations, si courtes qu'elles soient, en réponse à mes statistiques.

Nous, à qui l'on a donné le mercure comme un excellent médicament, nous avons cherché par l'observation la confirmation d'une coutume thérapeutique ou sa condamnation. J'ai rempli mon rôle pour ma part ; nos adversaires ont-ils rempli le leur ?

Nos contradicteurs se sont bornés à nous dire : Le mercure est bon, et vous devez être de cet avis ; les observations que vous avez fournies ne comptent pas. Ils ont ajouté que nous nous livrions à une exagération regrettable, et que nous étions jeune et sans expérience.

Ceci s'appelle de la passion, et je réponds en me plaçant cette fois sur le terrain de nos contradicteurs : Un fait ne se multiplie pas parce qu'il est raconté, les preuves parlées ne valent pas les preuves écrites, parce que je ne puis pas les contrôler, et que le contrôle, je vous l'ai montré, change bien des choses. Je dis qu'il n'est pas d'autorité ni de haute position scientifique qui puissent mettre une opinion au-dessus des observations. Si je ne convaincs pas mes collègues, du moins ceux qui viendront plus tard chercher le jugement des faits, pèseront la valeur des assertions que j'ai combattues, pèseront les observations et les statistiques que j'ai produites et que plusieurs de mes contradicteurs ont accueillies avec un si facile dédain.

M. Verneuil. On a parlé des bains de sublimé ; je tiens à dire pour ma part que le mercure est absorbé quand on l'administre de cette façon. Sans citer les travaux récents d'Hoffmann, la clinique a démontré que les bains de sublimé agissent par l'absorption du médicament. Je me rappelle entre autres une femme couverte d'ulcères horribles, atteinte de contractures musculaires et présentant de plus des accidents pulmonaires. Cette malheureuse femme ne pouvait tolérer aucun médicament ; elle a guéri grâce à l'usage fréquent des bains de sublimé. J'en conclus que le médicament a non-seulement agi sur les accidents extérieurs, mais encore sur les altérations viscérales.

J'ai dit dans une précédente commmunication que j'avais fait disparaître des gommes en employant divers topiques ; ce résultat, je ne le considère nullement comme une guérison définitive. On a donné comme sans importance une dose journalière de 50 centigrammes d'iodure de potassium ; je ne partage pas cette manière de voir ; je me rappelle que Bricheteau, à l'hôpital Necker, donnait 5 centigrammes d'iodure de potassium en lavage et qu'on voyait ainsi cesser les douleurs ostéocopes.

Après une courte discussion entre MM. Depaul et Després, relativement à la manière dont doit être faite la statistique médicale, la séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dolbeau.

Par décret en date du 12 juin 1867, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Soissons, M. le docteur Missa.

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Castres, M. le docteur Combes, professeur honoraire de l'école de médecine de Toulouse.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 75. — JEUDI 27 JUIN 1867. (40e ANNÉE.) JEUDI 27 JUIN 1867. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie impériale de médecine. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Foucher). Tumeur fibro-plastique volumineuse, implantée sur le dos du nez par un étroit pédicule. — Croup. Trachéotomie. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Souscription. — Nouvelles. — Bibliographie.

PARIS, LE 26 JUIN 1867.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance a été très-longue et bien remplie, comme on peut le voir au compte rendu.

Mais le souvenir de M. Trousseau rendait distraite l'attention générale. On n'a réellement écouté que son éloge, prononcé par M. Tardieu d'une voix émue.

M. Guérin a repris la suite de son discours. Il a émis quelques propositions nouvelles, très-contestables.

Ainsi il attribue en grande partie la diminution de natalité à une stérilité réelle, qui serait elle-même causée par le défaut de croisements.

La lumière se fait de plus en plus sur l'inanité des reproches qu'on adressait aux mariages consanguins. Cette question a été traitée longuement au congrès de Lyon et dans plusieurs thèses. On a montré que les mariages consanguins, s'ils développent les germes morbides qui sont communs aux deux époux, maintiennent au contraire dans leur perfection les races vraiment saines. Les plus belles populations de toute la France sont issues d'unions consanguines. Au bourg de Batz, les paludiers, qui se marient toujours entre eux, se distinguent par leur force, par leur taille, par leur élégance, des paysans bretons qui les entourent. Leurs femmes ne sont pas stériles, car leur nombre ne décroît pas.

M. Guérin dit qu'aux îles Sandwich, les femmes sont souvent stériles parce que les croisements y sont rares. Mais cet argument tourne contre lui.

Dans ces îles comme dans l'archipel d'Otaïti, comme dans beaucoup d'autres de l'océan Pacifique, la population était très-nombreuse lorsque les navires européens les visitèrent pour la première fois; et c'est depuis le croisement des races, depuis que les marins apportèrent dans ces îles des germes étrangers, que le nombre des habitants décroît d'une façon progressive. La même chose fut observée dans les îles américaines que les espagnols découvrirent, dans les contrées dont ils s'emparèrent.

Je sais qu'en outre du croisement des races, bien d'autres causes venaient hâter ce résultat. Mais il est d'observation que les métis, entre races très-différentes, sont toujours beaucoup moins féconds que leurs ascendants de race pure.

Lorsque les races sont à peu près les mêmes, cet inconvénient du métissage est moins apparent; mais on pourrait croire qu'il existe à quelque degré, quand on voit la multiplication du peuple juif, où les croisements sont interdits.

Rien n'est aujourd'hui moins démontré que l'utilité des croisements chez les animaux. Les plus belles races ont été créées par la sélection dans des troupeaux qui se reproduisaient toujours par eux-mêmes. Ces questions nous mèneraient trop loin pour aujourd'hui.

Un mot encore à propos de l'écart entre les données des recensements et les excédants de natalité. M. Guérin a eu le mérite de mettre le premier cet écart en lumière et d'en montrer les causes : l'immigration ou l'émigration.

Mais après une nouvelle lecture du discours de M. Broca, nous ne sommes pas persuadés que cet orateur ait eu en vue cet écart dans la phrase suivante : « Je l'ai déjà dit, ce résultat (l'accroissement de la population), qu'on ne peut attribuer à l'accroissement de la natalité, doit être attribué à la diminution de la mortalité. »

M. Broca, à ce qu'il nous semble, voulait seulement dire que la natalité ne devait pas être prise d'une manière isolée ; que si elle diminuait en même temps que la mortalité, le nombre des habitants pouvait rester le même; que si elle diminuait seule, le nombre devenait moins grand ; plus grand, si elle augmentait seule ; qu'en un mot, entre ces deux termes, natalité et mortalité, il y avait une relation dont il fallait toujours tenir compte. Il n'avait pas prévu l'accroissement qui pouvait se faire en dehors de cette relation qu'il signalait.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOUCHER.

Tumeur fibro-plastique volumineuse, implantée sur le dos du nez par un étroit pédicule. — Ablation. — Guérison.

(Observation recueillie par M. A. BOUSSEAU, interne du service.)

Marie C..., âgée de soixante et onze ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur assez volumineuse siégeant à la base du nez.

Cette femme a toujours joui d'une excellente santé et n'a pas d'antécédents de famille. Il y a huit mois, elle s'aperçut pour la première fois d'une petite élevure noirâtre, située sur le dos du nez, au niveau de l'extrémité inférieure des os propres. Cette élevure donnait lieu à quelques démangeaisons et fut écorchée par le grattage; elle prit alors un peu d'extension et atteignit le volume d'un gros pois. Depuis, elle resta stationnaire pendant plusieurs mois, manifestant à peine sa présence par quelques douleurs fugitives et de faible intensité.

Mais au mois de janvier dernier, et sans cause occasionnelle apparente, la petite tumeur se mit tout à coup à croître rapidement, et à la fin de février, elle était du volume d'un gros œuf de poule.

En même temps des douleurs se déclarèrent, sourdes et presque continues, aiguës seulement par intervalles. A la surface se dessinèrent quelques crevasses, quelques exulcérations très-superficielles, qui donnèrent bientôt lieu à un suintement sanguin presque permanent. Ces pertes qui, par leur durée, ne laissaient pas d'être abondantes, jointes à l'absence de sommeil, au trouble des digestions, chez une femme de soixante et onze ans, ne tardèrent pas à la jeter dans une anémie profonde. Elle vint alors dans le service de M. Foucher, réclamer l'ablation de sa tumeur.

Celle-ci se présente sous l'aspect d'un champignon gros comme une orange moyenne, de forme oblongue, légèrement incliné de haut en bas et de droite à gauche, divisé en plusieurs lobes distincts, d'une consistance mollasse, élastique et recouvert d'une pellicule d'un rouge noirâtre, dû au dessèchement du sang épanché. Au-dessous de cette pellicule, on observe des gerçures superficielles, qui saignent au moindre contact; c'est à ce point qu'il devient nécessaire de renouveler plusieurs fois par jour les pièces du pansement. Cette tumeur singulière recouvre l'œil droit presque en entier et la moitié interne de l'œil gauche; la malade voit à peine à se conduire. En explorant la base et en recherchant le point d'implantation, on est frappé de ce fait, que la tumeur passe en avant des yeux sans les envahir, qu'elle est libre complétement dans les huit dixièmes de son étendue, et que l'adhérence a lieu seulement sur la base du nez, par un court pédicule (1). Ajoutons que ni les ganglions parotidiens, ni les sous-maxillaires ne sont engorgés.

La nature maligne de la tumeur ne pouvait être mise en doute; ses progrès incessants, son extrême vascularité, la perte artificielle de la vue, disaient assez combien il était temps d'agir. D'autre part, la pédiculisation naturelle de la masse morbide rendait l'ablation extrêmement simple. Elle fut faite au moyen de l'écraseur, le 1er avril. Malgré la section lente du pédicule, deux ou trois artères volumineuses donnaient encore; mais il suffit de quelques rondelles d'amadou, aidées d'un bandage compressif, pour arrêter l'hémorrhagie. Quinze jours après, la cicatrisation était parfaite.

La tumeur, après avoir macéré quelques jours dans l'alcool et avoir été débarrassée du sang qu'elle contenait, offre un tissu d'un blanc grisâtre, opalin, assez consistant, très-élastique, riche en vaisseaux, privé de suc et présentant, au microscope, tous les éléments du sarcome fibro-plastique : noyaux embryo-plastiques extrêmement abondants, corps fusiformes disséminés au milieu d'une trame fibroïde. La tumeur mesure 8 centimètres de longueur sur 4 de largeur et 3 d'épaisseur.

Quel a été le point de départ de cette production ? Il serait difficile de le dire ; les renseignements que nous donne la malade sur le début sont trop incomplets pour que nous puissions en tirer quelque conclusion. La tumeur garda pendant plusieurs mois le volume d'une aveline, sans exciter aucun préoccupation. A cette époque, était-elle mobile ou bien adhérait-elle au périoste? La malade n'a pu nous renseigner à ce sujet. Mais plus tard, lorsque la tumeur eut atteint le volume d'une petite noix, l'immobilité de sa base fut parfaitement constatée. Aussi croyons-nous que le point de départ a dû être le périoste, ou du moins que le périoste a été pris de bonne heure, et que c'est à partir de ce moment que la tumeur a pris un accroissement considérable. Ce qui nous confirme dans cette pensée, c'est la marche ordinairement très-lente des tumeurs fibro-plastiques situées au sein des parties molles. Au contraire, celles qui tiennent au tissu osseux se développent parfois d'une manière extrêmement rapide, produisent une cachexie énorme, et ne méritent, à aucun égard, le nom de tumeurs bénignes, titre que l'on donnait il y a quelques années aux productions fibro-plastiques. Nous avons, depuis trois mois, présenté deux cas de ce genre à la Société anatomique. L'une des tumeurs s'était développée sur l'extrémité inférieure du fémur et avait atteint, en trois ou quatre mois, le volume d'une tête d'adulte. L'autre, ayant son point de départ sur l'ilium, avait envahi tous les muscles de la partie interne de la cuisse, et descendait jusqu'au condyle interne. Ce travail morbide s'était accompli en moins de cinq mois.

Indépendamment du tissu qui a pu donner naissance à notre tumeur, son siége sur le dos du nez est un fait intéressant, parce qu'il est rare. On voit souvent à cette place des épithéliums, mais personne n'y avait encore, que nous sachions, signalé des sarcomes. L'implantation par un pédicule assez grêle est encore une chose tout à fait insolite dans l'histoire des tumeurs fibro-plastiques; il est vrai que, dans ce cas particulier, la pédiculisation est probablement le résultat du siége même de la tumeur, qui, trouvant obstacle en arrière, s'est développée librement en avant.

(1) Cette adhérence est extrêmement solide; des tractions latérales ne font pas remuer la tumeur, et il devient évident que la face externe des os du nez est en continuité directe avec elle.

CROUP. — TRACHÉOTOMIE.

Étouffements provoqués par l'ablation momentanée de la canule. — Guérison après 27 mois.

Par M. le Dr ROUZIER-JOLY (de Clermont-l'Hérault).

Joseph R..., âgé de trois ans, d'une vigoureuse constitution, revient, le 1er janvier 1864, par un temps très-rigoureux (vent très-froid ayant passé sur la neige), d'un village dans lequel deux ou trois cas de croup avaient été naguère observés.

Je le trouvai, dès son retour, un peu plus pâle que d'habitude.

Dans la nuit du 3 janvier, sa respiration, très-douce ordinairement, devint bruyante ; nul enrouement, nulle toux.

Dans la nuit du 4 au 5, ronflement plus fort, chaleur excessive, mouvements tumultueux, pouls très-agité. Au lever du jour, j'examinai la gorge et je trouvai les amygdales et toute la paroi postérieure du pharynx recouvertes de plaques blanches jaunâtres. Cautérisation avec la pierre, sirop d'ipéca, vomissements avec débris de fausses membranes.

Le 6 janvier, je badigeonnai l'arrière-gorge, toujours recouverte de couennes, avec l'alun.

Le 7, je cautérisai avec une solution concentrée de nitrate d'argent et je badigeonnai plusieurs fois avec l'alun ; je donnai du perchlorure de fer et du sirop de quinquina ; excellent régime, mais pas d'appétit.

Dès le 8, les symptômes du croup laryngien apparurent et se déroulèrent assez lentement.

Le 13, à huit heures du soir, le professeur Courty, appelé de Montpellier, jugea l'opération urgente, le poumon assez libre, et pratiqua la trachéotomie, assisté du docteur Bastard, de Pézénas.

L'opération fut faite d'une manière très-distinguée ; une fausse membrane de 3 à 4 centimètres de longueur et large de 1 à 2 centimètres fut expulsée avant la mise de la canule.

Malgré l'emploi du dilatateur, l'introduction de la canule tardait à se faire ; l'enfant semblait près d'expirer, mais, grâce à deux crochets mousses très-simples, imaginés par le docteur Bastard à cet effet, faciles à introduire l'un près de l'autre dans la plaie trachéale et confiés à deux aides tirant convenablement en sens inverse, l'ouverture de la trachée fut tenue largement béante et l'opération se termina vite et heureusement.

La nuit fut très-pénible à cause de la fréquence de la respiration et de la toux qui chassait par la canule une grande quantité de mucosités avec des débris de fausses membranes.

La journée du 14 fut bonne ; respiration accélérée et bruyante, surtout quand la canule interne avait besoin d'être nettoyée. Vin sucré, perchlorure de fer en solution dans l'eau simple.

Le 15, journée bonne ; petits gâteaux dans le vin.

Le 16, respiration gênée, toux fréquente, râles sonores dans toute la poitrine, souffle tubaire en haut du poumon droit avec matité.

Le 17 et le 18, il s'échappa par la canule une matière crémeuse, blanchâtre, d'une odeur désagréable, en grande quantité.

Le 19, vers dix heures du matin, respiration embarrassée, toux sèche et fréquente, pouls à 160 ; infusion d'ipéca, couvertures de laine, boissons chaudes et abondantes ; sueur générale, soulagement. Il s'échappa par la canule une grande quantité de matière mucoso-purulente, quelquefois ensanglantée.

Le septième jour après l'opération, le docteur Bastard enleva la canule et la remit bientôt. La plaie était belle et rose ; j'avais eu soin, sur le conseil du professeur Courty, de la toucher plusieurs fois avec le perchlorure de fer.

Dans la nuit suivante, suffocation extrême. A onze heures du soir, respiration tout à coup impossible. J'enlevai la double canule ; même état. Me souvenant alors que, lorsque l'enfant buvait et qu'il

tombait quelques gouttes de sa boisson dans les voies aériennes, il survenait de l'éternument et l'expulsion de mucosités épaisses, je jetai quelques gouttes de tisane dans la trachée par l'ouverture artificielle; des efforts violents se firent aussitôt et il sortit un bouchon de muco-pus presque solidifié, gros comme une noisette et deux fois plus long. La respiration revint après cela lente et bonne.

Du 22 au 26, j'essayai tous les jours l'enlèvement de la canule en fermant l'ouverture artificielle. La suffocation, toujours imminente, me força toutes les fois à remettre bientôt l'instrument.

Le 30 janvier, quatorzième jour de l'opération, j'enlevai la double canule à neuf heures du matin; à trois heures du soir, voyant la respiration s'embarrasser, je tentai vainement de la remettre : l'ouverture de la trachée était trop étroite et ses bords étaient complétement en contact. A cinq heures, respiration plus gênée; nouvelles tentatives infructueuses d'introduction. A dix heures, à la suite d'une émotion, respiration à peu près suspendue, asphyxie imminente, pouls misérable et s'effaçant. Je songeai à l'usage des sondes en gomme élastique, et j'en introduisis coup sur coup de plus en plus fortes, puis je parvins à faire pénétrer la seule canule interne, non sans blessure ni sans effort.

Trois jours après, j'essayai de nouveau d'enlever la canule. Après trois heures, et à la suite d'une nouvelle émotion, l'asphyxie survint et la réintroduction de la canule fut encore plus difficile que la dernière fois. L'enfant ne respirait que deux ou trois fois la minute, quand je parvins à faire pénétrer d'abord la sonde en gomme élastique, et après elle la canule interne.

Je restai huit jours sans renouveler l'épreuve; celle-ci fut encore vaine, et, dès ce jour, le malaise se montra croissant et plus rapide à chaque nouvel enlèvement de la canule.

Je résolus dès lors d'habituer mon enfant à la respiration par les voies naturelles, en me servant de canules de plus en plus petites.

J'écrivis à plusieurs médecins de Paris, et leur exposai mon embarras. Le regrettable M. Debout eut l'idée de s'adresser à M. Laborde, et me conseilla l'usage de canules imaginées par ce savant confrère pour des cas à peu près semblables, et qui avaient été décrites depuis un certain temps dans le *Bulletin de thérapeutique* (tome LXV, p. 417). M. Laborde me fit l'amitié de me faire confectionner un de ses modèles par MM. Robert et Colin.

Ces canules m'ont rendu pendant longtemps les plus grands services. Chaque modèle est composé d'un tube externe très-court (30 millimètres), ce qui leur permet de s'enfoncer à peine de 2 à 3 millimètres dans la plaie trachéale; et de tubes internes à dimensions progressivement décroissantes. Je pus, avec leur secours, habituer le larynx au passage de l'air et bientôt l'enfant put, en fermant avec son petit doigt l'ouverture extérieure de la canule, souffler assez fortement par la bouche, éteindre la flamme des bougies, etc., etc.

Un phénomène assez curieux s'était même produit avant la réception des canules Laborde. L'enfant était resté déjà depuis plusieurs mois sans pouvoir émettre des sons, tant qu'il avait au cou sa canule. Un jour, subitement, il m'appela fortement et dit quelques mots; puis, peu à peu, il parla davantage et très-distinctement; seulement, il faisait, à chaque émission de voix, un certain effort d'expiration. Je m'avisai alors qu'il avait pris l'habitude de porter son petit doigt à l'embouchure de la canule, et de fermer ainsi le passage artificiel de l'air quand il voulait parler. Cela était devenu, chez lui, d'une pratique très-facile. L'air allait ainsi au larynx, en passant entre la paroi postérieure de la canule et la paroi postérieure de la trachée.

Avec l'appareil Laborde, ce commerce devint plus aisé; mais je ne pus parvenir à priver l'enfant de son conduit respiratoire artificiel. Chaque fois que j'enlevais celui-ci, l'asphyxie se produisait insensiblement, l'enfant ne tardait pas à s'assoupir et un malaise extrême survenait. Puis, comme les lèvres de la plaie se rapprochaient très-vite, je ne parvenais à remettre l'instrument qu'avec une souffrance toujours très-vive et redoutée.

Je dois dire cependant qu'avec l'appareil Laborde, mes craintes furent bien diminuées, car le bec des canules de faible dimension, étant très-petit, facilitait singulièrement l'introduction de l'instrument.

Insensiblement, j'ai dû commander à MM. Robert et Colin des modèles de plus en plus petits. Ces messieurs ont eu toujours un parfait empressement à me servir, et leurs canules étaient très-bien confectionnées. Les bords du bec de la canule, qu'ils excellent à rendre mousse pour ne pas blesser les tissus, ont épargné à mon fils bien des souffrances; car, avec les canules confectionnées ailleurs, et dont je me servais auparavant, je produisais souvent, quand les lèvres de la plaie étaient resserrées, des écorchures douloureuses, suivies de petites inflammations qui persistaient un ou plusieurs jours.

M. Laborde avait surtout imaginé ses canules et notamment son tube externe très-court, afin d'éviter à l'enfant la sensation morale qu'il éprouve quelquefois en se voyant privé de son conduit respiratoire artificiel, auquel il est déjà habitué, et que, par instinct, il considère comme une garantie d'existence. De fait, ce tube externe, laissé seul en place par l'enlèvement du tube enveloppé ou interne, peut, quand les cordons sont tant soit peu lâchés, abandonner tout à fait la trachée dont l'ouverture artificielle se ferme alors et permet à la respiration laryngée de se rétablir sans que l'enfant s'en doute, puisqu'il porte toujours au cou l'instrument supposé indispensable.

Je ne pus obtenir de longtemps ce bénéfice définitif, car, je l'ai dit, l'ouverture faite au cou ne pouvait se resserrer sans que des menaces d'asphyxie survinssent, et il me devenait inutile d'employer aucun stratagème pour tromper la pensée de l'enfant. Je devais bien plus tard cependant arriver à un résultat analogue d'une façon inattendue.

D'où venait l'insuffisance de l'air arrivant par le larynx quand je supprimais la canule? Je regrette de n'avoir pu éclairer ce problème d'une façon positive au moyen du laryngoscope.

J'écrivis à M. Delore, de Lyon. Ce savant chirurgien me répéta ce qu'il avait écrit dans la *Gazette de Lyon*, à propos de cas analogues à celui de mon fils, et me conseilla des cautérisations de la plaie artificielle avec le nitrate d'argent. Je suivis cet avis d'autant plus volontiers que j'avais observé dans la plaie trachéale comme une languette charnue que semblait descendre de la paroi antérieure de la trachée ou des parties formant paroi. Après quelques attouchements, ce long bourgeon disparaissait, puis il croissait encore, venant enfin faire soupape à l'ouverture artificielle, ou flottant dans la trachée selon les besoins de la respiration.

C'est probablement à cause de ce bourgeon que les canules du modèle Bérard, ouvertes sur la courbure supérieure afin de permettre à l'air d'aller directement de la trachée au larynx, n'ont jamais pu me servir. Non-seulement avec leur emploi je n'ai pas pu arriver à faire parler l'enfant en fermant l'embouchure de la canule, mais il m'a fallu presque aussitôt enlever le bouchon pour donner une quantité suffisante d'air au poumon.

Les cautérisations amenèrent une amélioration remarquable. L'enfant fit dès lors sortir par la bouche des quantités plus grandes d'air, son souffle éteignit les bougies avec une vive rapidité, et il put faire de longues conversations en fermant l'ouverture de la canule avec son petit doigt. Cependant la suppression de celle-ci ne me sembla pas encore pouvoir se faire sans inconvénient. Je négligeai même quelque temps la cautérisation, et je ne la faisais que lorsque j'apercevais le bourgeon charnu dont il a été question. La cause de cette négligence était la souffrance de plus en plus grande de l'enfant à chaque réintroduction de la canule entière ou double, et sa crainte excessive de la pierre infernale : cette petite opération le laissait fatigué pendant plusieurs jours.

C'est presque toujours avec le crayon de nitrate d'argent, passé dans une plume d'oie et solidement attaché, que je pratiquais les cautérisations; je me fis pourtant construire, d'après un modèle imaginé par le professeur Courty, un porte-caustique semblable à celui de Lallemand, mais bien plus commode pour le cas présent.

Les vives souffrances de mon fils me firent alors sentir le besoin d'une canule qui fût plus douce pour les tissus, qui offrît moins de résistance au choc intermittent de ceux-ci à chaque respiration, car il était visible, par les mucosités striées de sang, que des blessures se faisaient de temps en temps dans le conduit aérien. Les tubes en métal ont aussi l'inconvénient de faire percevoir trop brusquement les qualités diverses de température de l'air extérieur, et de soumettre ainsi le poumon ou les bronches à des sensations différentes trop répétées, inévitablement fâcheuses.

Au mois de mars 1865, je n'avais pas cautérisé depuis un long temps, et le long bourgeon, dont j'ai fait plusieurs mentions, était très-long et assez fort pour boucher l'ouverture du cou chaque fois que j'enlevais la canule. Une nuit, l'enfant fut très-agité, dans l'anxiété; il ne voulut pas me permettre d'examiner son cou dont il semblait souffrir. Il ne portait que la courte canule externe du modèle Laborde, réduite à 25 millimètres. Le lendemain, la journée fut bonne, mais la nuit suivant fut excessivement mauvaise; ayant alors examiné le cou, je vis que le tube en argent était complétement en dehors de son conduit et que celui-ci était entièrement bouché par le bourgeon charnu signalé.

J'essayai l'introduction des plus faibles tubes, des sondes élastiques des plus fines. Heureusement rien ne put pénétrer. La journée fut excellente, quoique l'enfant ne respirât que par le larynx. Je partis pour Montpellier pour me mettre, en cas d'accident, entre les mains du professeur Courty. Mais rien ne survint; la nuit fut bien meilleure que les deux précédentes, et depuis la santé s'est maintenue. Le corps de l'enfant, resté longtemps sans croissance, s'est refait parfaitement. Le poumon droit, qui me semblait déjà très-compromis, reçoit aujourd'hui l'air sans bruit fâcheux; la toux et l'expectoration presque purulente se sont supprimées.

Ainsi, en dernière analyse, le tube court du modèle Laborde a fini par produire, après plus d'un an, le bénéfice que j'en espérais immédiatement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juin 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans les départements d'Indre-et-Loire, du Lot-et-Garonne, de la Meuse, du Loiret, de la Corse, des Deux-Sèvres, du Rhône et de la Somme; dans les arrondissements de Dinan, de Perpignan, de Blaye, du Mans, d'Aix et d'Arles. (Commission des épidémies.)

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Néris, par M. le docteur de Laurès; d'Uriage, par M. le docteur Doyon; d'Aulus, par M. le docteur Bordes-Pagès; de Bourbon-Lancy, par M. le docteur Tellier; de Gréoux, par M. le docteur Jaubert; de Bagnoles, par M. le docteur Raynal de Tissonnière; de Royat, par M. le docteur Basset; de Châtel-Guyon, par M. le docteur Chalouin. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. le docteur Lecadre (du Havre), récemment nommé membre correspondant;

2° Un mémoire sur les maladies épidémiques, endémiques et sporadiques de l'arrondissement de Toul, de 1862 à 1866, par M. le docteur Émile Bancel. (Commission des épidémies.)

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Scherring. Accepté.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que M. le docteur Douboviski, inspecteur général du service militaire en Russie, assiste à la séance.

— **M. LARREY** présente une série de statistiques sur l'Inde anglaise, et particulièrement sur Calcutta.

— **M. BOUCHARDAT** présente un mémoire de M. Duménil, sur l'industrie des nourrices et la mortalité des nourrissons.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que M. Gosselin a été nommé, à la place de M. Follin, membre d'une commission chargée d'examiner un mémoire de M. Giraud-Teulon, sur le mécanisme du staphylôme postérieur.

M. le Président annonce ensuite que le travail de M. Bellami, sur l'analyse des eaux potables, présenté dans la dernière séance par M. Robinet, a été renvoyé à une commission composée de MM. Boudet, Poggiale et Robinet.

SUPPLÉMENT DE RAPPORT.

Horse-pox.

M. DEPAUL. Mardi dernier, j'ai rendu compte à l'Académie du résultat des premières inoculations que j'avais faites avec le *horse-pox* trouvé sur un cheval de M. le Préfet de police. Aujourd'hui, je viens indiquer le résultat des secondes inoculations que j'avais pratiquées à l'aide du virus recueilli le dixième jour sur les premiers enfants vaccinés par moi. Un seul des derniers vaccinés s'est représenté. Je lui avais fait six piqûres, et il présentait six pustules parfaitement développées. Ces pustules m'ont servi à vacciner un grand nombre d'autres enfants.

Nous avions inoculé en outre, avec le même virus, une génisse, et nous avons obtenu sept pustules sur dix piqûres. Ces pustules étaient absolument semblables à celles que nous a données le *cow-pox* inoculé parallèlement. Il est, du reste, aujourd'hui parfaitement démontré que le cow-pox et le horse-pox sont une même maladie.

M. TROUSSEAU.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. Trousseau a succombé, le 23 juin, à la maladie dont il était atteint depuis plusieurs mois.

Une députation à laquelle s'étaient joints le bureau et un grand nombre de membres de l'Académie a assisté à ses obsèques. M. le président donne lecture de la lettre suivante, que M. Trousseau avait écrite pour être remise, immédiatement après sa mort, au président de l'Académie.

« Mon cher président et excellent ami,

« Je désire bien sincèrement qu'il ne soit prononcé aucun discours « à mes funérailles, et j'espère que vous vous conformerez à mon « dernier désir.

« Remerciez mes collègues de l'affectueuse sympathie qu'ils m'ont « montrée dans les quelques occasions où j'ai pris la parole devant « la compagnie, et dans le cours de ma dernière maladie.

« Croyez à mon bien entier dévouement.

« A. TROUSSEAU. »

Paris, le 1er mars 1867.

Cette volonté, ajoute M. le président, exprimée avec tant de fermeté et dans la prévision prochaine et résignée du terme fatal, a été respectée.

Ce n'est pas l'enfreindre cependant que de saluer une dernière fois dans cette enceinte une des grandes figures médicales de notre temps, et de dire quelle perte immense, ajoutée à tant d'autres, vient de faire l'Académie en la personne de M. Trousseau.

Sa retraite récente, que tous nous regardions comme prématurée, que lui seul, avec cette hauteur et cette justesse de vues qui ne l'ont pas quitté, savait nécessaire, cette retraite, en l'affranchissant des devoirs du professorat, eût profité à l'Académie, qui regrettera d'avoir possédé M. Trousseau trop peu de temps. Il se proposait de lui apporter ses derniers travaux et il m'en confiait le dessein, il y a quelques mois à peine.

Sans prétendre à le juger, il me sera permis de caractériser en deux mots sa nature et ses mérites. Disciple de Bretonneau et de Récamier, M. Trousseau fut, comme eux, un grand et vrai médecin.

Il les a surpassés tous deux par l'éclat de son enseignement et l'étendue de sa renommée. Merveilleusement doué et parvenu au faîte d'un succès sans égal, il était resté simple et essentiellement bon.

Notre pauvre profession médicale semble se découronner. La mort et la maladie font dans ses rangs les plus élevés, ici surtout, des vides cruels. Serrons-nous les uns contre les autres et redoublons d'efforts, pour ne pas laisser périr entre nos mains l'héritage de gloire que nous lèguent ceux que nous perdons.

J'ai l'honneur de proposer que la lettre de M. Trousseau qui contient de si touchants adieux à l'Académie soit reproduite au procès-verbal.

Cette allocution est accueillie par des marques unanimes d'approbation et de sympathie.

Sur la proposition de M. Larrey, l'Académie décide que l'allocution de M. Tardieu sera insérée au procès-verbal avec la lettre de M. Trousseau.

ÉLECTION.

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant dans la section de pathologie.

M. le président donne lecture de la liste de présentation.

En première ligne M. Tholozan.

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Guipon, Seux, Lacorbière et Tourdes.

Au premier tour de scrutin,

MM. Tholozan obtient	37 voix.
Seux	20 —
Guipon	3 —
Tourdes	1 —
Lacorbière	1 —

En conséquence, M. Tholozan est proclamé membre correspondant.

COMMUNICATION.

M. GUIBOURT lit une note intitulée : *Observations sur un lait artificiel proposé pour la nourriture des enfants nouveau-nés.*

Je crois, dit M. Guibourt, devoir appeler l'attention du corps médical sur l'annonce récemment faite par M. Liebig. Je regrette profondément de venir me heurter à un tel nom, mais plus ce nom est illustre, plus il me paraît nécessaire de combattre l'abus que d'autres pourraient en faire.

Après avoir rappelé la composition et le mode de préparation de ce lait artificiel, M. Guibourt insiste sur les difficultés de confectionner un pareil aliment, là où il pourrait être le plus nécessaire, chez les nourrices de campagne et les petits ménages. On répond à cela qu'une compagnie anglaise se charge de préparer en grand le lait artificiel et de le livrer au commerce. Mais sous quelle forme sera-t-il présenté? Liquide, il entrera promptement en fermentation; solide, il faudra lui restituer sa liquidité, ce qui pourra lui faire perdre ses qualités salubres et nutritives.

Nous avons à notre disposition un produit *naturel* qui ressemble plus au lait de femme qu'un mélange de lait de vache, d'un restant de farine, d'orge germé, de lactate, de butyrate ou de carbonate de potasse : c'est le lait de vache lui-même. En moyenne, le lait de femme contient un peu plus d'eau, plus de sucre de lait, et moins de beurre et de caséum que le lait de vache. Or, en prenant ce dernier écrémé, et en y ajoutant un peu de sucre et un cinquième de son poids d'eau,

on a à sa disposition une chose que tout le monde connaît, plus apte à remplacer le lait de femme que tout autre composé artificiel que l'on voudra.

Le biberon, avec l'usage du lait de vache modifié comme il vient d'être dit, ne doit remplacer le sein de la mère ou de la nourrice que dans des cas exceptionnels. La bouillie faite avec du lait écrémé et de la fécule n'est pas un mauvais adjuvant de la lactation. Pour ce qui regarde le lait artificiel de M. Liebig, je ne me permets pas de le condamner. Je propose, dans un but évident d'utilité publique, qu'il soit nommé une commission chargée de l'expérimenter et d'en faire un rapport à l'Académie.

M. BOUDET. Je me rallie à la proposition de M. Guibour. Il serait bon que l'Académie nommât une commission chargée d'instituer des expériences et de juger la question. Je sais que déjà quelques médecins ont fait des essais qui ne leur ont point paru démontrer l'innocuité du lait Liebig.

M. DEPAUL. Je n'étais pas préparé à prendre aujourd'hui la parole sur cette question. Mais comme depuis quelque temps elle me préoccupe, j'avais commencé quelques expériences de concert avec M. Wurtz. Comme je crois que rien ne peut remplacer le lait d'une bonne nourrice, j'ai laissé au sein de leurs mères les enfants qui étaient bien nourris par elles, et j'ai choisi exclusivement, pour leur donner le lait Liebig, ceux dont les mères étaient malades et qui avaient besoin d'une alimentation artificielle. J'avais vu M. Liebig chez M. Wurtz. Il m'avait préparé lui-même la première fois sa bouillie; je la goûtai. Sans valoir le lait naturel, elle n'était pas trop mauvaise. M. Liebig me donna, pour le pharmacien de la clinique, des notes très-précises sur les quantités et sur les poids. Ainsi mes expériences se firent dans les meilleures conditions en ce qui touchait la préparation de l'aliment.

Quant aux enfants, les deux premiers que je soumis à ce régime étaient deux jumeaux nés un peu avant terme. Leur poids, inférieur au poids moyen, était de 2240 grammes pour le premier, et de 2640 pour le second. Nourris avec le lait Liebig, ces deux enfants moururent en deux jours. Un troisième était né à terme; il pesait 3370 grammes en venant au monde; sa santé paraissait très-bonne lorsqu'on commença à lui donner du lait Liebig. Le second jour les selles étaient vertes, au lieu d'être couleur jaune d'œuf cuit; le soir du troisième jour, il mourut.

Un dernier enfant, bien portant, pesant 2760 grammes, étant nourri par le même procédé, eut les selles vertes après deux jours et mourut le quatrième jour.

Ces faits ont été observés, non-seulement par moi, mais par mon chef de clinique, très-soigneux et très-attentif. Ils m'ont ôté l'envie de continuer l'expérience. J'en ai averti M. Liebig et j'attends sa réponse. Il paraît pourtant que les médecins étrangers se louent de l'emploi de ce lait. Il fait, dit-on, merveille en Allemagne.

M. LE PRÉSIDENT. Je ne voudrais pas que la discussion en vînt à s'engager incidemment sur le lait Liebig. J'invite ceux qui ont à présenter des observations à être courts.

M. LARREY. J'appuie la proposition de M. Boudet. Le lait Liebig est annoncé avec fracas à la quatrième page des journaux. Il faut que l'Académie instruise le public sur sa valeur réelle.

M. BOULEY. Après les résultats désastreux annoncés par M. Depaul, on ne peut songer à expérimenter sur des enfants; mais pourquoi n'essayerait-on pas l'effet de cette alimentation sur les petits des animaux?

M. BOUDET. J'insiste sur l'utilité de nommer une commission, car autrement cette pratique, peut-être funeste, se propagera de plus en plus.

M. LE PRÉSIDENT. Les expériences sur les animaux ne prouvent rien pour l'homme lorsqu'il s'agit d'un aliment. Je ne vois donc pas à quoi pourrait servir la nomination d'une commission académique. Les journaux de médecine avertiront le public en reproduisant cette discussion.

Après quelques observations de MM. Velpeau, Bouley et Boudet, la proposition de M. Boudet (élection d'une commission) fut mise aux voix et repoussée à une majorité très-faible.

Suite de la discussion sur le mouvement de la population de la France.

M. GUÉRIN. La question actuelle prête à des considérations de deux espèces : économiques et médicales. Ce sont les premières qui dominent dans la discussion; et, quoique je sois moins porté à m'occuper d'économie sociale que de médecine, je suis obligé de continuer sur les mêmes errements. J'aurais dû m'en tenir à mon premier discours. Les tableaux statistiques que j'ai présentés ont eu eux-mêmes une force probante. Il en résulte, en fait, que depuis vingt ans il existe dans le mouvement de la population un décroissement non-seulement relatif, mais absolu; c'est-à-dire non-seulement au point de vue de l'accroissement absolu, que les recensements font connaître, mais de l'accroissement relatif qui résulte de l'excès de natalité.

J'ai démontré que la longévité plus grande n'expliquait pas un accroissement de population dont la natalité ne rendait pas compte; car une population immortelle resterait éternellement la même, s'il n'y avait pas de naissances ou d'immigrations pour l'accroître. La natalité est donc la base, et les autres éléments ne peuvent être considérés que comme des modifications.

J'ai montré qu'il fallait éliminer l'élément exotique résultant de l'immigration; que pendant la première période, de 1800 à 1806, il y avait eu un nombre considérable de rentrants en France ou d'étrangers, et qu'ils avaient dû exercer une influence manifeste sur la production des périodes suivantes.

La natalité peut être considérée de trois manières : 1° dans les éléments qui la dominent; 2° dans elle-même; 3° et dans les produits auxquels elle donne naissance.

Les facteurs, les générateurs exercent une double influence par quantité et par qualité. Ainsi on a parlé avec raison des hommes voués au célibat, quoique leur proportion soit minime.

Mais on n'a pas suffisamment tenu compte de l'élément militaire, dont l'importance prime celle de tous les autres.

Le recrutement n'a pas seulement pour effet d'exercer un prélèvement momentané sur la population masculine, d'écarter pour sept ans un certain nombre de producteurs. Que deviennent ces contingents si considérables? Si l'on examine la question d'un peu près, voici les résultats matériels : L'administration m'a communiqué les chiffres suivants, qui représentent les rentrées au foyer, des contingents. De 1852 à 1859, sur des contingents annuels de 80 hommes, qui faisaient un chiffre total de 640,000, il y a eu 136,966 rentrées. Cinq sixièmes de perte totale. Quant aux autres, ceux qui rentrent, il n'est pas besoin de demander quelle quantité parmi eux est devenue incapable de bonne production, soit pour cause de santé ou de moralité. On ne s'écartera pas de la vérité en concluant que ces contingents ont rendu à peu près zéro.

Nous avons, du reste, au point de vue du contingent militaire, une suprématie malheureuse sur les autres peuples. Chez nous, la proportion de l'armée au chiffre de la population, est de 1,41; en Belgique, elle est de 0,80; en Hollande, de 0,75; en Angleterre, 0,66 : nouvelle cause pour nous de dépopulation. Quant aux mariages, le nombre proportionnel en a peu varié, bien qu'il soit devenu un peu plus faible, de 1/126; mais l'âge moyen des gens qui se marient s'est reculé : il est de 30 ans pour les hommes, 25 pour les femmes. Or, une observation physiologique importante, c'est que le retard des mariages, non-seulement peut occasionner un retard dans le commencement de la production, mais une diminution par défaut de virilité, une qualité inférieure dans les produits.

J'ai remarqué souvent cette infériorité des enfants nés d'union tardive. Une grande partie des affections tuberculeuses, n'ont pas d'autre cause.

Le nombre moyen des enfants de chaque mariage a toujours diminué, de 5 il est tombé à 4,61, puis à 3,36. C'est une diminution des 3/5. En Normandie, il est même plus bas, 3,07. Le fait a été constaté par tous et admis comme réel par M. Broca.

On l'attribue à plusieurs ordres de causes : 1° à certains axiomes, et à certaines considérations d'économie sociale, d'après lesquelles les gens riches auraient intérêt à limiter le nombre de leurs enfants pour empêcher la trop grande division des fortunes.

Cette remarque a du vrai. Il n'est pas un de nous qui n'ait eu l'occasion de la faire. Mais on lui a donné une trop grande importance. Il y a des départements où la stérilité se fait moins sentir que dans d'autres qui ne sont pas plus éclairés; de même elle n'est pas égale chez les divers peuples dont la civilisation est la même. En serait-il ainsi, si elle était volontaire?

Je crois qu'un élément dédaigné joue un grand rôle : je veux parler de la stérilité réelle. M. Broca nous a dit que le plus grand nombre des femmes sont stériles dans les îles Sandwich. Supposez que le fait soit vrai, même dans une moindre proportion. Quelle en est la cause? On pourrait l'indiquer et être moins rassuré.

Dans les îles, les mariages se font, sans croisements, entre un petit nombre d'individus qui sont de même famille : il y a là un élément de stérilité.

Il est maintenant parfaitement démontré que chez les animaux les accouplements répétés dans la même famille conduisent à la stérilité.

N'y aurait-il pas lieu de se demander si les accouplements circonscrits entre un certain nombre de familles ne limitent pas la production? Cela conduit à dire que si l'on trouve de grandes différences de fécondité entre la noblesse, la bourgeoisie et les classes inférieures, cela tient surtout à ce que dans les classes inférieures les croisements sont plus étendus.

Les conséquences de cette notion seraient considérables, car on pourrait espérer de voir les classes supérieures s'améliorer par leur croisement avec les classes inférieures, qui montent souvent jusqu'à elles à notre époque.

Dans les éléments qui doivent faire varier les produits est en premier lieu la mortalité, qui en diminue le nombre, le fait est évident. Décomposons cette mortalité.

En ce qui regarde les morts-nés, les documents sont insuffisants.

Dans l'enfance la mortalité est considérable, puisque la moitié seulement à peu près arrive à vingt ans.

Selon M. Bertillon, il y a six sortes de vie moyenne. Aussi les résultats obtenus par les divers statsiticiens sont-ils contradictoires. Pour moi, la vie moyenne est le résultat de la mise en commun de tous les âges d'une période, divisé par le nombre des individus ainsi réunis pêle-mêle, enfants, adultes et vieillards.

C'est, par une méthode empirique, le partage grossier de la vitalité dévolue à chacun.

Les statisticiens ont voulu arriver à quelque chose de plus exact, ils ont pris sept ou huit chemins; chacun trouvait mauvais celui qu'avait préparé son prédécesseur; de telle sorte qu'on peut dire que tous étaient peu satisfaisants.

Il y a une raison considérable qui cause le défaut de précision, sinon l'inanité de ces sortes de recherches. Soit qu'on s'occupe des morts ou des vivants, on fait une confusion des âges, des sexes, des populations, des professions, des épidémies, de la guerre. De telle sorte qu'avec un certain nombre de résultats bruts qui varient, on se trouve en face d'un futur contingent rempli de causes imprévues.

La vie moyenne du passé ne prouve rien pour la vie moyenne de l'avenir, et si la première est déjà empirique, arbitraire, improbable, à plus forte raison la seconde l'est-elle à un plus haut degré.

C'est un genre d'études qui peut révéler des erreurs, mais ne peut pas donner de vérité. Si vous diminuez le nombre des enfants, si une épidémie sévit sur eux, la vie moyenne semble s'accroître; si, au contraire, les enfants deviennent plus nombreux, ou s'il y a moins de vieillards, la vie moyenne diminue.

Les vieillards sont une gloire, je le veux bien; mais n'a-t-on pas dit avec raison : « Les gloires coûtent souvent cher et rapportent peu. » Les vieillards sont une gloire improductive, soit au point de vue du travail; soit au point de vue de la reproduction; les enfants mêmes leur sont supérieurs, car les enfants travaillent tôt dans les fabriques, et la moitié d'entre eux arrivent à vingt ans, âge de reproduction.

Tenons donc compte exclusivement des circonstances qui peuvent amener à quelque chose de réel. Il n'y a pas de vie moyenne à calculer, il n'y a que des causes de mortalité et des moyens de les éviter.

Le but que l'on doit donc chercher, c'est, d'une part, la diminution de ces causes de mortalité, et, d'autre part, l'accroissement de la résistance physiologique. L'homme physiologique est rare : celui qui ne porte pas en lui des éléments de mortalité constitutionnels ou cachectiques. Il y a des races pathologiques, comme des races physiologiques : il faudrait multiplier ces dernières et améliorer les autres.

J'admettrai, si l'on veut, ce que nous a dit M. Broca au sujet de la taille et des infirmités; et encore je fais mes réserves au point de vue des infirmités, et je ne vois pas que nous ayons des documents suffisants sur la taille, car le recrutement porte à peine sur un quart de la population; les femmes n'y sont pas comprises, ni ceux qui meurent avant vingt ans.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

Kyste du rein.

M. BÉHIER. Voici des pièces recueillies sur une femme de soixante-quatre ans, morte dans mon service. Cette femme portait, depuis plus de deux ans, une tumeur considérable dans le côté droit de l'abdomen. Lorsqu'elle vint à l'hôpital, elle était dans un état cachectique, extrêmement faible, et elle étouffait. La tumeur était énorme, complétement fluctuante et donnant partout un son mat. Nous crûmes à un kyste de l'ovaire, et nous pratiquâmes une ponction qui donna issue à plus de 8 litres d'un liquide filant, couleur café au lait; au bout de dix jours, la tumeur s'était entièrement reproduite; une nouvelle ponction fit sortir plein un seau d'un liquide sem blable au premier. Un érysipèle se déclara autour de la piqûre et la malade mou-rut le sixième jour.

A l'autopsie, nous fûmes étonnés de voir le côlon descendant, se présentant en avant de la tumeur. Ce n'était donc pas un kyste de l'ovaire; un kyste de ce genre eût été situé dans la cavité péritonéale et n'aurait pu se coiffer du côlon descendant. D'ailleurs, nous étions sûrs que pendant la vie aucune anse intestinale ne se trouvait placée entre la paroi abdominale et les parties saillantes de la tumeur. Nous pensâmes alors à un kyste du rein, et c'en était un en effet.

Les deux ovaires étaient parfaitement intacts; l'utérus seul offrait un corps fibreux de petit volume.

Quant au rein droit, il avait disparu dans cette énorme tumeur kystique; son tissu propre était presque entièrement détruit.

Cette affection avait été causée par la présence de deux calculs dans l'urèthre.

Si la femme eût été plus jeune et plus robuste, on aurait pu songer à pratiquer ici l'ovariotomie, et c'est pourquoi je viens raconter ce fait.

Jamais le liquide extrait de la tumeur n'a présenté les caractères de l'urine. On y a trouvé de la cholestérine en assez grande quantité, du pus, des traces de globules sanguins, et de l'albumine.

Du reste, les analyses se continuent; si elles amènent d'autres résultats, j'en préviendrai l'Académie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. LE Dʳ ÉDOUARD FOURNIÉ présente un malade, sur lequel il a extirpé une tumeur fibreuse située dans le larynx. Cette tumeur, assez volumineuse (deux centimètres et demi) pour boucher la cavité laryngienne, gênait considérablement deux fonctions importantes : la voix était abolie depuis quatre ans, et la respiration se faisait avec de si grandes difficultés que la trachéotomie dut être pratiquée pour assurer la vie du malade.

Depuis les travaux d'Ehrman (de Strasbourg), tous les chirurgiens préconisaient, en pareil cas, l'ouverture du tube aérien, au niveau ou au-dessous du larynx pour extirper la tumeur.

M. Fournié a été assez heureux pour enlever la tumeur par la bouche, au moyen de pinces courbes particulières, construites pour la circonstance, par MM. Robert et Colin. Cette opération (la première dans la science) a été pratiquée en présence de M. Mounié, médecin en chef du Val-de-Grâce, le 20 mai.

Aujourd'hui le malade respire très-bien et il a complétement recouvré sa voix.

La tumeur, examinée au microscope par M. Paulet, professeur d'anatomie au Val-de-Grâce, présente tous les caractères d'une tumeur fibro-plastique renfermant des cellules plasmatiques à noyaux multiples. M. le professeur Richet, qui avait examiné le malade quelques jours après l'opération, avait également diagnostiqué un fibrôme.

Après la séance, M. Fournié montre son malade en éclairant la cavité laryngienne au moyen de la lampe à oxygène de M. Émile Rousseau.

La séance est levée à 5 heures et demie.

CORRESPONDANCE.

A M. le Directeur de la *Gazette des Hôpitaux.*

Monsieur et très-honoré confrère,

La commission générale de l'Association des médecins de la Seine a décidé que la situation de la caisse de l'Association devra dorénavant être publiée plusieurs fois dans le courant de chaque exercice. Conformément à cette décision, je viens vous demander l'hospitalité dans votre journal pour annoncer que le relevé dressé récemment par le trésorier, M. Genouville, et soumis à la commission de comptabilité, a fourni les chiffres suivants :

Recettes encaissées depuis le 1er janvier.	21,338 fr. 17 c.
Sommes dépensées ou employées. . . .	19,442 fr. 65 c.
Différence en caisse.	1,895 fr. 52 c.

Je pourrais, je devrais peut-être même m'en tenir à cette courte indication; mais n'y aurait-il pas abus de discrétion inutile à laisser ignorer que dès à présent nous avons la certitude de réaliser, pendant l'exercice courant, une recette qui dépasse *cinquante-quatre mille francs.* Déjà nous avons encaissé ou nous pouvons considérer comme notre propriété 21,500 francs provenant des dons et des legs; et qui sait ce que nous réserve la fin de l'année pour ce chapitre? Le chiffre de 54,000 francs ne peut être qu'un minimum; la générosité des nombreux amis de l'Association peut bien mettre nos prévisions en défaut. Est-il besoin d'ajouter que nous nous consolerions facilement d'un pareil démenti?

Et puisque j'ai dit un mot du budget de 1867, je terminerai

par quelques explications qui s'y rapportent. En 1863, plusieurs sociétaires, trouvant que le présent ne profite pas dans une proportion suffisante de la prospérité actuelle de l'Association, ont demandé la révision de l'art. 17 des statuts, qui règle la répartition des recettes de chaque année entre le fonds de secours et le fonds de réserve. Tout en repoussant l'idée d'une mesure aussi grave que la modification d'un des articles les plus importants des statuts, bon nombre de nos confrères paraissent regretter que la part attribuée au fonds de réserve soit aussi considérable. En présence de ces vœux si conformes au but de notre œuvre, et d'autant plus équitables que l'avenir est mieux assuré chaque jour, le bureau a étudié la question avec soin, et il a reconnu, après avoir pris l'avis du savant conseil judiciaire de l'Association, que l'interprétation adoptée avec raison jusqu'à présent, alors qu'il importait par dessus tout de constituer un capital social solide, fait au fonds de réserve une part excessive. Il serait trop long et hors de propos de préciser ici comment a été rectifiée l'ancienne interprétation ; je dois me contenter de comparer le résultat que nous obtiendrons cette année avec celui de l'année dernière. En admettant que les recettes s'élèvent à 54,000 francs, le fonds de secours sera de 25,500 francs, le fonds de réserve absorbera donc 28,500 fr. ; mais cette somme se compose de deux parties : 1° 21,500 fr., provenant des dons ou des legs ; 2° 7,000 francs prélevés sur les cotisations et admissions. Or, la première portion est tout à fait éventuelle, essentiellement variable et indépendante du nombre et de l'importance des cotisations ; la seconde seule a un caractère de régularité qui permette la comparaison. Cela étant, vous voyez que le fonds de secours sera, cette année, plus de trois fois et demie plus fort que le fonds de réserve *normal*. En 1866, le fonds de réserve, défalcation faite des dons, a été de 10,939 francs, et le fonds de secours s'est élevé à 19,350 francs, inférieur au double du fonds de réserve.

Agréez, etc. — Dr ORFILA.

Nos lecteurs verront, par le compte rendu de la séance de l'Académie, que M. le professeur Trousseau, prévoyant sa mort, avait demandé, depuis longtemps, qu'on ne prononçât sur sa tombe aucun discours. On a dû se conformer à ce désir.

Mais l'attitude de la foule était éloquente. L'église était pleine de professeurs, de membres de l'Académie, anciens collègues de M. Trousseau, d'élèves qu'il avait aimés, et de notabilités de tous genres, artistiques, littéraires, scientifiques, en grand nombre. Plusieurs avaient des larmes dans les yeux ; presque tous laissaient voir une douleur réelle.

SOUSCRIPTION

pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente	958	25
Un anonyme	5	»
Total.	963	25

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— La *Revue de Paris* que nous donnons à tous nos abonnés, au prix réduit de 16 francs par an, a publié dans son dernier numéro.

I. Victor de Laprade (de l'Académie française). — Le sentiment de la nature au XVIIe siècle (premier article).
II. Lermontoff (traduit). — Le Démon.
III. Comtesse de Mirabeau. — Thérèse et Jeanne (nouvelle).
IV. G. Deville. L'île de Samotrace.
V. De Q. de St-H. — Sur le but moral des Beaux-Arts.
VI. Raoul de Navery. — Les plaies d'Égypte (premier article).
VII. D'Oberstein. — La Société hippique.
VIII. E. de Grenville. — Feuilles volantes.
IX. Eugène Hours. — Théâtres.
Bulletin bibliorgrahique. — Chronique élégante.

On souscrit au bureau de la *Gazette des hôpitaux*, 8, rue de l'Université, à Bruxelles, chez Mayolez, à Genève, chez Jullien, à Buenos-Ayres, chez Echeperaborda (pour toute la Plata).

Pour l'étranger, le port en sus.

Prix du numéro pris isolément, 3 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeperaborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Adde Margras, de Nancy, docteur en médecine à Paris. 2e édition, chez Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Anatomie et physisologie du poumon considéré comme organe de sécrétion, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, avec 40 figures intercalées. Prix : 2 fr. 50 c.— Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés, par le docteur Berthier, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bicêtre. Quatrième série, comprenant les asiles de Quimper, Aurillac, Saint-Alban, Morlaix, Saint-Brieuc, Tours, Limoux, Saint-Lô, Lafond-Larochelle, Pontorson, Dinan, Évreux, Saint-Dizier, Angoulême, Aix, Charenton, près Paris, Sainte-Anne, à Paris. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, 1867, in-8° de 103 pages.

Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants, par M. le Dr Damaschino, ancien interne des hôpitaux (médaille d'or), 1 vol. in-8° de 150 pag. Prix : 3 fr. 50 c.— Paris, 1867, Germer-Baillière.

Étude expérimentale sur les effets physiologiques des fluorures et des composés métalliques en général, par M. le Dr Rabuteau, licencié ès-sciences physiques et naturelles, in-8, de 145 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris 1857, Germer-Baillière.

Symptomatologie ou traité des accidents morbides, par A. Spring, professeur de clinique médicale à l'université de Liége. Tome premier (deuxième fascicule). Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Bruxelles, 1867, Henri Manceaux.

Traité complet d'accouchements, par Joulin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Quatrième fascicule ; ouvrage terminé. Un fort volume grand in-8° de 1240 pages avec 148 gravures dans le texte. Prix : 16 fr. — Paris, 1867, F. Savy.

Étude physiologique et thérapeutique de la digitale, par le docteur Lelion, ancien interne des hôpitaux de Paris. Mémoire grand in-8° de 115 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fistules vésico-vaginales.

M. le professeur Courty (de Montpellier) vient de publier, dans le *Montpellier médical,* une seconde série de six observations de fistules vésico-vaginales guéries par lui. Chez cinq malades il a fallu deux opérations, pratiquées à un certain temps d'intervalle, pour obtenir un résultat complet.

La méthode suivie par M. Courty est la méthode américaine simplifiée autant que possible; c'est-à-dire qu'il avive les bords de la fistule aux dépens de la muqueuse vaginale *exclusivement;* il ménage avec soin la muqueuse vésicale. Puis il rapproche les surfaces saignantes à l'aide de fils métalliques formant des points de suture nombreux et rapprochés. Il place les uns profondément, en ayant soin toutefois de ne pas les faire pénétrer dans la vessie, il en ajoute de superficiels, de manière à être certain que l'affrontement est complet. Les fils sont serrés avec l'ajusteur de la suture et simplement tordus sur eux-mêmes; il les coupe près de la ligne de réunion. Aucun pansement permanent n'est employé, mais à l'aide d'une canule portée au fond du vagin et d'un hydroclyse, on fait deux fois par jour au moins des lotions vaginales profondes avec de l'eau tiède ou froide et du coaltar saponiné de Lebœuf, pour empêcher toute suppuration de se produire. Les fils sont retirés du cinquième au dixième jour. Pendant ce temps la malade ne reçoit aucune espèce d'aliment solide. On lui donne seulement du bouillon, du vin et de la limonade gazeuse. Des préparations opiacées à doses variables sont prescrites pour amener le sommeil et la constipation.

On trouvera tous ces détails bien plus au long dans l'excellent ouvrage que M. Courty a publié sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Nous les en avons extraits pour montrer que M. Courty suit la méthode américaine sans la surcharger de complications inutiles.

Cette méthode, jusqu'à présent, lui a toujours suffi pour réussir, même dans les cas les plus graves. Trois fois il a dû enfermer le col de l'utérus dans la vessie. Nous allons reproduire, en son entier, une observation de ce genre.

R... C..., de l'Aveyron, âgée de dix-sept ans, très-petite, très-rachitique, à jambes torses, réglée à onze ans, toujours irrégulièrement (les intervalles menstruels étant tantôt de trois mois, tantôt de six mois, et même d'un an vers l'âge de douze ans), devint grosse dans le courant de l'année 1864, et accoucha le 3 mars 1865. Depuis lors elle a été réglée régulièrement; mais, comme on pouvait s'y attendre par l'étroitesse du bassin due au rachitisme, depuis la même époque elle est atteinte de fistule vésico-vaginale.

La grossesse fut heureuse. La tête de l'enfant resta engagée six jours; on fut obligé de la retirer avec les fers; immédiatement après, la malade se sentit mouillée; depuis lors toute l'urine est passée par la fistule.

R... C... me fut adressée par le docteur Froment (d'Espalion), qui avait connu mes premières opérations. Elle entra à l'Hôpital général le 18 décembre 1865. La fistule a plus de 3 centimètres dans son plus grand diamètre; on peut y introduire aisément l'indicateur et le médius à la fois. Elle touche au col de l'utérus, qui est petit, dévié de droite à gauche, difficilement cathétérisable; la lèvre antérieure du museau de tanche formant le bord postérieur de la fistule est petite, mince, couverte de granulations, et complétement impropre à supporter l'avivement et la suture. La lèvre postérieure paraît assez saine. La partie voisine du vagin, c'est-à-dire le cul-de-sac vagino-utérin postérieur, est assez ample, souple, et dans d'assez bonnes conditions, sauf un état congestif caractérisé par une couleur rouge vineux. Le reste du vagin, et surtout la muqueuse de la vulve, les grandes lèvres, les parties supérieures des cuisses, sont dans un état déplorable et couverts d'érythèmes, d'excoriations et même d'ulcérations très-douloureuses. La sortie involontaire de l'urine est continuelle, à peine s'en ramasse-t-il quelques cuillerées dans le vagin quand la malade est assise, penchée en avant et pour ainsi dire pliée en deux; encore ne s'écoule-t-il pas une demi-heure sans que cette urine sorte, malgré tous les efforts que la malade peut faire pour la retenir.

Bains de siége prolongés, lotions fréquentes du vagin et de la vulve avec le baume du Samaritain.

Les règles, qui arrivaient le 2 de chaque mois, ont devancé cette époque de quelques jours, et ont normalement coulé du 25 au 30 décembre, temps pendant lequel l'état des cuisses et de la vulve s'est sensiblement amélioré, sous l'influence des applications d'huile et de vin.

Le 6 janvier, la malade est purgée avec 30 grammes d'huile de ricin.

Le 7, lavement le matin; opération à dix heures. La malade est chloroformisée, elle éprouve des phénomènes hystériques très-intenses. Avivement commencé par la lèvre postérieure du col utérin et les parties environnantes du sinus vagino-utérin postérieur; la lèvre antérieure de la fistule est ensuite avivée normalement. La durée de ce premier temps de l'opération a été de 30 minutes. L'hémorrhagie est considérable. On laisse reposer la malade 25 minutes, et on place dans le vagin des éponges imbibées d'eau de Léchelle. Les points de suture, au nombre de onze, sont ensuite placés à l'aide de l'aiguille de Startin. La durée totale de l'opération est de deux heures. La sonde sans attaches est laissée à demeure. Le soir, on administre par cuillerées d'heure en heure la potion calmante habituelle.

Quelques vomissements survenus dans la soirée sont arrêtés par l'usage de l'eau de Seltz.

Le 8, la nuit a été bonne, les lotions au coaltar sont prescrites pour le soir même. On commence l'usage de l'opium comme d'habitude.

Le 9, quelques coliques et des vents; la malade éprouve des douleurs à l'introduction de la sonde. Bouillon.

Le 10, même état. En introduisant la sonde, on sent la saillie formée par l'utérus dans la vessie. La malade n'est pas mouillée.

Le 11, même état. Continuation de l'opium. Bouillon, œuf, vin.

Le 12, examen au speculum; tous les fils sont enlevés avec facilité; vers le milieu de la fistule, un peu sur la droite, on reconnaît un défaut d'adhérence d'environ 1/2 centimètre. Tout le reste de la fistule paraît bien réuni. On laisse toujours la sonde à demeure. Nourriture plus abondante.

Le 26, la malade, de nouveau examinée, se présente dans le même état que le 12 janvier. Elle garde très-bien la sonde, mange bien, et ne s'est pas encore levée.

Évidemment, il faut en venir à une seconde opération complémentaire de la première; mais il est essentiel d'attendre que les tissus soient bien raffermis et n'aient plus de tendance à l'inflammation suppurative.

En conséquence, la malade est laissée dans le même état jusqu'au 25 mars. Pendant ce laps de temps elle perd ses urines comme d'habitude, mais elle souffre moins en raison des soins de propreté. Ses règles ont coulé en grande partie par le méat urinaire sans difficulté et sans douleurs, en devançant de trois à quatre jours l'époque habituelle. A la date du 25, elle jouit d'une bonne santé, et comme les règles ce mois-ci se sont arrêtées le 18, après avoir duré trois jours, on prépare la malade pour l'opération, avec 30 grammes d'huile de ricin, bouillon d'herbes, lavements.

Le 26 mars, opération à trois heures de l'après-midi, avec l'aide du soleil, ce qui n'est pas indifférent à cause de la profondeur de la fistule, du pli du vagin, et des anfractuosités du cul-de-sac vaginal postérieur. Chloroformisation difficile, phénomènes hystériques. Le col étant tout à fait retenu dans la vessie, l'avivement ne porte que sur la muqueuse vaginale; il est fait avec les ciseaux seuls. Il s'écoule assez de sang; on met de l'eau de Léchelle et on laisse reposer la malade une demi-heure. Les points de suture, au nombre de huit, sont placés à l'aide de l'aiguille de Startin. L'opération est terminée après une heure et demie. Sonde à demeure; potion calmante pour la nuit.

Le 27, la nuit a été bonne. Pas de vomissements; l'urine a bien coulé par la sonde. Mêmes prescriptions.

Le 28, lavage au coaltar. Bouillon, vin, potion.

Le 29, même état. Mêmes prescriptions.

Le 30, on voit s'écouler un peu de pus par la vulve, mélangé avec du coaltar de l'injection de la veille : deux lavages par jour.

Le 31, état satisfaisant. La malade n'est jamais mouillée.

Le 1er avril, la fistule, examinée au spéculum, paraît être entièrement fermée; les fils sont enlevée. Potage, œuf, vin, potion.

Le 2, la malade n'est point mouillée : lavages deux fois par jour.

On continue pendant les jours suivants à suivre ces prescriptions.

Le 7, la malade examinée, tout paraît réuni. Nourriture abondante.

Le 13, la malade est encore examinée, tout est réuni; elle est encore retenue dans l'hôpital. Quelques jours après, on fait une injection avec du lait : la vessie distendue ne laisse rien couler. La malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, j'ai eu plusieurs fois de ses nouvelles : la guérison s'est confirmée tous les jours davantage. Il n'a plus passé une goutte d'urine par la fistule. Le besoin d'uriner ne se fait pas sentir plus souvent que dans l'état normal; la malade a pu reprendre ses travaux. Les mois viennent régulièrement; le sang coule dans la vessie sans difficulté, sans douleur, et il est expulsé avec les urines.

Étaient présents à l'opération : MM. les docteurs de Vézine-Larue, Gayraud, Mondot, Valette, et MM. les internes Cauvy, Augé, Grynfellt, Tardieu, etc.

L'incarcération du col utérin dans la vessie fut également pratiquée chez une autre malade, âgée de vingt ans, qui fut opérée, pour la première fois, le 9 avril 1865. La fistule datait de deux ans; survenue à la suite d'un accouchement laborieux, elle était située très-profondément, et avait 4 centimètres de largeur; la lèvre antérieure en était saine, la postérieure, au contraire, entièrement formée de tissus cicatriciels qui se continuaient sur la lèvre antérieure du col de l'utérus, extrêmement aminci. La muqueuse vésicale formait une hernie considérable dans le vagin, et on pouvait faire pénétrer trois doigts dans la vessie par la fistule.

L'opération, commencée à huit heures et demie, ne fut terminée qu'à onze heures. La malade était chloroformée. En pratiquant l'avivement des bords, M. Courty crut devoir former la lèvre postérieure de la fistule avec la muqueuse du cul-de-sac utéro-vaginal postérieur; de telle sorte qu'une fois les points de suture posés, le museau de tanche se trouvait enfermé dans la vessie. La réunion fut obtenue par sept points principaux et deux complémentaires.

Les jours suivants, il y eut quelques vomissements et quelques douleurs hypogastriques; puis un peu de diarrhée, d'engorgement ganglionnaire aux aines, une tuméfaction assez considérable des petites lèvres, principalement de la gauche, une rougeur érysipélateuse assez intense et douloureuse de la fesse gauche, etc.

Le 14, en examinant la malade au speculum, on nota l'existence d'un petit pertuis par où l'urine s'échappait. Le 19, on enleva les derniers fils et l'on vit alors qu'il restait deux ouvertures, l'une sur la gauche, pouvant admettre une sonde ordinaire, l'autre plus petite vers la droite. Cette dernière se ferma seule; elle n'existait plus le 24; mais, comme celle de gauche persistait, on pratiqua une nouvelle opération le 2 juin.

La malade est encore chloroformée, les bords de la petite fistule sont avivés et réunis par neuf points de suture, sept principaux et deux supplémentaires.

Il y eut encore cette fois quelques vomissements à la suite de l'opération; mais tout alla bien du reste; tous les fils furent enlevés le 7, la réunion était complète.

Les règles, qui avaient déjà paru quelques jours avant la seconde opération, revinrent le 16, s'écoulant par l'urèthre avec l'urine, et bien tolérées par la vessie.

Il va sans dire qu'en pareil cas la conception devient impossible, et c'est la plus grande objection qu'on puisse faire au procédé de M. le professeur Courty. En effet, il ne faut pas croire que les femmes soient nécessairement, à tout jamais, dans l'impossibilité d'être mères, lorsqu'elles ont eu la paroi vésico-vaginale détruite en très-grande partie. Si l'on parvient à guérir la fistule sans enfermer dans la vessie le col de l'utérus, la conception peut encore avoir lieu.

M. Marion Sims en donne un exemple dans son *Traité de chirurgie utérine.* Il s'agit d'une femme chez laquelle presque toute la paroi antérieure du vagin, une grande partie du col, le cul-de-sac postérieur et une portion considérable de la paroi postérieure du vagin avaient disparu. Il n'existait plus qu'une petite bande de la paroi antérieure, juste au niveau du col vésical. La fistule, qui s'étendait d'une branche du pubis à l'autre, avait une ouverture de six pouces de largeur par laquelle le bas-fond de la vessie tombait dans le vagin, d'où l'on pouvait voir les orifices ouverts des urétères déverser l'urine à mesure qu'elle était sécrétée. M. Marion Sims opéra cette ma-

lade; la guérison fut obtenue, mais le vagin n'avait pas conservé plus de deux pouces de profondeur.

Eh bien, au bout de deux mois, cette femme devint mère, et quinze mois après cette couche, elle donna de nouveau naissance à deux jumeaux.

M. Marion-Sims parle de plusieurs autres faits du même genre; et en lisant ce *Traité de chirurgie utérine*, dont il a fait de grands éloges, lorsqu'il en a rendu compte dans le *Montpellier médical*, M. le professeur Courty a dû se demander jusqu'à quel point il était légitime de rendre stériles des femmes, toutes jeunes encore, et qu'il n'était peut-être pas impossible de guérir autrement.

Ceci, du reste, n'enlève rien à l'habileté opératoire du professeur de Montpellier.

Les quatre autres observations de M. Courty sont également curieuses; une, par exemple, en ce que l'urèthre étant oblitéré, il a fallu en créer un nouveau; tandis qu'on dilatait le vagin rétréci, à l'aide d'éponges préparées, et en incisant plusieurs brides cicatricielles. L'opération en elle-même fut assez simple et réussit complètement. La fistule avait une étendue de 2 centimètres; pour rendre facile l'affrontement des bords, une incision supérieure demi-circulaire autour du méat permit d'abaisser l'urèthre d'autant.

Nous bornerons ici nos citations, renvoyant au mémoire de M. Courty ceux de nos lecteurs que ce sujet intéresse d'une façon toute particulière.

Des fistules recto-vaginales.

Les fistules recto-vaginales constituent une infirmité si dégoûtante que les malades ne peuvent se décider à la conserver.

Quatre opérations antérieures, subies inutilement, n'ont pas empêché une femme d'en réclamer une cinquième, que M. Richet a pratiquée à l'Hôtel-Dieu, samedi dernier.

A cette occasion le professeur a fait, sur les fistules recto-vaginales, une leçon des plus méthodiques et des plus complètes. Nous en donnerons seulement un aperçu rapide.

Il faut se garder de confondre les fistules recto-vaginales proprement dites avec les fistules recto-vulvaires, ou les déchirures complètes du périnée qui font communiquer largement le vagin avec le rectum.

Les fistules recto-vaginales sont situées au-dessus des sphyncters. Leur guérison est entravée par le passage continuel, sinon des matières fécales, au moins des gaz, qui ne traversent plus l'anus, où ils auraient à vaincre la résistance de ces sphyncters.

Aussi, la plupart des chirurgiens ont pu guérir quelque déchirure étendue du périnée, tandis qu'il n'existe pas dans la science un seul fait authentique de guérison d'une fistule recto-vaginale, sans division du périnée.

On avait proposé pourtant plusieurs méthodes : 1° celle de glissement, dite en tiroir, imaginée par M. Nélaton, et décrite par Michon dans une thèse de concours.

Cette méthode consiste à dédoubler la paroi vagino-rectale, et à faire glisser la muqueuse vaginale sur la muqueuse rectale de telle sorte que les ouvertures, isolément réunies, ne se correspondent plus. On devait maintenir ce glissement à l'aide de plaques en ivoire percées de trous et introduites l'une dans le vagin, l'autre dans le rectum.

Mais la muqueuse rectale supporte mal le contact des corps étrangers, elle ne supporte pas même bien des points de suture isolés. La pression de la plaque, la présence des fils qui la fixent amènent des contractions rectales et un tenesme qui mettraient obstacle au succès, alors même qu'ils ne seraient pas insupportables pour les malades.

2° La méthode d'avivement simple, comme pour le bec-de-lièvre, convient peu pour une paroi aussi mince. Les surfaces avivées se correspondent difficilement; et d'ailleurs toutes les causes d'insuccès se trouvent ici réunies au plus haut degré.

3° Reste, la méthode dite *américaine*, c'est-à-dire l'avivement pratiqué autour de la fistule, dans une étendue assez grande, aux dépens de la muqueuse vaginale exclusivement, de manière à ce que les bords, une fois réunis, fassent saillie dans le rectum. Par cette méthode on évite de traverser la muqueuse rectale, on évite donc le tenesme; on a de larges surfaces saignantes à mettre en contact; les bords tournés vers le rectum font soupape, pour ainsi dire, pour mettre obstacle à la sortie des gaz et des matières fécales; toutes les conditions sont donc les meilleures, mais on ne réussit jamais.

Les points de suture résistent moins que les sphyncters, ou du moins ils sont tiraillés par la pression des matières ou des gaz, et la réunion ne se fait pas.

On finit donc le plus souvent pour abandonner les malades après un nombre d'opérations plus ou moins grand.

M. Richet, réfléchissant à la facilité avec laquelle on guérissait les déchirures du périnée, quelque étendues qu'elles pussent être, a eu l'idée de diviser le périnée de haut en bas, à partir de l'extrémité inférieure de la fistule. Puis pour les bords de celle-ci, il met en usage la méthode d'avivement dite américaine, et il le fait d'autant plus facilement que la fistule est en pleine lumière après la division du périnée.

Des points de suture aussi profonds que possible, mais ne traversant pas la muqueuse rectale, réunissent les surfaces saignantes.

Par ce procédé M. Richet a déjà obtenu un beau succès.

Tel est le genre d'opération qu'il a pratiqué samedi dernier sur cette femme déjà inutilement opérée tant de fois par M. Guérin et par lui-même.

Des difficultés particulières se sont rencontrées. On pénétrait difficilement dans le tissu inodulaire qui constituait les bords de la fistule; la lèvre gauche, adhérant au pubis, ne se laissait pas rapprocher de la lèvre droite.

Une aiguille se tordit, une autre se cassa. Trois points de suture furent placés dans l'étendue de l'ancienne fistule, à l'aide de fils métalliques (de fils d'argent). Lorsqu'on voulut serrer ces points de suture, le second fil cassa, et pour éviter pareil accident, on serra très-modérément celui que l'on mit à la place, comptant sur le gonflement inflammatoire pour rapprocher complétement l'une de l'autre les surfaces saignantes.

M. Richet procéda ensuite à la réunion du périnée, sans craindre de serrer les fils; et l'on s'assura, par une injection faite dans le rectum, qu'il n'existait à ce moment aucune communication entre ce canal et le vagin. Au niveau de l'ancienne fistule, les bords faisaient soupape du côté du rectum.

Aujourd'hui, sixième jour, on a retiré les fils du périnée. Le périnée n'est pas réuni, mais la muqueuse vaginale l'est dans sa partie inférieure. A la profondeur de 2 centimètres, il existe, entre le vagin et le cloaque périnéal, une ouverture par laquelle peut passer une sonde de femme.

Nous donnerons de nouveaux détails, quand les points de suture les plus profonds seront enlevés.

Si la réunion est solide au niveau de l'ancienne fistule, on devra se féliciter du résultat; car une nouvelle fistule située plus bas serait plus facile à guérir : les tissus y seraient plus extensibles, la paroi plus épaisse, et l'on rentrerait dans les conditions d'une déchirure du périnée, ou d'une fistule recto-vulvaire.

Cependant nous nous demandons s'il n'y aurait point avantage à modifier le procédé, à ménager la muqueuse vaginale en fendant le périnée, le rectum et les sphyncters, et à réunir les lèvres de la fistule par la méthode américaine, tandis qu'on introduirait dans l'anus une large mèche au lieu d'en tenter la réunion.

Peut-être est-ce là le vrai procédé de M. Ricord, dit *par incision*, que le dictionnaire en 30 volumes aura mal décrit.

Chez la malade de M. Richet, l'étroitesse de la vulve aurait rendu l'opération plus laborieuse si l'on n'eût point incisé le vagin; mais tel n'est pas le cas le plus ordinaire.

Dr Victor Revillout.

ÉLIMINATION SPONTANÉE D'UN ADÉNOME DU SEIN,

Par M. le Dr Azam, professeur adjoint de clinique chirurgicale, à Bordeaux.

La femme X..., âgée de cinquante-cinq ans, entre dans mon service de clinique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 20 mars dernier, pour être traitée d'une inflammation au sein gauche.

Cette femme, d'une forte constitution, est très-grasse, son sein gauche a des dimensions énormes, il est plus gros qu'une tête d'adulte, à peu près le double du sein droit.

Elle est absolument sourde et ne sait pas écrire, ce qui rend très-difficile d'obtenir des renseignements sur ses antécédents. Cependant le docteur Senter, chef interne de l'hôpital, a eu occasion de la voir, il y a quelques années, au dépôt de mendicité, et nous dit qu'à cette époque son sein gauche avait à peu près les mêmes dimensions. A ce moment notre confrère avait reconnu un adénome.

Le sein est enflammé, surtout en dehors du mamelon, et on perçoit, en outre d'une fluctuation évidente, la sensation d'une tumeur plus grosse que les deux poings réunis, et siégeant dans les profondeurs de l'organe; cette tumeur paraît bosselée et peu dure; je me range complétement à l'opinion de M. Senter au sujet de sa nature, et je crois que cet adénome, accidentellemet enflammé, a provoqué la formation d'un abcès.

Je fais une large ponction et, à mon grand étonnement, il s'écoule, non du pus, mais un liquide séreux couleur chocolat clair, ayant tous les caractères d'un liquide kystique coloré par du sang; sa quantité est assez considérable, environ 350 grammes.

Examiné au microscope, je n'y constate que des globules de sang déformés et des cristaux de cholestérine.

Pendant les deux jours qui suivent, il s'écoule dans le pansement une assez grande quantité du même liquide, dont l'odeur fade et nauséabonde rappelle l'odeur amniotique ou celle des fœtus morts dans la cavité utérine.

Le quatrième jour après la ponction, pendant le pansement, je remarque une masse grisâtre qui fait saillie entre les lèvres de la plaie; je l'attire avec des pinces, et je sectionne avec des ciseaux la partie saillante. C'est un fragment de glande admirablement disséquée, avec ses lobes, ses lobules et son conduit excréteur; cette glande n'est plus vivante, elle a macéré dans le liquide kystique contenu dans le sein, et elle en est imprégnée.

Deux jours après, nouvelle inflammation à la partie la plus déclive, large incision, et il est possible d'extraire, par des tractions modérées, une masse glandulaire semblable à la première, et dont le poids est de 350 grammes. Quelques portions de tissu glandulaire sont adhérentes aux parois du kyste; cependant on peut les arracher avec l'ongle. Toute la masse éliminée, sauf quelques parties, est privée de vitalité.

Contraint, par un accident, de quitter le service, je recommande cette malade au professeur suppléant, M. le docteur Lanelongue, qui partage mon avis au sujet de la conduite à suivre. Cette marche consiste à favoriser les efforts de la nature par le drainage du kyste et par des injections détersives ou irritantes. Après quelques jours, la rétraction commence, la suppuration diminue; malheureusement deux érysipèles successifs entravent la convalescence de notre malade. Cependant, après un mois, il ne reste plus qu'un trajet fistuleux qui s'oblitère bientôt, et la guérison est complète, toute trace de tumeur a disparu dans le sein, et cet organe a presque recouvré ses dimensions primitives.

Il est donc évident que nous avons eu affaire à un adénome du sein qui s'est éliminé spontanément, car les incisions n'ont fait que favoriser sa sortie. Quel a été le mécanisme de cette singulière élimination, et quelles sont les conséquences pratiques qu'on peut en tirer? C'est ce que nous allons successivement examiner.

Les tumeurs à marche lente, qui s'accroissent excentriquement, sans s'assimiler les tissus voisins, peuvent s'entourer d'un kyste; la formation de ces kystes est due aux mouvements, soit de la tumeur quand elle est mobile, soit des tissus sur la tumeur quand celle-ci est adhérente ou profonde. Ils sont dus, en un mot, au même mécanisme que les bourses muqueuses accidentelles. Les tumeurs autour desquelles on a observé ces formations sont les exostoses, les lipômes, les anévrysmes, etc., etc., et particulièrement les adénomes.

M. Massot a publié, il y a quelques années, une excellente thèse sur ces kystes accidentels, et M. Broca les a longuement décrits dans son article *Adénome* du *Dictionnaire encyclopédique de médecine*.

Il est donc certain que chez la femme X..., à la suite du ballottement de son énorme sein, il s'était fait autour de la tumeur un kyste, qui s'était agrandi peu à peu et dans lequel l'adénome avait fini par se pédiculiser, puis il était survenu dans ce kyste des hémorrhagies successives, qui avaient donné au liquide contenu sa couleur chocolat clair. Enfin, sous l'influence d'une cause inconnue, le pédicule de l'adénome s'étant rompu, la tumeur isolée de toute part était devenue un corps étranger dans le sein de la malade. C'est à ce moment que la femme X... a réclamé nos soins, et l'inflammation du sein qui nous l'a conduite était le dernier acte d'un travail d'élimination spontanée, dont le bistouri n'a fait que hâter le dénoûment.

Je n'ai rencontré dans les auteurs aucune observation analogue, et je ferai appel à ce sujet à la vaste pratique de mes collègues de la Société.

Tout fait, quand il est bien observé, porte avec lui un certain enseignement : bien que la pratique s'accommode peu des vues de l'esprit, n'est-il pas permis de se demander si, dans une certaine mesure, le chirurgien n'aurait pas avantage à provoquer la formation de ces kystes qui isolent plus ou moins les tumeurs au milieu des tissus.

Cet avantage n'est pas contestable. Certaines tumeurs bénignes nécessitent des opérations; je ne citerai que les exostoses, les hypertrophies glandulaires, les lipômes, les adénomes; et quelquefois, pour arriver à leur ablation, il faut faire des délabrements considérables, des dissections laborieuses, risquer des hémorrhagies, enfin exposer à l'air et à la suppuration de vastes surfaces saignantes. Il n'est aucun de nous qui n'ait vu succomber des malades dans ces conditions, surtout après des ablations de lipômes.

Si donc il était possible de provoquer autour des tumeurs la formation de ces kystes, en un mot d'imiter le travail qu'a fait spontanément la nature, chez la femme X... et chez bien d'autres, les conditions opératoires seraient changées; une incision découvrirait la tumeur isolée, une section serait faite d'un pédicule plus ou moins réduit, et les malades auraient de moins quelques chances de mortalité.

Je ferai remarquer que les tumeurs autour desquelles ces bourses muqueuses ont été observées, bien que d'ordres divers, ont toutes la même marche, — une marche très-lente, — et que le secours du bistouri n'est indispensable que lorsqu'elles deviennent gênantes par leurs dimensions (je ne parle pas des anévrysmes).

Il serait donc possible de mettre à profit ces délais en pratiquant certaines manœuvres qui tendraient au résultat désiré.

Ces manœuvres ne seraient autres que la reproduction artificielle du mécanisme qui provoque la formation de ces kystes, c'est-à-dire le glissement méthodique et répété des tissus sur les tumeurs, en un mot une sorte de massage.

Je n'insisterai pas; je ne veux pas ériger en méthode les conséquences d'un fait presque isolé; qu'il me suffise de dire qu'il est toujours légitime de chercher à améliorer les conditions opératoires des malades, et que les voies indiquées par la nature sont de celles dans lesquelles le praticien peut toujours s'engager sans crainte.

EXTRACTION D'UNE AIGUILLE A COUDRE

Logée depuis longtemps dans le bras,

Par le Dr Bérenger-Féraud, de la marine impériale.

Les observations de corps étrangers ayant séjourné pendant un temps plus ou moins long dans les tissus, sans produire aucun phénomène réactionnel de la part de l'organisme, ne sont pas très-rares, il est vrai, mais présentent encore un intérêt assez grand, pour qu'il ne soit pas inutile de consigner les faits nouveaux à mesure qu'ils se produisent.

J'ai eu déjà, en décembre 1858, l'occasion d'extraire une aiguille à coudre, logée depuis plusieurs années dans le sein gauche d'une vieille dame, et n'ayant occasionné aucun autre phénomène qu'un sentiment de piqûre pendant certains mouvements (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXVII, p. 544). Voici aujourd'hui une seconde observation assez analogue, que je viens de recueillir, il y a quelques jours à peine.

Mme M..., âgée de vingt-quatre ans, replète et de bonne constitution, portait au bras droit, vers l'insertion supérieure du grand supinateur, un petit corps étranger assez profondément placé, de forme allongée, horizontale, un peu mobile, ne provoquant aucune douleur spontanée, mais un sentiment de piqûre quand on dirigeait les pressions dans certains sens, n'entraînant aucun gonflement voisin, aucun changement de coloration de la peau. Mme M... s'était aperçue de l'existence de ce corps étranger il y a plus de douze ans, et ne savait comment il avait pu s'introduire dans les tissus, ne portant aucune cicatrice dans les environs, et ne se rappelant pas d'avoir jamais éprouvé aucune piqûre en cet endroit.

Le 1er juin, elle me consulte; je reconnais facilement l'existence de ce corps étranger que j'estime être une aiguille ou une épingle, et j'opte pour son extraction immédiate, ce qui est accepté aussitôt. Je me

disposais à pratiquer une petite incision au niveau de l'extrémité la plus externe du corps étranger, mais la crainte d'avoir une cicatrice apparente me fait demander, par Mme M..., que je fasse l'extraction par l'extrémité antérieure, qui est la plus profondément située. J'ouvre la peau dans une longueur de 1 centimètre, par une incision verticale dans cet endroit, pensant pouvoir faire saillir ensuite la pointe du corps étranger par une légère pression. L'extrémité sur laquelle j'agis est obtuse et entourée d'un tissu cellulaire assez dense; les pressions exercées, au lieu de faire la saillie entre les lèvres de la petite plaie, poussent au contraire la pointe opposée à se dessiner très-clairement sous la peau, à la face externe du bras. Je reviens donc à ma première idée, et, faisant une incision de moins de 1 centimètre au niveau de cette pointe, je fais apparaître un corps métallique, que je saisis entre les mors d'une pince à artères.

Il faut tirer très-fortement pour extraire le corps étranger; c'est un véritable arrachement, et je reconnais, après l'extraction, que j'ai saisi par la partie voisine du chas une aiguille d'acier de petit diamètre, longue de 16 millimètres, rompue depuis longtemps vers sa pointe, noirâtre dans toute son étendue, lisse aux deux extrémités et oxydée assez fortement sur le milieu de sa longueur.

J'applique un petit carré de taffetas sur chaque piqûre, qui n'a fourni qu'une très-petite gouttelette de sang. Huit heures après, la cicatrisation étant presque faite, j'enlève le taffetas; je le remplace par un petit linge mouillé, et le soir même, Mme M... se met en route pour un voyage de 60 lieues en chemin de fer, ne ressentant plus aucune douleur ni aucune gêne.

Quelle a été la voie d'introduction? Il est impossible de décider si c'est par pénétration directe ou par un cheminement plus ou moins prolongé que cette aiguille s'est trouvée à cette partie du bras. Mais là n'est pas la question; la chose importante à noter dans le cas présent, c'est que ce corps étranger ait pu séjourner un temps très-long dans les tissus sans provoquer jamais aucune révolte de l'organisme.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 12 juin 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Montpellier médical, juin 1867;

Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juin 1867;

Revue médicale de Toulouse;

De l'opportunité de la version, par le docteur Chassagny (de Lyon);

Quelques mots encore sur les polypes fibreux naso-pharyngiens volumineux, par le docteur Michaux (de Louvain);

Bulletin de la Société de médecine de Paris, année 1866.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Liégeois, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante;

Une lettre de M. le docteur Heyfelder, membre honoraire, qui offre, de la part de M. le docteur Pélikan, une brochure intitulée : *Compte rendu des expériences de l'inoculation de la peste aux bêtes à cornes.*

— **M. LARREY** donne lecture de l'observation suivante, adressée par M. Ghérini, correspondant à Milan :

N. N..., belle fillette de neuf ans et demi, de la ville, naquit de parents sains.

La mère s'aperçut que la petite, au cinquième mois, avait la main gauche plus chaude et plus développée que l'autre; cependant la petite était belle et saine.

La mère, à deux ans, voyant que s'ajoutait, aux déjà dits phénomènes, une tumeur au dos et à la paume de la main avec une grande dilatation des veines de la main et de l'avant-bras, se décida d'avoir une consultation.

On déclara que la maladie était une tumeur sanguine et qu'il fallait la traiter avec les astringents, le froid et la compression, ce qui fut fait sans profit.

A sept ans, on me consulta sur la nature de la maladie et sur le plus convenable traitement.

En examinant avec attention la main, je m'aperçus que la température était bien élevée, les dimensions plus grandes, et qu'il y avait sur le dos une tumeur grande comme une pièce de 2 francs, et à la paume une plus petite. Toutes deux disparaissaient avec la compression faite soit sur les tumeurs, soit sur les artères radiale et ulnaire, ou sur la brachiale, pour reparaître aussitôt que cessait l'action de la compression. La pulsation était manifeste à l'œil, et avec l'auscultation on entendait un bruit placentaire. Les veines de la main, de l'avant-bras et du bras, étaient extrêmement dilatées; l'artère brachiale fort développée et flexueuse. Cependant la petite se portait toujours bien.

Par exclusion, on pouvait dire que ce n'était pas une angectasie, ni un anévrysme variqueux, ni un anévrysme par anastomoses, ni une varice anévrysmatique, mais comme les signes s'approchaient plus de cette dernière, j'ai résolu de nommer cette maladie une *varice anévrysmatique congénitale*.

Je proposai de faire la ligature successive des artères radiale et ulnaire. La ligature de la radiale fut faite le 9 mars 1865; ensuite, on a lié l'artère ulnaire le 26 octobre de la même année.

Chaque opération a porté ses avantages, en ce sens que la maladie conserve encore ses signes, mais très-peu sensibles.

Aujourd'hui, 30 mai 1867, la maladie est restée stationnaire, la petite est belle, saine, et les parents satisfaits. Le système veineux reste dilaté comme auparavant.

On remarque deux petites artères, une au dos, l'autre à la paume de la main, lesquelles se sont développées après les opérations. Peut-être, on devra plus tard les lier aussi.

Discussion sur le traitement de la syphilis (suite).

M. DIDAY s'annonce, non comme un champion appartenant à l'un ou à l'autre camp, mais comme un intermédiaire disposé à leur tendre la main alternativement à tous les deux. D'ailleurs, il demande à étendre un peu la question, et à traiter, en termes plus généraux, de « la conduite à tenir par le praticien en face d'une syphilis déclarée. »

Or on est aujourd'hui, malgré quelques divergences, à peu près d'accord sur ces trois points : 1° que le mercure, donné pendant le chancre, ne prévient pas les accidents secondaires; 2° qu'il exerce contre la plupart de ces accidents, une fois qu'ils sont déclarés, une influence favorable; 3° mais qu'il n'empêche pas leur retour, ne détruit pas ce qu'on appelle la diathèse. Ce troisième point avait déjà été formulé avec une autorité et une loyauté parfaite par M. Ricord, dont M. Diday, son élève, s'honore d'être le représentant à la tribune de la Société. Cet aveu d'un maître aussi accrédité que M. Ricord sur l'impuissance du mercure comme agent de cure radicale, a puissamment contribué, non-seulement à éclairer la science en la débarrassant d'une illusion trompeuse, mais encore à ramener les praticiens, en leur montrant que les récidives observées par eux ne provenaient pas de leur faute.

Eh bien, l'accord existant sur les trois points énoncés ci-dessus est, pour M. Diday, une preuve de la vérité de ses idées sur la nature non moins que sur le traitement de la syphilis.

En effet, pour lui, la syphilis est, comme d'ailleurs toutes les autres maladies virulentes, très-probablement une maladie parasitaire. En attendant que le microscope donne à cette hypothèse sa démonstration directe, M. Diday la justifie par les deux considérations suivantes :

1° Comme les germes des parasites, animaux ou végétaux, on voit les agents des maladies virulentes avoir une incubation fixe, puis sommeiller et se réveiller après une latence, une inaction plus ou moins longue; témoin la mentagre, maladie due à un parasite, qui, après une guérison de plusieurs mois, se manifeste de nouveau et sans nouvelle contagion.

2° Il n'y a que des êtres organisés qui prolifèrent en des êtres identiques, aptes eux-mêmes à se reproduire. Or, cela étant, peut-on supposer que, uniquement en pathologie animale, un petit nombre de corps fassent seuls, sous le nom de virus, exception à cette loi qui régit le monde physique?...

Remarquons à quel point la théorie parasitaire rend un compte logique de l'évolution de la syphilis. On sait que les parasiticides ont une influence destructive très-marquée sur l'être à l'état de développement; en ont une nulle ou beaucoup moins marquée sur le même être à l'état de germe. Eh bien, impuissance du parasiticide sur le germe et action de ce même parasiticide sur l'être développé, cela n'explique-t-il pas bien, en syphiliographie, l'impuissance du mercure donné pendant le chancre, ainsi que dans l'intervalle entre les récidives et son action sur les accidents secondaires, ainsi que sur chacune de leurs récidives?

Mais dans l'étude de l'évolution de la syphilis, il ne faut pas tenir compte seulement de l'agent morbide. L'organisme, c'est-à-dire le milieu dans lequel cet agent opère, doit aussi être pris en considération. Or, la parasitographie fournit encore, à cet égard, des données certaines. Elle enseigne qu'une condition favorable pour le développement des parasites, c'est l'affaiblissement de l'être sur lequel ils vivent : voyez les achorions, les pediculi se multiplier chez les enfants lymphatiques, débilités, les champignons, les lichens sur les arbres vieillis ou malades.

Ceci nous apprend, continue M. Diday, que la syphilis peut guérir seule quand l'agent morbide a peu de force et que l'organisme du sujet infecté est vigoureux : ceci a d'ailleurs été démontré par l'observation. A ce sujet, M. Diday renvoie aux dix-huit exemples de guérison spontanée, dont son livre contient la relation détaillée : la guérison, dans ces cas, remonte aujourd'hui à huit, dix, douze ans, et, pour l'un d'eux, à vingt ans.

Ceci nous apprend encore que l'hygiène reconstituante est le seul moyen à employer dans l'intervalle entre les récidives, en même temps qu'un adjuvant précieux pendant la durée même de ces récidives.

Sur ces données s'établit un traitement, sans exclusions systématiques, où le spécifique et l'hygiène interviennent chacun à leur tour, selon les besoins, dans une juste proportion, sans donner le spectacle d'un médicament asthénique, antiplastique, débilitant, donné à outrance, pendant tout le cours d'une maladie essentiellement débilitante elle-même. Ici encore, nous nous retrouvons avec M. Ricord, qui, plus que personne et avant qui que ce soit, a réduit l'usage du mercure; qui, contre la syphilis même, sait en vrai praticien en ajourner l'emploi quand on est en présence d'une complication débilitante; qui enfin a toujours recommandé de l'associer à un régime tonique.

Répondant à M. Depaul, qui doute du pouvoir de la nature et de l'hygiène, soit pour prévenir, soit pour guérir la syphilis héréditaire, M. Diday reconnaît que, en pareil cas, le mercure doit toujours être administré, qu'il y aurait faute grave à l'omettre. Cependant il veut établir que la nature et l'hygiène font ici tout autant que les remèdes; et il le prouve par deux faits. Le premier, c'est que la série d'enfants qui naissent successivement de deux parents syphilitiques sont de moins en moins infectés, même quand ces parents n'ont suivi aucun traitement; l'action fœticide du virus s'épuisant spontanément au fur et à mesure de chaque naissance; Haase, Bertin, Bardinet, Doyon et Drou, ont publié des preuves cliniques irrécusables de cette loi. Secondement, M. Diday cite le cas d'un nourrisson syphilitique, qu'il traitait par le mercure, et chez lequel on voyait néanmoins le mal s'aggraver et menacer la vie, lorsqu'on découvrit que la nourrice s'adonnait passionnément aux alcooliques. Confié à une meilleure nourrice, l'enfant a guéri, quoique, à partir de ce changement, on ne lui ait plus donné de mercure.

D'après ces notions, M. Diday traite la syphilis de la manière suivante :

Il ne donne pas le mercure durant le chancre primitif, ou du moins il ne le donne que rarement, que si, après quatre semaines, l'induration devenue très-consistante, annonce une de ces véroles fortes contre lesquelles il y a lieu d'agir, non-seulement dès que la première éclosion d'accidents se révèle par des manifestations apparentes, mais dès qu'on est sûr qu'elle est en voie de s'opérer.

Il ne donne pas de mercure contre les accidents secondaires si ceux-ci sont légers, et si la constitution du sujet promet une force suffisante de résistance à l'agent morbide. Il en donne, au contraire, si la première poussée, au lieu de consister en roséole, en papules discrètes, se compose de macules foncées, de squammes, de pustules.

Même conduite à l'égard des récidives ultérieures. Pas de mercure si elles sont espacées, consistant en lésions superficielles, si leur apparition peut s'expliquer par des causes d'évolution indépendantes de la force du virus (tels sont les changements de saison, les excès, les émotions morales). Mercure dans les conditions opposées.

M. Diday donne cependant presque toujours le mercure pour certaines lésions contre lesquelles il possède une efficacité incontestable : l'iritis, l'onyxis, l'albuginite, la dysphonie. Au contraire, il ne le donne pas, s'il n'existe qu'une syphilide palmaire ou plantaire, ou des plaques muqueuses, maladie contre laquelle l'action d'un traitement mercuriel interne est égal à zéro.

Mais, dans les divers cas où il juge le mercure indiqué, M. Diday ne le continue que jusqu'à ce qu'il ait influencé l'organisme, ce qui se reconnaît à une gingivite commençante. Huit à dix jours d'un traitement avec 10 centigrammes de proto-iodure de mercure et une friction de 4 grammes d'onguent napolitain par jour, lui suffisent ordinairement pour obtenir ce résultat. Avec cette manière d'agir, conforme d'ailleurs au mode selon lequel on use des autres spécifiques, il a l'avantage, n'irritant pas le tube digestif et n'habituant pas l'organisme à l'action curative du remède, de pouvoir recommencer ce court traitement avec le même succès, chaque fois qu'une nouvelle poussée en démontre l'indication.

Mais la syphilis ne conserve pas, pendant toute sa durée, les mêmes caractères. Secondaire, elle se donne à quiconque la veut prendre; elle engendre des lésions contagieuses; elle guérit. Tertiaire, elle ne survient que dans des cas déterminés; ses lésions ne sont plus contagieuses; elle n'est plus curable, ou du moins elle ne l'est que comme le sont la dartre, le rhumatisme, la goutte.

Ces changements de caractères dénotent une transformation de nature. De même que l'intoxication saturnine, paludéenne, rubéolique, donne lieu à des perturbations profondes, à la leucocytémie, à l'anémie, à l'albuminurie, de même l'intoxication syphilitique peut, dans certaines conditions, se transformer en une diathèse. Ces conditions sont la privation de sommeil nocturne, les émotions du jeu, les excès alcooliques, la vie sédentaire dans un air confiné, etc.

Le tertiarisme, en d'autres termes la syphilis devenue diathèse, ne se guérit pas plus par les médicaments que le rhumatisme par les bains térébenthinés, que la goutte par une saison à Vichy, que les dartres par les eaux d'Uriage (les plus puissantes de toutes cependant contre cette affection). De même, l'iode n'est pour la syphilis tertiaire qu'un excellent palliatif. Pour la guérir, il faut un changement radical et permanent de toutes les conditions de la nutrition : résidence, profession, alimentation, hygiène morale.

Revenant à la question plus spécialement portée devant la Société, M. Diday demande à la Société elle-même si, par sa composition, elle se sent bien compétente pour trancher un problème aussi grave; si elle ne ferait pas mieux d'en renvoyer la solution à un congrès de spécialistes convoqués spécialement dans ce but.

M. VERNEUIL. Je crois être l'interprète de la Société en remerciant M. Diday, qui a bien voulu venir de si loin prendre part à la discussion actuelle. Il est toutefois une phrase de son allocution que je ne puis laisser sans réplique. Notre collègue craint que la Société, composée surtout de chirurgiens proprement dits, n'ait pas toute la compétence désirable pour juger les points litigieux de l'histoire de la syphilis. Il pense que ces problèmes difficiles seront plus sûrement résolus dans un congrès de spécialistes.

Je ne saurais partager cette manière de voir; je suis convaincu que nous sommes parfaitement compétents et que nulle réunion ne saurait l'être davantage.

Nous sommes arrivés pour la plupart à l'âge de la maturité, nous avons en moyenne plus de vingt ans de pratique, et la théorie nous est connue dans ses moindres détails. Depuis longtemps, dans la clientèle privée ou dans les hôpitaux, nous soignons les maladies vénériennes. Un bon nombre d'entre nous a passé plusieurs années dans les établissements spéciaux, et tous nous avons étudié la vérole comme les affections des yeux, des voies urinaires, des organes génitaux dans les deux sexes, et autres objets de diverses spécialités; nous connaissons tout cela comme les fractures, les luxations, les hernies, les anévrysmes et bien d'autres sujets tout aussi difficiles, tout aussi compliqués.

Il me semble même que pour connaître à fond une affection aussi fréquente, aussi variée, aussi protéiforme que la vérole, il y a plus d'avantage à être encyclopédiste qu'à tenir toujours ses yeux fixés sur un seul point de la science et de la pratique.

Si l'on interrogeait le passé et le présent, on verrait que les plus grands progrès, les découvertes les plus utiles dans le champ des prétendues spécialités, ont été réalisés et promulgués précisément par les esprits à vues larges et non par les spécialistes. Ceux-ci d'ailleurs sont fort sujets à l'erreur et se trompent tout aussi bien que les autres, malgré leurs longues méditations exclusives.

Si M. Diday a fait faire des progrès réels à la syphiliographie, c'est justement parce qu'il sait aborder tous les points de la science médicale comme il le prouve chaque jour dans l'estimable journal qu'il rédige.

En résumé, que les syphiliographes fassent un congrès s'ils le veulent, mais il est évident que nous pourrons en attendant traiter avec fruit la question du traitement de la vérole.

Ceci dit, je veux examiner quelques points du discours de M. Diday. Je constate d'abord avec plaisir qu'il ne croit pas fermement à la guérison, et à plus forte raison à la guérison de la syphilis tertiaire. Je vois ensuite que M. Diday est partisan du mercure dans les cas où nous le croyons indispensable. Seulement il l'administre d'une manière particulière, comme le premier syphiliographe, et comme proposait de le faire M. Panas dans une des dernières séances.

Dans cette méthode on donne le spécifique à haute dose, de façon à faire disparaître les manifestations secondaires en un temps relativement court; après quoi on suspend, pour reprendre plus tard au besoin. On cherche à juguler les accidents.

Les partisans du mercure qui sont dans cette enceinte suivent pour la plupart d'autres errements. Ils le prescrivent à petite dose et en prolongent longtemps l'emploi pour combattre peu à peu le mal, sans avoir la prétention de l'anéantir rapidement.

Si je ne me trompe, ces deux méthodes sont radicalement différentes, et je crois que la Société ferait bien de les étudier comparativement avec le plus grand soin. Je ne me pose point en législateur; mais à mon sens et avec les idées générales qui me guident en théorie

et en pratique, la seconde méthode anciennement inaugurée à Montpellier me paraît infiniment supérieure et plus rationnelle que la première. C'est un point à discuter.

Je n'ajouterai qu'un mot. Nos contradicteurs disent que nous donnons du mercure pendant deux ans; cela pourrait prêter à l'équivoque. Oui, nous donnons du mercure pendant le cours des deux premières années quand la chose nous paraît utile, mais avec des interruptions et non pendant sept cents jours consécutifs. Le premier traitement mercuriel dure à la vérité quatre mois en moyenne, mais pendant le reste de la cure, un nombre égal de jours suffit ordinairement. Je fais cette remarque pour éviter un malentendu qui n'est que dans les mots.

M. DESPRÉS. La proposition d'un congrès faite par M. Diday n'a point été accueillie favorablement. La Société de chirurgie est absolument compétente, la discussion l'a bien prouvé, et l'on a vu se produire successivement des affirmations émanant d'une grande autorité et des preuves empruntées à l'observation directe. Un congrès ne ferait pas autre chose, ce serait encore des preuves et des opinions personnelles. Quant à voter des conclusions, c'est toujours à tort qu'une société s'engage dans cette voie. Quant au fond de la question qui s'agite en ce moment devant la Société, j'ai déjà dit qu'il fallait compter les faits et les juger. Les faits démontrent que les accidents syphilitiques guérissent seuls ou reviennent indéfiniment. Dans les syphilis malignes précoces, le mercure est sans action et quelquefois même il est nuisible; en un mot tout dépend, quant aux résultats de la thérapeutique, du degré d'intensité de la syphilis qu'on a traitée.

Je remercie M. Diday de l'appui qu'il nous a prêté. Je vois un mouvement parmi mes collègues, je m'explique : M. Diday nous a cité cette observation de Lallemand, qui montre des avortements successifs résistant au traitement mercuriel et s'arrêtant grâce aux préparations d'or.

Je n'en veux pas davantage; c'est une preuve que, dans ce cas, les avortements ont cessé par suite de l'épuisement naturel de la syphilis. M. Diday nous parle d'un nourrisson auquel il a donné du mercure et qui ne guérissait pas. En cherchant bien la cause de cet insuccès, on trouva que la nourrice buvait. On changea la nourrice et on cessa le mercure; l'enfant guérit. Y a-t-il une meilleure preuve qu'une bonne nourriture et une bonne hygiène valent plus que le mercure?

M. DIDAY. J'ai déjà dit que je n'étais pas aussi radical que M. Després; cependant je trouve qu'on n'a point assez tenu compte des observations que j'ai publiées et qui sont relatives à des guérisons de syphilis obtenues sans l'emploi des mercuriaux. L'une d'elles remonte à vingt ans, et j'ai encore l'occasion de revoir la malade.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Nanisme avec polysarcie.

M. TRÉLAT présente un sujet chez lequel on peut observer tous les caractères de l'arrêt général du développement consécutif à la naissance.

Léon B... est âgé de dix-huit ans, il a 104 centimètres de taille; son poids est d'environ 35 kilogrammes. Ses parents, régulièrement conformés, ont eu quatre enfants. L'aînée et les deux cadets sont bien développés; Léon est le second. Il a exactement l'aspect d'un enfant de vingt à vingt-deux mois amplifié; même figure enfantine, même sourire facile, mêmes plis à la racine et dans la longueur des membres. Les dents, au nombre de dix-huit, appartiennent toutes à la première dentition; les deux incisives médianes supérieures, tombées il y a deux ans, n'ont pas été remplacées; mais on voit à leur niveau la gencive amincie et soulevée par les deux incisives de la seconde poussée.

A la base du cou et dans la région des reins, on apprécie, sous le tégument, une épaisseur considérable de graisse; c'est son accumulation qui détermine les plis des membres qui ont été indiqués. Il est probable que cette accumulation de graisse ne se borne pas au tissu cellulaire sous-cutané, mais qu'elle a envahi les espaces inter-organiques et peut-être même le tissu de certains organes. La marche est difficile; le sujet doit être soutenu par les mains et ses pas sont courts et roides; la respiration est courte et manifestement insuffisante. Le sujet mange peu et digère bien. Il est souvent et opiniâtrément constipé.

C'est entre deux et trois ans que ses parents s'aperçurent que son développement ne suivait pas une marche régulière.

Léon parle, mais sa prononciation est enfantine et sa voix entrecoupée par la brièveté de la respiration. Il faut suivre avec attention pour entendre ses mots; cependant quand il s'aperçoit qu'on ne l'a pas entendu, il se reprend volontiers et prononce mieux. Il répond juste aux questions simples; il sait l'heure et le jour. Il n'écrit pas, mais il sait lire; sa lecture est lente, un peu difficile, mais continue; néanmoins les mots un peu longs et les termes inusités lui échappent complétement. C'est, en somme, une intelligence faible et paresseuse, mais ce n'est ni un idiot, ni un crétin, ni un imbécile, dans le sens propre de ces mots.

Cet individu, curieux à étudier, aurait nécessité beaucoup d'autres constatations; mais M. Trélat, qui l'a rencontré par hasard il y a peu de jours (on montre l'enfant pour de l'argent), n'a pu les faire.

M. LARREY. J'ai vu, dans une tournée à la Rochelle, un enfant qui ressemblait beaucoup à celui-ci; il avait onze ans, il était très-obèse et se mouvait à peine. S'il eût marché, cet enfant eût présenté un double varus. Je voudrais savoir en quoi consiste la nourriture du sujet présenté par M. Trélat, car chez l'enfant dont je viens de parler l'état de monstruosité était favorisé par un régime spécial; la nourriture de ce malheureux consistait en biscuits. Ces faits conduisent à déplorer la tolérance qui permet l'exhibition de ces êtres si mal conformés; il serait désirable qu'on vît cesser l'opposition qui existe entre l'ordre formel et la tolérance abusive.

M. TRÉLAT pense que la monstruosité chez l'individu qu'il présente ne peut être attribuée au genre d'alimentation; l'examen des traits, la persistance des dents temporaires, la configuration des membres, etc., militent en faveur d'un arrêt de développement.

M. MARJOLIN se joint à M. Larrey pour déplorer la trop grande tolérance de l'autorité, eu égard à l'exhibition des individus mal conformés.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

On lit dans *The Lancet* la nouvelle suivante : Des fonds ont été généreusement souscrits parmi les Français établis à Londres, dans le but de fonder un hôpital spécial. Depuis vingt ans, un hôpital bien entretenu existe à Londres pour les Allemands, et le besoin d'une pareille institution au bénéfice des Français était impérieusement ressentie. La famille d'Orléans, comme on pouvait s'y attendre, a participé libéralement à cette œuvre. Un comité a été constitué, et l'ancien « Hôtel du prince de Galles », près de Leicester-square, a été choisi comme siége du futur établissement.

De l'action du soufre et des sulfureux dans le traitement de la syphilis, par le docteur Léon BLANC. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, LE 1er JUILLET 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. — MM. Eulenburg et Guttmann ont fait, sur l'action du bromure de potassium, une série d'expériences qui les a conduits à considérer ce sel comme paralysant le cœur et le système nerveux central.

Une dose de 2 à 4 grammes, administrée soit à l'intérieur, soit en injection sous-cutanée, tue un lapin au bout de 10 à 40 minutes. Une dose plus faible ne produit qu'une altération passagère de l'action du cœur et un état parétique de sensibilité et de motilité (marche paralytique, ataxie des mouvements volontaires) précédé quelquefois par de légers frissonnements des membres. L'autopsie ne montre, dans les animaux morts, pas d'autre lésion qu'un état congestif assez léger de la plupart des organes, et quelquefois des ecchymoses superficielles dans les poumons.

L'injection sous-cutanée de 6 à 9 centigrammes, produit sur des grenouilles une douleur vive, fréquemment suivie de contractions fibrillaires, et au bout de 10 à 15 minutes, une perte absolue de mobilité, d'action réflexe, et de sensibilité, avec arrêt de la respiration et des pulsations lymphatiques, affaiblissement et ralentissement des battements du ventricule, affaiblissement extrême de la circulation périphérique, enfin, arrêt absolu et diastolique du cœur.

Le cœur encore battant d'une grenouille saine, plongé dans une solution de bromure de potassium au cinquantième, est arrêté au bout de cinq minutes et privé d'irritabilité; les muscles plongés dans la même solution perdent leur irritabilité dans le même temps.

MM. Eulenburg et Guttmann attribuent ces effets toxiques non point au brome, mais au potassium même.

On savait déjà depuis longtemps que le sulfate de potasse administré comme purgatif à doses un peu fortes, produit parfois des accidents graves; tandis que le sulfate de soude est à peu près inoffensif.

Les expériences de MM. Grandeau, Bouchardat, Stéoret Cooper et Rabuteau ont démontré que les sels de potassium étaient toniques, tandis que les sels de sodium correspondants ne l'étaient pas ou l'étaient très-peu.

Ainsi les expériences de MM. Eulenburg et Guttmann confirmeraient des conclusions déjà précédemment formulées.

Société médicale des hôpitaux. — Une nouvelle discussion vient de s'ouvrir sur la trachéotomie dans le croup, sur ses indications, sur le procédé le plus convenable pour la faire, sur les limites d'âge entre lesquelles on peut espérer de réussir. Toutes ces questions sont traitées dans la dix-neuvième leçon clinique de M. le professeur Trousseau, et après avoir relu cette leçon, nous ne croyons pouvoir mieux faire que d'y renvoyer nos lecteurs.

Disons pourtant que plusieurs faits de guérison chez des enfants très-jeunes ont été relatés dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, et que ces faits exceptionnels doivent être ajoutés aux cinq du même genre que M. Trousseau signalait.

Hopitaux. — Les faits de tuberculisation des organes génitaux de la femme sont assez rares dans la science, surtout si on n'y comprend pas ceux où une matière, dite *tuberculeuse*, était étaient comme en nappe à la surface de la muqueuse utérine, d'ailleurs saine.

Quelques observations en sont rapportées par M. Brouardel dans sa thèse, une autre par M. Courty, dans son *Traité des maladies de l'utérus.* Rarement l'affection avait pu être diagnostiquée pendant la vie.

Vendredi dernier, à la Charité, on a procédé à l'autopsie d'une femme qui y est restée longtemps et qui est morte dans le service de M. Bourdon. M. Bourdon et tous les médecins qui ont examiné cette femme, entre autres M. Brouardel et nous-même, ont été d'accord pour admettre chez elle une tuberculisation de l'utérus et de ses annexes.

Ce diagnostic, que l'autopsie a confirmé, était surtout basé sur les signes suivants :

L'utérus était complétement immobile et comme enclavé; tout autour on sentait des tumeurs bosselées, non fluctuantes, qui semblaient faire corps avec lui. Les culs-de-sac vaginaux, surtout l'antérieur, étaient presque entièrement effacés par les reliefs de cez tumeurs; le col était très-peu saillant, le toucher était très-douloureux; la malade, très-pâle, avait un aspect cachectique. Cet état s'était prolongé, stationnaire, pendant plusieurs mois. Du reste, on ne trouvait rien d'anormal du côté des poumons.

Nous reviendrons sur les résultats de l'*examen post mortem*, lorsqu'ils auront été complétés à l'aide du microscope.

Disons seulement qu'on a trouvé les organes génitaux et du rectum unis et confondus dans une masse solide, au milieu de laquelle, à la coupe, on distinguait de petites tumeurs, semblables à des tubercules crus. Deux de ces tumeurs, ramollies, s'étaient ouvertes dans le rectum.

Aucune granulation grise ne fut trouvée sur les séreuses, et à l'œil nu les poumons n'ont rien présenté qui ressemblât à des tubercules. Il y avait seulement, à la base, une pneumonie secondaire, comme il s'en produit si souvent à la période terminale des affections chroniques.

Cette tuberculisation isolée, soit des organes génitaux de la femme, soit des testicules de l'homme, a été notée plus d'une fois.

M. Richet en rapportait encore récemment quelques exemples, dont un, entre autres, était curieux en ce que l'ablation des testicules remontait à près de vingt ans, sans que la santé générale se fût le moins du monde altérée.

Aussi s'est-on souvent demandé s'il s'agissait bien là de vrais tubercules. Mais cette question nous mènerait trop loin.

— Nous avons eu de nouveaux renseignements sur l'ovariotomie pratiquée par M. Labbé, à la Salpêtrière. La malade est morte seulement le cinquième jour.

— Si nous sommes bien informés, une autre opération d'ovariotomie aurait été pratiquée en ville tout récemment, et elle n'aurait pas réussi. Nous attendons de nouveaux détails.

— M. Richet faisait remarquer samedi dernier, à ses élèves, que les tumeurs adénoïdes du sein se distinguent aisément des tumeurs cancéreuses par leur mobilité toute particulière. Elles donnent la même sensation qu'un morceau de glace enfermé avec de l'eau dans une vessie, et qui tend à remonter en fuyant sous les doigts.

On sait que les tumeurs adénoïdes sont constituées par l'hypertrophie, et la multiplication des éléments glandulaires, de même que les corps dits *fibreux* de l'utérus, sont le plus généralement produits par une hypertrophie partielle des éléments même de l'organe dans lequel ils se sont formés. Comme les tumeurs adénoïdes, ces corps fibreux ont une certaine tendance à s'isoler, et quelquefois même à s'enkyster.

Nous avons publié, samedi dernier, une observation de M. Azam sur l'élimination spontanée d'une tumeur adénoïde par suite de cet enkystement, et vers la fin de l'année dernière, M. Bernutz a présenté un corps fibreux de l'utérus, éliminé par le même mécanisme.

A propos de la diplopie des ataxiques, nous nous plaisons à dire de nouveau que M. Fournier a fait, sur ce sujet une leçon à laquelle nous n'avons pas assisté, et sur laquelle nous n'avons reçu aucune indication, autre que les objections adressées devant nous à M. Galézowski et ses réponses.

Nous avons bien entendu aussi M. Galézowski promettre à M. Fournier de lui tracer sur le tableau des dessins, avec l'aide desquels il aurait traité ce sujet d'une manière plus complète à la leçon suivante; mais à cette leçon, où nous allâmes, il ne fut plus question de diplopie.

Du reste, les faits nouveaux étaient trop simples, les prin-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies de l'œil, par MACKENZIE. Traduit sur la 4e édition et augmenté de notes par MM. WARLOMONT et TESTELIN. Tome III ou supplément (1) : contenant l'exposé de toutes les découvertes et de tous les faits intéressants relatifs à l'ophthalmologie, qui se sont produits depuis 1857, par MM. *Mackenzie, Testelin* et *Warlomont.*

C'est avec une vive satisfaction que nous saluons l'apparition d'un livre qui est devenu le corollaire obligé du *Traité pratique des maladies de l'œil*, de l'illustre oculiste de Glascow, dont MM. Warlomont et Testelin nous ont donné, en 1857, une traduction française, accompagnée de notes.

En publiant ce nouveau travail, nos deux laborieux collègues ont eu pour but de compléter leur œuvre, en comblant les lacunes qui s'y étaient produites par le mouvement scientifique dont l'ophthalmologie a été l'objet dans ces dernières années, et qui l'ont presque complétement transformée dans certaines de ses parties les plus importantes.

Pour que rien n'y manquât plus, les auteurs du volume supplémentaire que nous venons présenter au public médical, ont repris successivement tous les chapitres de l'ouvrage publié par eux en 1857, et y ont ajouté tout ce qui s'est trouvé, y ayant trait, dans les publications les plus récentes, les plus au courant du progrès scientifique moderne. M. Mackenzie, en leur livrant ses notes et réflexions, leur a permis d'être à cet égard aussi complets que possible. Une table générale des matières contenues dans les trois volumes (les deux volumes principaux et le troisième ou supplément) les raccorde complétement entre eux et permet d'y faire, avec la plus grande facilité, toutes les recherches désirables. Cette table est destinée à remplacer celle qui figure aujourd'hui à la fin du deuxième volume.

Déjà, en 1857, nous avons publié dans ce même journal (*Gaz. des hôp.*, 4 août 1857) une analyse abrégée, que les *Annales d'Oculistique* ont reproduite (1857, t. XXXVIII), des deux premiers volumes de cet ouvrage, dans laquelle nous avons eu l'occasion de faire connaître l'impression personnelle que ce remarquable travail nous avait causée. Nous nous proposons aujourd'hui de compléter cette étude analytique par l'examen de la partie complémentaire qui vient d'y être ajoutée, dans les conditions de la plus parfaite opportunité.

Le *premier fascicule* s'ouvre par un travail de M. Giraud-Teulon sur la dioptrique de l'œil, au point de vue physiologique et pathologique. Toutes les découvertes nouvelles sur la réfraction et l'accommodation y sont développées, non sans l'appui des formules mathématiques nécessaires à l'exposé classique des idées nouvelles. Ce travail, sérieux et approfondi, ne laisse rien à désirer : il demande, à la vérité, à être lu avec grande attention, pour être compris de ceux auxquels les notions élémentaires de la physique pourraient faire complétement défaut, mais l'auteur a eu soin de ne négliger aucun des détails nécessaires à l'intelligence de cette partie spéciale de l'ophthalmologie moderne, au point de vue pratique, et le reproche, flatteur du reste, d'être trop savant, ne saurait lui être adressé que par ceux qui le seraient par trop peu.

Un des chapitres les plus importants de l'ouvrage est incontestablement celui qui est consacré aux maladies des organes sécréteurs et excréteurs des larmes. C'est une des parties de l'ophthalmologie, qui nous ont toujours paru présenter le plus de difficultés, tant au point de vue du processus morbide lui-même, qu'à celui du traitement. Nous sommes heureux de trouver dans le travail de MM. Warlomont et Testelin des faits nouveaux, se rapportant aux altérations de la glande lacrymale et à celles des conduits excréteurs des larmes. Les observations nombreuses que les auteurs ont rapportées à l'appui des nouvelles idées qui règnent aujourd'hui, dans la science, au sujet de ces affections, serviront, nous en sommes persuadés, à vulgariser celles des méthodes de traitement qui y sont le plus applicables. Ainsi, en parlant des engorgements chroniques de la glande lacrymale, on y trouve cités des cas qui ont pu être guéris complétement par l'extirpation. Ces faits, ajoutés à ceux qui se trouvent relatés dans le premier volume, complètent l'histoire de l'affection que nous avons, des premiers, établie dans notre *Traité des maladies des yeux* (2e édit., t. I, p. 266), d'après les notes de M. le docteur Lebert. Toutes ces observations démontrent qu'on peut souvent guérir des malades atteints de tumeurs de la glande lacrymale, qui, naguère encore, semblaient devoir être considérées comme étant de nature cancéreuse.

Une des causes les plus fréquentes du larmoiement et des tumeurs lacrymales qui les accompagnent d'ordinaire est, comme on sait, le rétrécissement des différents points du canal nasal, par suite des inflammations chroniques dont ce conduit peut être le siége. Nous avons déjà dit, il y a longtemps, que : « lorsqu'un malade se plaint » de larmoiement, le chirurgien doit avoir recours aussitôt à l'injec- » tion des conduits lacrymaux..... que, si le liquide reflue en entier » par le point que l'on n'injecte pas, ou qu'une partie n'arrive dans la » narine après quelque temps qu'au prix d'un certain effort, on est » assuré qu'il y a un obstacle complet ou incomplet au passage des » larmes. Il faut, dès lors, avoir recours à d'autres moyens d'explora- » tion, tels que le cathétérisme par en haut et par en bas, à l'aide des » sondes d'Anel, etc. » (T. I, p. 359.) Depuis que ces lignes ont été écrites, M. Bowmann a modifié le mode d'introduction des sondes et étendu considérablement les applications du cathétérisme en y ajoutant la dilatation progressive des voies lacrymales rétrécies, méthode utile et souvent propre à aider singulièrement au traitement du larmoiement. Nous sommes loin de partager cependant l'opinion de

(1) — Un vol. in-8° pp. CLII-590, avec XLIV et 81 fig. interc. dans le texte. Paris, Victor Masson, 1866. Prix : 15 francs.

cipes généraux trop bien connus, M. Fournier a l'esprit trop net, pour que nous doutions de la clarté qu'il aurait mise dans son exposition. Il aura du préférer la voie que nous cherchions nous-même a suivre : la plus directe et la plus courte.

Comme vulgarisateur, le suppléant de M. le professeur Grisolle a de grandes qualités dont nous reparlerons.

D' Victor Revillout.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. de Ranse

Observation d'un cas d'Hépatite suraiguë terminée par suppuration

L'hépatite est une affection très-rare sous notre climat. Si l'on excepte, en effet, un assez petit nombre de faits rassemblés par quelques auteurs, entre autres par MM. Andral et Louis, la plupart des observations qui ont servi à établir l'histoire de cette maladie ont été recueillies dans les pays chauds. L'influence du climat, qui joue aussi le rôle principal dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe, ne s'exerce pas seulement durant le séjour des individus dans les pays chauds; elle peut encore, suivant la remarque d'Hamilton Bell, et ainsi qu'on l'a observé pour d'autres maladies, les fièvres intermittentes, par exemple, créer chez ces individus une prédisposition en vertu de laquelle l'hépatite se développe après leur station dans un climat tempéré, comme celui de la France. L'observation suivante semble venir à l'appui de cette opinion.

M. A..., âgé de 25 ans, présente, au point de vue pathologique, d'excellents antécédents. Son père, âgé de 63 ans, et sa mère, de 54 ans, vivent encore et jouissent d'une parfaite santé. Il n'a ni frères ni sœurs. Il n'a souvenir d'aucune maladie jusqu'à l'époque de son séjour en Afrique. Il est entré à 17 ans comme engagé volontaire au 33e régiment de ligne. Il a passé treize mois en Italie, où il a assisté, sans recevoir aucune blessure, aux batailles de Marignan et de Solférino. Rentré à Paris, il demande et obtient sa mutation dans le 3e régiment d'infanterie de marine, alors en garnison à Rochefort. De là il passe, avec les galons de caporal, dans le bataillon de tirailleurs sénégalais. Son séjour au Sénégal a duré du 25 août 1862 au 28 décembre 1865; il a occupé les postes de Médine et de Matam. Il a eu à cette époque plusieurs atteintes de fièvres intermittentes; puis il a été pris d'une dysentérie qui a revêtu la forme chronique et qui a duré, avec des alternatives de bien et de mal, de 1865 jusqu'à la fin de l'année 1866.

A..., est rentré en France le 23 février 1866. Il a eu depuis lors, et de temps en temps, de nouveaux accès de fièvre intermittente. Le retour de ces accès et la persistance de la dysentérie l'ont réduit à un état de faiblesse et de maigreur considérable. Toux, expectorations muqueuses abondantes; signes très-douteux de tuberculisation au sommet des poumons.

Nous sommes appelé auprès de lui, pour la première fois, en octobre 1866 : il était en ce moment repris par les fièvres, et la diarrhée avec ténesme et selles souvent sanguinolentes n'avait pas cessé. Le sulfate de quinine, les évacuants et les opiacés ont raison des deux ordres de symptômes.

La dysentérie reparait en novembre et en décembre; elle cède assez promptement aux mêmes moyens. Le malade est soumis à un régime essentiellement tonique.

Il nous fait appeler le 14 janvier 1867; il présente les symptômes suivants : fièvre intense, douleur excessivement vive au côté droit de la poitrine, à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du mamelon, et irradiant à la même hauteur vers le dos; cette douleur est lancinante et est accrue par la toux, par les mouvements et par la pression; oppression assez grande; toux fréquente, expectorations muqueuses abondantes; à la percussion matité remontant assez haut vers le mamelon et ne dépassant pas en bas les fausses côtes; à l'auscultation, râles muqueux répandus dans les deux poumons, absence de bruit respiratoire à la base du côté droit dans les points correspondants à la matité. Nous avouons que, si nous n'eussions connu les antécédents du malade, nous aurions diagnostiqué franchement une pleurésie; avec la connaissance de ces antécédents, nous restons même sur la réserve. Des ventouses scarifiées diminuent considérablement la douleur, qui disparait plus tard complétement par l'application d'un vésicatoire volant; le kermès, à l'intérieur, combat avantageusement les symptômes bronchiques; le malade semble se rétablir promptement. Sa convalescence est cependant retardée par une constipation opiniâtre qui ne cède qu'à l'huile de ricin prise à doses fractionnées. Nous cessons de voir le malade le 26 janvier.

Le 2 février, il nous fait appeler de nouveau; la douleur de côté est revenue, un peu moins forte, mais plus étendue; elle siége aussi plus bas; elle est exaspérée comme précédemment par la toux d'ailleurs très-rare, par les mouvements et par la pression. Le foie est hypertrophié; il déborde les fausses côtes d'un ou de deux travers de doigt; il produit à la région épigastrique une saillie très-prononcée de la grosseur d'un œuf de poule; la pression aux parois est très-douloureuse; la peau est chaude, rouge; la formation d'un abcès semble imminente; on n'a encore aucune sensation de fluctuation. La constipation est revenue; elle cède promptement aux laxatifs. Nous prescrivons de larges et abondantes frictions avec l'onguent napolitain belladoné, des cataplasmes en permanence, des laxatifs et des bains.

Du 2 au 23 février, nous observons une amélioration progressive extrêmement remarquable : la douleur disparait; le foie se rapproche peu à peu de son volume normal; il ne déborde plus les fausses côtes; on le sent encore en déprimant le creux épigastrique, mais la saillie qui menaçait d'entrer en suppuration a disparu; l'appétit, le sommeil, les forces sont revenus; nous suspendons nos visites, en recommandant au malade de venir lui-même nous donner de temps en temps de ses nouvelles.

Il vient le 5 mars dans notre cabinet; les symptômes ont reparu; le foie déborde de nouveau les fausses côtes, dans des proportions même plus considérables; la saillie épigastrique est revenue; elle semble donner lieu à une sensation très-légère de fluctuation; la douleur est moins vive que précédemment. Nous faisons recommencer les frictions mercurielles et les autres moyens que le malade n'a pas eu la persévérance d'employer assez longtemps.

Le 10 mars, la fluctuation à l'épigastre est très-prononcée, et il devient urgent de donner issue au pus.

Le 11 mars, nous appliquons, sur le point culminant de la tumeur, une couche assez épaisse de caustique de Vienne, que nous laissons agir durant vingt minutes environ.

Comme la fluctuation est superficielle, il importe d'agir promptement pour ouvrir l'abcès. En conséquence, dès le lendemain, nous incisons crucialement l'eschare, et nous appliquons au ventre une seconde couche de caustique.

Le 13, nous incisons encore l'eschare produite la veille, avec l'intention d'appliquer pour la troisième fois le caustique, mais la partie de l'abcès vient faire hernie au fond de l'eschare, et se rompt sous une légère pression. Nous agrandissons l'ouverture avec le bistouri, et il s'écoule près d'un demi-verre d'une matière épaisse, visqueuse, couleur lie de vin. Un stylet introduit par la plaie pénètre de deux travers de doigt dans tous les sens et contourne une cavité qui paraît être close. Le malade devra continuer les frictions mercurielles, les cataplasmes et les bains.

14 mars. Écoulement par l'ouverture faite hier. Absence de douleur et de fièvre. Un peu de constipation : laxatifs.

Du 14 au 18, retrait progressif du foie, diminution de l'écoulement. L'appétit est revenu. État très-satisfaisant.

18 mars. Hier dimanche, par l'un des temps les plus rigoureux (vent glacial, giboulées, neige) qu'il ait fait de cette année, le malade est sorti et a pris froid. Dans la nuit il a eu du frisson; nous le trouvons avec de la fièvre (104 pulsations par minute), de la toux, de l'oppression; la douleur du côté droit s'est réveillée; le foie a de nouveau augmenté de volume; l'écoulement n'a pas augmenté.

Le 19, les symtômes bronchiques se sont amendés. La douleur de côté persiste; l'augmentation du volume du foie est plus accusée que la veille; grande sensibilité à la pression.

20 mars. La douleur hépatique a disparu, mais en même temps l'écoulement a considérablement augmenté; il est toujours constitué par une matière couleur lie de vin. Il s'était formé un second abcès qui s'est ouvert dans le premier; un stylet pénétra en effet plus profondément que la veille. Comme l'ouverture se rétrécit, nous introduisons, et depuis lors nous y avons maintenu un tube à drainage.

Le 23, injection iodée (mélange à parties égales de teinture d'iode et d'une solution d'iodure de potassium au trentième).

Du 23 au 26, amélioration progressive : injection iodée.

Du 26 au 28, retour de la douleur, à un degré cependant moins intense; nouvelle augmentation dans le volume du foie. Le malade avait cessé d'employer les frictions mercurielles et les cataplasmes : il les reprend. Bains et laxatifs.

29 mars. La douleur se calme, et ce fait coïncide, comme précédemment, avec une augmentation dans l'écoulement. Un stylet pénètre obliquement de gauche à droite, de haut en bas et d'avant en arrière, dans une profondeur de cinq travers de doigt. Du reste, l'état général est satisfaisant; la toux a à peu près disparu; il n'existe plus trace de fièvre; la langue est nette; l'appétit est normal.

31. Même état. Régime fortifiant, vin de quinquina. Le malade prétend avoir rendu dans sa garde-robe des matières semblables à celles qui s'écoulent par la plaie épigastrique. Nous lui recommandons, si cela lui arrive de nouveau, de conserver la garde-robe pour nous la montrer.

5 avril. Douleur vive à l'hypochondre; sensibilité à la pression; chaleur, fréquence du pouls; langue saburrale; selles muqueuses; tels sont les symptômes que nous présente le malade. Frictions mercurielles, laxatifs.

6. Le pus nous semble présenter un peu de mauvaise odeur : injection iodée.

8. La douleur a diminué. Le malade a rendu par le fondement des matières glaireuses qu'il croit analogues à celles qui s'écoulent par la plaie, et qu'il a conservées; elles ne nous paraissent constituées que par des mucosités.

9. La douleur diminue encore; en même temps l'écoulement augmente.

11. La douleur a disparu; mais l'écoulement est si abondant, qu'il traverse en quelques heures toutes les pièces du pansement. Un stylet ordinaire de trousse pénètre par l'ouverture dans toute sa longueur. L'état général est d'ailleurs satisfaisant; pas de fièvre; la langue est nette; l'appétit, qui avait disparu dans ces derniers jours, revient.

13. L'amélioration persiste. L'écoulement semble diminuer un peu. Le malade a pu sortir.

18. L'écoulement a beaucoup diminué; il a changé de couleur, et pendant deux jours il a été blanc; depuis hier il a repris la couleur lie de vin, mais moins foncée et moins uniforme; il ne présente aucune odeur. Le malade éprouve depuis hier une très-légère douleur dans l'hypochondre. Le volume du foie a diminué; un stylet s'enfonce moins profondément dans la plaie; elle s'est rétrécie dans le sens transversal, elle a même tendance à se fermer, le petit tube à drainage ne pénètre plus que difficilement, et il est chassé par la pression des bords de la plaie qui résulte du moindre effort fait par le malade. Nous devrons remplacer ce tube par une canule plus résistante en gomme élastique. L'état général du malade est, du reste, très-satisfaisant; il sort tous les jours et fait une promenade sur les boulevards. L'appétit est bon, les selles normales, les forces reviennent assez rapidement; le facies est meilleur. S'il ne survient pas une nouvelle poussée inflammatoire, ou quelque autre complication, on peut espérer une prompte convalescence.

Cette observation présente plusieurs points intéressants à considérer.

Et d'abord, quelle est, dans l'étiologie de la maladie, la part qu'il faut faire à l'influence du climat dans lequel le malade a passé deux ou trois années, et quelle est celle de la dysentérie dont les symptômes n'ont disparu qu'au mois de décembre dernier?

Tout le monde sait que l'hépatite et la dysentérie sont également endémiques dans les pays chauds, et qu'elles se développent surtout chez le même individu, soit simultanément, soit l'une après l'autre, la dysentérie précédant alors d'ordinaire l'hépatite. Cette relation entre les deux maladies a été notée par tous les médecins qui ont exercé dans les pays chauds; elle a été surtout mise en évidence par les tableaux comparatifs que M. Boudin a dressés de la mortalité due aux deux affections dans les colonies anglaises. Mais ici deux opinions sont en présence : les uns, avec la plupart des médecins militaires qui ont observé en Afrique, admettent que l'hépatite est la conséquence de la dysentérie, soit par extension ou par l'inflam-

---

ceux qui croient trouver dans la méthode de Bowmann un moyen de guérison certain et infaillible des rétrécissements, et en cela nous partageons complétement l'opinion de nos auteurs, lorsqu'ils déclarent que : « Rendre à ce canal, modifié dans ses dimensions, son calibre » normal, tel est le but que le chirurgien doit se proposer, et que, » malheureusement, il lui est *bien rarement* donné d'atteindre *d'une » manière définitive*. Parfois, ce calibre semble redevenu suffisant » à la fonction qu'il doit desservir, *mais d'ordinaire*, il ne tarde pas » à reprendre son exiguïté première. » (page 106.)

M. Bowmann condamne de la manière la plus absolue toutes les opérations ayant pour objet d'amener l'occlusion des voies lacrymales. Cette condamnation, comme le disent très-justement MM. Warlomont et Testelin, « est trop radicale; le chirurgien se trouve souvent en » présence de malades qui demandent à être débarrassés vivement de » leur infirmité, qu'ils n'ont pas le temps de faire soigner par la mé- » thode, toujours longue, du cathétérisme. D'autre part, lorsque le lar- » moiement, le catarrhe du sac et la fistule lacrymale sont accompagnés » de désordres profonds; qu'il y a dans la région du sac une ulcération » accompagnée d'un bourgeonnement des parties, trahissant des alté- » rations osseuses qu'on désespère, à bon droit, de pouvoir réduire » par d'autres moyens, la destruction du sac est une ressource ultime, » qu'il ne faut pas dédaigner, malgré les imperfections dont le résul- » tat final est parfois entaché. » (p. 119.) Rien n'est plus juste que ce jugement, et nous nous y associons complétement, en ce sens que, dans un bon nombre de cas, nous ne possédons pas d'autre ressource pour la guérison des tumeurs lacrymales que celles que nous fournit la cautérisation faite d'après les règles que nous enseigne l'expérience. Les procédés de M. Lacaze et de M. Warlomont nous semblent réunir le mieux toutes les conditions exigées par les circonstances. M. Lacaze cautérise le sac, après l'avoir ouvert, avec de la teinture d'iode, et M. Warlomont, avec le beurre d'antimoine qu'il introduit dans le fond du sac, après avoir écarté les bords de la plaie au moyen du spéculum de M. Manfredi. — Pour ma part, j'ai toujours obtenu de très-bons succès en cautérisant le sac au moyen du chlorure de zinc, que j'introduis au moyen d'une plume ouverte aux deux extrémités. J'enfonce cette plume jusqu'au fond du sac, où je pousse ensuite avec une allumette servant de mandrin le caustique et les boulettes, puis je retire la plume. Au bout de quelques minutes, les boulettes sont enlevées, la plaie lavée, et la cautérisation se trouve terminée.

La méthode ayant pour base la perforation de l'os unguis, employée en France par Ambroise Paré, Demarquay, Reybard et autres, n'a jamais joui de beaucoup de faveur. Dans ces dernières années, M. Folz de Lyon, a tenté de la remettre en vogue, et, pour agir plus sûrement, sur l'os en question, a imaginé un emporte-pièce à l'aide duquel la perforation se fait très-régulièrement. Malgré ce perfectionnement nous ne pensons pas que cette méthode ait beaucoup d'avenir : elle expose à des fractures étendues des os du nez, et peut aussi donner lieu à des caries et à des suppurations prolongées.

Pour compléter l'étude des inflammations phlegmoneuses du tissu cellulaire de l'orbite, MM. Warlomont et Testelin ont cru utile d'attirer l'attention des praticiens sur les phlegmons orbitaires susceptibles d'être occasionnés par des injections poussées, par le conduit lacrymal inférieur, jusque dans le tissu cellulaire de l'orbite.

Dans un cas de ce genre, on a eu, disent-ils, à déplorer la perte de la vue avec l'atrophie complète de la papille du nerf optique. Une autre fois, l'injection d'une solution de sulfate de zinc, dans le conduit lacrymal inférieur, avait pénétré dans le tissu cellulaire de l'orbite. Pour éviter le développement d'un phlegmon, on fit sur le champ une incision le long du rebord orbitaire inférieur, et une mèche aidée de la compression fut appliquée.

Il survint une inflammation suppurative qui guérit. MM. Warlomont et Testelin ne conseillent pas, à bon droit, d'imiter cette conduite, et se demandent même « si l'introduction d'une mèche et son » séjour dans l'orbite n'ont pas été la seule cause de la suppuration » qui est survenue le sixième jour. » (p. 138.) Il est plus que probable, en effet, que, si l'incision n'avait pas été faite et que la charpie n'y eût pas été introduite, l'infiltration du tissu cellulaire de l'orbite aurait guéri dans ce cas, comme je l'ai plusieurs fois observé dans ma longue pratique, au bout de quelques jours, sous l'influence des cataplasmes émollients, et que le malade aurait échappé aux accidents de la suppuration.

Le *second et dernier fascicule* contient des études remarquables, à tous les points de vue, sur les affections des muscles de l'œil, les lésions traumatiques des diverses parties du globe oculaire, l'ophthalmite réflexe ou sympathique, et les altérations des membranes profondes de l'œil capables de donner lieu aux amblyopies et aux amauroses. Tous ces points sont traités avec grand soin et avec une lucidité d'autant plus méritoire qu'elle s'applique à des questions plus complexes et moins bien exposées jusqu'à ce jour. Ainsi l'on peut dire que rien de complet n'avait été fait encore en ce qui regarde les maladies dites ophthalmoscopiques; le chapitre qui les relate, dans le livre de MM. Warlomont et Testelin, vient, à cet égard, combler une lacune regrettable: aucun fait n'y est omis, le diagnostic y est, pour la première fois, établi et résumé d'une manière précise, et des gravures sur bois, intercalées dans le texte, y viennent incessamment en aide au lecteur. Le résumé qu'ils ont fait des opinions des différents auteurs, la manière dont ils ont su les classer, et, ce qui est plus important, le jugement élevé et toujours marqué au coin de la plus entière impartialité, qu'ils ont porté sur les travaux de leurs contemporains, tout cela donne à leur œuvre une importance d'une valeur qu'on est heureux de pouvoir proclamer sans réserve, et qui y assure un long et légitime succès.

(La suite au prochain numéro.)

Dr Desmarres.

mation intestinale, soit par suite du transport dans cet organe de matières septiques puisées dans l'intestin et charriées par les veines du système porte; les autres, avec M. Dutrouleau, admettent entre les deux maladies une simple relation de concomitance, une sorte de parallélisme résultant de ce qu'elles se développent sous l'influence des mêmes causes endémiques. L'observation que nous venons de rapporter semblerait donner plutôt raison à la première manière de voir ; mais il est permis aussi d'y voir une confirmation de la remarque d'Hamilton Bell que nous avons rappelée au commencement, et elle ne serait plus dès lors incompatible avec l'opinion défendue par M. Dutrouleau. Cette opinion, d'ailleurs, nous paraît la mieux fondée; car outre qu'il est le plus souvent difficile de démontrer la propagation directe de l'inflammation intestinale au foie, on comprendrait peu, s'il existait véritablement un rapport de cause à effet entre la dysentérie et l'hépatite, la rareté de celle-ci dans des climats, comme le nôtre, où la dysentérie ne laisse pas d'être fréquente.

Nous avons noté, dans l'observation, la difficulté que nous avons eue à établir ce diagnostic entre le début de l'hépatite et une pleurésie. Cette difficulté, d'ailleurs signalée par tous les auteurs, a été telle que, sur la marche suivie par la maladie et sur laquelle nous allons revenir, et sans la terminaison par suppuration, nous n'aurions pas osé mettre en tête de cette observation le mot hépatite. Nous ferons remarquer à ce sujet que nous avions affaire ici à une inflammation occupant la face convexe du foie, et l'on sait qu'en pareil cas la douleur et la tranchée respiratoire constituent les symptômes prédominants. L'absence d'ictère est encore une circonstance qui s'ajoute aux phénomènes précédents pour rendre le diagnostic plus difficile.

L'un des côtés les plus intéressants de notre observation est la marche intermittente, irrégulière de la maladie, marche qui a été notée dans l'hépatite chronique, mais qui est très-rare dans l'hépatite aiguë. Dès le début, nous avons pu, pendant quelques jours, espérer la résolution de l'inflammation ; mais la maladie a reçu ensuite comme un coup de fouet qui a activé sa marche ; elle est arrivée promptement à la période de suppuration ; un nouveau temps de rémission a suivi l'ouverture de l'abcès qui s'était formé à l'épigastre ; puis il y a une série d'alternatives, de recrudescences et d'améliorations qui ont contribué évidemment à la formation et à l'ouverture d'abcès successifs. Ces abcès, heureusement pour le malade, se sont ouverts dans la poche des premiers ; il semblerait que l'inflammation suppurative, procédant de la superficie au centre, a gagné successivement plusieurs parties de l'organe. Cette marche serait contraire à celle indiquée par M. Dutrouleau, qui pense que les abcès se forment d'abord dans la profondeur du foie et ne gagnent la surface que par leur amincissement et par la tendance naturelle des organes à se débarasser des produits anormaux qu'ils contiennent.

Nous avons ouvert l'abcès formé à l'épigastre par deux applications successives de caustique de Vienne. Cet abcès paraissait enkysté, et il l'était véritablement, comme nous avons pu le vérifier après deux ouvertures. D'un autre côté, il était assez superficiel pour autoriser à penser qu'il existait déjà des adhérences péritonéales ; avec un peu de patience on aurait donc pu sans grand danger ouvrir directement le kyste avec le bistouri ; le procédé de Bégin trouvait ici son application, de même que la ponction et la sonde laissée à demeure, suivant la pratique de M. Boinet. Par excès de prudence, nous avons préféré le procédé de Récamier, et l'on a vu comment deux applications de caustique nous ont permis d'arriver jusqu'au kyste dès le troisième jour.

Quel pronostic devons-nous porter sur notre malade? Nous laissons ici un grand point d'interrogation. La marche irrégulière donnée jusqu'à présent par la maladie peut faire craindre la formation de nouveaux abcès, et cela d'autant mieux que, d'après M. Dutrouleau, le foie a, dans ces circonstances, une tendance particulière à tomber en suppuration dans toutes ses parties. D'un autre côté, quand même de nouvelles parties de l'organe ne seraient pas atteintes, il peut se faire que la cicatrisation de celles qui suppurent en ce moment se fasse longtemps attendre, et que notre malade, déjà très-affaibli, ne succombe à cette longue suppuration. Enfin la nature même de l'écoulement ne semblerait pas favorable à un bon pronostic. Nous avons dit que cet écoulement consiste en une matière épaisse, couleur lie de vin, et que durant deux jours seulement il a présenté les caractères du pus ordinaire. En général, le pus des abcès hépatiques est phlegmoneux ; il est blanchâtre et bien lié. M. Durouleau l'a observé tel : 50 fois sur 66 cas ; 11 fois seulement il l'a trouvé couleur lie de vin, et cela tient, d'après lui, à l'absence de kyste ; le pus devrait ainsi sa couleur à son mélange avec du sang et avec les détritus de la substance du foie. Il en résulte que, lorsque le pus offre cet aspect, l'inflammation ne serait pas nettement circonscriste et que, pour notre malade en particulier, il devient impossible de prévoir si elle se limitera ou non, et par suite de porter un pronostic quelconque. Nous devons dire cependant que, depuis quelques jours, l'amélioration persistant entraînerait à concevoir l'espérance d'une issue favorable.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES CALCULS SALIVAIRES

Par M. le docteur G. MICHEL

En 1855, M. Thomas de Closmadeuc assignait aux calculs salivaires sublinguaux le canal de Warthon comme lieu d'élection. Il repoussait avec dédain et énergie les idées d'Eller qui, en 1775, émit l'opinion que les glandes sublinguales devaient être regardées comme le siége de ces calculs, soi-disant placés dans le canal de Warthon. Dans le dictionnaire en 60, M. Ribes confirmait l'hypothèse d'Eller en disant qu'il avait trouvé plusieurs fois des granulations pierreuses dans les canaux sublinguaux. Malgré les observations de M. Chassaignac, faites en 1852 à la Société de chirurgie, malgré les affirmations de MM. Denonvilliers, Robert, Follin et le mémoire de M. Forget, M. de Closmadeuc veut que le canal de Wharton soit le siége exclusif des calculs sublinguaux. Les auteurs du Compendium de chirurgie sont plus réservés et expriment quelques doutes. La même affirmation est-elle possible aujourd'hui que M. Tillaux nous a fait connaître l'anatomie des glandes sublinguales, anatomie qui explique les diverses origines de grenouillettes admises par M. Lelièvre. (Thèse de Paris, 1861.)

Déjà, en 1855, dans son intéressant travail sur le traitement de la grenouilette, M. Ad. Richard s'exprimait ainsi : « dans l'immense majorité des cas, la grenouillette est étrangère au canal de Warthon. » En effet, comment expliquer l'absence de tout retentissement inflammatoire dans les ponctions et injections iodées de certaines ranules? Comment se rendre compte, 1° des cas de formations indolores de grenouillettes dont parle M. Forget, et 2° de l'absence de l'hypertrophie de la glande sous-maxillaire ou de la tuméfaction des parties voisines, mentionnées dans toutes les observations authentiques de calculs warthoniens, symptômes sur lesquels a tant insisté M. de Closmadeuc.

Alléguerons-nous avec M. Forget la perméabilité persistante du canal? Il nous semble plus juste, puisque deux sortes de ranules sont généralement admises, de ne pas contester aux calculs deux siéges différents qui suffisent pour expliquer la symptomatologie, le traitement et ses conséquences.

Le 29 avril, je fus appelé chez M. G., cordonnier, avenue de Neuilly, pour examiner une grosseur située à gauche sous la langue du malade, plus rapprochée du sillon sublingual que de l'arcade dentaire. Il y a environ quatre mois, en mangeant du poisson, G. sentit qu'une arête l'avait piqué ; vers le point lésé apparut le lendemain une sorte de petit bouton aphteux, blanchâtre, qui disparut rapidement. Bientôt après, le malade vit se former une grosseur élastique, indolore et seulement gênante. La tumeur, au moment de l'examen, avait à peu près le volume d'une grosse noisette. Son accroissement a été lent, et le malade n'a pas eu conscience du changement de densité. Le 29 avril, l'apparition d'un point blanc au sommet de la grosseur inquiète le malade, qui me fait appeler. Je reconnais facilement la présence d'un calcul volumineux et à découvert dans une minime étendue. En arrière et en dehors du calcul, on sent une saillie moniliforme et tout à fait superficielle faisant supposer l'existence d'autres calculs en voie de formation. Avec des pinces, je cherche à ébranler le calcul déjà un peu découvert, et à le déchausser de façon à en faciliter l'énucléation, prédisant au malade sa future expulsion. Le lendemain, en effet, le calcul était spontanément sorti sans avoir provoqué de douleurs. Sa forme irrégulière et sa consistance sont identiques à celles des calculs de Warthon, sauf l'absence de toute rainure ; d'ailleurs, point de traces de corps étranger dans son intérieur. Il mesure onze millimètres dans son plus grand diamètre, et la partie ayant donné passage au calcul ne présente aujourd'hui ni pertuis ni fistule appréciable à l'œil nu. Les renflements eux-mêmes ont diminué, et la matière qui les constituait semble en partie resorbée.

Le malade n'a jamais eu de douleurs ni de gonflements vers la glande sous-maxillaire ; jamais il n'a remarqué que la mastication fit augmenter le volume de sa tumeur, et sans l'apparition non douloureuse d'un point blanc qui lui fit croire à l'existence d'un abcès, il n'aurait pas eu l'idée de consulter. Pourrions-nous expliquer ces symptômes négatifs si le calcul eût été dans le canal de Warthon? La perméabilité ne peut être invoquée, puisque dans les cas cités par M. de Closmadeuc les calculs, ont offert des rainures permettant un écoulement partiel de salive ; malgré cela, il fallut le plus souvent recourir à l'intervention chirurgicale, et M. Jobert imagina la bahachoscoplastie perfectionnée par M. Forget. Dans le cas présent, on peut se demander à quoi eussent servi une rainure sur le canal et la perméabilité du canal quand dix, quinze, vingt, trente autres canaux sont chargés de suppléer à l'obstruction d'un des leurs.

Dans un cas semblable d'indolence et d'absence de symptômes, que doit-on donc conclure si ce n'est 1° que ce calcul n'avait pas pour siége le canal de Warthon ; 2° qu'il se trouvait être dans un des nombreux canaux de la glande sublinguale ; comme cela s'est vu souvent chez les animaux, et 3° enfin que la guérison peut être avec moins de crainte abandonnée à la nature, qui se charge, sans symptômes inflammatoires, pour ainsi dire, de l'expulsion du corps étranger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 juin. — Présidence de M. HÉRARD.

Le procès-verbal de la séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, **M. BOURDON** fait observer qu'il n'a jamais prétendu que le *delirium tremens*, compliqué de convulsions, fût *nécessairement* mortel. Il ne croit pas non plus que M. Guyot ait formulé une pareille loi.

M. GUYOT. Je n'ai pas formulé de loi générale : j'ai dit que j'avais toujours vu mourir mes malades en pareil cas.

M. MOUTARD-MARTIN. Le mot *nécessairement* ou un équivalent a été prononcé par quelqu'un, par M. Pidoux, à ce qu'il me semble.

M. CHAUFFARD. Si l'on n'a pas prononcé ce mot, on a dit au moins *très-ordinairement.*

M. LE PRESIDENT annonce la mort de M. Trousseau, dans dans les termes suivants :

Messieurs,

Depuis notre dernière réunion la Société médicale a fait une grande, une immense perte, qui, ici comme ailleurs, sera bien vivement sentie.

M. Trousseau a succombé, dimanche 23 juin, à la cruelle affection qui le tenait éloigné de nous, affection dont il a mesuré les progrès avec un calme imperturbable et un courage véritablement antique Votre bureau a accompagné jusqu'à la dernière demeure, le corps de l'illustre défunt, mais, vous le savez, selon une volonté formellement exprimée, aucun discours n'a été prononcé sur la tombe.

La Société médicale tiendra certainement à honneur de payer un peu plus tard un juste tribut d'hommages et de regrets au collègue éminent, au maître aimé de tous, dont le nom restera attaché aux plus glorieuses conquêtes de l'art, et dont le souvenir vivra éternellement dans cette Société qui est fière de le compter au nombre de ses plus illustres fondateurs et présidents.

COMMUNICATION

Trachéotomie heureuse sur un enfant de 16 mois

M. ISAMBERT. Lorsque j'étais interne à l'hôpital des enfants, de 1853 à 1855, il y était de règle de ne pas opérer les enfants atteints de croup au-dessous de l'âge de 2 ans, ou tout au moins de 20 mois. Comme la mortalité était la règle au-dessous de cet âge, on ne voulait pas gâter les statistiques. Cependant Millard, dans sa thèse, rapportait déjà quelques succès obtenus au-dessous de 20 mois, mais ces faits étaient rares. Je crois qu'en tout il n'en existe pas plus de quatre observations dans la science.

C'est pourquoi j'ai cru intéressant d'en rapporter une nouvelle, à joindre aux autres. Voici les faits :

Le 4 avril, je fus appelé pour voir un enfant atteint de croup depuis deux jours.

Cet enfant, âgé de 16 mois, avait été sevré à l'âge de 3 mois, et il était resté faible, peu développé, il n'avait encore que six dents.

Le premier médecin qui fut appelé pour le soigner, le 2 avril, reconnût le croup, et prescrivit une dose considérable d'émétique.

Le lendemain un autre médecin, mieux au courant de nos méthodes, se borna à prescrire l'ipécacuanha et quelques toniques. Voyant, le 4, que les choses restaient dans le même état, et sachant que la trachéotomie est d'autant plus efficace qu'on l'a pratiqué plus tôt, il vint chercher dans la soirée.

Je trouvai l'enfant plus calme ; dans le fond de la gorge on ne voyait pas de fausse membrane, et je remis au lendemain l'opération.

Le lendemain, 5 avril, la suffocation était imminente. L'oppression avait repris vers deux heures du matin, la respiration était abdominale, le sifflement laryngé très-marqué.

A onze heures, avec l'aide du médecin ordinaire et de mon interne, je pratiquai la trachéotomie par le procédé dit de M. Chassaignac. A peine s'écoula-t-il une demi-cuillerée de sang. L'ouverture avait à peu près un centimètre. Le même soir l'enfant était très-agité, sa figure était grimaçante, je trouvai des râles extrêmement fins à la base du poumon droit, et craignant une pneumonie, je prescrivis le musc à la dose de 5 centigrammes dans une potion gommeuse, selon la méthode de mon maître Legroux. Dès lors l'enfant alla très-bien, il s'endormit à la seconde cuillère, les signes stéthoscopiques inquiétants disparurent, et dès le quatrième jour je fis une première tentative pour retirer la canule. Cette fois je dus la remettre ; mais dès le lendemain, 9 avril, l'enfant peut rester sans canule. Le 18 la cicatrisation était complète.

J'ai revu l'enfant il y a quelques jours. Il va très-bien.

Maintenant, je voudrais faire quelques courtes réflexions à propos de ce fait.

1° D'abord sur le procédé de M. Chassaignac. Je regarde ce procédé comme étant surtout avantageux pour les enfants très-jeunes. A cet âge, l'intervalle qui sépare du sternum le cartilage cricoïde est très-court, de 2 à 3 centimètres au plus. Il est donc bon de pouvoir faire l'opération le plus haut possible, ce que permet ce procédé. En outre, les enfants donnent des coups de poitrine qui rendent difficile l'emploi du bistouri ; on a à craindre de descendre trop bas et de blesser soit le tronc brachio-céphalique, comme c'est arrivé une fois, soit les veines thyroidiennes qui viennent se réunir vers la base du cou, soit même les muscles et les tissus, de manière à produire un emphysème ; enfin le procédé Chassaignac donne une plaie nette, à lèvres parallèles, qui guérit bien.

2° Je voudrais aussi répéter la recommandation de ne pas attendre trop pour opérer, de ne pas laisser l'asphyxie gonfler les veines, car ensuite l'hémorrhagie est plus à craindre, et de retirer la canule le plus tôt possible, car son séjour prolongé peut amener des ulcérations ou au moins produire une habitude qui rend ensuite son ablation plus difficile.

3° Enfin, je voudrais insister sur les bons effets que donne le musc, soit contre les phénomènes ataxiques, soit contre la pneumonie elle-même chez les enfants. J'ai vu des enfants de cinq ou six mois, dans un état presque désespéré, être guéris par ce moyen. Comme l'a indiqué M. Legroux, le musc produit un état particulier de la peau ; il la rend douce et comme satinée. Pourquoi n'aurait-il pas aussi une action spéciale sur les muqueuses?

M. ARCHAMBAUD. M. Trousseau a fait, dès 1834, la trachéotomie sur un enfant de 13 ou 14 mois ; M. Barthez, sur quelques-uns qui n'avaient pas encore 20 mois ; moi-même j'ai opéré deux petits enfants, l'un de 13 mois, l'autre de 18. Celui de 13 mois, en avril 1860, a repris le sein aussitôt opéré, et je me demandais si l'allaitement maternel n'était pas une condition de succès.

Dans les hôpitaux, par exemple, je ne crois pas que la trachéotomie ait réussi une seule fois au-dessous de 2 ans.

M. ROGER. Il y a deux ans, dans mon service, un enfant de 19 mois, opéré par l'interne, a parfaitement guéri.

M. ARCHAMBAUD. On avait prétendu aussi que la trachéotomie ne réussissait pas au-dessus de 7 ans ; je connais plusieurs faits qui prouvent le contraire. Déjà M. Millard citait trois faits de ce genre. Moi, j'ai vu guérir un enfant de 11 ans. Par exemple, j'admets parfaitement que chez l'adulte la trachéotomie ne donne jamais de guérison.

M. VIGLA. J'ai vu, cette année, deux adultes guérir à la suite de la trachéotomie ; mais ils n'avaient pas le croup.

M. ARCHAMBAUD. J'ai opéré deux adultes qui avaient le croup ; ils sont morts tous deux.

La broncho-pneumonie est la plus formelle de toutes les contre-indications à la trachéotomie. Jamais je n'ai vu guérir d'enfants qui avaient présenté cette complication le jour ou même le lendemain de l'opération ; mais il n'est pas facile de savoir si un enfant atteint de croup a une broncho-pneumonie. Il n'y a pas de signe physique certain en pareil cas. La matité trompe souvent. Chassaignac a vu la matité disparaître après l'opération, et je l'ai vu aussi deux fois. Les symptômes qui trompent le moins sont la fréquence extrême du pouls et celle de la respiration. Dans le croup non compliqué, la fièvre est modérée, la respiration difficile, mais peu accélérée. Si le pouls monte au-dessus de 120 pulsations à la minute, si les mouvements

respiratoires dépassent 40, l'existence d'une pneumonie est très-probable.

Il paraît cependant que cette année un enfant trachéotomisé aurait guéri malgré une pneumonie, dans le service de M. Labric, à l'hôpital des Enfants.

Le procédé Chassaignac me paraît très-peu convenable pour les très-petits enfants ; les tissus sont peu épais, la trachée peu large, et on produit facilement une perforation de l'œsophage. J'aime mieux le bistouri. D'ailleurs, je ne crains pas beaucoup l'hémorrhagie chez les très-jeunes enfants ; leurs vaisseaux sont peu développés.

En somme, la trachéotomie est une opération très-simple ; il n'y a qu'un temps difficile, l'introduction de la canule.

Je crois qu'on peut attendre pour la faire, plus que M. Isambert ne le pense ; jusqu'à cette seconde période où la dyspnée est grande sans qu'il y ait encore d'asphyxie proprement dite, souvent les enfants guérissent d'eux-mêmes à cette période. En une seule année, M. Barthez en a vu sept guérir ainsi. On a de meilleures statistiques quand on opère tôt, parce que beaucoup d'enfants auraient guéri tout seuls. J'ai fait 65 trachéotomies, dont 54 ou 55 à la période asphyxique, et j'ai obtenu 22 succès. Plusieurs pourtant de ceux qui ont guéri, étaient complétement asphyxiés et insensibles. Le seul accident que j'ai vu survenir, comme suite de cette asphyxie, chez les enfants qui n'en sont pas morts, est une hémiplégie qui a été reconnue après l'opération.

J'évite d'autant plus d'op rer tôt inutilement, que la canule peut contribuer, par sa présence, à faire naître une broncho-pneumonie.

M. VIGLA. J'ai vu aussi un cas de guérison chez un petit garçon de 17 mois, trachéotomisé pendant la période asphyxique. C'était l'année dernière, près de Corbeil ; le médecin du lieu, ancien interne, croyant à la présence de fausses membranes dans les bronches, fut difficilement décidé à l'opération. Je ne croyais pas que les bronches fussent atteintes. L'enfant, une fois opéré, revint à lui, et s'endormit tranquillement après avoir pris un peu de bouillon et d'eau rougie. La canule fut enlevée le cinquième jour, et la plaie se cicatrisa rapidement.

M. POTAIN. J'ai fait plusieurs trachéotomies à l'hôpital Necker, sur des enfants qui n'avaient pas deux ans ; chsz un seul, âgé de 18 mois, j'arrivai à une guérison définitive ; mais pendant trois semaines, je ne pus retirer la canule, sans qne l'enfant fût pris de suffocation aussitôt qu'une cause quelconque accélérait la respiration. Présumant que le larynx se dilatait mal, par suite de quelque paralysie de ses muscles, je le faradisai, et je pus retirer la canule le jour même : Chez un autre enfant de 16 mois, le croup guérit bien, mais il fallut laisser la canule en place et, au bout d'un mois, elle avait amené des ulcérations de la trachée, puis une pneumonie dont l'enfant mourut.

M. ROGER. Ce qu'a dit M. Archambaud est vrai en ce qui touche les adultes ; quand il faut les trachéotomiser pour le croup, malgré la largeur du larynx, ils sont profondément atteints et meurent toujours.

Mais quant aux enfants qui ont dépassé l'âge de sept ans, la statistique prouve, au contraire, que l'âge le plus favorable pour cette opération est de sept à dix ans. Nos statistiques nous ont donné vingt-deux à vingt-cinq succès sur cent opérations, en réunissant tous les âges, trente-deux à trente-trois de sept à dix ans.

La fréquence du pouls en général indique une broncho-pneumonie ; lorsqu'il y a cent-quatre-vingt à deux cents pulsations par minute, la mort est à peu près certaine ; pourtant un enfant a guéri après avoir eu le pouls à cent-dix.

Ce qui est le plus signatif, c'est un état général cachectique, facile à reconnaître, difficile à décrire ; il se présente quand le croup est particulièrement toxique. Quand il y a en même temps des fausses membranes laryngiennes et du coryza, on n'a pas la moindre espérance.

Il est presque impossible de savoir s'il existe ou nom des fausses membranes dans les bronches. L'auscultation n'apprend rien. Un signe qui donne quelque présomption est celui-ci : quand les fausses membrannes sont généralisées, l'asphyxie est moins grande que lorsqu'elles sont limitées au larynx.

Je ne crois pas qu'il faille attendre, comme le voudrait M. Archambaud. D'après les statistiques que j'ai publiées dans les *Archives*, on peut voir qu'en opérant tôt on augmente le nombre des succès d'un quart ou d'un tiers.

J'ai vu excessivement peu de croups guéris tout seuls, une fois arrivés à la période d'asphyxie commençante, et ceux que j'ai vus étaient fort légers.

D'ailleurs, en attendant, on laisse souvent naître des pneumonies sous l'influence de l'asphyxie et des efforts respiratoires.

La limite d'âge n'est donc pas absolue ; elle varie avec toutes les conditions accessoires. La guérison est très-incertaine avant deux ans. Cependant, M. Dechambre, dans la *Gazette hebdomadaire*, a rapporté plusieurs cas de réussite sur des enfants très-jeunes. Un de nos confrères a opéré sa fille à l'âge de six semaines ; mais ne s'agissait-il pas là d'un faux croup?

M. MOUTARD-MARTIN. A l'hôpital Saint-Antoine, j'ai fait la trachéotomie sur plusieurs petits enfants, sept, je crois. Un seul, une petite fille âgée de dix-huit mois, a parfaitement guérie, quoiqu'étant arrivée à la période d'asphyxie.

Il est difficile de savoir s'il existe des grandes membranes dans les bronches. Cependant, il m'a paru que cette présence des fausses membranes dans les tuyaux bronchiques devenait très-probable lorsque l'enfant passait de l'asphyxie bleue à l'asphyxie pâle.

M. ROGER. Cette observation est fort juste, car j'ai déjà dit quelle importance il fallait attacher au teint et à l'aspect cachectique de l'enfant.

La suite de la discussion est remisé à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BÉHIER présente les pièces qu'il a apportées, mardi dernier, à l'Académie de médecine (voir notre numéro du 28).

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le concours pour les chefs de clinique s'est ouvert aujourd'hui, 1er juillet, à 4 heures.

La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 3 juillet, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 20. Voici son ordre du jour : 1° D'une forme de fièvre pernicieuse intermittente dans les phlegmasies, par M. le Dr Benoist de la Grandière ; — 2° De l'hydrothérapie dans le traitement des ophtalmies externes, par M. le Dr Conrsserant ; — 3° Considérations sur l'hygiène de la vieillesse, par M. le Dr Gaye ; — 4° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

Le Directeur, Dr. E Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, Boulevard Montparnasse, 72-80

N° 78. — JEUDI 4 JUILLET 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 4 JUILLET 1867. — N° 78

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 JUILLET 1867.

Sur les séances de l'Académie de Médecine

M. Broca, en réponse à M. Guérin, a fait un discours spirituel, fort applaudi.

Il a relevé des erreurs de fait, réduit à 8, 4, au lieu de 60 ou 50 pour cent, la moyenne des pertes que, sans guerre, l'armée française éprouverait en sept ans ; et incidemment il a montré, par des arguments que nous trouvons très-bons, car ils sont nôtres, que les mariages consanguins n'avaient pas en réalité les résultats funestes dont on les accusait.

Mais il est un point sur lequel nous ne pouvons pas être d'accord avec M. Broca. Nous ne craignons pas de voir le moment où les Français seraient trop nombreux pour trouver place sous le soleil, et nous ne saurions approuver la limitation volontaire du nombre des naissances.

Les Français ne sont pas les seuls que cette question préoccupe. Les avortements proprement dits, ou les pratiques équivalentes, se multiplient en Amérique ; et ce *crime social* est dénoncé par tous les journaux de médecine.

D'après la statistique dressée par le docteur Nathan Allen, de Lowel, il paraîtrait que les doctrines Malthusiennes, peu en faveur auprès des immigrants, seraient, au contraire, adoptées par les Américains de naissance ; et il en résulterait que les immigrants auraient, en moyenne, trois fois plus d'enfants que les véritables Yankees.

« A la première génération, dit le docteur Allen, les familles d'immigrants ont en moyenne chacune de 8 à dix enfants ; aux trois générations suivantes, le nombre d'enfants est de 7 ou 8 pour chaque ménage ; à la cinquième, il est de cinq ; et de trois au plus, à la sixième. »

Ainsi, l'accroissement si rapide de la population des États-Unis se ferait surtout par les étrangers. Les Américains s'en épouvantent.

Mardi dernier, par une erreur typographique, un passage entier de notre premier Paris a été omis.

Le passage ainsi altéré, vers la fin de la troisième colonne, doit être rétabli comme il suit :

« ..... M. Bernutz a présenté un corps fibreux de l'utérus, éliminé par le même mécanisme.

— Nous avons décrit la forme spéciale que peut revêtir la diplopie dans l'ataxie locomotrice encore récente.

Dans une période plus avancée de cette affection générale, la diplopie, quand elle existe, ne présente plus rien de variable ni d'irrégulier. Elle se rattache alors à la paralysie ou la contracture permanente de tel ou tel muscle de l'œil.

Ainsi M. Galezowski vient d'observer une diplopie croisée, due à la paralysie d'un droit interne, chez un malade, ataxique depuis longtemps, couché à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 48, dans le service de M. Féréol.

A propos de la diplopie des ataxiques, nous nous plaisons à dire de nouveau que M. Fournier a fait sur ce sujet une leçon, à laquelle nous n'avons point assisté... »

D'autres fautes se sont glissées dans le même article.

Ainsi, à la première colonne, avant-dernier alinéa, lisez : « les expériences de MM. Grandeau, Bouchardat, Stuart ..... ont démontré que les sels de potassium étaient toxiques. » au lieu de : « ..... étaient toniques. »

A la colonne suivante, vers la même hauteur, au lieu de : « les organes génitaux et du rectum étaient unis. » lisez : « les organes génitaux et le rectum étaient unis. »

A la même colonne, troisième alinéa, au lieu de : « ou une matière, dite *tuberculeuse*, était comme en nappe. » lisez : « ..... était étalée comme en nappe. »

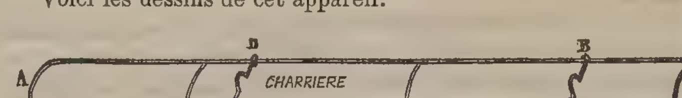
Dr Victor Revillout.

GALIGNANI-HOSPITAL. — M. SHRIMPTON.

Emploi de l'appareil à suspension de Smith dans un cas de fracture comminutive compliquée de la jambe chez un enfant de six ans. — Facilité des mouvements pendant le traitement. — Guérison sans difformité.

L'appareil de M. le professeur Smith consiste surtout dans un tuteur placé *au-dessus* du membre fracturé. Le membre est soutenu par des tours de bandes qui ont leur point d'appui sur ce tuteur suspendu lui-même à l'aide d'une petite corde.

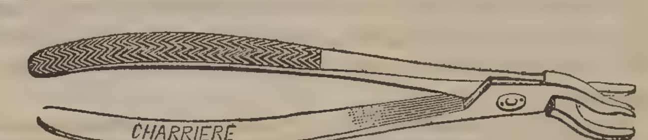
Voici les dessins de cet appareil.



Le tuteur (fig. 1) est un double fil de fer qui doit toujours avoir plus de longueur que la jambe entière sur laquelle on doit l'appliquer, pour que l'on puisse l'adapter aux courbures du membre, au pli de l'aine et le faire remonter sous le bas-ventre. Ces deux fils de fer sont fixés parallèlement, à 6 centimètres d'écartement l'un de l'autre, au moyen de deux branches transversales solidement soudées. Sur ces fils de fer se trouvent deux autres branches coulantes (fig. 1 B B) auxquelles s'agraffent les crochets de la petite corde de suspension (fig. 2 C C).



Le double fil de fer (fig. 1) que nous appelons tuteur est appliqué sur la partie antérieure du membre fracturé et on le ploye facilement sur place à l'aide d'une pince (fig. 3), de manière à lui faire prendre exactement les courbures du membre auquel on donne une flexion convenable. On amène ensuite les branches coulantes (fig. 1 B B) sur le tuteur de façon à prendre exactement les points de suspension qui doivent varier suivant le siége de la fracture. Enfin on fixe le tuteur sur le membre par des tours de bande qui l'enveloppe depuis le pied jusqu'autour du bassin, en laissant toutefois à découvert le talon, les parties à panser, etc.



On opère graduellement l'extension du membre en éloignant plus ou moins de la perpendiculaire la corde de suspension.

En se rendant bien compte de l'appareil Smith, on voit aisément que le tuteur cesse de toucher le membre dès que la suspension est faite et que le malade, loin de souffrir alors aucune gêne, éprouve, au contraire, un grand soulagement à abandonner avec confiance son membre à l'appui qui le soutient ; il peut même, dans la plupart des cas, le bercer à volonté sans le

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies de l'œil, par MACKENZIE. Traduit sur la 4e édition et augmenté de notes par MM. WARLOMONT et TESTELIN. Tome III ou supplément (1) : contenant l'exposé de toutes les découvertes et de tous les faits intéressants relatifs à l'ophthalmologie, qui se sont produits depuis 1857, par MM. *Mackenzie*, *Testelin* et *Warlomont*.

Il nous serait difficile de signaler les différentes parties de l'ouvrage sur lesquelles l'attention doit se porter de préférence, car toutes sont également bien traitées et à l'abri de la critique. Le lecteur nous saura gré cependant de lui indiquer quelques-uns des points les plus intéressants.

Ainsi, dans l'article traitant des paralysies des muscles de l'œil, les auteurs ont parfaitement résumé les caractères différentiels qui les distinguent les unes des autres. Voici, par exemple, le tableau qu'ils ont tracé pour différencier la paralysie du droit externe (6e paire) et celle du droit interne (3e paire) :

Paralysie du droit externe.	Paralysie du droit interne.
MOUVEMENTS CARDINAUX	
L'objet est porté en dehors	L'objet est porté en dedans
Images doubles homonymes.	Images doubles croisées.
Leur distance croît avec le mouvement.	
MOUVEMENTS OBLIQUES	
L'objet porté en haut et en dehors	L'objet est porté en bas et en dedans
Images inclinées divergent en haut	Images inclinées convergent en haut
L'objet est porté en bas et en dehors	L'objet est porté en bas et en dedans
Images inclinées convergent en haut.	Images inclinées convergent en haut.
PRISMES CORRECTEURS	
La base en dehors.	La base en dedans.

(1) — Fin. Voir le numéro précédent.

Pour le traitement des paralysies des muscles de l'œil, MM. Warlomont et Testelin ont signalé la combinaison du traitement général avec l'emploi des prismes. Fidèles à leur programme, ils ont rapporté tout ce qui a été tenté pour la guérison de ces maladies, et nous leur en savons gré, ces verres nous ayant maintes fois été utiles dans ces circonstances au point d'écarter la nécessité de pratiquer la ténotomie. Nous avons vu des malheureux que la diplopie désespérait, renaître, en quelque sorte, sous l'influence des prismes, qu'ils ne quittaient que pour fermer aussitôt un œil afin d'éviter la diplopie et le vertige.

Depuis la découverte de l'ophthalmoscope, l'étude des maladies de la choroïde et de la rétine a fait des progrès considérables, et les cas nombreux d'affaiblissement de la vue, qui ont été pendant longtemps confondus sous la dénomination générale d'« Amaurose, » sont aujourd'hui bien précisés et bien décrits. Il n'est plus possible de confondre une rétinite avec une choroïdite et cette dernière avec une amaurose cérébrale, si l'on suit, dans l'examen, certaines indications et certaines règles que nous enseigne l'expérience. Développer ces règles, indiquer les signes distinctifs de chacune de ces maladies, tel est le but que se sont proposé les auteurs, et la plus grande partie du deuxième fascicule de leur supplément est consacrée à cette étude. Disons d'abord que cette partie de leur travail a dû être la plus difficile à mener à bien.

En effet, rien de complet, aucun travail d'ensemble n'avait encore été fait dans cette direction, bien que les matériaux abondassent, disséminés dans les publications périodiques. Coordonner ces matériaux, en faire un triage judicieux et un résumé intelligent, tel a été le but des auteurs et le succès a couronné leurs efforts : leur œuvre est une œuvre originale, bien agencée, et nous sommes convaincus que tous les praticiens qui voudront se familiariser avec la pathologie interne des yeux, ne pourront recourir à une meilleure source d'instruction.

En abordant les altérations de la choroïde, MM. Warlomont et Testelin proclament, à l'endroit des congestions de cette membrane, l'opinion que voici :

« La congestion choroïdienne se présente fréquemment chez les » personnes sanguines, à la suite de la suppression d'un flux habituel, » ou chez celles qui sont forcées de travailler en face d'un feu ardent, » comme les souffleurs de verre, les cuisiniers, etc. L'examen oph- » thalmoscopique ne sera que d'un faible secours dans le diagnostic » de cet état, à moins que, se produisant sur un seul œil ou sur des » parties circonscrites des deux yeux, il permette à l'observateur » d'établir des comparaisons entre ces parties et celles qui sont de- » meurées saines. » Nous partageons cette opinion ; nous pensons aussi qu'il est difficile d'établir ce diagnostic au moyen de l'ophthalmoscope seul, mais lorsqu'on a l'habitude de voir et de comparer les yeux sains et malades, on arrive à se former une idée de l'état normal de la choroïde qui permet, en s'aidant de quelques signes fonctionnels, de constater avec précision des congestions de la membrane vasculaire, surtout lorsqu'elles ont déjà quelque durée.

L'étude des choroïdites, au point de vue ophthalmoscopique, est très-bien faite ; les altérations que subit la membrane vasculaire, dans les différentes phases de la choroïdite proprement dite, atrophique, disséminée et syphilitique sont exposées avec beaucoup de clarté, et de

moindre inconvénient. On voit aussi que le malade se trouve affranchi de cette pénible contrainte et de cette appréhension continuelle de la douleur, que le moindre ébranlement peut lui occasionner, et qui sont inséparables de l'emploi de tout autre appareil.

Le meilleur traitement que l'on puisse employer pour les fractures des membres est, sans contredit, la position que l'on donne au membre, mais la difficulté est de maintenir le membre dans cette position. Cette difficulté, insurmontable pour les enfants, est parfaitement résolue par l'appareil Smith. C'est ce qui ressortira pleinement, avec ce que nous avons déjà dit et ce que nous avons à dire encore de l'appareil Smith, du cas de fracture que nous avons annoncé et dont nous croyons trouver ici la place. Nous ferons remarquer que M. le docteur Olliffe a soigné conjointement avec nous le malade dont nous allons parler.

C. Q., enfant âgé de six ans, entre à l'hôpital, le 17 avril 1866 avec une fracture comminutive de la jambe droite. L'accident a été causé la veille par une roue de voiture qui a passé lentement sur la jambe et l'a écrasée en y laissant deux larges plaies contuses avec protrusion d'une extrémite de la fracture, à 5 centimètres au-dessous de l'articulation tibio-astragalienne. Déja un confrère lui a donné les premiers soins après l'accident même, et lui a appliqué l'appareil ordinaire : malheureusement, en faisant la réduction de la fracture, il a coupé une petite portion du tibia.

L'enfant commençait déjà à souffrir dans la région de la fracture et au talon quand il est entré à l'hôpital : aussi avons-nous dû enlever immédiatement les bandes déja posées et appliquer l'appareil de M. le professeur Smith, et nous avons établi un système d'irrigation continue d'eau fraîche. Toute douleur cessa immédiatement, et l'enfant put dormir tranquillement. L'irrigation a été supprimée après cinq jours, mais on a continué toujours à panser les plaies avec de la charpie et du linge trempé dans de l'eau fraîche.

La maladie a suivi une marche régulière et favorable ; les escarres profondes formées par les contusions se sont détachées le 8 mai, laissant des bourgeons charnus sains à découvert.

Pendant tout le cours du traitement, le petit malade a pu s'amuser avec des joujoux propres à son âge, et changer de position en se mettant même en travers de son lit, sans aucun danger pour la fracture.

Le 19 mai, les plaies ne se cicatrisaient encore que lentement et laissaient de petites ouvertures fistuleuses qui nous faisaient craindre la nécrose d'une portion assez étendue du tibia.

Le 25, la fracture était consolidée, quoi qu'il restât encore une plaie avec de petites ouvertures fistuleuses. La santé de l'enfant se maintenait toujours bonne. On l'habillait partiellement et on le portait tous les jours dans le jardin, mais on laissait toujours le tuteur sur le membre pour le protéger et empêcher l'enfant de chercher à marcher.

La nature même de la fracture et le temps qu'il fallut pour réparer la perte osseuse occasionnée par l'enlèvement d'une portion du tibia retardèrent la guérison du jeune malade; cependant nous pûmes supprimer le tuteur le 20 juin, et permettre de marcher le 24. Le 27, toutes les plaies s'étaient complétement cicatrisées, et l'enfant s'est trouvé parfaitement guéri, sans difformité ni le moindre raccourcissement du membre, après 70 jours de traitement.

D'après ce qui précède, on peut juger des grands avantages que présente l'appareil Smith dans les cas de fracture de la jambe. 1. Il maintient les extrémités de la fracture parfaitement en rapport, tout en laissant au malade la liberté de se soulever dans son lit.

2. Il met à même d'établir d'une manière continue une puissance graduée d'extension et de contre-extension dans les cas de grands déplacements des extrémités de la fracture, et cela sans exercer ni tiraillements, ni compression sur le membre.

3. Il donne la faculté de laisser une ou plusieurs parties du membre complétement à nu pour faciliter les pansements, les irrigations, etc., sans nuire à la solidité de l'appareil.

4. Il permet de transporter les malades d'un lit à un autre, d'une chambre à une autre, et même de les déplacer à des distances considérables sans occasioner la moindre douleur ni le moindre dérangement de la fracture.

Nous avons déjà publié dans la *Gazette médicale* un cas très-grave de fracture comminutive de la jambe, suivie de gangrène et de nécrose, dans lequel l'ingénieux appareil de M. le professeur Smith nous a permis de transporter la malade à une distance de près de 200 lieues, par le chemin de fer, de la chute du Rhin, en Suisse, à Paris, sans qu'elle se soit trouvée exposée à aucun accident et sans qu'elle ait souffert la moindre douleur. La malade a guéri parfaitement depuis, et elle marche facilement avec un raccourcissement du membre de seulement 55 millimètres.

L'appareil si simple de M. le professeur Smith nous a été apporté des États-Unis d'Amérique par M. le docteur Gantillon, qui l'a présenté à la Société impériale de chirurgie en 1864. — Nous l'avons nous-même montré dans son application à plusieurs de nos plus savants confrères, mais il nous semble qu'ils ont difficilement saisi son importance; cependant nous le croyons destiné à prendre place parmi les plus utiles inventions de notre temps et à faire une révolution complète dans le traitement des fractures des membres inférieurs.

M. le docteur Dolbeau est le premier chirurgien des hôpitaux de Paris qui a compris la valeur de l'appareil Smith et qui a voulu l'employer dans ses salles. Il a dernièrement invité M. le docteur Gantillon à l'appliquer et nous sommes autorisé à dire que M. Dolbeau a été émerveillé des résultats obtenus surtout dans un cas de fracture de la rotule, qui a été réduite, maintenue et guérie avec la plus grande facilité.

HOPITAL DE DELLYS. — M. Dunal

Fractures du pariétal droit.

Hémiplégie. — Trépanation. — Guérison

Le 20 octobre 1862, on apporte à l'hôpital de Dellys, le nommé Mohammed ben G., âgé de 40 ans environ. Il y a quinze jours qu'il a reçu des coups de bâton sur la tête ; c'est tout ce que nous pouvons apprendre comme renseignements sur ce qui s'est passé, depuis le jour de l'accident jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, voici ce que nous constatons à son arrivée : 1° une plaie contuse, horizontale, très-étroite, longue de sept centimètres, située au-dessous de la ligne courbe occipitale supérieure et bornée aux téguments ; 2° une deuxième plaie de même nature, verticale, longue de six centimètres, qui suit une direction parallèle à la suture fronto-pariétale droite, en arrière de laquelle elle est située ; l'os, dénudé dans l'étendue de quatre centimètres, ne présente aucune trace de fracture. Un décollement, rempli de pus de bonne nature, se remarque dans la fosse temporale droite. L'état général est bon, les fonctions s'accomplissent régulièrement, cependant il y a de la somnolence. Incision du décollement. Alimentation légère, médication expectante. Du jour de son entrée dans notre service, jusqu'au 7 novembre, Mohammed est toujours resté dans le même état. La plaie de la région occipitale est à peu près cicatrisée, celle dont le siége est au-dessus de l'oreille droite a bon aspect, mais elle est toujours stationnaire, et l'os qui en constitue le fond a pris une teinte grisâtre très-prononcée.

Le 8 à la visite, nous apprenons que la nuit a été mauvaise et nous trouvons notre blessé frappé d'une hémiplégie du côté gauche. Blépharoptose et contraction pupillaire gauche, commissure labiale tirée à droite, langue déviée à gauche, du côté paralysé. Pouls très-lent. abaissement de température, intelligence paresseuse, somnolence, Bouillon, purgatif salin.

9 novembre. Les symptômes de compression ont considérablement augmenté, incontinence des matières fécales et des urines, odeur de souris ; coma profond, pas de convulsions ; tout fait pronostiquer une fin prochaine. La trépanation nous paraissant la seule ressource, nous appliquons une couronne de trépan sur le centre de la plaie du pariétal. L'émission cruciale a mis à découvert un léger enfoncement d'où partent plusieurs fêlures indiquant une fracture étoilée, très-étendue. A travers la perte de substance faite par le trépan, nous apercevons la dure-mère déchirée, non adhérente ; deux esquilles font saillie dans la cavité crânienne ; au fond, la masse cérébrale apparaît agitée de mouvements rythmiques. A l'aide de l'élévatoire et de pinces à dissection, nous parvenons, sans peine, à extraire toutes les portions d'os qui constituent l'enfoncement et à augmenter, d'une manière sensible, l'ouverture du trépan. Les gros fragments sont encore trop bien fixés pour qu'il soit possible de les extraire ; leur élimination se fera naturellement et petit à petit.

L'opéré n'a manifesté aucune douleur ; une artériole, provenant, sans doute, de la méningée moyenne, a donné pendant l'opération ; cette hémorrhagie sans importance a été aussitôt arrêtée par la compression. Il s'est écoulé environ deux cuillerées à bouche de pus mêlé de liquide encéphalo-rachidien. Pansement simple, fomentations froides.

Le soir, le malade est en proie à une fièvre ardente, pouls d'une fréquence extrême, coma profond.

10. Fièvre moins forte, les yeux de l'opéré répondent à la voix, la sensibilité paraît revenir. Bouillons.

11. Plus d'incontinence des excréments, la fièvre et la somnolence ont disparu. Les yeux et la physionomie reprennent leur expression; la sensibilité est rétablie aux membres gauches.

Il serait inutile de raconter jour par jour le rétablissement de Mohammed ; il nous suffira de dire que sept jours après l'opération notre trépané se promenait dans la salle.

Nous possédons neuf esquilles successivement recueillies pendant un séjour de trois mois à l'hôpital. L'une d'elles a 37 millimètres de long et une autre 40. La brèche osseuse, à un moment donné, mesurait 0,09 de haut en bas et 0,03 transversalement. Nous donnons ces dimensions pour prouver combien a dû être large la communication entre l'air extérieur et l'intérieur de la boîte cérébrale. Cependant la guérison s'est effectuée régulièrement. On vient de nous écrire de Dellys que ben G... se porte parfaitement, mais que l'ouverture du crâne n'est pas refermée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1867. — Présidence de M. Tardieu.

Le procès-verbal de la séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Guérin fait observer, que, dans son précédent discours, il a confondu un chiffre avec un autre. Le déchet de l'armée française, entre les années 1852 et 1859, n'a pas été de 503,028; mais seulement de 436,972 hommes.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Meurthe et du Nord (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Une lettre de M. le docteur Mordret (du Mans) accompagnant l'envoi de deux exemplaires de son rapport sur la médecine cantonale dans le département de la Sarthe, pendant l'année 1866.

2° Un mémoire sur la topographie médicale de l'arrondissement de Dinant (côtes du Nord), par M. le docteur Piedvache.

3° L'état de la mortalité par le choléra dans l'arrondissement de Cherbourg, 1865-1866, par M. le docteur Loisel (commission des épidémies).

M. BÉCLARD offre en hommage, au nom des éditeurs, MM. Masson et Asselin, le second demi-volume du tome VI du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Parmi les principaux articles, M. Béclard signale les suivants : *Assistance*, par M. Brochin, *Astygmatisme*, par M Gavarret.

M. Jules GUÉRIN présente, de la part de M. Cap, un livre intitulé *de la Science et des Savants au treizième siècle*.

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. le docteur Laurent,

précision, et s'il y manque quelque chose, c'est peut-être un peu plus de développement dans le traitement à suivre.

C'est sur les maladies de la rétine et du nerf optique que les auteurs se sont surtout appesantis, et nous pouvons dire avec assurance que, dans cette partie du travail, les auteurs ont surpassé tout ce qui a été écrit en langue française sur le même sujet. Nous n'y trouvons pas de ces détails par trop minutieux et exclusifs qui encombrent d'autres ouvrages du même genre, mais des idées classiques et des observations empruntées à l'occasion, aux auteurs français, anglais ou allemands, sans exclusion et sans préférence, mais toujours avec la plus entière impartialité.

Nous avons lu surtout avec intérêt l'article où il est question de la névro-rétinite et de la névrite optique, affections qui accompagnent si souvent les maladies cérébrales. C'est une partie essentielle de l'ophthalmoscopie et elle est d'autant plus importante qu'elle intéresse au même point les oculistes et les médecins qui s'occupent des maladies du cerveau. L'espace assigné à cette analyse nous interdit les citations, aussi nous bornerons-nous à renvoyer le lecteur à l'ouvrage lui-même (p. 344 et suiv.).

Les nouveaux procédés récemment recommandés pour opérer la cataracte, et une histoire complète du glaucôme, font l'objet de deux des plus intéressants chapitres. Les auteurs y ont parfaitement résumé tout ce qui a été fait, dans ces dernières années, au sujet de l'extraction de la cataracte, par MM. de Graefe, Critchett, Mooren, Bowmann, etc.; et nous n'avons que des félicitations à leur adresser de la manière dont la question a été traitée par eux.

Peut-être cependant y aurait-il quelque chose de plus à dire, au point de vue général, des procédés opératoires dans lesquels l'excision de l'iris est adjointe en principe à l'extraction de la cataracte, procédés dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps et dont nos auteurs ont voulu laissé au temps le soin de fixer la valeur. Nous aurions voulu aborder cette question importante de la chirurgie oculaire, et examiner jusqu'à quel point il est rationnel et convenable d'exciser constamment et à tout prix l'iris dans une extraction de la cataracte, et s'il n'est pas plus juste de ne réserver cette opération combinée qu'à des cas exceptionnels, comme nous le pratiquons du reste depuis de longues années. Mais cette discussion nous entraînerait trop loin.

Dans la description du glaucôme, MM. Warlomont et Testelin ont suivi, à juste titre, les idées émises par MM. de Graefe et Donders, qui ont fait le plus pour la pathogénie et la thérapeutique de cette affection. Ils énumèrent tous les signes qui caractérisent le glaucôme, et expliquent physiologiquement la signification de chacun d'eux, et notamment de la *tension*, de la *pulsation de l'artère centrale de la rétine*, de l'*excavation de la pupille*, de l'*anesthésie de la cornée*, de la *dilatation de la pupille*, de l'*aplatissement* et du *trouble de la chambre antérieure*, de l'*aspect glauque du fond de l'œil*, de l'*injection sous-conjonctivale*, *des douleurs*, etc.

Passant ensuite à la description des différentes formes du glaucôme, ils émettent cette proposition que les affections glaucômateuses peuvent se compliquer de l'inflammation des parties profondes de l'œil ou en être complétement indemnes, au moins en apparence. Cette inflammation, ajoutent-ils, peut être primitive et donner lieu d'emblée au glaucôme dit aigu, ou atteindre un œil déjà en proie aux autres symptômes du glaucôme simple. « De là diverses formes du glaucôme, que les auteurs divisent en : 1° glaucôme non inflammatoire ou *simple*, de M. Donders, que M. de Graefe a décrit d'abord sous le nom d'amaurose avec excavation du nerf optique ; 2° glaucôme *inflammatoire* à forme aiguë ou chronique ; et 3° *glaucôme consécutif*. » Chacune de ces formes est aussi clairement décrite que possible ; l'étiologie, l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement, rien n'est omis dans cette excellente monographie, et les hypothèses sur les causes probables du glaucôme complètent le tableau de cette curieuse maladie.

En résumé, le supplément de Mackenzie, de MM Warlomont et Testelin, est un travail excellent, savant et honnête, que nous ne pouvons trop recommander à ceux de nos confrères que les progrès de l'ophthalmologie peuvent intéresser.

Dr Desmarres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Charité par le Dr Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, etc. 1 fort vol. in-8 de 900 pages, accompagné de 29 figures noires et 11 planches en chromolithographie. Prix, 15 fr.; avec joli cartonnage en toile, 16 fr. — Paris, 1867. Adrien Delahaye.

Notice sur les sources ferrugineuses et l'établissement thermal de Forges-les-Eaux, par le Dr Caulet, médecin-inspecteur des eaux, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Mémoire in-8. Prix, 1 fr. 50 francos. — Paris, 1867. Adrien Delahaye.

Métallothérapie du cuivre contre le choléra au point de vue prophylactique et curatif, par M. le Dr V. Burq. Une br. in-8 de 208 pages. Prix, 3 fr. 50. — Paris, 1867. Germer-Baillière.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie (9e édition). In-18 de 300 pages. Prix, 1 fr. 50. — Paris, 1867. F. Savy.

Aperçu historique sur le service de la vaccine dans le département de la Côte-d'Or, par le docteur J. Crouigneau, directeur de la vaccine pour ce département. In-8 de 150 pag. Prix, 3 francs. Dijon, 1867. Lamache, libraire, place Saint-Etienne.

médecin en chef de l'asile de Fains, une brochure relative au traitement de certaines formes de la folie par les bains sinapisés

COMMUNICATION.

M. BOUDET lit, à l'occasion du procès-verbal, une note sur la composition du lait Liebig.

Le nom de M. Liebig, dit l'honorable académicien, a donné une importance considérable à sa préparation, et vivement provoqué en sa faveur la confiance des mères et des nourrices.

Déjà reproduites par la presse française, les publications du chimiste allemand sur ce sujet vont donner lieu sans doute à des entreprises industrielles, à des prospectus, à des annonces, qui se répandront dans toutes nos communes, et pourront y introduire l'usage de ce lait artificiel, dont M. Depaul a fait connaître les dangereux et funestes effets.

Que d'opérations longues et délicates exige ce lait, que de manipulations et de décoctions réclame-il! Quelles complications dans sa fabrication et tout cela pour obtenir un produit d'une concentration double de celle du lait de femme, et qui est bien loin d'en posséder la saveur, la densité et la composition! Quelle grossière imitation à côté d'un si parfait modèle! Quelle comparaison peut-on établir entre ce produit providentiel et cette composition bizarre qui constitue le lait artificiel?

Quels motifs sérieux de rechercher ou de composer un autre aliment que celui dont la source est plus qu'aucune autre à l'abri de l'altération et de la fraude, qui peut toujours être obtenu frais et inaltéré et qui est en même temps le meilleur et le plus économique des aliments.

Comment pourrait-on donner à plus bas prix que le lait un produit qui a pour base le lait lui-même, et qui est le résultat de manipulations lentes et compliquées.

En résumé, je maintiens qu'à défaut du lait maternel ou du lait d'une bonne nourrice, le seul aliment rationnel ou salubre pour les jeunes enfants, le seul qu'il convienne d'employer dans leur alimentation au biberon, c'est le lait de vache, ou de chèvre, ou d'ânesse, soit pur, soit étendu d'une certaine quantité d'eau sucrée ; et qu'il serait très-imprudent, je pourrais même dire funeste, de substituer à cette nourriture naturelle le lait de M. Liebig.

M. POGGIALE. Il m'est pénible d'avoir à critiquer l'œuvre d'un savant chercheur, aussi remarquable que M. Liebig ; mais le lait artificiel ne me semble pas préparé d'après les données de la science et ne représente pas le lait de la femme.

Le lait de femme contient trois éléments, un élément azoté, la caséine, destiné à la nutrition proprement dite, et deux éléments respiratoires, le beurre et le sucre du lait.

Pour connaître la proportion de chacun de ces éléments, M. Liebig s'en est référé à une ancienne analyse, faite par Haideln, et qui donne les chiffres suivants :

Pour mille parties de lait, 31 de caséine, 31 de matière grasse, 43 de sucre de lait.

Lorsqu'il a cité pour la première fois cette analyse, en 1844, M. Liebig la donnait comme faite sur le *lait d'une femme malade*.

Ainsi elle ne représente pas même le lait d'une femme saine, à l'état normal, et fût-elle moins ancienne, elle ne devrait pas être invoquée.

Mais depuis Haideln, la chimie a fait de grand progrès, le dosage est devenu facile, et M. Payen, analysant à son tour le lait de femme, a trouvé des chiffres très-différents : 78 pour le sucre de lait, 141 pour la somme des trois éléments nutritifs et respiratoires. D'après les analyses de Boussingault et les miennes, le lait de vache contiendrait en moyenne 36 parties de caséine, 40 de matière grasse, et de 50 à 52 pour cent de sucre de lait.

Ainsi dans ce lait, le rapport de la caséine, élément plastique, aux éléments respiratoires : sucre et beurre est de 10 à 22, non de 10 à 30, comme l'a prétendu M. Liebig. Or, dans le lait de femme, d'après l'analyse même de Haideln, le même rapport est de 10 à 24 (non de 10 à 38, comme une erreur typographique, sans doute, le fait dire à M. Liebig).

M. Liebig commence par écrémer le lait de vache, lui faisant perdre ainsi une partie de sa graisse ; puis il remplace cette graisse par de la farine et de l'orge germé, qui ont pour but de produire du sucre. J'ai calculé que 16 parties de farine et 10 parties d'orge germé pouvaient donner 20 parties de glucose.

Mais est-il donc indifférent de donner du sucre au lieu de graisse? La graisse ne produit-elle pas plus de chaleur? ne vient-elle pas garnir les mailles du tissu cellulaire? La tolérance plus ou moins grandes qu'ont pour la graisse, des races situées sous différents climats, montre qu'elle joue un rôle spécial, et ne peut être représentée par le sucre.

Le lait artificiel contient tous les sels du lait de vache employé pour le faire, en outre ceux de la farine, ceux de l'orge germé ; pourquoi donc y ajouter encore d'autres sels et par exemple pourquoi y mettre du carbonate de potasse?

En résumé, le lait Liebig ne rappelle le lait de femme ni par son odeur, ni par sa saveur, ni par sa teinte, ni par sa consistance, ni par sa composition chimique ; il en diffère plus que le lait naturel des animaux.

M. LE PRÉSIDENT annonce que le musée de l'Académie s'est enrichi d'un beau tableau, acheté et offert par M. Ricord.

M. RICORD. M. Richerand était des membres fondateurs de l'Académie. Beaucoup de ses anciens amis, ou de ses anciens élèves, figurent parmi nous. En acceptant son portrait, l'Académie me permet de remplir une dette de reconnaissance. Je n'avais pas été l'élève direct de Richerand, et cependant il me témoigna la plus grande bienveillance comme juge à mon premier concours, où j'avais pour compétiteur notre collègue, M. Velpeau.

M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie une production cornée volumineuse, et rappelant la forme d'une corne de bélier, que M. le docteur Picarda a extirpée de la région occipitale d'une femme dont il envoie la photographie.

Suite de la discussion sur les mouvements de la population de la France.

M. BROCA. Il n'en sera pas de la discussion actuelle comme de beaucoup d'autres, qui ne produisent aucun résultat, parce que les points les plus essentiels restent douteux.

Cette fois, au contraire, les faits les plus saillants ont été admis d'une manière formelle ou au moins implicite par tous les orateurs qui se sont succédé à cette tribune.

On avait prétendu que la population perdait en qualité comme en quantité ; cette opinion a été renversée par les chiffres. En quantité, il y a toujours un progrès notable, une ascension ralentie mais non arrêtée ; la vie moyenne s'est accrue, et continue à s'accroître ; la taille est loin de diminuer, car depuis 1831 le nombre des exemptions pour défaut de taille s'est réduit, progressivement, à presque moitié ; quant aux infirmités, l'amélioration est moins évidente, mais elle est notable.

La décadence de la population française est donc purement imaginaire.

Voilà ce que j'ai voulu prouver, et personne ne m'a contredit.

Seulement on a changé le terrain de la discussion ; on a dit : l'amélioration est incontestable ; mais elle ne nous suffit pas, il faut désirer mieux encore.

M. Bergeron a signalé un grand nombre de détails particuliers, qui sont déplorables : des différences très-marquées entre telle ou telle partie de la France, au point de vue de la virilité, de la taille, etc.

M. Bergeron a demandé qu'une commission permanente, et M. Larrey, peut-être même qu'une section de géographie médicale et de statistique, fût créée au sein de l'Académie. Je m'associe pleinement à ce vœu.

M. Larrey a pris la défense d'une institution que je n'avais nullement attaquée : le bureau de recrutement.

J'avais dit que les statistiques fournies par ce bureau étaient inexactes ; M. Larrey a montré pourquoi ; mais je continue à demander, avec même plus d'insistance, que les documents recueillis par les conseils de révision soient réunis dans un bureau de statistique, qui soit compétent pour les classer et en tirer parti.

Pour rendre plus complets ces documents, M. Larrey demande qu'on examine tous les jeunes gens de la classe : mais il me semble que ce serait porter atteinte à la liberté individuelle, sans avoir l'excuse du but utile qui fait tolérer aujourd'hui cette visite médicale, ces questions indiscrètes, et souvent pénibles à subir !

Odiosa sunt restringenda. N'ayant plus à se rendre compte des motifs d'excuse, on ne devrait plus pénétrer dans les secrets de la santé et de l'organisation individuelles. D'ailleurs, à quoi bon? Du moment où les chiffres sont de 150,000, sans autre choix que le sort du tirage, on les doublerait sans que les résultats des statistiques en fussent changés : ils seraient plus étendus, mais non plus complets ou plus précis.

Il est une chose que désire M. Larrey, et que je demande comme lui. Il faudrait que l'on spécifiât davantage les causes d'exemption, que l'on multipliât les cases dans lesquelles elles seraient rangées, que l'on en révisât enfin la liste, de manière à faire disparaître celles qui ne devraient plus exister.

Par exemple, autrefois le soldat devait faire à pied des marches très-longues, comme de Paris à Moscou ; le pied plat devenait alors un obstacle ; mais maintenant deux ou trois jours de marches forcées sont pour nos armées presque un maximum, et je connais des pieds plats qui marchent sans fatigue pendant bien plus longtemps. Il serait bon de laisser au service les conscrits ainsi confirmés ; déjà on le fait dans la pratique, et les conseils de révision envoyent à l'armée un certain nombre de pieds plats ; mais mieux vaudrait rendre le fait légal, en supprimant cette cause d'excuse pour les cas ordinaires.

Je dirais la même chose des varices ou des varicocèles ; quand ils sont très-développés, ils mettent obstacle à la marche ; autrement, non.

On ne déchire plus la cartouche, et qu'importe qu'on ait une belle denture : encore une autre cause d'excuse à supprimer.

Le bégayement peut empêcher de donner un ordre, ou de faire une proclamation, il ne nuit pas au maniement des armes.

Enfin, il n'est pas nécessaire que le soldat soit beau. Le bec de lièvre, la calvitie, l'alopécie, n'empêchent nullement d'être bon soldat ; être chauves, nous le sommes presque tous !

Les borgnes même ne se battent pas plus mal. Horatius Coclès était borgne, lui qu'une tradition romaine nous représente défendant à lui seul un pont. Pour viser et tirer, il faut fermer un œil ; le borgne a une partie de sa besogne toute faite.

Au point de vue du recrutement, il existe entre les cantons des inégalités choquantes. Dans quelques-uns, toute la population valide est prise, et parfois même elle ne suffit pas pour compléter le nombre. Ces déficits locaux peuvent se traduire par un déficit général de 3,000 hommes, quand les contingents dépassent le chiffre de 100,000. Dans d'autres cantons, au contraire, les hommes valides sont en plus grand nombre, et beaucoup restent aux foyers. Comment remédier à cet état de choses? M. Larrey propose un examen général qui se ferait au commencement de l'année, et qui servirait à répartir le contingent proportionnellement au nombre des sujets valides. Mais ce serait bien compliqué. Le plus simple serait de faire les répartitions d'après les dix précédentes années. Cette moyenne, basée sur les statistiques de dix ans, serait le plus souvent à peu près exacte. Le regrettable M. Boudin avait déjà fait cette proposition.

Je suis en parfaite communion d'idées avec M. Larrey sur l'utilité d'abaisser la taille réglementaire. Au lieu de 1 m. 56, il faudrait fixer un minimum de 1 m. 54, ou, comme le voulait Boudin, ne fixer aucun minimum.

Au point de vue de la taille, les erreurs commises par le compte rendu du recrutement sont considérables. Je me suis assuré que l'erreur sur la moyenne de la taille pouvait s'élever jusqu'à 17 millimètres, et, comme on m'avait accusé d'avoir choisi les années que je citais, j'ai repris le calcul par période quinquennale depuis 1836.

Voici les résultats que ce travail m'a donnés :

De 1836 à 1840,	1 m. 655.
1840 à 1845,	1 m. 654, 69.
1846 à 1850,	1 m. 654, 60.
1851 à 1855,	1 m. 653, 50.
1856 à 1860,	1 m. 653, 35.
1861 à 1864,	1 m. 654, 53.

On voit qu'après avoir baissé, la taille a augmenté de nouveau pendant ces dernières années. On pourrait se demander, avec M. Guérin, si cette diminution de la taille ne correspond pas aux périodes où les contingents, étant augmentés, absorbaient un nombre plus grand d'hommes valides qui se trouvaient ainsi écartés de la production.

Avec M. Boudet, la discussion est entrée dans une nouvelle phase. M. Boudet s'est attaché à faire ressortir combien s'accroissent plus vite que nous les peuples qui nous environnent. Il a montré que la période de doublement, très-longue en France, était très-courte en Angleterre; cette question peut etre examinée à un double point de vue, politique et économique.

Au point de vue politique, on peut regretter de voir nos voisins grandir plus rapidement que nous; bien qu'une population de 40 millions d'âme, qui ne manque pas d'esprit guerrier, et qui, moindre, a su résister aux coalitions les plus formidables, doive peu redouter ses voisins, quel qu'en soit le nombre.

Au point de vue économique, un doublement trop prompt serait plus à craindre qu'à espérer. Quand la population s'accroît, on se serre de plus en plus; pour faire place, on défriche les landes, on dessèche les marais, on coupe les forêts, bien qu'utiles; puis il faut qu'on émigre, et bien que l'émigration soit peu dans les mœurs françaises, il arriverait un moment où il faudrait bien émigrer. Mais l'émigration a une limite; notre planète n'a qu'une surface donnée qu'on ne peut accroître. L'Amérique, l'Australie, quelques îles de l'Océanie une fois peuplées, l'émigration s'arrêtera; alors commencera cette lutte pour l'existence *Struggle for life* qu'a si bien décrite un économiste anglais. La race pourra s'égarer par la ruine du faible et le triomphe du fort, mais ce résultat ne doit pas être désiré de nos jours. Je n'ambitionne pas de voir le moment où il n'y aura plus de place pour les Français ; je me félicite, au contraire, de savoir que je ne serai plus là.

M. Jules Guérin a pris la parole armé de statistiques qu'il s'est fait faire. S'il les eût fait lui-même, il aurait vu leurs inexactitudes. Ainsi il indique 221 ans comme période de doublement, alors qu'il fallait dire 191 ans.

M. Guérin a fait remarquer que l'immigration jouait un certain rôle; et ce n'est pas un mauvais compliment à faire à la France que de dire qu'elle attire les étrangers, parce qu'ils y trouvent la vie douce.

Le fait cité par M. Guérin est donc vrai; mais dans quelles limites? il n'est pas facile de le dire.

M. Guérin a cru pouvoir en juger par les différences entre les chiffres des recensements et les excédants des naissances. Son raisonnement serait juste si tous les documents étaient certains; mais il n'en est rien.

Les recensements sont toujours inexacts ; leurs erreurs ne peuvent aller au delà de certaines oscillations ; mais les causes en sont multiples.

1° Les doubles emplois sont nombreux. Les jeunes gens qui depuis peu ont quitté leur famille sont comptés à la fois dans leur lieu d'origine et dans la ville qu'ils habitent.

Ces doubles emplois sont inévitables.

2° Les omissions sont encore plus nombreuses. En 1855, par exemple, les soldats qui constituaient l'armée de Crimée, n'ont pu être compris, dans le recensement.

3° Le nombre des jeunes enfants est très-souvent dissimulé par les parents. Ainsi, de 1853 à 1860, il manquait 156,000 enfants, comme on a pu s'en assurer en comparant les naissances avec les morts. Maintenant on fait la correction après coup, et on a soin d'ajouter le nombre des enfants omis.

Somme toute, en admettant les 700,000 immigrés que compte M. Guérin, il resterait encore pour la France 9 millions et demi d'accroissement intrinsèque.

Quant à l'élément étranger, en si petit nombre, il disparaîtrait immédiatement, fondu dans la masse, et n'influerait pas sur la race dominante, comme M. Guérin semble le craindre.

On a parlé de décroissance de la population; mais c'est décroissance d'accroissement qu'il faut dire, c'est décroissance de bénéfice, on gagne toujours, seulement on gagne moins; encore les trois derniers recensements sont-ils plus favorables.

J'avais dit que, comme conséquence d'une longévité plus grande, la population s'était accrue plus que n'augmentait la mortalité. M. Guérin m'a objecté que l'on ne naissait pas deux fois, et que le même homme ne comptait jamais que pour un..........

La chose est certaine; mais celui qui figure à plusieurs recensements, apporte chaque fois son unité et figure pour un, tandis qu'il eût été zéro s'il était mort. Or, comme autour de lui d'autres pendant ce temps sont nés que comptent aussi chacun pour un, le nombre s'est accru par le seul fait que, tandis que d'autres naissaient, il n'est pas mort.

Je n'insiste pas, car il me semble qu'il y a eu un malentendu de la part de M. Guérin; il aura surtout songé au rôle qu'il faisait jouer à l'immigration.

J'arrive aux statistiques que M. Guérin, en s'en servant habilement, n'aurait pas du critiquer ainsi.

Pour calculer la vie moyenne, il n'est pas possible d'employer la méthode directe, qui serait certaine. On ne peut prendre le même jour tous ceux qui vivent, noter leur âge, rapprocher les chiffres obtenus, etc, Il faut recourir à des méthodes indirectes, qui sont moins sûres. Avec une population qui resterait presque stationnaire, ces méthodes pourraient amener à des résultats contradictoires.

Mais en France, l'accroissement de la vie moyenne a été si rapide et si continu, que toutes les méthodes s'accordent à le faire connaître. Seulement, tandis qu'il serait de onze ans suivant une d'elles, il n'est plus que de dix ans neuf mois suivant une autre, etc.

Si les sociétés d'assurances ne croyaient trouver dans les statistiques une base solide pour leurs opérations, on ne verrait pas tant d'hommes sages y risquer leur fortune; mais les statistiques bien faites ne sont nullement aléatoires.

M. Guérin a dit que les soldats mouraient vite; je le dis aussi, il meurent trop vite, mais non pas autant que l'indiqueraient les chiffres de M. Guérin.

Il y a là de graves erreurs de calcul, la mortalité des enrolés n'est pas de 60 ni de 50 pour 100. Même durant la période choisie par M. Guérin, de 1852 à 1859, pendant la guerre de Crimée, le déficit n'a pas dépassé 40 pour 100. Et encore faut-il dans ce déficit comprendre, outre les cent mille soldats morts en Crimée, ceux qui

manquait dès le premier jour, n'ont pu être licenciés, par la raison qu'ils n'étaient pas sous les drapeaux; ceux qui ont été promus officiers, et parmi les sous-officiers il y en eut beaucoup dans cette guerre; enfin ceux qui sont passés gendarmes ou qui ont été admis dans des services administratifs.

La mortalité du contingent a été, sur 1000 hommes :

En 1863	de 10
1864	11,31
1865	12,65
1666	10,14

En moyenne, elle ne dépasse pas 12.

Hors de l'armée il est mort par an, en moyenne, 143 jeunes gens sur 10,000, entre l'âge de 20 et 25, de 1850 à 1854, et 185 sur 10,000 de 1855 à 1859.

On voit que le chiffre de la mortalité moyenne est moins considérable dans l'armée ; ce qui tient à ce que l'armée est une population choisie, dont les infirmes sont exclus.

M. Guérin a soulevé une question accessoire que nous ne traiterons pas : celle de la stérilité véritable : cette cause de diminution pour la population française est tout à fait hypothétique. Il a cité les îles de l'Océanie où les femmes sont stériles par suite de mariages consanguins, à ce qu'il prétend. Mais cette supposition est contraire aux faits observés. Les îles de l'Océanie étaient très-peuplées lorsque les Européens les découvrirent, et c'est seulement depuis cette époque où les croisements se firent en grand nombre, que la population en a décru. Par quelles causes? Nous n'avons point à l'examiner.

D'après notre conviction bien intime, la consanguinité pure et simple n'a aucun des inconvénients sgnales; lorsque les conjoints sont atteints des mêmes maladies, elle peut accumuler ces maladies et les aggraver, mais je la préfère au croisement, si la race et saine.

Mes conclusions sont les suivantes :

1. La population française continue toujours à s'accroître, mais son mouvement ascensionnel s'est notablement ralenti depuis trente ans.

2. Le nombre des naissances, quoique s'accroissant toujours d'une manière absolue, a diminué d'une manière relative, eu égard au chiffre croissant de la population.

3. La mortalité a notablement diminué, et la vie moyenne s'est accrue d'une manière continue depuis le commencement de ce siècle ; cette vie moyenne est toujours en voie d'accroissement.

4. Le nombre des exemptions pour défaut de taille et pour infirmités est moindre aujourd'hui qu'il ne l'a jamais été, etc.

5. Le mode actuel de recrutement n'est pas conforme à l'égalité et à la justice. Les contingents doivent être répartis d'après l'aptitude cantonale et non pas exclusivement d'après le nombre de jeunes gens inscrits dans chaque canton.

6. La liste des motifs d'exemption doit être remaniée. La limite de la taille exigible doit être abaissée ou supprimée ; les exemptions accordées pour certaines infirmités, telles que la perte des dents, la perte d'un œil, le pied plat, etc., n'ont aucune raison d'être.

7. Le système du célibat imposé pendant sept années aux militaires est nuisible à la prospérité des populations.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. le Dr Godefroy, chirurgien à l'hospice civil de Versailles, présente à l'Académie un brancard mécanique, destiné à remplacer les lits-mécaniques, à cause de son bas prix.

Cet appareil a déjà figuré dans la *Gazette des Hôpitaux* (13 avril 1867).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Le mercredi, 31 juillet 1867, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3, pour la nomination à une place de Pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les Pharmaciens et Elèves en Pharmacie qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues *de midi à trois heures*, du lundi 1er juillet au samedi 13 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 30 juin ont été promus ou nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade decommandeur : le baron de Liebig ;

Au grade d'officier : MM. Duchartre, professeur à la Faculté des sciences de Paris ; — Koch, professeur de botanique à l'Université de Berlin ;

Au grade de chevalier : MM. Grandeau, docteur ès sciences ; — de Beaufort, inventeur d'appareils mécaniques pour les amputés ; — Linden, directeur du Jardin botanique de Bruxelles ; — Bineau, médecin en chef des hospices de Saumur ; — Adrien Saurel, médecin à Paris ; — Voyet, médecin des hospices de Chartres.

— Par décret en date du 27 juin 1867 ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe, M. Pau St-Martin, médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe, M. Andrieu d'Albas, médecin-major de 1re classe.

— La distribution des récompenses de l'Exposition universelle de 1867 a eu lieu le 1er juillet.

Parmi les lauréats nous relevons :

Grand prix : J.-L. Mathieu (de Paris), instruments de chirurgie ; — Brunetti (de Padoue), préparations anatomiques ; — Triana (de Bogota), collections de plantes médicinales et industrielles ; — Comité génévois, fondateur de l'Œuvre internationale des secours aux blessés militaires ; — Commission sanitaire des États-Unis

— Une place d'interne est vacante à l'asile d'aliénés de Fains (près Bar-le-Duc). Les émoluments sont de 600 fr., outre la nourriture, le chauffage et l'éclairage.

Adresser une demande à M. le Directeur et y joindre : 1º Certificat constatant dix à douze inscriptions de doctorat au moins ; 2º extrait de naissance ; 3º toutes pièces justifiant de services rendus dans les hôpitaux et des succès obtenus dans le cours des études médicales.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 5 juillet, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville. Ordre du jour : 1º Rapport de M. Géry fils sur la candidature de M. Luys ; 2º Discussion sur les fistules urinaires ; 3º Discussion sur l'ovariotomie.

— La société des Casinos et Bains de Villers-sur-Mer demande un médecin.

S'adresser à M. Brécheux, rue de Provence, 3, de 11 à 2 heures.

Le Directeur, Dr. E Le Sourd

Paris — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Inoculabilité de la mélanose, du cancer et du tubercule.

Dans le courant du mois dernier, M. Houel enlevait à un malade une tumeur mélanique assez considérable, située dans l'aisselle. Nous publierons prochainement cette observation dans son entier.

Cette tumeur fut remise à un jeune expérimentateur, M. Goujon, qui en introduisit des parties sous le derme de quelques chiens.

Un de ces animaux mourut par accident le douzième jour, et l'on trouva chez lui d'abord une tumeur mélanique assez grosse sur le point même où l'on avait fait l'inoculation, puis presque tous les ganglions bronchiques augmentés de volume et infiltrés de mélanose. Les autres animaux sont encore en vie. Nous donnerons plus tard le résultat de leur examen.

Ainsi les germes mélaniques, artificiellement introduits dans l'organisme d'un animal, y auraient pris aussitôt racine et s'y seraient multipliés.

Chacun connaît les expériences de Langenbeck, de Lebert et Follin sur le cancer. Du suc cancéreux fut injecté dans les veines d'un chien, et parut avoir déterminé la production de nombreuses tumeurs cancéreuses, soit dans les poumons (Langenbeck), soit dans le cœur et le foie (Lebert et Follin).

Une tumeur du volume du poing, présentant la structure d'un fongus médullaire, se développa en seize jours dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse d'un chien, au lieu même où Weber avait introduit une quantité considérable de suc cancéreux, provenant d'un fongus médullaire du maxillaire supérieur.

Enfin MM. Willemin, Hérard et Cornil, Clark, Simon, etc., ont vu se développer des tubercules sur des lapins inoculés avec des matières tuberculeuses.

Tels sont les principaux résultats, obtenus jusqu'ici par l'inoculation de produits morbides, appartenant à la classe des tumeurs.

Au premier abord, ces résultats semblent tout à fait concluants; mais quand on les examine de plus près, on trouve qu'ils prêtent encore à un certain nombre d'objections.

Ainsi l'injection du cancer, à l'état de suc, ou de fragments de tumeurs, n'a donné aucun résultat entre les mains de Dupuytren, de Valentin, de Vogel, de Virchow, et des médecins anglais qui renouvelèrent ces expériences.

En outre, dans le fait de Langenbeck, les dessins par lesquels il représenta la structure microscopique des noyaux cancéreux observés sur son chien, furent examinés par Virchow; et celui-ci y reconnut, non point les caractères du cancer de l'homme, de la tumeur qui avait servi à l'inoculation; mais bien plutôt ceux du cancer spontané du chien, dont il connaissait les formes spéciales pour les avoir observées déjà.

On voit qu'une double question peut être posée : 1° Était-ce une simple coïncidence, qui faisait rencontrer des tumeurs cancéreuses chez le chien de Langenbeck?

2° En admettant que l'injection du suc cancéreux ait contribué à la formation de ces tumeurs, le produit morbide n'a-t-il pas changé de nature, en changeant de terrain?

S'il est difficile de faire la première de ces objections aux expériences de Weber et de Goujon, lorsqu'une tumeur se produisait sur le point même inoculé, la seconde se présente toujours, car on peut se demander si des tumeurs de même apparence sont de même nature intime.

Par exemple, la mélanose, chez l'homme, rare et le plus souvent maligne, est au contraire chez les animaux, soit à l'état d'infiltration, soit même à l'état de tumeur, extrêmement fréquente et presque toujours sans gravité.

M. le professeur Colin nous faisait remarquer ce fait dans notre récente visite au musée anatomo-pathologique de l'école d'Alfort.

L'événement pourra montrer quelle est la gravité réelle de la mélanose ainsi provoquée; mais alors même qu'elle aurait pour la vie un résultat fatal, on ne devrait pas affirmer, sans examen approfondi, que ses éléments constitutifs et ceux de la tumeur servant à l'injection, de la *tumeur-mère*, pour ainsi dire, fussent identiquement les mêmes.

Cette question s'est dressée en effet à propos de l'inoculation de la tuberculose.

Dans l'école de Virchow, comme nos lecteurs le savent, la tuberculose est regardée comme constituée essentiellement par la granulation grise, demi-transparente. Non pas que cette granulation contienne en elle-même des éléments hétérologues et spécifiques. Il n'existe pas d'éléments morbides qui soient spécifiques par eux-mêmes dans la doctrine de Virchow. Tous ont leurs analogues dans l'organisme sain. Parler de cellule cancéreuse ou tuberculeuse, serait un non-sens. C'est par son siége, par la disposition de ses éléments constitutifs, d'ailleurs homologues, par son évolution, par sa tendance à envahir les tissus voisins ou à mourir sur place, qu'une tumeur morbide, une *néoplasie*, se distingue des tissus sains.

La granulation grise tuberculeuse est constituée par de petits éléments, cellules et noyaux, qui ressemblent beaucoup à ceux que l'on trouve au début de presque toutes les néoplasies.

Les tumeurs cancéreuses, à leur première période, celle que Virchow appelle *stade d'indifférence*, présentent ces mêmes petites cellules et ces mêmes noyaux; mais bientôt elles se distinguent par la présence de gros éléments.

Les tumeurs gommeuses syphilitiques n'ont pas, elles, les gros éléments du cancer. Elles ressemblent donc d'abord beaucoup aux granulations grises; mais, et c'est un caractère différentiel décrit par M. Ranvier, elles en diffèrent en ce que les granulations grises effacent bien plus tôt la lumière des vaisseaux sanguins qui les traversent, et les rendent imperméables.

Ainsi présence de petits éléments, imperméabilité des vaisseaux, ajoutons développement limité, vie courte, tendance à se détruire par mort locale, plutôt qu'à se guérir et être résorbées, tels sont les principaux traits caractéristiques des granulations grises, qui, elles-mêmes, d'après Virchow et son école, caractérisent la tuberculose.

Or, ces caractères, le professeur Clark, en Angleterre, ne les a pas trouvés dans les granulations des lapins auxquels on avait inoculé de la matière tuberculeuse.

Comme nous l'avons déjà dit précédemment, suivant le professeur Clark, la granulation du lapin contiendrait de gros éléments, elle ne rendrait pas les vaisseaux qui la traversent imperméables, elle serait susceptible de disparaître par résorption, comme les tumeurs gommeuses syphilitiques.

Clark ajoute que pour faire naître ces granulations du lapin, il n'est pas nécessaire de lui inoculer de la matière grise demi-transparente. Il a inoculé une fois du pus, une autre fois du suc cancéreux, et ces animaux ont présenté à l'autopsie des granulations tout à fait semblables.

D'ailleurs M. Clark fait remarquer que sur les animaux qu'il a examinés, la présence de granulations grises dans les poumons n'aurait pas provoqué les pneumonies caséeuses secondaires et tous ces accidents dont meurent les phthisiques. Il se refuse donc à y voir la multiplication de granulations grises avec les caractères qu'elles ont chez l'homme.

M. Villemin lui-même admet que la matière grise semi-transparente n'est pas la seule qui, inoculée, transmette la tuberculose : avec des crachats de phthisiques, avec leur salive, avec leur sang, il a obtenu sur ses lapins des résultats positifs.

On voit que la question est complexe.

Elle l'est plus encore depuis les expériences de M. Simon, président de la Société pathologique de Londres.

Ce savant a inoculé des lapins avec du tubercule ramolli, produit de répression, de *mort locale* pour ainsi dire, ou de pneumonie secondaire, d'après l'école de Virchow. Tous les lapins inoculés sont morts ayant les poumons farcis, non point de granulations grises, mais bien de gros tubercules crus, ou ramollis, présentant en un mot l'aspect de ce qu'on nommait autrefois tubercules chez les malades atteints de phthisie. M. Clark a examiné ces lapins de M. Simon, et comme il partage entièrement les doctrines de MM. Virchow, Cornil et Hérard, etc., sur le tubercule, il a déclaré ne pas comprendre les résultats de ces inoculations, et a refusé le nom de tuberculose à l'affection ainsi provoquée.

« Soit, a répondu M. Simon; mais cette affection, quelle qu'elle soit, s'est comportée comme la phthisie humaine, et a été causée par l'inoculation de produits morbides, extraits de la poitrine de phthisiques. »

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. T. GALLARD

Sur le traitement du cancer de l'utérus, et sur l'emploi des caustiques liquides injectés dans l'épaisseur des tumeurs cancéreuses (1).

La question du traitement du cancer, et en particulier du cancer de l'utérus, a toujours eu ce singulier privilége ou de solliciter les esprits chercheurs à de trop ardentes investigations, et de les entraîner à des illusions d'autant plus promptement déçues qu'elles avaient été d'abord plus brillantes, ou de les plonger dans une morne et désespérante inaction propre à tous ceux qui, convaincus de l'inanité et de l'impuissance de leurs efforts, courbent avec résignation la tête devant une invincible et inexorable fatalité.

L'entraînement des uns s'explique par l'étude et l'observation de quelques faits, exceptionnels sans doute, mais cependant possibles, qui, agissant sur des imaginations enthousiastes, sont de nature à les impressionner vivement.

Cet entraînement doit être respecté même dans ses exagérations lorsqu'il est sincère et loyal, car il peut conduire à des découvertes utiles à la science et à l'humanité.

Le découragement des autres est certainement plus réfléchi, car il résulte de l'examen calme et attentif de l'immense majorité des faits, et il s'impose d'une façon tellement invincible qu'il ne tarde pas à atteindre ceux qui, au début de leur carrière, s'étaient montrés les plus enthousiastes et les plus entreprenants.

Les idées qui, suivant les temps et les progrès de la science, ont régné relativement à la nature, au développement et à la marche du cancer, n'ont pas été, comme bien l'on pense, sans exercer une énorme influence sur cette question de pratique. — Et on comprend aisément qu'à l'époque où le cancer était considéré comme une maladie toute locale, comme un exsudat inflammatoire, ou plutôt comme une sorte de parasite implanté sur un de nos organes, on se soit attaché exclusivement à le détruire sur place, avec l'espoir fondé d'empêcher sa repullulation, si l'on parvenait par le fer ou par le feu à atteindre toutes ses racines.

On comprend de même qu'après avoir vu le cancer récidiver presque infailliblement, soit en repullulant sur place, bien que l'ablation se soit étendue fort avant dans les parties saines, soit en se manifestant dans des organes très-éloignés de son siége primitif, nous n'ayons plus la même foi que nos prédécesseurs dans l'efficacité des seuls moyens chirurgicaux et nous devions songer à lui opposer avant tout un traitement général, puisqu'il constitue une maladie essentiellement générale et diathésique.

Malheureusement, toutes les tentatives faites dans cette dernière direction sont restées tellement infructueuses que bien peu osent les recommencer ou en entreprendre de nouvelles. De là est né ce découragement dont je parlais il n'y a qu'un instant, que tout justifie et que cependant je désirerais voir disparaître; car, de ce que nous sommes complétement ignorants au sujet de la curabilité et de la prophylaxie du cancer, il ne s'ensuit pas pour moi que nous devions rester perpétuellement dans cet état d'ignorance, sans faire au moins quelques efforts pour chercher à en sortir.

Cherchons donc, ou si nous sommes trop sceptiques pour chercher nous-mêmes, encourageons ceux qui ont encore la foi et souhaitons qu'ils conservent l'espérance.

En attendant qu'un progrès si désirable soit réalisé, la perplexité du praticien reste grande quand un malade affecté de cancer vient se confier à ses soins. Cependant, si pour les cancers internes son action est presque nulle et se borne à combattre, par les moyens les mieux appropriés, l'émaciation et la douleur, il n'en est plus de même lorsque le cancer siége sur un point quelconque de la surface extérieure du corps. Là, en effet, tout en sachant bien que leur malade restera exposé à toutes les chances d'une récidive le plus souvent inévitable, les chirurgiens n'hésitent pas à enlever le mal toutes les fois que l'opération se peut faire sans entraîner de trop grands désordres.

En agissant ainsi, à côté de quelques cas malheureux où la marche de la maladie vers une terminaison fatale se trouve activée par le fait même de l'opération, ils obtiennent des guérisons qui, sans être toujours durables, délivrent le plus souvent les malades, pour un temps plus ou moins long, et de leur cancer et de toutes ses conséquences pathologiques les plus immédiates.

Cette pratique a été suivie en ce qui concerne le cancer de l'utérus, et je n'ai pas besoin de rappeler ici les amputations du col si souvent pratiquées par Lisfranc, non plus que l'ablation de la totalité de l'organe qui a été osée par Récamier; mais il faut bien reconnaître que nous sommes loin d'imiter de semblables hardiesses. Notre réserve est même tellement exagérée que je me suis demandé souvent si, avec un peu plus d'audace, nous ne pourrions pas nous rendre plus utiles à nos malades que nous ne le sommes par notre excessive timidité. — Sans prétendre, en enlevant un cancer, guérir de la diathèse cancéreuse, on peut cependant, par cette opération, procurer un soulagement notable aux malades en faisant disparaître les

(1) Société de médecine de Paris — Séance du 1er mars 1867.

hémorrhagies et les suintements puriformes qui surviennent par la surface fongueuse ulcérée du cancer, et il y a lieu de penser qu'on prolonge ainsi leur existence en leur procurant, pour quelque temps du moins, un état de santé relativement meilleur. Qui n'a vu de ces améliorations fort sensibles, après l'ablation par le bistouri de fongosités cancéreuses développées sur le col de l'utérus ou après leur destruction par des cautérisations réitérées avec des caustiques très-énergiques et plus particulièrement avec le cautère actuel? Malheureusement la configuration et les rapports de l'utérus ne permettent pas de pouvoir toujours étendre l'action destructive suffisamment loin pour être sûr de la rendre efficace, et, pour peu que le cancer se soit étendu supérieurement au delà des limites de la réflexion du péritoine, toute intervention se trouve arrêtée, sous peine de devenir dangereuse. Ces conditions défavorables se sont présentées bien des fois à moi, mais elles ne m'ont jamais si vivement frappé que dans un cas qui s'est offert à mon observation à la Pitié, pendant le cours de l'année 1865.

Une jeune femme, âgée de moins de 30 ans, m'est adressée par mon excellent ami, M. Siredey; elle est fraîche et bien constituée; son teint respire la santé; elle n'accuse que des douleurs fort légères et se plaint exclusivement de pertes utérines abondantes qui, depuis quelques semaines, la fatiguent et la forcent à venir réclamer nos soins. — Je la touche et je trouve au fond de son vagin la place que devrait occuper le museau de tanche remplie par une énorme végétation fongueuse en forme de chou-fleur, ayant les dimensions d'une petite pomme et ne ressemblant en rien au col utérin qu'il n'est plus possible d'aborder. — C'est à n'en pas douter un cancer qui a détruit tout le col de l'utérus et qui gagne les insertions du vagin. Espérant qu'il n'a pas encore dépassé les limites supérieures du col et qu'il pourra être possible de l'enlever, je prie M. Tarnier, qui connaît la malade et qui s'intéresse aussi vivement à elle, de vouloir bien l'examiner avec moi pour décider si une opération est praticable et la faire immédiatement s'il y a lieu. — Mais nous reconnaissons que les progrès du cancer sont déjà trop avancés et qu'il n'y a pas moyen d'intervenir sans entamer le péritoine et, par conséquent, sans s'exposer à déterminer des accidents formidables. — Je me vis donc, à mon grand regret, forcé de rester inactif, et, après avoir ordonné pendant quelques jours un traitement insignifiant, je dus me résigner à engager notre pauvre malade à quitter l'hôpital en me rejetant sur ce conseil banal d'un séjour à la campagne, conseil qui se donne trop souvent quand on est à bout de ressources, et qu'on se trouve en présence d'un malade dont l'affection est non-seulement incurable, mais encore fatalement et promptement mortelle. — J'étais loin, comme bien on pense, de me trouver satisfait d'une telle solution, d'autant plus que j'ai toujours considéré comme une insigne lâcheté l'abandon d'un malade que l'on sait devoir prochainement succomber. — Il faut, à mon avis, que le médecin accepte jusqu'au bout son rôle d'abnégation et de dévouement, et qu'il s'efforce au moins de consoler quand il ne peut plus ni guérir ni même soulager. — Intimement pénétré de l'importance de ce rôle de consolateur, qui prime trop souvent tous les autres, je me suis demandé bien des fois quelles consolations peut-on offrir à une malheureuse femme qui, jeune encore, fraîche et même belle, présentant tous les attributs extérieurs de la santé, ne peut pas soupçonner qu'elle soit vouée à une mort prochaine et inévitable. — Comment doit-on s'y prendre pour faire accepter la fatalité de cet événement à toute une famille que l'on va plonger dans le plus profond désespoir, et comment peut-on espérer que cette famille puisse considérer cet arrêt froidement prononcé comme tellement inexorable, qu'il ne lui reste plus rien à faire qu'à contempler l'impassible maintien d'un médecin qui, les bras croisés, attend stoïquement que l'heure suprême vienne à sonner pour le malade confié à ses soins. — Non, cela n'est pas dans la nature humaine, et l'on comprend qu'en face de désespoirs aussi violents que ceux qui peuvent naître d'une telle situation, le médecin, s'il a un peu de cœur, en arrive facilement à tenter tout, même l'impossible, et qu'à l'exemple de Récamier, il ne recule pas même devant l'idée d'enlever l'utérus en totalité, dût-il, dans une telle opération, compter les revers par centaines pour un seul succès possible.

Mais, sans recourir à une opération aussi hasardeuse, n'aurait-on rien pu tenter pour la malheureuse femme dont je viens de parler, qui a succombé misérablement peu de mois après avoir quitté mon service et qui bien certainement n'a pas pu ignorer que nous l'abandonnions à son triste sort. Ici, bien évidemment l'amputation du col était impossible, car, même en évidant le col de l'utérus, comme l'avait conseillé Récamier, de façon à atteindre sur la face interne un plan plus élevé que celui sur lequel le bistouri aurait porté vers la face externe, on ne pouvait espérer enlever toutes les parties malades, attendu que le vagin lui-même commençait à être envahi. La cautérisation même avec le fer rouge n'eût pas mieux réussi, car la tumeur cancéreuse était fongueuse, végétante, et il eût fallu de nombreuses applications de l'agent caustique pour la détruire en totalité; et pendant ce temps la marche envahissante du cancer dans les parties supérieures n'aurait pas été entravée, peut-être même eût-elle été activée, comme cela a eu lieu dans plusieurs cas que j'ai eu occasion d'observer. Ce qui eût peut-être mieux valu eût été l'application des flèches caustiques de M. Maisonneuve, qui, insinuées entre les parties malades et les parties saines, sur la limite même qui sépare ces parties, auraient pu permettre à la tumeur cancéreuse de se détacher en totalité et de tomber en quelque sorte sphacélée. — La seule objection qu'on eût pu faire à ce moyen, aurait résulté de la nécessité dans laquelle il mettait de traverser dans un point le péritoine ou d'en approcher de si près qu'il ne paraissait pas possible d'éviter une inflammation de cette séreuse. Mais cette inflammation aurait pu se limiter et j'avoue que c'est un risque que je n'aurais pas hésité à courir, s'il m'eût été proposé.

Je dois dire cependant que je n'y songeai pas alors, préoccupé que j'étais seulement de savoir si le bistouri ou le fer rouge pouvaient être employés. J'eus peut-être tort de ne pas recourir à ces flèches caustiques, qui, je l'ai su depuis, ont été employées en cas pareil par M. Maisonneuve. Mais, au moment où elles me furent signalées, je m'étais déjà mis en mesure de procéder à la destruction des tissus morbides au moyen d'un modificateur liquide injecté dans l'épaisseur même de ces tissus. Ce moyen plus simple, plus commode, et surtout moins dangereux, pouvait être rendu d'un emploi très-facile au moyen de la seringue de Pravaz, modifiée suivant les conditions spéciales auxquelles il s'agissait de pourvoir ; et MM. Robert et Colin se mirent avec une complaisance et une intelligence également traditionnelles dans la maison qu'ils dirigent, à ma disposition, pour adapter les instruments aux diverses indications que je croyais utile de remplir.

J'attendais une nouvelle occasion pour essayer de ce nouveau moyen; elle tarda un peu, mais enfin je la vis arriver au bout d'un an à peine.

Le 9 août 1866, entrait dans mon service de la Pitié, et était couchée au n° 35 de la salle Sainte-Marthe, une femme de 33 ans, exerçant la profession de repasseuse. Il n'y avait pas dans sa famille le moindre antécédent diathésique. Elle avait été réglée à douze ans et demi, bien et très-abondamment dès le début, avec quelques jours d'avance chaque mois et une durée moyenne d'environ huit jours à chaque époque. Elle a eu trois accouchements à terme et une fausse couche qui n'ont amené aucun dérangement appréciable dans sa santé. Elle n'a fait aucune maladie sérieuse, et c'est sans cause connue, que depuis le mois d'avril elle était atteinte de pertes utérines qui la fatiguaient beaucoup, et qui après avoir débuté par un simple prolongement de ses règles, survenues à leur époque habituelle, se prolongèrent ensuite pendant presque tous le mois, sans laisser aucun intervalle de répit. Aussi était-elle pâle, anémique, essoufflée et un peu amaigrie. Mais elle ne présentait en aucune façon la teinte jaune cachectique. Les digestions se faisaient bien, la miction et la défécation étaient faciles quoiqu'il existât quelques douleurs abdominales et lombaires.

Cette femme examinée avec le plus grand soin, nous présenta, au toucher, une tumeur fongeuse, arrondie, du volume d'une noix, saillante entre les lèvres du col, qui semblaient effacées et amincies autour de cette tumeur. Le doigt pénétrait à un centimètre et demi environ dans la cavité du col entre la tumeur fongueuse et la lèvre utérine, et contournait cette tumeur dans les trois quarts environ de son pourtour; mais en avant et à gauche il y avait un point où l'adhérence était tellement intime que le doigt ne pouvait isoler en ce point la tumeur du tissu utérin.

Cette exploration répétée le lendemain par M. Richet, le porte à conclure que dans ce point la production morbide (dont la nature cancéreuse n'était douteuse ni pour lui ni pour moi) avait envahi non-seulement le col de l'utérus, mais peut-être aussi la partie supérieure du vagin, et qu'en tout cas il n'y avait pas lieu à songer à l'extraire par le bistouri, ni même à la détruire par les applications caustiques.

La malade était venue à l'hôpital surtout pour ses métrorrhagies. nos explorations avaient provoqué une nouvelle exhalation sanguine. je prescrivis des injections avec un gramme de solution de perchlorure de fer à 30°, le repos, un régime tonique et quelques lavements laxatifs.

Mais en même temps je songeai à attaquer directement la tumeur cancéreuse, en injectant un caustique, et plus particulièrement le perchlorure de fer, non pas seulement dans le tissu morbide lui-même, mais sur les limites qui séparaient ce produit pathologique du tissu sain de l'utérus. Dans le cas actuel cela m'était d'autant plus facile que le cancer se présentait, en quelque sorte, sous la forme d'un polype, sortant à l'orifice du col et entouré par les lèvres de l'organe restées en partie serrées, je pouvais glisser dans la rainure qui les séparait l'extrémité de l'instrument qui devait me servir à porter dans ces parties le caustique liquide.

Cet instrument n'est autre chose qu'une seringue Pravaz, d'une capacité environ quadruple des seringues ordinaires qui servent pour les injections hypodermiques, mais cette capacité peut être aisément réduite de moitié. Des divisions marquées sur la tige du piston indiquent la quantité du liquide injecté, et un curseur monté à vis sur cette tige permet de déterminer à l'avance la quantité de liquide que l'on injectera. Une canule à dard, montée sur un manche, sert à faire la ponction, et la seringue se visse ensuite sur cette canule pour pratiquer l'injection. J'avais songé d'abord à diriger la canule qui doit faire la ponction, exclusivement avec le doigt; mais, dans la pratique j'ai pu rendre cette manœuvre beaucoup plus facile en me servant du spéculum de M. Marion Sims, qui permet de recourir en même temps au toucher et à la vue.

Pendant que je faisais préparer ces instruments, la malade perdit patience, les injections de perchlorure de fer et le repos avaient amené un certain amendement dans son état et elle demanda à quitter l'hôpital le 28 août.

Mais le jour même de sa sortie elle se fatigua un peu à marcher et dès la nuit suivante elle fut reprise d'une perte abondante avec expulsion de caillots et douleurs abdominales intenses. Cette perte dura huit jours, après lesquels elle fut remplacée par un écoulement abondant d'un liquide roussâtre ayant une odeur fétide. Les douleurs abdominales persistèrent, irradiant dans les lombes et jusqu'à l'épigastre; la malade s'affaiblit, son appétit diminua; ses fonctions digestives s'altérèrent; il y eut de l'insomnie.

Enfin le 11 octobre, la malade se décida de nouveau à rentrer à l'hôpital, plus pâle, plus amaigrie, plus anémiée que la première fois. Elle fut couchée au n° 3 de la salle Sainte-Marthe (à la Pitié).

Il y avait, de plus que lors de son premier séjour, une gêne douloureuse dans l'émission des urines et des matières fécales.

La tumeur cancéreuse était un peu plus volumineuse qu'au mois d'août précédent. La ligne de séparation entre cette tumeur et les lèvres du col étaient beaucoup moins marquée, et il y avait surtout des adhérences plus intimes au côté gauche qui ne permettaient plus de douter que le vagin ne fût lui-même affecté dans ce point.

Le 12. Je fais une ponction dans la partie où la tumeur cancéreuse adhère le plus intimement avec le col de l'utérus, sur le côté gauche, et j'y injecte cinq gouttes de solution de perchlorure de fer à 30°. La malade accuse une assez vive douleur.

Elle est reportée dans son lit. Dans la journée elle perd un peu d'eaux roussâtres.

Le 13. Elle a bien passé la nuit, sans agitation, sans fièvre ; elle n'accuse aucune douleur nouvelle. Son écoulement est le même que les jours précédents.

Le 16 octobre. Une nouvelle injection de perchlorure est pratiquée et cette fois avec plus de hardiesse. J'injecte 75 centigrammes de perchlorure de fer, en deux points différents; moitié sur la partie antérieure, moitié sur la partie latérale droite de la tumeur. Il en résulte un peu de douleur, qui disparait en quelques heures et ne nécessite d'autres précautions que l'application d'un cataplasme laudanisé.

Le lendemain la malade est sans fièvre ; son ventre est souple, indolent.

Ces injections de perchlorure de fer sont renouvelées le 20 et le 23 avec le même résultat, et nous constatons que les hémorrhagies sont arrêtées, que l'écoulement est moins abondant et moins fétide ; enfin que la tumeur cancéreuse, en quelque sorte flétrie, est moins volumineuse, moins proéminente entre les lèvres du col ; qu'elle ne saigne plus aux attouchements nécessités par son exploration.

Sous l'influence de cette amélioration très-sensible, la malade quitte encore une fois mon service le 2 décembre en me promettant de revenir me voir si elle va plus mal. Mais les circonstances indépendantes de ma volonté qui peu de temps après m'ont éloigné de l'hôpital de la Pitié, au voisinage duquel elle habitait, ne m'ont pas permis d'avoir la suite de cette très-intéressante observation.

Quoiqu'il en soit, il est demeuré certain pour moi que les injections de perchlorure de fer, ainsi faites sur le col de l'utérus, aux limites qui séparaient le tissu cancéreux du tissu sain, non-seulement n'avaient pas été nuisibles à la malade, mais bien au contraire avaient eu un effet utile en diminuant les hémorrhagies. C'est un résultat bien minime, dira-t-on; mais, si insignifiant qu'il paraisse, il a pour moi cet avantage précieux de m'encourager à persister dans les expérimentations que j'ai entreprises.

Au moment même où je commençais ces expériences, on parlait beaucoup de l'action spéciale, et peut-être spécifique, que l'acide acétique exercerait sur le cancer, et j'ai naturellement été conduit à essayer ce médicament dans des circonstances analogues à celles où j'avais employé le perchlorure de fer. — Une femme que je traite actuellement à l'hôpital Lariboisière a été soumise par moi aux injections d'acide acétique. Deux injections seulement lui ont été faites, la première de 10 centigrammes, la deuxième de 40 centigrammes d'acide acétique cristallisable. Quelque temps après cette deuxième injection, il est survenu une hémorrhagie assez abondante qui s'est terminée spontanément, et hier j'ai tenté une troisième injection qui n'a pas réussi, par suite d'un dérangement survenu dans le jeu de mon instrument.

Ce fait est loin d'être suffisant pour motiver une appréciation scientifique; mais je dois dire qu'en le comparant au précédent, je me sens disposé à recourir plus volontiers au perchlorure de fer qu'à l'acide acétique dans les cas de ce genre qui se présenteront désormais à mon observation.

Le perchlorure de fer n'est du reste pas le seul caustique que l'on puisse utilement employer en semblable occurrence. Moins énergique que bien d'autres, il devait être préféré pour les premiers essais, pour lesquels son action coagulante le désignait d'une façon toute spéciale.

Plus tard, lorsque surtout je serai plus familiarisé sur l'action que ces caustiques exercent au sein des tissus au milieu desquels ils sont injectés, je ne manquerai certainement pas d'en employer de plus énergiques, et je me propose, en particulier, d'expérimenter l'acide chromique.

Peut-être ne sortira-t-il rien de ces essais. Cela est très-possible. Mais en les tentant j'aurai du moins la satisfaction d'apporter quelque adoucissement aux souffrances morales des malheureuses femmes auxquelles il me semblerait trop cruel de laisser voir qu'elles sont atteintes d'un mal fatalement incurable. Et quand bien même je ne réussirais qu'à les consoler, je croirais encore remplir dignement vis-à-vis d'elle, et dans ce qu'elle a de plus délicat, la mission du médecin. Mais on m'ôtera difficilement de la pensée que les recherches entreprises dans le but de guérir quelques-unes des maladies réputées incurables ne doivent pas être et rester toujours fatalement vaines. Il me semble que le progrès est encore possible dans cette direction, et je suis certain que ce progrès ne se réalisera qu'à la condition de chercher longtemps, de chercher encore, quelque nombreuses que puissent être les déceptions. C'est pourquoi j'ai cru devoir exposer aujourd'hui les idées qui me sont venues et les tentatives que j'ai entreprises, non pour les faire juger — les faits ne sont encore ni assez nombreux ni assez probants pour cela — mais avec l'espoir de solliciter des expérimentations que chacun de nous serait si heureux de voir réussir.

EXTIRPATION D'UN FIBROME DU LARYNX

Par le Dr Edouard FOURNIÉ.

« M. X... est âgé de soixante-deux ans. Depuis environ cinq ans, ce malade éprouvait des troubles vocaux et respiratoires qui allaient toujours croissant, malgré les traitements employés. Depuis deux ans, la voix était complétement abolie, et, dans ces derniers temps, les difficultés de la respiration étaient telles que le malade se décida à venir à Paris pour consulter M. Mounié, médecin en chef du Val-de-Grâce. Obligé de partir pour le camp de Châlons, où l'appelaient ses fonctions de médecin en chef, notre éminent confrère me confia son malade que j'examinai au laryngoscope. Je constatai la présence d'une tumeur volumineuse et faisant littéralement bouchon dans la cavité laryngienne ; à peine distinguait-on, vers le centre de la tumeur, un pertuis linéaire long de huit à dix millimètres, à travers lequel l'air rentrait et sortait avec la plus grande difficulté. Pour mieux apprécier quelle pouvait être la nature de cette tumeur dont la surface était inégale, bosselée, j'introduisis, pour la toucher, un stylet courbe ; mais le plus léger contact détermina un violent accès de toux et une petite hémorrhagie.

Je préférai suspendre mon jugement et attendre les circonstances plus favorables d'un second examen.

Le lendemain, je revis le malade; mais il présentait des signes de suffocation si sérieux que la trachéotomie fut jugée indispensable et pratiquée quelques instants après par M. Maisonneuve (1).

Quatre jours après la trachéotomie, je pus renouveler mes explorations laryngoscopiques, et je songeai dès lors à extirper la tumeur.

Depuis les travaux d'Erhman, de Strasbourg, les chirurgiens préconisaient, en pareil cas, l'ablation de la tumeur par une voie artificielle, par la laryngotomie ou par toute autre ouverture des voies aériennes. Ce n'est qu'à partir de l'introduction du laryngoscope dans la pratique médicale qu'on a essayé de faire ce genre d'opération par les voies naturelles, c'est-à-dire par la bouche. Jusqu'ici le succès n'avait pas couronné ces tentatives. Secondé par des circonstances peut-être plus favorables, j'ai été plus heureux que mes devanciers, et je vais dire en quelques mots les motifs qui m'ont déterminé à choisir le procédé opératoire que j'ai employé.

Un premier procédé, séduisant par sa simplicité, consistait à prolonger en haut l'ouverture trachéale et à diviser le thyroïde; mais, sur un sujet de 62 ans dont les cartilages sont déjà ossifiés, l'écartement des lames du thyroïde ne se fait pas sans de grandes difficultés, surtout lorqu'une tumeur est implantée, comme c'était ici le cas, sur sa face postérieure.

D'ailleurs, dans cette opération, on intéresse toujours plus ou moins les rubans vocaux et la voix reste définitivement compromise. Des motifs non moins sérieux me firent rejeter la laryngotomie thyro-hyoïdienne.

Bref, mes préférences s'adressèrent au procédé le plus simple, le plus naturel, le moins compromettant pour le malade : à l'extirpation de la tumeur par la bouche.

Aidé du laryngoscope, la difficulté ne consistait pas précisément à saisir la tumeur avec des pinces courbes et à l'arracher; mais il y avait à craindre en agissant ainsi une hémorrhagie abondante, car la tumeur saignait au moindre contact. Cette considération me conduisit à l'idée de saisir la tumeur dans l'anse métallique d'un serre-nœud à tige recourbée. Cet instrument, construit sur mes indications par MM. Robert et Colin, fut essayé mais rejeté aussitôt, à cause de la difficulté insurmontable que j'éprouvai à placer l'anse tout autour de la tumeur.

Il fallait absolument avoir recours à l'arrachement avec des pinces courbes. Toujours préoccupé (mais à tort, comme on le sait) de l'éventualité possible d'une hémorrhagie, je fis construire par MM. Robert et Colin une canule trachéale dont l'enveloppe extérieure présentait un grand orifice en regard de la cavité laryngienne, tandis que la canule intérieure ne présentait aucune solution de continuité. Mon intention était de tamponner la partie inférieure du larynx, en introduisant un morceau d'éponge préparée à travers l'orifice de la canule extérieure, et de maintenir ce tamponnement par le seul fait de la mise en place de la canule intérieure. Les choses étant ainsi préparées, j'introduisis les pinces courbes dont je me sers habituellement; la tumeur fut saisie; mais elle était si dure que les mors de la pince glissèrent sur elle, et je ne retirai que quelques lambeaux ramollis de la périphérie.

MM. Robert et Colin fabriquèrent pour la circonstance un nouveau système de pinces; et, cette fois, à peu près sûr du succès, je pris rendez-vous avec M. Mounié pour faire l'opération. C'était le 28 mai. Familiarisé par les tentatives antérieures et rassuré sur le compte de l'hémorrhagie, je négligeai de faire le tamponnement projeté. Un aide tenait, avec ses deux mains, la tête du malade; ce dernier maintenait avec ses doigts la langue au-dehors de la bouche. Quant à moi, le miroir réflecteur sur le front, (seul éclairage possible quand on veut opérer facilement dans le larynx), j'appliquai avec la main gauche le petit miroir pharyngien au fond de la gorge, et, avec la main droite, j'introduisis les pinces courbes dans le larynx. Par deux fois la tumeur fut saisie, mais elle échappa aux étreintes de la pince; la troisième fois enfin elle fut enlevée. La forme de ce produit était en ce moment ovoïde; son grand diamètre mesurait deux centimètres et demi, et la surface d'arrachement présentait un centimètre de large sur deux centimètres de long; sa consistance était très-ferme, presque cartilagineuse. Le malade n'avait pas souffert du fait même de l'extirpation, et la quantité de sang qui s'était écoulée dans la trachée, le long des parois de la canule, était tout à fait insignifiante.

La cavité laryngienne étant remplie de caillots de sang, il nous fut impossible de continuer pour le moment nos investigations.

Le lendemain nous constatâmes, avec le laryngoscope, que la tumeur était implantée sur toute la longueur de l'angle thyroïdien et sur une partie de sa lame latérale gauche, depuis l'insertion des rubans vocaux jusqu'aux ligaments aryténo-épiglottiques.

Je constatai également la présence d'une tumeur, grosse comme une petite noisette, sur la face antérieure du cartilage aryténoïde droit et un morceau de pédicule, gros comme un pois volumineux, à la base de l'épiglotte. Séance tenante, la petite tumeur fut enlevée, et deux jours après il en fut de même pour le pédicule.

Dès le lendemain de l'opération le malade pouvait facilement respirer, malgré l'occlusion volontaire de la canule, et trois jours après il avait recouvré une partie de la voix qu'il avait perdue depuis deux ans

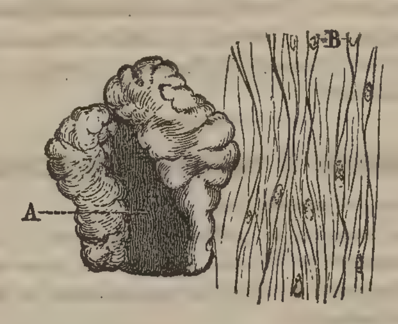
Cependant tout n'était pas fini. La cavité laryngienne présentait des plaies suppurantes, et sa surface était encore en quelques points très-tuméfiée.

Des cautérisations journalières avec une solution concentrée de nitrate d'argent, portée dans le larynx au moyen d'un peu de coton fixé à l'extrémité recourbé d'un stylet en argent, rétablirent les parties dans leur état normal.

Pour pratiquer plus facilement ces petites opérations, la canule trachéale a été conservée; mais aujourd'hui, la respiration est tout à fait libre; la voix est complétement revenue, le malade pourra définitivement la retirer.

Telle est l'opération, tels en sont les résultats.

Mais l'avenir, que nous réserve-t-il? Quelques jours après l'opération, je montrais le malade à des maîtres autorisés, membres de l'Académie, MM. Vigla et Richet. A la simple inspection de la tumeur, M. Richet diagnostiqua un fibrome. Le jour même, M. Paulet, professeur d'anatomie au Val-de-Grâce, examinait ce produit au microscope et y trouvait en effet tous les caractères des tumeurs fibro-plastiques. Nous donnons ici le dessin de cette tumeur (dimensions naturelles) et la représentation des éléments histologiques à un grossissement de 300 diamètres.



A représente la surface d'arrachement, et B les corpuscules fibro-plastiques (cellules plasmatiques), en très-grand nombre, et présentant, à très-peu de chose près, l'aspect des cellules plasmatiques normales.

Tout le monde sait que ces corpuscules ne présentent qu'un noyau, et non des noyaux multiples, comme on nous le fait dire dans la note qui a déjà été publiée dans le compte rendu de l'Académie.

Le coup d'œil du maître d'un côté; l'analyse microscopique de l'autre; et enfin la guérison rapide des surfaces suppurantes sont autant de garanties en faveur de l'exactitude du diagnostic porté. Nous pouvons donc affirmer que le mal est actuellement guéri, et que si, par hasard, il vient à se reproduire, il ne sera pas encore au-dessus des ressources de l'art.

(1) L'éminent chirurgien s'est servi du trachéotome de son invention, admirable instrument par la rapidité et la sûreté de la manœuvre. C'est nous qui l'avons appliqué pour la première fois sur le vivant. — Voir les numéros du mois de janvier 1865.

Contusion à la région sus-orbitaire droite. Fêlure du frontal. — Hémiplégie. — Convulsions. — Mort

Par M. le Dr Dunal

Le jeune P..., âgé de quinze ans, s'est heurté contre un mur en courant; le coup a porté sur l'extrémité externe du sourcil droit; il en est résulté un étourdissement passager auquel succède une violente céphalalgie, qui force le malade à garder la chambre. Le point contus a été le siége d'un abcès qui ne tarde pas à se fermer; le blessé ne se rétablissant pas, on l'envoie à Coléah, trois semaines après l'accident, pour changer d'air.

Le lendemain de son arrivée (18 novembre), surviennent des convulsions inquiétantes, et la famille nous fait appeler pour la première fois. Voici ce que nous constatons : bouche tirée à droite langue déviée à gauche, paralysie incomplète du bras et de la jambe gauches. Intelligence intacte, fièvre légère, conservation de l'appétit, un peu de paresse intestinale; le malade plaisante sur l'irrégularité de ses traits. Alimentation légère, purgatif salin. 19 novembre, les convulsions se reproduisent cinq fois dans la journée. Six sangsues aux mastoïdes.

20, une seule convulsion, même état. Un grand bain, fomentations froides.

21 et 22, les convulsions ne se sont pas reproduites, mais rien n'est changé dans l'état du malade. La famille, déjà prévenue de notre inquiétude, appelle en consultation, sur notre demande, notre camarade et ami le Dr Vincent, dont nous apprécions beaucoup la conduite prudente et éclairée. Notre avis commun est qu'il doit exister une encéphalite traumatique, avec un épanchement à droite, et que l'emploi des dérivatifs sur le tube intestinal doit être continué. Néanmoins, la position ne nous paraît pas assez grave pour que la question du trépan doive être soulevée.

Le 23 novembre, une seule convulsion. Sinapismes.

Le 24, à 3 heures du matin, convulsions assez fortes; l'avant-bras et les jambes sont contracturés par moment. Fièvre ardente, pouls à 74; facies rouge et animé, surtout à droite, au point de nous faire craindre un érysipèle; au lever du jour, cet état fébrile disparaît mais la paralysie a augmenté. Etat demi-comateux; calomel, sinapismes, fomentations froides.

Le 25, même état, le calomel a produit peu d'effets. Le soir, il se manifeste un peu de mieux, le coma disparaît en partie, le malade demande des aliments; cette amélioration se maintient les 26, 27 et 28 novembre. Après une bonne nuit, le 29 au matin, les symptômes déjà énumérés s'exaspèrent tout à coup, l'hémiplégie devient plus marquée, le malade retombe dans le coma.

La paupière supérieure droite est gonflée, rouge; elle indique un travail pathologique dont la partie supérieure de l'orbite est le théâtre. Nous pratiquons une incision à côté de la cicatrice primitive: nous n'obtenons que quelques gouttes de sang et point de pus.

Il est facile de sentir avec un stylet l'os frontal dénudé: il est fendu dans la région sus-orbitaire. La trépanation nous paraît indiquée, encore présente-t-elle peu de chance de succès. La question est discutée avec nos confrères de la localité. Nous concluons au rejet de l'opération, à cause de la marche des symptômes qui s'aggravent avec rapidité, et de la faiblesse extrême du malade.

En effet, dans les journées du 30 et du 1er décembre, le malade tombe dans le carus, les voies aériennes s'engagent petit à petit, et la mort arrive dans la matinée du 2, au matin.

Il ne nous a pas été permis de pratiquer l'autopsie.

DE L'ACTION DU BROME ET DES BROMURES

PAR MM. EULENBURG ET GUTTMANN

Le brome pur, injecté par des quantités beaucoup plus grandes qu'elles ne sont contenues dans les doses signalées de bromure de potassium, n'a pas d'influence notable sur le cœur ni sur le système nerveux, et ne tue pas les animaux empoisonnés. Des grenouilles résistent aussi aux inhalations longtemps continuées de vapeurs bromiques. Le bromure de sodium n'a pas non plus les effets principaux du bromure de potassium; c'est un poison très-faible, dont les lapins et les grenouilles supportent des doses vraiment énormes, et qui ne tue les animaux que très-lentement, sous les signes d'un marasme général et d'une grande faiblesse musculaire; il répond, lui aussi, aux autres sels de sodium. Il en est de même avec le bromure d'ammonium; celui-ci donne occasion à de vifs excès d'action réflexe, à des convulsions violentes tétaniformes, semblables au tétanos strychnique, sans troubler considérablement l'action du cœur; il diffère donc beaucoup du bromure de potassium, tout en ressemblant aux autres sels d'ammonium. On ne peut donc pas employer, en thérapeutique, ces substances comme agissant d'une manière conforme au bromure de potassium. »

DES AFFECTIONS SECONDAIRES DU CHOLÉRA (1),

Par le Dr A. Mouchet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le choléra épidémique, comme les fièvres graves, peut se compliquer d'accidents divers, qui souvent suspendent la marche de la maladie et presque toujours en aggravent le pronostic.

Nous aurions voulu passer en revue tous les accidents secondaires du choléra que nous avons observés dans la dernière épidémie et les comparer à ceux qui ont été observés dans les épidémies précédentes, afin de mieux faire ressortir la bénignité des uns et l'extrême gravité des autres; mais cette étude nous eût entraîné au-delà des limites que nous nous sommes fixées. Nous avons donc choisi parmi les accidents secondaires, ceux qui nous ont paru les plus dignes d'intérêt, tant à cause de leur rareté ou de leur très-grande fréquence, qu'à cause des lésions dont ils s'accompagnent.

Nous avons étudié toute la série des accidents cérébraux qui ont été très-variés quant aux symptômes et à la marche.

La congestion cérébrale a été de tous les accidents, le plus commun : peut-être sa fréquence était-elle en rapport avec la gravité de la période algide.

Viennent, en second lieu, les accidents méningitiques, qui tantôt se sont présentés sous la forme délirante, tantôt sous la forme convulsive.

Sur un autre plan et comme accident extrêmement rare et grave, nous avons mentionné le ramollissement cérébral, qui doit être rapproché des accidents gangréneux dont nous avons parlé.

Enfin, nous donnons l'observation d'un cas d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie.

Les accidents thoraciques sont du même ordre : ce sont la congestion, l'inflammation, la gangrène du poumon. On a cité aussi des cas d'apoplexie pulmonaire, survenue pendant le choléra. Nous n'avons que de l'inflammation et de la gangrène du poumon.

La gangrène cholérique a eu une large part dans notre travail, Nous en avons donné six observations. Nous pensons que, d'après ses caractères, sa marche, son siége, elle mérite une description spéciale, bien qu'elle ressemble, dans certains cas, aux autres gangrènes qui peuvent survenir dans le cours des fièvres graves.

Nous terminons en disant quelques mots du traitement de ces accidents. Leur début insidieux et leur marche rapide rendent nulles le plus souvent les ressources de la thérapeutique. Aussi nous croyons qu'il est très-important de surveiller la réaction, afin de saisir la moindre indication qui se présente. Nous avons vu employer très-souvent contre les accidents cérébraux, soit dans la réaction incomplète, soit dans la réaction vive, rapide, la saignée, les sangsues, la ventouse Junod. Nous devons dire que, dans bon nombre de cas, le résultat a été favorable. Au contraire, les accidents de la réaction lente, adynamique, ont été combattus par les stimulants et les toniques, l'alcool, le quinquina, etc.

Enfin, nous avons considéré comme accident secondaire du choléra chez les femmes enceintes la mort du fœtus et son expulsion prématurée. Si la mort du fœtus reconnaît plusieurs causes, nous pensons que la plus importante est l'altération du sang produite par le choléra.

Nous pensons aussi que, d'après les lésions constatées à l'autopsie, la transmission du choléra au fœtus est un fait extrêmement probable, sinon démontré.

(1) In-8°, prix : Paris 1867, Adrien Delahaye.

Ministère de l'Instruction Publique.

Circulaire adressée aux Préfets, aux Recteurs, aux Directeurs d'Ecoles supérieures de pharmacie et d'Ecoles préparatoires de médecine et pharmacie, relativement au mode de constatation du stage des aspirants au grade de pharmacien.

Des demandes fréquentes de validation de stage, qui me sont adressées par les aspirants au grade de pharmacien, ont donné lieu de remarquer que les prescriptions du décret du 15 février 1860, relatifs à la constatation du stage, ne sont pas exactement observées.

Les irrégularités proviennent, soit de ce que certains élèves oublient de se faire inscrire sur le registre établi par la loi du 21 germinal an XI, soit de ce que des juges de paix et même des secrétaires d'Ecoles supérieures ou préparatoires ne se sont pas rendu compte des dispositions du décret précité et en font une application erronée.

Pour faire cesser ces abus, il suffira de rappeler les prescriptions principales du décret du 15 février 1860.

Dans les communes où est établie, soit une Ecole supérieure de pharmacie, soit une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie les élèves attachés à une officine doivent, pour y accomplir le stage réglementaire, se faire inscrire, *dans les quinze jours* de leur entrée à l'officine, au secrétariat de l'Ecole, sur un registre ouvert à cet effet. Là où il n'y a pas d'Ecole, l'élève est tenu de se faire inscrire, dans le même délai, sur un registre ouvert à la justice de paix.

Si l'inscription n'a pas lieu dans le délai de quinze jours, le temps passé dans une officine antérieurement à ce délai ne compte pas pour le stage, et il ne doit en être fait aucune mention sur le certifica délivré au stagiaire; ainsi, par exemple, un élève qui serait entré en

pharmacie le 1er janvier et se ferait inscrire le 1er février perdrait quinze jours de stage.

Il importe aussi de rappeler que l'inscription doit être renouvelée tous les ans, si l'élève stagiaire n'a pas changé de canton; il est tenu de se faire inscrire de nouveau dans le délai d'une quinzaine.

Telles sont les prescriptions qu'il importe, tant dans l'intérêt public que dans l'intérêt des élèves, de faire exactement exécuter. En ce qui touche les autres dispositions du décret dn 15 février 1865, je ne puis que m'en référer aux instructions adressées par mon prédécesseur à la date du 24 novembre de la même année.

Il serait à désirer que MM. les préfets voulussent bien faire insérer la présente circulaire ainsi que le texte du décret, dans le bulletin des actes administratifs, et que chaque pharmacien du département fût invité à en donner connaissance aux élèves attachés à son officine.

Le ministre de l'instruction publique,
V. DURUY.

Ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics

Sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a décerné des récompenses honorifiques aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs travaux ou leurs services en matière d'épidémies, pendant l'année 1865, savoir :

1. *Médailles d'argent :* MM. les docteurs Bertrand, médecin-major de 2e classe; Dehec, d'Arras (Pas-de-Calais); Daga, méd.-major de 1re classe; Meilheurat, de La Palisse (Allier); Fargeaud, de St-Léonard (Haute-Vienne); Serradell, de Prades (Pyrénées-Orientales); Prestat, de Pontoise (Seine-et-Oise); Ancelon, de Dieuze (Moselle).

2. *Médailles de bronze :* MM. Baillot, de Bar-le-Duc (Marne); Gintrac (Henri), de Bordeaux (Gironde); Costa, médecin-major de 2e classe; Bernard, de Dieulouard (Meurthe); Chabrand, de Briançon (Hautes-Alpes); Brossard, d'Epône (Seine-et-Oise); Prieur, de Gray (Haute-Saône); Monot, de Moux (Nièvre).

3. *Mentions honorables :* MM. les docteurs Goupil des Paillières de Nemours (Seine-et-Marne); Gevrey, de Vesoul (Haute-Saône, Villan, d'Embrun (Hautes-Alpes); Monteils, de Marvejols (Lozère), Dauvin, de Saint-Pol (Pas-de-Calais); Claudot, de Neuf-Cher (Vosges); Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales); Clément de Fraisnes (Meurthe; Massina, de Thuir (Pyrénées-Orientales); Schmitt, de Sarralbe (Moselle); Lemoine, de Château-Chinon (Nièvre); Charpentier, de Premery (Nièvre); Malichecq, de Mont-de-Marsan (Landes); Gandhlon, de Lombez (Gers); Benoît, de Dieulefit (Drôme); Vesine-Larue, de Lavaur (Tarn).

4. *Rappel de médailles d'argent :* MM. les docteurs Mordret, du Mans (Sarthe); Larivière, médecin principal d'armée; Demonchaux, de St-Quentin (Aisne); Fouquet, de Vannes (Morbihan); Masse, médecin de l'hôpital militaire de Blidah (Algérie); Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord); Reverchou, de Chaumont (Haute-Marne); Le Bêle, du Mans (Sarthe); Dusouil, de Melle (Deux-Sèvres); Mignot, de Gannat (Allier); Carret, de Chambéry (Savoie); Piedvache, de Dinan (Côtes-du-Nord).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels :

Faculté des sciences de Lille. M. Ladureau (Albert-Adolphe), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de chimie à la facuté des sciences de Lille, en remplacement de M. Weyer, dont la démission est acceptée.

— *Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.* M. Bonnemaison, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé, en outre, chef de clinique à ladite école, en remplacement de M. Guitard, appelé à d'autres fonctions.

— *Ecole de pharmacie de Montpellier.* Le 2 décembre prochain, il sera ouvert à Montpellier un concours pour deux places d'agrégés de l'école de pharmacie de cette ville. Les sujets de thèse qui seront traités dans ce concours, au choix des candidats, sont les suivants :

PHYSIQUE. — 1. Méthodes et appareils employés pour la détermination des densités des solides et des liquides. — 2. Décomposition de la lumière provenant de diverses sources. Application à l'analyse spectrale. — 3. Induction. Appareils électro-médicaux.

CHIMIE. — 1. Dialyse. — 2. Sucre et matières sucrées. — 3. Alcools monoatomiques et polyatomiques.

TOXICOLOGIE. — 1. Recherche des poisons végétaux. — 2. Recherche du phosphore dans les cas d'empoisonnement par cette substance.— Recherche de l'acide chlorhydrique dans les cas d'empoisonnement par cet acide.— 3. Empoisonnement par les composés du cyanogène.

— La commune de Villers-Outréaux (Nord), dont la population est de *trois mille habitants*, étant privée de médecin, par suite de décès, demande un docteur capable. Il aurait des soins à donner dans Malincourt, Serain, Aubencheul-aux-Bois et Montécouvez, villages situés à deux kilomètres seulement de Villers-Outréaux, et qui eux aussi n'ont pas de médecin.

— M. le maire de Neung-sur-Beuvron (Loir et cher), demande un médecin pour sa commune.

—Mercredi prochain, 10 juillet, à 2 heures de l'après-midi, il sera procédé, rue Pernelle, nº 8, à la vente d'une très-belle collection de minéraux, classés et déterminés avec soin, ayant appartenu à M. le professeur Fourcroy et enrichie depuis lors par M. le docteur Ossian Henry fils.

Le lendemain, 11 juillet, à 7 heures et demie du soir, on procédera à la vente de la bibliothèque de ce regretté confrère (Maison Sylvestre, 28, rue Neuve des Bons-Enfants, salle nº 4).

On trouvera le catalogue des minéraux chez M. Bevalet, naturaliste géologue, 38, Chaussée du Maine, celui des livres chez M. Aubry, libraire, 16, rue Dauphine, et l'un et l'autre au domicile du défunt 8, rue Pernelle.

Traité pratique des maladies des yeux, par FANO, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 fig. et 20 dessins en chromolithographie. Prix : 17 fr. — Paris 1866, Adrien Delahaye.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par le Dr. CHASSAIGNAC. 2 vol. gr. in 8 compactes. Prix : 18 fr.

Traité clinique et pratique des operations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr. CHASSAIGNAC. 2 vol, in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1º Leçons sur le traitement des tumeurs hémorroïdales, avec planches; 2º Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches; 3º Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec huit planches, par M. de docteur CHASSAIGNAC. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr. E Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse. 72-80

N° 80. — MARDI 9 JUILLET 1867. (40e ANNÉE) MARDI 9 JUILLET 1867. — N° 80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, LE 8 JUILLET 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. — M. Raimbert a fait une communication sur l'absorption des médicaments par la muqueuse des fosses nasales. Contre les névralgies dentaires, sus-orbitaires, frontales, contre les céphalalgies de tous genres, il a prescrit avec avantage un mélange de sucre en poudre et de chlorhydrate de morphine ou même de morphine, jusqu'à la proportion d'un vingtième de substance active.

Cette pratique est très-rationnelle; car la muqueuse des fosses nasales doit absorber aussi bien qu'une autre, aussi bien que celle du rectum ou du vagin. C'est donc une voie d'introduction à ne pas négliger. Déjà, précédemment, nous avons fait connaître les bons résultats obtenus de *prises* médicamenteuses, par M. Gueneau de Mussy. Nous-même, nous nous en sommes souvent fort bien trouvé.

— M. Rouget a adressé, sur les mouvements des muscles, une nouvelle note complémentaire dont nous publierons les conclusions.

Société Epidémiologique de Londres. — Une discussion fort intéressante s'est engagée sur la nature de l'épidémie de Dublin. Est-ce une méningite cérébro-spinale? est-ce une affection scorbutique? est-ce une fièvre? une variété de typhus? Ou bien enfin ne serait-ce point la réunion peut être fortuite de deux affections différentes dont l'une serait une fièvre, tandis que l'autre aurait son siége dans l'axe nerveux? Chacune de ces théories a eu ses défenseurs.

Pour M. le professeur Gordon, et plusieurs autres, la maladie régnante est simplement une méningite cérébro-spinale épidémique. Mais en même temps, M. Gordon admet l'influence d'une tendance hémorrhagique toute particulière, dont l'existence compliquerait aussi les fièvres, les rougeoles, les scarlatines, etc.

Société médicale de Londres. — M. Charles Moore est venu défendre devant cette Société les idées de Virchow sur le mode de propagation du cancer.

D'après Virchow le cancer n'est pas une affection *primitivement* constitutionnelle. Il ne reconnait pas pour cause une dyscrasie permanente, durable, et se transmettant héréditairement.

« Cette doctrine des dyscrasies permanentes, dit le professeur de Berlin, doit être complètement rejetée; car le sang, avec le changement perpétuel de ses éléments, n'y est rien moins que favorable. Les substances étrangères à sa composition sont éliminées d'une manière quelconque avec le temps, soit rejetées au dehors par les organes de sécrétion, soit attirées et fixées dans un tissu.

» Pour moi, ajoute-t-il, il ne peut exister de dyscrasie durable, que si en un point quelconque du corps, il existe un foyer de production, qui amène continuellement la même substance à nouveau dans le sang et y entretient ainsi une viciation durable. Mais alors, dans ce cas, *la dyscrasie dépend d'un certain point déterminé du corps, et constitue un phénomène secondaire*, qui procède de l'affection primitivement locale. La tumeur joue ici le même rôle qu'un organe de sécrétion, non pas dans le sens de John Simon, en enlevant du sang les substances nuisibles. Elle se comporte, non pas comme les reins, mais comme les glandes lymphatiques et la rate. »

Ainsi la tumeur primitive serait funeste d'une double manière : 1° parce qu'elle serait pour les germes morbides un foyer d'irradiation, autour duquel ils envahiraient les tissus voisins; 2° parce que sa présence entretiendrait la dyscrasie, cause secondaire de nouvelles tumeurs dans des parties du corps plus ou moins éloignées.

M. Moore attribue aussi à la tumeur-mère un rôle capital. Selon lui, si le cancer récidive souvent après une première opération, la faute en est au chirurgien, qui laisse autour de la tumeur des parties déjà infiltrées de productions néo-plastiques. Le cancer n'est pas une affection générale, mais toute locale, qui s'étend de proche en proche, dans une zone beaucoup plus large que ne le révèle l'examen à l'œil nu.

M. Birkett s'est élevé contre cette théorie qui ferait du cancer une affection locale. Il a cité plusieurs cas dans lesquels, après avoir enlevé une tumeur cancéreuse, il en avait vu d'autres se produire dans des parties très-éloignées, sans qu'il y ait eu de récidives près de la cicatrice.

Le docteur Wynn Williams est allé plus loin; considérant les affections cancéreuses comme étant toujours constitutionnelles et diathésiques, il a contesté de la manière la plus formelle l'utilité d'une opération. Il préconise le traitement médical, et dit avoir souvent retardé l'évolution de tumeurs cancéreuses, avoir calmé ou annulé les douleurs, et prolongé la vie des malades par le bromure de potassium.

On voit que les idées allemandes sont actuellement discutées en Angleterre comme en France.

Hôpitaux. — M. Richet a essayé le procédé de M. de Luca, l'insufflation de sulfate de soude en nature, contre des taies de la cornée qui s'étaient produites chez une jeune fille, à la suite d'une kératite scrofuleuse. Ce moyen paraît réussir, car la malade y voit déjà mieux.

— Ce matin, M. Richet a enlevé le dernier point de suture chez la malade qu'il avait opérée pour une fistule recto-vaginale. Dans toute l'étendue de l'ancienne fistule, la réunion s'est faite, et la cicatrice semble solide; mais il reste un peu plus bas une autre fistule, plus étendue peut-être, qui communique avec le rectum et le périnée non réuni. M. Richet fera bientôt une nouvelle opération pour cette fistule, que sa position rend moins difficile à guérir.

— Les érysipèles et les infections purulentes se multipliant dans la salle des hommes du service de M. Richet, cette salle vient d'être évacuée pour être nettoyée et remise à neuf.

— M. Bourdon a essayé, contre la colique de plomb, la méthode de M. Lutz : mélange par parties égales de soufre et de miel; mais les premières doses ont été vomies, et il a fallu changer de médication.

— La nouvelle opération d'ovariotomie dont nous avons parlé dernièrement, a été pratiquée par M. Nélaton, à Passy. Les conditions étaient mauvaises, les adhérences très-nombreuses; pourtant aucune péritonite aigüe ne s'était déclarée, et tout semblait suivre une bonne marche lorsque la malade s'éteignit le 4me jour.

Maladies régnantes. — On n'est pas d'accord sur la nature de l'affection épidémique qui exerce de si grands ravages à l'île Maurice. L'efficacité qu'à semblé avoir dans plusieurs cas le sulfate de quinine, fait repousser l'idée d'une fièvre jaune. Mais cette efficacité même n'est plus reconnue universellement; et comme l'île Maurice est un pays très-sain, où les fièvres paludéennes sont presque inconnues, on peut difficilement admettre une fièvre remittente pernicieuse à forme bilieuse. Serait-ce donc une maladie nouvelle, qui se serait développée de nos jours à l'île Maurice? Des médecins fort instruits, et fort compétents seraient disposés à l'admettre.

Dr Victor Revillout.

LA SYPHILIS ET LE MERCURE
A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

I

Singulière discussion que celle qui se poursuit à la Société de Chirurgie à propos de l'efficacité du mercure dans la vérole! Sans doute, rien n'est plus fâcheux en médecine que d'agir sans savoir pourquoi on agit, et la routine n'est guère de nos amies. Il est bon que les hommes jeunes, intelligents, actifs, cherchent attentivement à se rendre compte des choses; mais il est regrettable qu'ils ne mettent pas assez de maturité dans leurs recherches, qu'ils ne prennent pas la peine d'examiner les questions sous tous leurs aspects, et que, alors qu'ils les ont à peine envisagées sous un de leurs côtés, ils croient les avoir traitées à fond. — De bonne foi, ils agissent là comme certains chirurgiens, que je ne veux pas nommer, et qui donnent pour guéris des malades qui succombent quelques semaines après. Pour ces derniers, le tour est fait; quant aux premiers, ils se laissent abuser par leur inexpérience et ils sont bientôt obligés d'avouer qu'ils se sont trompés.

M. Depaul a parfaitement exprimé la situation en parodiant un mot célèbre : un peu d'expérience, a-t-il dit, éloigne du mercure, beaucoup d'expérience y ramène. Cela doit être vrai; seulement il eut été bon d'ajouter, en passant, qu'un peu d'expérience ne devrait servir qu'à en acquérir d'avantage et qu'il serait profitable de ne pas parler tant qu'on n'a pas une suffisante expérience. Rien, en effet, n'est de nature à étonner un homme connaissant bien les maladies vénériennes, comme la discussion actuelle de la Société de Chirurgie, ou plutôt comme certains discours qui y ont été prononcés.

Certes on peut brillamment nier l'action du mercure dans la vérole et personne ne sera de force à démontrer le contraire; cela est parfaitement vrai. Mais, si l'on reste dans cette voie, est-ce qu'on n'en peut pas faire autant de tous les remèdes spécifiques ou autres? des plus douteux comme des plus certains? Et cela, d'ailleurs, a été fait plus d'une fois, et ici même, par M. Després, pour les besoins de la cause. Selon lui, le quinquina ne guérit pas la fièvre, il met l'économie à même d'éliminer le miasme paludéen. On avouera que c'est là une simple querelle de mots et que le *comment* importe fort peu; cependant nous croyons que M. Desprès se trompe. Mais ce n'était pas là ce qu'il devait dire; il devait dénier toute action au quinquina comme au mercure, car je soutiens que l'un agit tout aussi sûrement que l'autre. M. Desprès n'eut pas trouvé un seul contradicteur honnête et instruit, s'il avait dit : vos prétendus spécifiques infaillibles ne guérissent rien du tout et quand ils paraissent réussir c'est une simple coïncidence; c'est uniquement que vous avez administré le médicament juste au moment où la nature médicatrice allait s'en débarrasser spontanément.

On peut, je le répète, dire cela de tous les remèdes et faire table rase de toute la matière médicale. Nous sommes encore, avouons-le, assez ignorants et, en thérapeutique surtout, nous ne fesons guère que de l'empirisme; tant qu'on ne connaîtra pas l'action certaine du remède sur l'économie, tant qu'on n'aura pas refait pour le médicament, qui le plus souvent est un poison, ce que M. Bernard a fait pour le *curare*, nous serons bien forcés d'agir empiriquement et dès lors quel est le médecin honnête et sérieux qui, à l'issue d'une maladie, puisse dire en conscience : ce sont les médicaments que j'ai administrés à ce malade qui l'ont guéri; — ou bien, ne sont-ce pas ces mêmes médicaments qui l'ont aidé à mourir?

Quand j'ai guéri un vérolé avec le mercure, je suis bien convaincu qu'à ce médicament revient tout l'honneur; mais, au fond, tout au fond, qu'est-ce qui le prouve et comment ferais-je pour le démontrer à qui le contesterait? Je dirais que j'ai vu cent, mille, dix mille cas semblables, ce n'est pas là une preuve et l'on me répondrait par dix, par cent cas de nature contraire. Ici la preuve mathématique fait donc et doit faire absolument défaut, et s'il est nécessaire de démontrer par $a + b$, aux incrédules, l'action souveraine du mercure, ni moi ni personne n'est encore en état de faire cette démonstration; et c'est pour cela que les détracteurs du mercure peuvent avoir facilement beau jeu. Mais s'il suffisait, pour les convaincre, d'invoquer l'expérience, l'expérience des siècles d'abord, l'expérience personnelle ensuite, oh! alors la question serait aisément et sûrement tranchée; elle l'est d'ailleurs pour la presque universalité des médecins.

M. Després demande des expériences concluantes établissant l'efficacité du mercure dans le traitement de la syphilis et il paraît en avoir trouvé une dizaine. M. Desprès est tout à la fois bien exigeant et bien facile à contenter; ces expériences sont impossibles à réaliser de façon à lever tous les doutes. Je ne connais, pour ma part, aucune observation de nature à me convaincre, pas même celles de M. Diday, pas même les miennes; il y aura toujours contre elles ces *grands* et *admirables* arguments de coïncidence, de hasard, de bonne nature médicatrice!

Mais si les preuves mathématiques manquent, ce qui ne manque pas, ce qui surabonde, ce sont les preuves presque aussi certaines d'une longue expérience; ce sont les mille observations que possède la science; ce sont les observations journalières de chacun de nous qui apportent forcément dans l'esprit de l'homme qui veut voir, une évidence incontestable.

Je comprends jusqu'à un certain point que l'on conteste dul'action mercure sur la diathèse syphilitique, bien qu'il me paraisse difficile d'admettre qu'un médicament qui agit, sans nul doute, sur les manifestations successives d'une diathèse, n'agisse pas sur cette même diathèse; mais nier l'action des mercuriaux sur les divers accidents de la syphilis et rapporter des guérisons évidentes à la bonne nature seule, c'est là un fait que je ne m'explique pas, sinon par une inexpérience toujours pardonnable ou par suite d'un parti pris moins facile à excuser. Je le comprends moins surtout chez les hommes de science, habitués à bien observer, très-rigoureux, en apparence, dans leurs déductions et désireux, par-dessus tout, d'arriver à la vérité.

Il est impossible, à tout homme de bonne foi, de nier l'action du mercure sur la syphilis dans les cas, assez nombreux et observés par la plupart des syphiliographes, de femmes vérolées faisant trois et quatre fausses-couches successives ou accouchant d'enfants morts ou profondément syphilitiques jusqu'au jour où, après avoir suivi un traitement méthodique, elles ont pu accoucher, à terme, d'un enfant bien portant. — Il est tout aussi impossible de nier cette même action salutaire dans la vé-

rôle des petits enfants et la plupart des observateurs qui nient toute influence du mercure sur la vérole des adultes acceptent, comme incontestables, ces deux ordres de faits. Ceux-là ne se mettent guère en peine d'éviter une contradiction par trop manifeste.

Est-ce que, en vérité, l'influence de la médication hydrargyrique sur la vérole ordinaire, ou tout au moins sur ses diverses manifestations secondaires, n'est pas tout aussi évidente. Quel observateur, ayant même une assez courte expérience, n'a vu de ces cas de syphilides guérissant avec une merveilleuse rapidité sous l'influence des préparations mercurielles? Quel est celui qui n'a vu quelque cas analogue au suivant que je suis en train d'observer en ce moment :

M. ..., âgé de trente-six ans, d'une très-bonne santé habituelle, grand, vigoureux, contracte un chancre induré au mois de février 1867. Ce chancre se guérit très-vite, et bien que j'eusse prévenu le malade qu'il devait suivre un traitement général s'il ne voulait voir apparaître des accidents constitutionnels, il ne tint aucun compte de mes observations. (Dans la clientèle civile, cette désobéissance du malade s'observe bien sept fois sur dix). — Vers la fin de mars, M. ... revient me voir présentant une roséole syphilitique sur le tronc, une angine de même nature et un commencement d'alopécie. Je le soumets à un traitement mercuriel.

Au bout de quinze jours tous les accidents ont cessé comme par enchantement. Le malade disparaît de nouveau.

Vers le 15 mai, M. ... revient me trouver tout honteux et tout confus. Il présente cette fois, avec l'angine syphilitique et l'alopécie qui ont persisté, une syphilide squammeuse à la paume des mains et des pieds. Pour excuser sa seconde disparition, il me dit qu'il a été obligé de faire un voyage dans sa famille et qu'il a dû forcément, non-seulement interrompre tout traitement, mais se livrer à d'assez nombreux excès de table. Pour cette fois il est bien décidé à suivre tous mes conseils et à prolonger le traitement aussi longtemps que je l'exigerai.

Serment d'ivrogne et de vérolé! Il s'est de nouveau soigné pendant six semaines; des cautérisations pour la gorge, des bains de sublimé pour la syphilide palmaire et des pilules de Dupuytren à l'intérieur avaient de nouveau fait disparaître tous les accidents. Depuis le quinze juin je n'ai pas revu ce malade. — Mais il me reviendra ou bien il ira ailleurs; j'en suis convaincu.

Qui n'a vu des faits semblables? pour moi, je les compte aujourd'hui par centaines et n'en tiens plus note. C'est toujours la même chose : action si facilement appréciable du mercure que les malades eux-mêmes ne s'y trompent pas; — réapparition des accidents à très-bref délai, quand le traitement est notoirement incomplet. — Le traitement institué par M. Diday est la preuve bien évidente de ce que j'avance en ce moment. Tout singulier qu'il soit, ce mode de traitement n'en est pas moins une démonstration évidente du mercu.e dans la syphilis.

Non pas, à coup sûr, que les faits se présentent toujours les mêmes; il s'en faut bien. Il est un assez grand nombre de cas de vérole constitutionnelle qui semblent se guérir tout seuls, sauf à récidiver au bout de quelques mois, et d'autres qui se guérissent réellement tout seuls et à jamais. Il est également un très-grand nombre de cas où le mercure agit péniblement, lentement et de façon à désespérer et à lasser le malade et aussi le médecin qui n'a pas une suffisante expérience et ne sait pas varier et modifier sa médication. Enfin, il en est quelques-uns, il faut bien le dire, où le mercure semble plus nuisible qu'utile et dans lesquels il faut, de toute nécessité, ou bien interrompre le traitement, pour le reprendre ensuite, ou bien l'aider par une hygiène appropriée et bien entendue; — ce qui ne veut pas dire que les toniques soient ici toujours indiqués.

A quoi tiennent ces différences? Je ne me hasarderai point à donner une solution, car je déclare n'avoir pas pu, dans un très-grand nombre de cas, débrouiller le problème. Certes les explications n'ont pas manqué; cela doit tenir, selon les uns, à l'énergie du virus; selon les autres à la nature du terrain sur lequel il s'est trouvé planté, c'est-à-dire, à la nature particulière du sujet; pour certains observateurs, le sujet est pléthorique et sanguin; pour certains autres, il est débilité, lymphatique, cachectique, etc. Je le veux bien, car toutes ces explications sont plausibles et acceptables; mais alors comment se fait-il que dans un ménage où l'un des conjoints apporte la vérole, et où la graine par conséquent est bien la même, ce soit tantôt le plus fort qui se guérisse plus rapidement et tantôt le plus faible; — qu'ici ce soit un mari sanguin, vigoureux, qui s'en débarrasse le premier, et là, au contraire, une femme débilitée, anémique, profondément lymphatique?

Pour moi, encore un coup, ces questions sont absolument insolubles et j'ai fini par penser qu'il fallait, avant tout, accuser principalement ou bien une inobservation plus ou moins grande du traitement spécifique, ou bien des écarts de régime. — Je reviendrai dans un instant sur l'importance du régime dans la vérole constitutionnelle.

Dr H. MONTANIER.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. MARJOLIN

Fractures multiples des os du bassin avec luxation du sacrum sur l'os iliaque gauche; déchirure du canal de l'urètre, chez un enfant de 10 ans.

L'enfant qui est le sujet de cette observation est un de ces malheureux petits Italiens amenés à Paris par des individus qui ne sont pas leurs parents et qui les laissent errer toute la journée, souvent dès l'âge de 3 ou 4 ans. Il était monté avec deux de ses camarades derrière un camion lourdement chargé, lorsqu'il tomba, et une des roues lui passa sur le corps. Amené très-peu après à l'hôpital, je le trouvai dans l'état suivant : visage pâle, exprimant les plus grandes souffrances, extrémités froides, pouls à peine sensible. La connaissance était intacte; on commença par chercher à le réchauffer et à le ranimer, en lui faisant prendre un peu d'eau sucrée chaude et de rhum.

D'après la direction des blessures, qui suivaient une sorte de diagonale, commençant à la jambe droite et finissant à la jambe gauche, il était probable que la voiture avait passé en biais sur le corps.

Toute la partie interne de la jambe droite n'était qu'une large plaie contuse, les os n'étaient pas fracturés. Au pli de l'aine et à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche existait une autre plaie contuse. Le périnée était également contus, présentant une tumeur fluctuante. L'introduction d'une sonde dans la vessie fut impossible. Comme l'enfant était tourmenté par une envie incessante d'uriner, je pratiquai, sur le point le plus saillant du périnée, sur la ligne médiane, une ponction avec une lancette; il s'écoula du sang en assez grrnde quantité, et le malade parut un peu soulagé; mais cet adoucissement à ses souffrances fut de courte durée, et il succomba quelques instants après.

Bien que pendant la vie je n'eusse pas trouvé de mobilité de l'os du bassin, je pensai d'après la cause de l'accident, qu'il devait y avoir fracture de l'os du bassin, avec déchirure de l'urètre, et très-probablement hémorrhagie interne. L'autopsie vérifia ce que j'avais avancé.

Des deux côtés, les branches horizontales et descendantes du pubis étaient fracturées, la symphise pubienne rompue; enfin, en arrière, il y avait eu un arrachement de la symphise sacro-iliaque gauche, et le sacrum porté en avant offrait un exemple de luxation sur l'os iliaque gauche. L'urètre était déchiré, et une assez grande quantité de sang était épanchée dans le petit bassin et dans le périnée. Sur quelques point l'os iliaque gauche présentait plusieurs fêlures.

Fracture du fémur avec pénétration du fragment inférieur dans le col. — Varioloïde contractée dans la salle. — Mort.

Le 2 mai 1867, on amena à l'hôpital Sainte-Eugénie un enfant de 2 ans 1/2, tombé d'un quatrième étage dans la rue. Sur le moment, il y eut un peu de commotion, mais elle ne fut pas de longue durée. M. Saisson, interne du service, reconnut en l'examinant une crépitation assez marquée, tout à fait au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Le lendemain, à la visite, le gonflement était tel que je ne pus retrouver ce signe; l'enfant remuait assez facilement la cuisse. Pour le moment, le membre inférieur fut immobilisé, et des cataplasmes froids furent maintenus en permanence sur la hanche. Les jours suivants, lorsque le gonflement fut diminué, je reconnus facilement la crépitation et une mobilité anormale; il n'y avait, du reste, pus de déformation de la cuisse, ni de raccourcissement, ni de position anormale. D'après la hauteur de la chute, je pensais qu'il pouvait exister un écrasement de la tête ou du col du fémur.

L'enfant, malgré la gravité de l'accident, était dans les meilleures conditions; aucun symptôme cérébral n'était survenu, et il n'y avait eu aucun accident annonçant une lésion interne. Tout semblait donc devoir présager une heureuse terminaison, lorsque le 22 mai il fut atteint, comme plusieurs de ses petits voisins, de la varioloïde qui régnait dans la salle. Cette affection, dont nous n'avions pu le garantir, n'ayant encore, depuis 14 ans, aucune salle d'isolement dans l'hôpital, amena des changements très-notables dans son état général; il allait cependant un peu mieux lorsqu'il survint, le 27 mai, une nouvelle complication : la scarlatine. A dater de ce moment, il tomba dans un état d'affaissement des plus marqués, une large escarre se fit au sacrum et l'enfant succomba épuisé.

A l'ouverture, on constate une fracture du fémur gauche tout à fait à son extrémité supérieure, la capsule articulaire est intacte. Le fragment inférieur est taillé en biseau, son extrémité libre, repose en haut et en arrière dans une excavation creusée en partie au dépens de la face inférieure et antérieure du col et un peu au-dessous du grand trochanter. En examinant la forme de la cavité et la configuration du fragment inférieur, on comprend qu'il y a eu une sorte de pénétration.

Malgré l'époque éloignée de l'accident (trente-huit jours) il n'y avait aucune consolidation; seulement tout autour de la cavité accidentelle, existait un bourrelet osseux inégal. Le sommet du fragment inférieur était environné, surtout en arrière et en dehors, dans l'étendue de plus de trois centimètres, de végétations osseuses. Quelle a été la cause du retard de la consolidation? Il y a eu plusieurs causes.

L'enfant était un peu rachitique, les changements journaliers d'appareils pour le tenir propre, le siége et la configuration de la fracture, enfin les accidents survenus dans les vingt derniers jours, sont autant de raisons que l'on peut invoquer comme ayant retardé la formation du cal, et pouvant donner lieu plus tard à une pseudarthrose.

J'ajouterai que dans ces chutes par les fenêtres, que nous avons très-souvent occasion d'observer chez les enfants, les lésions que nous avons le plus habituellement observées, sont des lésions du crâne, des fractures plus ou moins graves des membres; mais jamais, comme chez les adultes, nous n'avons rencontré des déchirures des principaux organes contenus dans les cavités thoraciques ou abdominales, et suivies d'hémorrhagies internes.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 19 juin 1867. — Présidence de M. LARREY.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion de la correspondance :

M. DESPRÉS. Puisqu'il arrive ici quelques observations de syphilis traitée avec succès par le mercure, je désire donner aussi une observation contraire qui m'a été envoyée par un médecin de la ville, M. le Dr Smyttère.

Voici un extrait de la lettre que m'a adressée notre confrère :

« J'ai eu, dit-il, la syphilis en 1861, à l'âge de 34 ans. Elle m'a été inoculée pendant un accouchement, et j'ai voulu voir sur moi ce que deviendrait la vérole livrée à elle-même. Appelé par une sage-femme pour extraire un placenta retenu dans l'utérus, et ayant une écorchure au pouce droit, je vis se développer au bout de peu de jours un chancre qui devint induré et dont je porte la cicatrice, puis de la lymphangite et de l'adénite axillaire. Je laissai faire, continuant ma vie habituelle et me contentant de prendre des bains. Au bout de six semaines apparut une première poussée de roséole générale; puis, plus tard, apparut une seconde poussée, croûtes dans les cheveux et la barbe, perte de cheveux et perte de poils de la barbe, plaques muqueuses suintant entre les fesses, parce que je marchais beaucoup. Enfin, un petit bouton d'ecthyma à la région sourcilière gauche, et un autre, très-volumineux, à la cuisse gauche, apparurent et durèrent avec une anémie, des bourdonnements dans les oreilles et de la surdité pendant cinq mois. »

Malgré ce qui était dit à M. Smyttère, il n'a rien fait. Si ce n'est qu'il a pris quelques pilules de proto-iodure de fer contre l'anémie, et qu'il a placé 2 ou 3 fois de la pommade au calomel sur les plaques muqueuses, comme sicatif. « Depuis le mois de février, ajoute M. Smyttere, ma santé a toujours été florissante. »

Notre honorable confrère se nourrissait bien et ne cessait de se livrer à ses occupations. Voilà pour la médication. Quant à ses intentions et ses opinions médicales, elles sont tout entières d'accord avec celles qu'enseigne la physiologie, à savoir : que les maladies, causées par un virus ou un poison introduit dans le sang, ne peuvent guérir que par une élimination plus ou moins lente, mais spontanée, pendant que les individus se soutiennent et entretiennent la régularité de leurs fonctions.

M. DEPAUL. J'étais absent à la dernière séance, mais je désire joindre ma protestation à celle de mes collègues. M. Diday a émis des prétentions qui ne sont point acceptables; c'est peu parlementaire pour un membre correspondant de venir nier la compétence de la Société de chirurgie dans une question de syphilis.

A l'occasion du procès-verbal, une courte discussion s'engage entre MM. Depaul et Després sur la valeur de la statistique sommaire qui a été recueillie par ce dernier à l'hôpital Saint-Louis. Cette discussion est motivée par une lettre de M. Hillairet, qui déclare que la statistique de M. Després ne présente pas les garanties suffisantes.

M. DESPRÉS. Je repousse l'accusation que M. Hillairet a porté contre ma statistique, parce que M. Hillairet s'est fondé sur des rapports de ses malades et de ses infirmiers.

Suite de la discussion sur la syphilis.

M. Alph. GUÉRIN. Le point de départ de la discussion sur le traitement de la syphilis est une opinion jetée sans importance dans un rapport sur l'ulcération chancreuse. Le rapporteur était porté à croire que le bichromate de potasse est un remède utile contre la syphilis; il émit l'idée que le mercure pourrait bien n'être pas indispensable dans le traitement des maladies syphilitiques; mais cette opinion était émise avec tant de prudence, qu'il n'en eût certes pas été question longtemps, si un de nos collègues, avec un peu plus d'ardeur, n'eût pas dit hardiment et nettement que le mercure est inutile dans le traitement de la vérole. De l'opinion prudente à l'opinion exclusive et hardie, il n'y a pas pourtant grande distance : elles se rapprochent l'une de l'autre en ce sens qu'elles abandonnent la maladie à elle-même, elles diffèrent en ce que l'une affirme, tandis que l'autre doute.

Quand on dit seulement : *je suis porté à croire*, on n'appelle pas la réfutation et j'aurais été d'avis de laisser M. Dolbeau continuer ses expériences sur le bichromate de potasse et d'attendre une communication explicite à ce sujet, avant de discuter cette thérapeutique. Notre collègue sait aussi bien que nous qu'il n'a pas ajouté grand chose à ce que l'on avait dit sur l'efficacité du bichromate de potasse dans les affections syphilitiques; il nous a engagés à le suivre sur ce terrain, nous lui répondons que notre conscience ne nous le permet pas, à nous qui regardons sa thérapeutique comme purement expectante, et qui n'avons pas la plus petite frayeur du traitement par le mercure.

Nous refusons l'invitation de M. Dolbeau, il fera tout seul ses expériences, il a le droit de les faire, parce qu'il n'a pas les mêmes croyances que nous, et quand, dans quelques années, Il saura à quoi s'en tenir, il nous dira le bien et le mal qu'il aura fait, il ne fera pas beaucoup de mal, soyez-en sûrs, il est trop perspicace pour ne pas s'arrêter vite dans un chemin qui ne le conduirait pas où il veut arriver. Bientôt, il reconnaîtra avec effroi que son traitement ressemble à celui de M. Després, et nous le verrons venir dire ici avec conviction, que le mercure est le seul agent véritablement utile dans le traitement de la première période de la syphilis.

J'ai eu le tort de prendre la parole après avoir entendu le rapport de M. Dolbeau et de dire de suite ce que je pensais du traitement de la syphilis. J'aurais mieux fait d'en appeler seulement de M. Dolbeau ayant traité un trop petit nombre de malades pendant un temps trop court à M. Dolbeau ayant vu plus et plus longtemps. J'ai trop de confiance dans sa sagacité, pour croire qu'il a besoin d'être combattu, pour revenir aux idées que la Société de chirurgie professe.

Vous avez tous eu, je crois, la même pensée que moi, puisque le traitement par le bichromate de potasse a été laissé de côté, que personne ne l'a discuté et qu'on l'a considéré implicitement comme une des formes de l'abstention.

Cette discussion nous a valu la bonne fortune de voir au milieu de nous un correspondant dont nous connaissions tous la plume élégante, mais dont nous n'avions pas encore été à même d'apprécier l'habileté de parole. J'avoue que, pour ma part, j'ai été pendant une heure sous le charme de cette élocution nette, précise, douce et finement maligne, et j'aurais eu grand'peine à ne pas applaudir notre collègue, si, avant de quitter la tribune, il n'avait eu la malheureuse idée de nous jeter à la tête sans nous bien connaître un reproche immérité. Ce reproche prémédité nous a d'autant plus surpris, que notre collègue s'était complu, à plusieurs reprises, à nous remercier de notre hospitalité. Nous devions supposer qu'il terminerait son discours par l'expression du même sentiment, et voilà qu'après nous avoir prévenus qu'il allait nous dire quelque chose de désagréable, il fait feu sur la Société en visant à la tête! Heureusement personne n'a été atteint. Répondrons-nous à l'accusation dirigée contre la Société; dirons-nous que presque tous ici, après avoir été chargés d'un service spécial pendant plusieurs années, nous continuons à voir chaque jour aux consultations des hôpitaux, un grand nombre de malades affectés de syphilis; irons-nous, usant de représailles, faire le procès aux spécialistes qui nous attaquent? Pour moi, je crois que nous ne le devons pas, la Société de chirurgie est placée trop haut dans l'opinion du monde médical, pour qu'une attaque violente, de quelque part qu'elle vienne, puisse l'atteindre.

Oublions donc les prétentions de notre collègue de Lyon, pour le remercier d'avoir bien voulu nous apporter son contingent de lumières et voyons si ses opinions reposent toutes sur une observation irréprochable.

Je ne parlerai pas de la partie hypothétique de son discours, car M. Diday qui a été si clair et si précis plus tard, a commencé par une justification des plus obscures de ses idées sur la nature parasitaire de la syphilis et de toutes les maladies virulentes. J'aborde la partie pratique où j'ai la bonne fortune de me trouver d'accord avec M. Diday, bien plus souvent que je ne le pensais, mais pas aussi souvent que je l'aurais souhaité.

Notre collègue de Lyon a commencé, dit-il, par penser, comme M. Després, que la syphilis se guérit toute seule; que le mercure est inutile et qu'un traitement hygiéno-reconstituant est suffisant pour tous les cas. Aujourd'hui, il n'est plus du même avis, il pense qu'il faut donner du mercure toutes les fois que les manifestations de la syphilis sont menaçantes; il se contente du traitement hygiéno-reconstituant dans les cas seuls où l'éruption est légère et donne l'espoir que la maladie s'éteindra d'elle-même. C'est déjà faire une grande concession aux mercurialistes, puisque le mercure est jugé indispensable toutes les fois que *l'éruption est forte*, mais cette concession est insuffisante, car les idées de M. Diday me semblent se contredire entre elles.

Je ne comprends guère, en effet, comment il faut s'abstenir de donner du mercure contre les plaques muqueuses et le chancre induré et pourquoi il faut en donner pour combattre une syphilide papuleuse ou pustuleuse.

Ce n'est pas la première fois dans cette discussion que l'on confond l'action du médicament contre les manifestations et celle qu'il exerce sur la constitution.

M. Diday donne le mercure uniquement contre les manifestations de la syphilis; il le donne contre les syphilides, jusqu'à disparition de cet accident, il ne l'administre pas quand il n'y a que des plaques muqueuses, parce qu'il ne suffit pas pour les faire disparaître; De ce que les plaques muqueuses résistent au traitement mercuriel, il conclut que le mercure est inutile dans cette période de la syphilis. Cette conclusion ne me paraît pas rigoureuse. Comment, en effet, le mercure agit-il quand on l'administre dans les syphilides? Croyez-vous qu'il n'exerce son action que sur les manifestations cutanées? il me semble bien plus rationnel d'admettre que c'est un atténuant le virus, en l'endormant seulement si vous voulez, mais en agissant toujours sur lui et en le rendant incapable de se manifester. S'il était prouvé qu'il ne suffit pas pour faire disparaître les plaques muqueuses, ce ne serait pas une raison pour ne pas y avoir recours dans le but de prévenir le développement de nouveaux accidents. Mais de nombreuses observations m'autorisent à soutenir que les plaques muqueuses superficielles cèdent à l'action du mercure comme les autres syphilides.

M. Diday pense que le mercure agit directement contre les manifestations; nous croyons, au contraire qu'il n'a d'action sur elle qu'indirectement en combattant leur cause. Notre collègue croit que la syphilis est incurable, nous pensons, au contraire, que s'il est des affections réfractaires au traitement, la plupart cessent de se manifester quand elles ont été combattues par des moyens suffisamment longs et énergiques. Nous pensons même que la syphilis est une maladie qui s'éteint pour ne plus revenir. M. Diday lui-même partage cette opinion. Puisqu'il admet des véroles à divers degrés, pourquoi n'en admettrait-il pas d'assez faibles pour ne pas résister au mercure dont il reconnaît l'efficacité contre les manifestations syphilitiques?

M. Ricord a bien dit qu'on ne guérit pas de la vérole, mais c'est l'expression d'un découragement momentané, car cette opinion est en flagrante contradiction avec ce fait aujourd'hui incontestable que l'on a deux fois la vérole. Nous avons en effet, presque tous vu un nouveau chancre induré chez un individu ayant eu antérieurement la vérole. Or, tant qu'il y a des manifestations syphilitiques, la production d'un chancre infectant étant impossible, nous sommes autorisés à soutenir qu'on est guéri d'une première vérole, quand on est apte à contracter un nouveau chancre.

On veut que le mercure ne soit propre qu'à combattre les manifestations syphilitiques; mais sur quoi se fonde-t-on pour soutenir cette opinion. Est-ce que la saignée qui fait cesser les manifestations de la pneumonie, n'a pas agi contre l'inflammation du poumon? Est-ce que l'huile de foie de morue à haute dose, aidée des moyens reconstituants employés contre la scrofule, agit seulement contre les ganglions tuméfiés? est-ce que le principe du mal n'est pas attaqué? La scrofule, elle aussi, a été considérée comme incurable, mais elle a ses degrés comme la syphilis et personne ne niera, je pense, qu'il y a des scrofuleux qui guérissent, n'est-ce pas en effet, une manifestation scrofuleuse que les ganglions supurés dont nous voyons les traces indélébiles chez des gens qui vieillissent et meurent sans avoir eu d'autre accident que ceux pour lesquels ils ont été traités dans leur enfance?

Ne disons donc pas que la syphilis est incurable; elle guérit, mais après un traitement long, beaucoup plus long qu'on ne le dit généralement. Un de nos collègues a cru avoir trouvé une arme terrible contre les partisans du mercure; il a vu avec des accidents syphilitiques des malades qui avaient subi précédemment un traitement mercuriel et il en a cité quelques-uns. J'aurais compris cette attaque, si nous lui avions dit que nous ne nous séparons jamais d'un malade qu'après l'avoir guéri, mais il apprendra plus tard les exigences d'un service d'hôpital où il faut de la place pour les grands accidents; il sait déjà que les syphilitiques ne sont pas toujours faciles à retenir même lorsqu'on a un cachot pour se faire obéir; pour moi qui n'ai jamais eu recours à ce dur moyen pendant les quatre années que j'ai passées à l'hôpital de Lourcine, je n'oserais pas dire que j'ai guéri, complétement et pour toujours guéri une malade de cet hôpital, il faut bien d'autres soins pour venir à bout de cette cruelle maladie; il faut donner le mercure pendant plusieurs mois; laisser le malade se reposer, recommencer le traitement, le cesser et le reprendre encore, en étudiant de la manière la plus attentive l'action du mercure, sur l'estomac, sur les intestins; en tenant compte de l'appétit du malade, de son sommeil, de ses forces et du temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis les dernières manifestations de la syphilis.

Ce traitement auquel j'ai recours est très-différent de celui que M. Diday a adopté depuis qu'il a reconnu l'insuffisance de l'expectation et du régime hygiéno-réconstituant, et pourtant il s'en rapproche un peu par le repos accordé aux malades. Notre collègue ne donne le mercure que pendant huit ou dix jours, mais il y revient chaque fois qu'il y a de nouvelles manifestations. S'il ne poursuit pas la maladie avec persévérance, quand elle paraît céder, c'est qu'il n'a pas comme moi l'espoir de la vaincre pour toujours. La longueur du traitement auquel il faut soumettre les malades pour triompher de la syphilis m'a fait un peu modifier mes idées sur l'administration du mercure. C'est toujours au protoiodure mêlé à l'opium, que je donne la préférence, mais il n'est pas douteux qu'à la longue, ce médicament, comme tous les autres, fatigue l'estomac de certains malades et que dans ces cas il doit être remplacé par d'autres préparations. Je me suis servi avec grand avantage, des fumigations de cinabre que je n'avais pas employées à l'hôpital de Lourcine, mais seulement comme adjuvant, pour laisser à l'estomac le temps de se reposer.

Je pense comme autrefois, que le traitement externe ne peut pas être suivi longtemps sans qu'il y ait salivation, maladie des gencives et des dents. Un de nos collègues nous a beaucoup vanté les frictions; telles qu'il les fait, elles se rapprochent assez des frictions *fortes*, vantées autrefois, elles en diffèrent pourtant en ce que les malades ne sont pas préalablement saignés. Je ne vois pas grand inconvénient à ce que quelques grammes de pommade mercurielle soient employés en friction, mais, ce traitement sera nécessairement de courte durée et sera toujours insuffisant pour attaquer la maladie dans son essence, si on n'y a recours que pendant quelques jours. Il n'est pas étonnant que du mercure employé à dose suffisante pour produire la salivation ait une efficacité réelle contre les accidents syphilitiques. il y a longtemps déjà que M. Ricord a formulé d'une manière très-précise une loi thérapeutique qui rend compte de ce résultat que Béranger de Carpi, qui vivait à la fin du dix-neuvième siècle, connaissait aussi bien que nous. *Les effets du mercure*, dit M. Ricord, *sont d'autant plus efficaces qu'on peut en faire prendre des doses plus fortes en des temps plus courts.*

Mais il ne faut pas que ces doses vous mettent dans l'impossibilité de continuer et de reprendre le traitement aussi longtemps et aussi souvent que la maladie l'exige. Or, il résulte des chiffres que M. Panas nous a donnés, que la salivation arrive de la douzième à la treizième friction, qu'elle a eu lieu chez la moitié des malades environ et qu'elle a obligé à suspendre le traitement pendant un temps qui a varié de dix à vingt-cinq jours, il a oublié de nous dire combien de temps les frictions ont été faites. Après le premier repos, et son expérience ne lui permet pas de savoir combien il y aura de rechutes après un ou deux traitements par les frictions mercurielles. Si on avait la chance de se guérir après deux ou trois séries de frictions, c'est-à-dire après avoir salivé à deux ou trois reprises, on aurait déjà de belles chances pour ne pas garder ses dents bien longtemps, mais si, tous les six mois ou tous les ans, il faut recommencer à saliver, les incisives, les canines, les petites et les grosses molaires y passeront toutes sans exception. M. Panas est tellement épris des frictions mercurielles, qu'il paraît porté à croire que le mercure administré intérieurement a fort peu d'efficacité; or M. Diday qui emploie les frictions et qui administre en même temps du protoiodure comme tout le monde, fait disparaître en huit ou dix jours les accidents pour lesquels il faut à M. Panas vingt-six jours de traitement et vingt-six frictions.

Si le traitement intérieur est plus long, il est mieux toléré et c'est son grand avantage; quand la tolérance ne s'établit pas du côté de l'estomac, quand malgré l'opium, auquel on l'associe, il survient des troubles de l'intestin, il faut bien avoir recours aux frictions et aux fumigations mercurielles, mais le traitement externe doit, à mon avis être réservé pour ces cas.

Un de nos collègues, répondant à M. Depaul, m'a fait dire en citant un passage de mes leçons, sur les organes génitaux de la femme, que le mercure est dangereux pour les femmes enceintes. Je n'ai pas dit cela et je crois même avoir dit le contraire. J'ai fait une distinction entre la dose que supporte une femme dans l'état de parturition et celle que tolère un autre individu. J'avais d'abord pensé que l'enfant conçu par une femme syphilitique court de grands risques de succomber à la vérole, il fallait se presser de traiter la mère et pour aller plus vite, j'avais cru qu'il faillait des doses fortes de mercure. Les trois observations rappelées par M. Després m'ont prouvé que dix centigrammes de protoiodure de mercure administrés à la mère, pendant moins d'un mois, suffisent pour causer la mort de l'enfant, tandis que cinq centigrammes guérissent la mère et font vivre l'enfant.

Si l'on oublie la dernière proposition, on donne à la première (celle que l'on vous a citée), un sens qu'elle n'a jamais eu pour moi.

Je viens de parler des doses que les malades peuvent supporter; permettez-moi d'insister sur ce sujet. M. Diday nous a dit qu'il donne à ses malades 10 ou 15 centigramme de protoiodure de mercure en même temps qu'il les soumet aux frictions mercurielles. Je doute que l'on puisse continuer longtemps ce traitement; notre collègue le cesse au bout de 8 ou 10 jours.

Au bout de ce temps, il a fait absorber à ses malades autant de mercure que s'il les avait soumis pendant un mois à une dose trois fois moindre, et il doit avoir un meilleur résultat, puisque les effets sont d'autant plus efficaces que les doses sont plus fortes dans des temps plus courts. La question ser it jugée en faveur des grandes doses du mercure donné à l'intérieur et des frictions mercurielles, si le traitement par des doses faibles données deux, trois ou quatre fois plus longtemps pouvaient donner le résultat que l'on recherche, c'est-à-dire prévenir de nouvelles manifestations; mais il n'en est rien: ni les frictions, ni les hautes doses administrées intérieurement, ni trois, quatre et cinq mois de traitement par des doses faibles, ne mettent à l'abri de ce que l'on a appelé ici des récidives. C'est pour cela que je donne la préférence, d'une manière générale, à la méthode par extinction, qui permet de poursuivre la maladie aussi longtemps que cela est nécessaire, sans provoquer les accidents auxquels donne lieu infailliblement le traitement que l'on pourrait appeler à *grande vitesse*.

Il me reste à parler de la période qui précède les éruptions. On vous a dit d'abord que donner le mercure avant l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses, c'était faire un traitement *préventif*. On n'avait pas assez réfléchi que lorsque le chancre infectant apparaît, l'économie est imprégnée du virus syphilitique comme elle l'est du virus varioleux, quand le premier bouton de variole se produit. On en était resté à l'histoire de la syphilis d'il y a 20 ans, alors que la distinction entre les deux chancres n'avait pas encore été faite. Aujourd'hui, presque tout le monde admet que la vérole existe dès que le chancre infectant a commencé son évolution. Si nous avons besoin qu'il ait subi un certain développement pour le reconnaître, il n'en est pas de même de l'économie du malade qui en ressent les effets pendant l'incubation, avant que la maladie se traduise d'une manière appréciable pour le médecin.

Si la maladie existe dès que le chancre paraît, pourquoi ne pas la combattre dès qu'on en a reconnu la nature? M. Diday seul est conséquent, quand il ne donne pas de mercure à cette période de la syphilis, car il va plus loin, il soutient que ce médicament est sans effet, même sur les plaques muqueuses.

M. Panas qui, comme M. Diday, emploie les frictions mercurielles, a pourtant été converti à cette méthode par la promptitude avec laquelle il l'a vue triompher de cet accident; mais n'opposons pas les résultats de M. Panas à ceux de M. Diday, et examinons froidement, sérieusement, cette opinion qui veut qu'on attende, après le chancre, de nouveaux accidents pour commencer le traitement.

On a comparé la syphilis à la scrofule parce que l'une et l'autre pénètrent l'économie tout entière pour un temps indéfini. Eh bien! attend-on, pour traiter la scrofule, que les os soient malades? Il suffit que les ganglions, par leur développement, indiquent le vice de la constitution, pour que l'on s'efforce d'y porter remède. Y a-t-il dans le cadre nosologique une affection que l'on ne combatte qu'après l'évolution de plusieurs de ses périodes?

De toutes les raisons alléguées par M. Diday, la meilleure à mon sens, serait que M. Ricord se fût converti à cette manière de voir, mais notre collègue de Lyon s'est fait illusion et il a prêté au maître une opinion toute différente de celle que nous trouvons dans les publications les plus récentes:

« Pour moi, dit M. Ricord dans ses leçons sur le chancre, l'indutration est le commencement de la diathèse; le chancre induré n'est en quelque sorte que le premier des accidents secondaires. Eh bien! dans cette opinion, je dois administrer et j'administre en effet le mercure, *dès le début*. Une induration bien nettement formulée me suffit pour prescrire le traitement général, et du premier jour où je puis le constater, j'attaque de front la diathèse. »

M. Ricord diffère bien parfois le traitement quand il se trouve en présence d'un chancre, mais c'est qu'alors il n'est pas sûr de la nature de l'ulcération. Il attend alors, mais son expectation cesse, dès qu'il est sûr d'avoir affaire à la vérole.

Je suis allé plus loin; j'ai souvent remarqué que la violence des accidents est en raison directe du temps qui s'est écoulé entre l'infection et le commencement du traitement. En donnant le mercure au début, c'est-à-dire au moment où le chancre infectant est reconnaissable, on mitige les accidents, on produit une vérole faible; en attendant, on laisse se produire une vérole forte, suivant des expressions qui paraissent devoir s'introduire dans l'histoire de la syphilis.

Lorsque la Société de chirurgie me chargea, avec M. Cullerier, de suivre les expériences de M. Lukomski, qui prétendait guérir la syphilis, non avec un système reconstituant, ni avec le chromate de potasse, mais en inoculant le virus vaccin, je fus obligé de laisser les malades sans autre traitement que la vaccination, et je vis alors des choses que je n'avais pas l'habitude de voir chez les femmes qui habitaient l'hôpital depuis quelques jours. Je vis des plaques muqueuses couvrir la voûte palatine tout entière et des roséoles d'une intensité telle, que je crus devoir cesser les vaccinations et commencer le traitement mercuriel.

M. Diday n'a pas toujours nié que l'administration du mercure dans la période du chancre eût de l'influence sur les accidents ultérieurs; il dit au contraire qu'elle en retarde l'apparition. On lit en effet, dans son *Exposiiton des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 298: « La syphilis constitutionnelle apparaissant dès le 25e jour, et cela malgré *l'influence retardatrice (reconnue de tous et si irrécusablement constatée par la statistique de M. Bassereau)* du mercure donné presque dès le début du chancre..... »

Que dirai-je de plus? Le mercure, qui retarde l'apparition des syphilides, est-il donc sans action contre la vérole dans la période du chancre? S'il retarde les syphilides, comment osez-vous dire qu'il ne les atténue pas? Quand, après l'administration du mercure contre le chancre infectant, on voit une syphilide légère, ou dit que l'on a eu affaire à une *vérole faible* et on croit avoir une explication suffisante. Il y a longtemps que l'on a imaginé ces virus forts et ces virus faibles: en 1852, M. Bassereau, en parlant du nombre des frictions que l'on croyait devoir employer pour guérir la vérole, disait déjà: Il y avait des virus forts, des virus faibles et des virus de force moyenne. — Si l'on admet des degrés dans la force du virus, il faut prendre garde qu'elle ne nuise au contrôle sévère de la thérapeutique rationnelle.

On m'a fait dire que la pratique des médecins qui attendent les manifestations dites, autrefois, secondaires, est celle des ignorants. Je n'ai pas dit cela, et craignant que ma pensée ne fût mal interprétée, je l'avais déjà expliquée. Je peux être vif parfois, j'ai toujours l'intention de respecter l'opinion de mes collègues. J'ai dit que cette manière de voir serait commode pour les ignorants, parce qu'il deviendrait inutile de savoir distinguer les chancres infectants de ceux qui ne le sont pas, le traitement général devant être réservé pour l'époque où se produisent les éruptions cutanées.

Pour moi qui professe que l'on ne peut pas commencer le traitement trop tôt, vous comprenez de quelle importance il est de pouvoir dire dès qu'un chancre apparaît, s'il est l'indice de l'infection syphilitique.

Je prie ceux de mes collègues qui se plaignent de l'inefficacité du traitement mercuriel contre les syphilides de vouloir bien administrer le mercure à dose suffisante au début de la première manifestation de la syphilis, et j'espère qu'ils adopteront le traitement que je crois le meilleur.

Je vous demande la permission, en finissant, de rapprocher deux opinions de celui de nos collègues qui s'est cru le plus autorisé dans la question qui nous occupe: il a professé autrefois que le mercure doit être banni du traitement de la syphilis; quelques-uns d'entre nous le croyaient encore antimercurialiste, et M. Després, pensant n'être que son auxiliaire, invoquait son opinion et sa longue expérience, qui lui semblaient militer irrévocablement contre nous. Et bien, vous l'avez entendu, dans la dernière séance, menacer des dernières rigueurs les médecins qui s'abstiendraient de donner du mercure aux femmes enceintes. Assurément, nous n'irions pas si loin. Un médecin ne relève à nos yeux que de sa conscience; quand il croit faire bien, on peut

le plaindre s'il se trompe, plaindre encore plus ses malades ; mais personne n'a le droit de l'accuser quand le mal qu'il fait ne provient ni d'une intention coupable, ni d'un défaut d'instruction.

Cette longue discussion sur le traitement de la syphilis n'a pu que confirmer dans leur croyance ceux d'entre nous qui croient à l'efficacité du mercure. Si quelqu'un doutait encore de cette efficacité, je rappelerais les résultats du traitement de la syphilis des nouveau-nés par les bains de sublimé. Vous savez, messieurs, que, dans ce cas, quelques-uns de ces bains suffisent pour guérir les plaques muqueuses, quelque nombreuses et quelque larges qu'elles soient. Je sais bien que l'on peut objecter que c'est un traitement purement local, puisque jamais on ne donne lieu à la salivation et aux autres accidents de la bouche que le mercure produit ordinairement ; mais les enfants nouveau-nés sont dans des conditions particulières pour ne pas avoir de gingivite, et l'expérience de plusieurs années m'a démontré que les enfants traités par cette méthode ne sont pas seulement guéris promptement des manifestations syphilitiques ; j'en connais qui sont arrivés à huit ans et qui, depuis le traitement par les bains de sublimé, n'ont pas encore eu d'autres accidents et jouissent d'une magnifique santé.

Malheureusement, on n'obtient pas les mêmes résultats pour les adultes. J'ai tenté le même moyen pour les femmes de Lourcine, et 40 grammes de sublimé dans un bain ordinaire ne suffisent pas pour guérir les manifestations plus vite que par le traitement interne. J'avoue que, pour les adultes, j'ai été trop timide dans l'emploi de ce moyen. Je craignais qu'une trop forte dose de sublimé venant à être absorbée, il y eût des accidents graves du côté de la bouche. J'ai eu pour les bains de sublimé les mêmes craintes que pour les frictions, et je me suis abstenu d'avoir recours d'une manière générale à ces deux moyens, parce que je crois que le traitement interne bien institué, en tenant compte de l'état des organes du malade, suffit dans l'immense majorité des cas et peut-être institué d'une manière plus rigoureuse.

M. DESPRÉS. J'entends M. Guérin déclarer qu'il a pu mettre jusqu'à quarante grammes de sublimé dans un bain sans que les malades en aient éprouvé aucun inconvénient.

Ceci fait voir combien est problématique l'action des mercuriaux administrés au moyen des bains. Quant aux résultats obtenus chez les enfants, je suis convaincu qu'ils eussent été également produits par l'usage des topiques.

M. PANAS. Sans vouloir prolonger la discussion, je désire cependant relever certaines assertions qui se sont produites. Je dirai sommairement à M. Després que je n'ai point présenté ici des observations de choix, mais que j'ai laissé de côté les faits qui, pour diverses raisons, étaient demeurés incomplets.

Relativement au discours de M. Diday, j'ai deux remarques à présenter. Notre confrère est beaucoup plus mercurialiste que ne le feraient supposer ses publications. C'est avec raison qu'il a contesté l'action du mercure pour faire disparaître certaines plaques muqueuses. J'ai moi-même remarqué que les frictions agissent assez mal contre les plaques muqueuses des amygdales.

Enfin, je dirai à M. Guérin que la salivation peut être évitée si l'on emploie les frictions avec prudence. Ce mode d'administration du mercure a le double avantage d'agir rapidement et de ne pas provoquer de troubles digestifs.

Chez les enfants, il est presque impossible d'employer les préparations mercurielles, mais heureusement les frictions guérissent les petits malades sans jamais provoquer la stomatite.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Liégeois soumet à l'examen de la Société un sujet atteint d'une hypertrophie générale du système osseux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Marjolin présente : 1° une pièce de fractures multiples des os du bassin ; 2° une pièce de fractures de la partie supérieure du corps du fémur. (Voir plus haut les observations.)

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire : DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le lundi 4 novembre prochain, un concours pour trois places de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira dans cette ville.

Les candidats peuvent s'adresser, pour tous les renseignements, au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux.

— L'Amérique a perdu, le 20 mars 1867, un de ses citoyens les plus distingués, le docteur Thomas Hunt.

La mort du docteur Hunt a provoqué aux États-Unis d'unanimes regrets. Tous les journaux américains nous arrivent remplis de longs articles sur le savant professeur, praticien habile et remarquable.

Thomas Hunt était président de l'Université de Louisiane et professeur de physiologie et d'anatomie pathologique spéciale à la Faculté de médecine de cette Université.

Son grand-père avait exercé pendant de longues années le commandement en chef et la présidence du conseil royal des Bahamas ; son père était venu s'établir dans la Caroline du Sud, où il épousa la sœur de John Gailiard, si connu pour avoir été pendant vingt ans président du Sénat des États-Unis. Thomas Hunt, jeune encore, s'était signalé par des actes de dévouement admirables. Il avait été plus tard l'un des fondateurs de l'Université de la Nouvelle-Orléans, il contribua puissamment à sa prospérité par son zèle actif et désintéressé. Il était publiquement connu par sa bienfaisance sans égale, et universellement respecté pour son savoir et ses vertus. On lui doit l'heureux emploi de la quinine comme remède efficace contre la fièvre jaune.

Le conseil d'administration de l'Université, la Faculté de droit et la Faculté de médecine ont consacré, dans une série de délibérations officielles, les regrets que mérite une telle perte, et voté à cette occasion de solennels témoignages de condoléance à sa famille qui se rattache étroitement à la France par ses liens de parenté. La bellemère du docteur Hunt était Française, quoique née en Amérique, et cousine germaine d'un de nos honorables membres de l'Institut. Le docteur Hunt lui-même avait fait ses études médicales à Paris.

La délibération de la Faculté de médecine fait le plus grand éloge des talents hors ligne du docteur Hunt, de son profond savoir, de son éloquence incomparable dans sa chaire de professeur, de sa dextérité dans les opérations chirurgicales et et de son caractère élevé et indépendant.

La Faculté de medecine lui a voté, dans l'intérieur de l'Ecole, une inscription commémorative des services qu'il lui a rendus.

— La prochaine réunion de la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance aura lieu mercredi prochain, 10 courant, à 8 heures du soir (Mairie du 1er arrondissement).

Ordre du jour. — Service médical du Bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement, par M. Pellarin. — Sur l'accouchement prématuré, par M. Perrin.

Le Directeur, Dr. E Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse. 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, LE 10 JUILLET 1867.

Sur la Séance de l'Académie de médecine

La discussion sur l'accroissement de la population de la France, vient d'être close. Au fond, les orateurs sont bien près de s'entendre. Qu'ils soient plus ou moins optimistes, qu'ils voient le mal plus ou moins grand, tous reconnaissent qu'ils aimeraient mieux voir la population française croître plus vite. La divergence d'opinions ne se maintient plus que sur quelques chiffres qui n'ont pas une grande importance.

Il paraît que les Péruviens pratiquaient la trépanation avec la pointe d'un couteau ou quelque instrument de ce genre. Du moins telles sont les conclusions que M. Broca a déduites de l'examen d'un crâne trouvé dans les tombeaux des rois du Pérou.

Nous publierons un extrait du rapport de M. le professeur Gavarret sur l'optomètre de M. Javal.

Ce rapport, M. Gavarret en avait donné les prémices dans son article « Astigmatisme » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Il a même, pu dans le dictionnaire, introduire des calculs et des dessins qu'un rapport à l'Académie ne comportait pas; et c'est là que devront se référer ceux de nos lecteurs qui voudront se faire de la question une idée complète.

Disons seulement que l'astigmatisme auquel on peut porter remède, l'*astigmatisme régulier*, est le même que l'on produirait en pressant l'œil entre deux doigts.

L'œil se trouverait ainsi légèrement applati ; la cornée serait plus courbe suivant un de ses diamètres que suivant un autre perpendiculaire au premier; et la vision deviendrait trouble, parce que tous les rayons visuels n'iraient pas se croiser au même point dans l'œil, et se disposer régulièrement chacun à sa place sur la rétine.

Pour corriger un tel défaut dans la vision, on met en usage des verres qui sont courbes suivant un seul sens, des sections de cylindre taillées parallèlement à l'axe du cylindre, c'est ce qu'on nomme des verres cylindriques convexes, ou des verres concaves, qui représentent sur leurs faces l'empreinte d'un cylindre.

On comprend qu'en mettant un verre convexe cylindrique dans un sens tel que son axe soit parallèle au méridien le plus courbe de la cornée, sa courbure viendra s'ajouter à la plus petite courbure de l'œil.

Ainsi, tandis que les rayons visuels qui tomberont sur la cornée suivant le diamètre de sa plus grande courbure, seront déviés par elle seule, ceux qui tomberont suivant le diamètre de la plus petite courbure seront déviés par elle, après l'avoir été par la courbure du verre cylindrique. Si le verre est bien choisi, ces deux déviations successives pourront égaler, dans leurs effets, celle que produira, à elle seule, la plus grande courbure de la cornée, et les rayons coïncidant au même point dans l'intérieur de l'œil, iront dessiner régulièrement leurs images sur la rétine.

Il serait facile de démontrer que, le foyer des deux principaux méridiens coïncidant, ceux de tous les autres coïncideraient également.

Tels sont, en somme, les principes qui dominent toute cette question.

Dr Victor Revillout.

LA SYPHILIS ET LE MERCURE

A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

II

On recommence à chaque instant l'histoire de la syphilis, non pas pour l'éclairer, mais pour l'obscurcir; il n'est pas de spécialité en renom, ou pour se donner du renom, qui ne pense devoir hasarder sa petite théorie. Les gens sensés renoncent à se tenir au courant de cette science prétendue et peu à peu s'en rapportent uniquement à leurs observations propres. La discussion dont nous nous occupons, en ce moment, n'est pas de nature à éclairer le problème, mais bien à l'embrouiller encore davantage. Heureusement les idées novatrices trouvent une vigoureuse résistance et on ne voit pas se produire, à leur endroit, l'engoument fort légitime avec lequel furent reçues, dans le temps, les opinions et les théories de M. Ricord.

Je ne sais pas ce que fait, dans sa tente, le vrai, le seul vrai maître de la syphilis, mais il me semble que, à sa place, je serais poursuivi par un certain remords. Le Dr Ricord avait débrouillé le chaos informe qui s'appelait, au dernier siècle et au commencement de celui-ci, l'histoire de la syphilis. Son système, très-nettement conçu, reposant sur les bases solides de l'observation et de l'expérimentation, pêchait à peine par quelques points de détail, sans grande importance réelle. A peine ce système était-il attaqué par des curieux, par des hommes recherchant bien plus le bruit que l'intérêt de la science, que M. Ricord lui-même semble l'abandonner et le sacrifier. — Il peut assister à la lutte et voir ce que deviennent les meilleures idées, quand elles ne sont pas courageusement défendues, surtout quand elles semblent abandonnées, à moins qu'il ne trouve justement sa vengeance dans le spectacle de ce qui se dit et se fait, soit à Lyon, soit à Paris !

On peut voir un exemple remarquable de ce que j'avance en ce moment dans l'histoire du chancre induré, telle que semblent la comprendre nos modernes syphiliographes.

Si jamais histoire fut tracée de main de maître et sortit complète et claire et précise de l'esprit d'un véritable observateur, c'est celle du chancre induré, telle que l'avait entrevue Hunter, telle que l'avait établie M. Ricord. Une erreur, je le pense aujourd'hui, était de supposer que le chancre mou ne s'accompagnait *jamais* d'accidents constitutionnels; c'était là l'exagération d'une vérité. Mais ce qui est vrai incontestablement, c'est que le chancre induré s'accompagne *toujours* d'accidents constitutionnels ou plutôt qu'il est le premier de tous les accidents constitutionnels. D'où, selon moi, la nécessité absolue, rigoureuse de traiter immédiatement par le mercure tout individu présentant *ce premier accident constitutionnel*, le chancre induré.

Relisez la discussion de la Société de Chirurgie et vous verrez que, pour un très-grand [illegible] ; sont là des idées vieillies et passées de mode. Je ne parle pas seulement de M. Desprès, mais de M. Diday lui-même qui, après avoir beaucoup étudié la vérole, et pour cela ou malgré cela, me semble arrivé à ce point où l'on finit par ne plus y voir clair.

M. Diday n'a aucun principe formellement arrêté et ne semble plus prendre pour guide que son expérience consommée et son coup d'œil fort exercé. Il donne ou il ne donne pas le mercure; il n'est exclusif ni dans un sens ni dans l'autre. Les accidents lui paraissent-ils légers chez un malade, il ne donnera pas de mercure; — mais, chez le même malade, les accidents deviennent-ils graves (et cela n'est pas rare), il administrera les mercuriaux. Singulière thérapeutique, il en faut convenir; et quel est le médecin qui voudra suivre M. Diday dans ces errements? Pour moi, j'ai surabondamment appris qu'un traitement méthodique, dirigé contre les premiers accidents, souvent légers, prévient l'apparition d'accidents ultérieurs plus graves. — D'où le précepte formel d'administrer le mercure dès qu'apparaissent les premiers accidents, quels qu'ils soient.

D'après les mêmes principes, tout aussi erronés, M. Diday n'administre le mercure contre le chancre induré que lorsqu'une induration très-prononcée lui fait craindre une grosse vérole. C'est là une opinion dangereuse et une erreur capitale; l'induration est toujours le signe incontestable d'une syphilis constitutionnelle et doit être traité comme tel. De plus je n'admets en aucune façon que le plus ou le moins d'induration soit en rapport avec la gravité des accidents constitutionnels ultérieurs. C'est là une théorie absolument fausse et trop souvent démentie par les faits. Je traite, en ce moment, et depuis deux ans, un malade chez lequel les accidents constitutionnels sont d'une ténacité peu commune et chez lequel cependant l'induration était si peu prononcée que je ne pensais pas devoir diriger contre elle un traitement spécifique. Je crus devoir attendre l'apparition des accidents généraux qui se montrèrent très-rapidement (au bout de six semaines) et qui, dans leurs diverses poussées, ont consisté en roséole, plaques muqueuses à la gorge, syphilides squammeuses, otite et tubercules à la face.

Aurais-je conjuré tous ces accidents successifs, en administrant plus tôt le mercure? rien ne le prouve; mais tout a surabondamment prouvé que l'absence de mercuriaux ne les avait pas empêchés de se montrer. Doute encore d'un côté; certitude de l'autre. Que le praticien désintéressé choisisse; pour moi le choix est tout fait désormais! même dane les cas douteux, j'administrerai le mercure de bonne heure.

Quant au traitement, un peu singulier, proposé par M. Diday, je crois qu'il vaut mieux n'en rien dire que de le critiquer, comme il le mériterait. Ce ne peut être que l'erreur d'un homme qui, mécontent de ce qui se fait, cherche à faire mieux ou, tout au moins, d'une manière différente.

Cette discussion, je l'ai dejà dit, m'a profondément étonné et,

---

FEUILLETON

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Recueil de pierres sigillaires d'oculistes romains

par le Dr J. SICHEL

Je suis vraiment fâché de m'être chargé de rendre compte de ce travail important du Dr Sichel; il eut fallu, pour l'apprécier convenablement et à sa juste valeur, un homme versé dans une étude sérieuse, pénible et qui m'est presque inconnue, l'étude des Inscriptions antiques. Comme le commun des mortels, je n'entends rien à ces choses, et suis bien forcé de les accepter à peu près les yeux fermés.

Ce sont de terribles gens que les amateurs d'antiquités et d'inscriptions; ils passent volontiers des mois à refaire une lettre à demi-effacée et à reconstruire une inscription dont il ne reste guère que des vestiges absolument indéchiffrables. Il leur faut, pour arriver à un résultat presque toujours contesté, une patience de bénédictin, une érudition profonde, une connaissance minutieuse de l'histoire. Cela les intéresse et fait un de leurs grands plaisirs; mais le pis, c'est que pour les comprendre et les apprécier convenablement, il faut au lecteur presque autant de peine et de travail qu'à l'auteur lui-même.

Le Dr Sichel, qui est un des hommes les plus compétents sur la matière, qui l'a creusée sous toutes ses faces, à qui rien n'a échappé, ni dans les travaux modernes, ni dans les travaux anciens, M. Sichel, dis-je, nous a un peu simplifié la besogne par des explications, claires le plus souvent, et toujours d'un très-grand intérêt. Mais de même que notre auteur est assez fréquemment en désaccord avec ses devanciers, il ne peut pas manquer de lui arriver de trouver des contradicteurs. Et en vérité, j'ai bien envie de me faire, à mon tour, une réputation d'érudit en lui cherchant querelle; on va voir que la chose n'est, au fond, pas très-difficile.

Un cachet d'oculiste présente l'inscription suivante :

SEXPOLLESOLLEFAFONADLIP.

Un savant M. Herbert traduit ainsi :

Sextus pollet solemnem fafon ad lippos.
(Sextus sait soigner les yeux chassieux).

Le Dr Sichel ne veut pas du mot FAFON qu'il ne comprend pas, qui n'a pas de signification, qui ne se retrouve nulle part, et il le restitue ainsi : OMNEM ; et il lit de la sorte la susdite inscription :

SEXTI POLLEMNII SOLEMNIS LENE AD OMNEM LIPPITUDINEM.

Cela, à notre sens, rappelle un peu trop la fameuse épigramme sur l'étymologie du mot cheval, venant d'*equus*.

D'ailleurs M. Sichel lui-même fait assez bon marché de son interprétation : — « Toute conjecture, dit-il, est licite dans des inscriptions aussi gravement défigurées, pourvu qu'on prenne pour base des mots déjà inscrits sur d'autres monuments épigraphiques de la même nature. Néanmoins une nouvelle empreinte et l'inspection de la pierre pourraient conduire à une meilleure correction du mot FAFON. »

C'est également notre très-humble avis.

Je prends goût au métier d'érudit et je continue; qui sait si je ne cours pas tout droit à l'Académie des inscriptions et belles-lettres, où je suis quelque peu étonné de ne pas voir M. le docteur Sichel?

Quand celui-ci veut rétablir une inscription à peu près indéchiffrable et incompréhensible, je trouve qu'il appelle, à son aide, un procédé vraiment trop simple et trop commode; il suppose que le graveur ignorant a pris un mot pour un autre, a gravé une lettre pour une autre lettre et il est forcé d'admettre également que l'oculiste, tout aussi ignorant, ne s'est pas aperçu de la bévue ou n'a pas su ou voulu la faire corriger. — Je le répète, le procédé ne me paraît guère scientifique; et que dirait M. Sichel si, revenant dans huit ou dix siècles, et rencontrant des gens qui ne comprennent plus son texte, il les entendait proclamer très-sérieusement que l'imprimeur était un ignorant et que l'auteur lui-même..... Je suis bien forcé de m'arrêter par respect pour un homme dont j'admire le vaste talent, l'immense érudition, la variété des connaissances, et, par-dessus tout, la profonde bonne foi.

Si l'on veut d'ailleurs s'assurer avec quelle perspicacité, M. Sichel rétablit une inscription, on n'a qu'à se reporter à la page 61 de son

plus elle marche, plus elle m'étonne. La proposition de M. Diday demandant un congrès de spécialistes et publiant, par conséquent, l'insuffisance de la Société de chirurgie, ne sera pas une de ses moindres singularités. Cela n'est pas très-flatteur pour la Société de chirurgie, mais celle-ci avait un moyen facile de se venger, c'était d'accepter et de patroner ladite proposition et d'en poursuivre la réalisation certaine. A moins que je ne sois tout-à-fait en dehors du mouvement médical, j'affirme qu'on se serait bien moins entendu dans ce congrès, que dans la Société elle-même ; et c'eut été une chose vraiment curieuse et instructive que d'entendre tout ce qui se serait dit. Il est vrai qu'il aurait fallu d'abord le rare courage de l'entendre ou de le lire !

Un point d'une importance capitale et qui méritait d'être magistralement discuté, à propos du traitement de la syphilis, c'est celui qui a trait au *régime* des malades pendant toute la durée de ce traitement. Et cependant ce point, jusqu'ici, n'a pas même été effleuré. Cela se comprend, les préoccupations des spécialistes ou des praticiens ne sont pas tournées de ce côté, dont nos prédécesseurs, au contraire, prenaient le plus grand et le plus légitime souci. A force de devenir *bonne fille*, de se vulgariser pour être à la portée de tout le monde, la médecine perd trop de son autorité ; elle n'est plus suffisamment écoutée et obéie, et si le médecin n'est pas plein de foi, n'insiste pas beaucoup et ne parvient pas à imposer sa façon de voir, le malade va son train et il se croit quitte envers la faculté et la maladie, lorsque, sans changer aucune de ses habitudes, il prend religieusement les médicaments ordonnés. — Le grand succès un peu passé de l'homœopathie (cette grande mystification qui peut donner la preuve indiscutable de la *bêtise humaine*), son seul succès est venu de ce que cette méthode médicale trouvait le plus salutaire adjuvant, dans l'observation rigoureuse du régime. — Or, dans aucune maladie peut-être, autant que dans la syphilis, il n'est nécessaire d'observer scrupuleusement un régime sévère et approprié.

On parle, et moi comme les autres, de l'insuccès apparent des préparations mercurielles dans certaines véroles, qui ne paraissent même pas toujours très-graves, mais qui sont d'une ténacité désespérante. Les traitements sont pourtant bien dirigés et par des mains expérimentées. La faute, souvent, en est moins au mercure et à la nature spéciale du mal qu'à des écarts de régime souvent répétés. Le mercure guérit assurément la vérole, mais il peut échouer malheureusement quand on n'en aide pas l'action par un bon régime.

Tous les médecins attentifs ont vu l'effet désastreux des alcooliques sur la marche des chancres simples et des bubons ; son influence fâcheuse est tout aussi grande contre les accidents secondaires de toute nature. Dans tous les cas de syphilis, il faut absolument interdire l'usage des boissons alcooliques proprement dites ; je dis l'usage et non point seulement l'abus. Dans les cas assez nombreux où il faut tonifier les malades, le vin suffit, pris en quantité modérée ; l'eau-de-vie ne doit jamais être permise, même en très-faible quantité ; même à dose médicamenteuse. — J'ai observé bien des cas où il m'a suffi d'obtenir du malade qu'il renonçât à l'habitude pernicieuse des alcooliques pour voir se guérir assez facilement une vérole jusqu'alors rebelle.

On ne devra pas permettre d'avantage aux ouvriers l'usage du vin blanc le matin, à jeun.

J'interdis également aux vérolés, bien que cela ait peut-être une moindre importance, les viandes de charcuterie ; les poissons salés, la morue, les fromages très-forts et très-fermentés. J'obtiens assez facilement ces points, parce que j'insiste très-énergiquement et que d'ailleurs je permets toute autre espèce de nourriture ; que je conseille d'ordinaire un régime assez tonique et l'usage modéré du vin, même à la fin du repas, un peu de vin pur.

Il est cependant des hommes si forts, si vigoureux et tellement sanguins, que malgré l'action débilitante de la vérole, malgré l'action spéciale des préparations mercurielles, il faut, au contraire, aider le traitement par un régime débilitant et où il est absolument nécessaire d'interdire l'usage, même modéré, du vin pur, tout au moins chez certains malades.

Dans quelques cas, extrêmement rares, enfin, on peut obtenir d'excellents résultats du traitement dit : *traitement de la faim* (1).

Je m'arrête ici et j'ai le regret de ne pouvoir tirer aucune conclusion importante de la discussion dont je viens de m'occuper. Je tiens à constater cependant que la masse des médecins n'est nullement disposée à suivre les novateurs dans des chemins mal frayés, pleins d'ornières et d'embûches.

Dr H. Montanier.

(1) Nous reviendrons probablement un peu plus tard sur cette importante question pour la traiter à fond.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gosselin

Leçon sur les indications et les contre-indications du trépan primitif, à propos de deux malades affectés de contusion indirecte du cerveau.

(Recueillie par M. Pazzi, externe du service.)

Nous avons depuis deux jours, au n° 54 de la salle Saint-Louis, un homme de 26 ans qui est tombé de trente-deux pieds de hauteur dans la cour de l'hôpital même, où il travaillait au bâtiment actuellement en construction.

Nous l'avons vu au moment où l'accident venait d'avoir lieu. Il était tout à fait sans connaissance et laissait aller involontairement son urine. Vous avez été frappés en même temps de son agitation, du désordre de ses mouvements, de sa respiration fréquente et bruyamment stertoreuse. Nous avons constaté qu'il n'y avait pas d'hémiplégie.

Les symptômes sont restés sensiblement les mêmes pendant toute la journée. Avec la perte de connaissance qui s'était produite immédiatement après la chute, il a continué à avoir la respiration fréquente et stertoreuse et des mouvements désordonnés qui ont obligé de lui attacher les pieds et les mains. Le pouls, excessivement fréquent et petit au moment où le blessé venait d'être relevé, s'est ralenti au bout de peu de temps, et depuis lors n'a pas cessé d'être plein et un peu fréquent.

Du reste, le malade ne présentait d'autre plaie qu'une attrition légère des téguments à la commissure externe des paupières du côté droit, et d'autre signe rationnel d'une fracture possible de la base du crâne, qu'une épistaxis abondante, arrêtée quelques heures après l'accident.

Point d'écoulement par les oreilles de sang ou de liquide céphalo-rachidien.

Une fracture du radius droit a été reconnue et a nécessité l'application d'un appareil inamovible.

Le lendemain, la perte de connaissance existait encore, mais l'agitation était un peu moindre ; le malade accusait, par un grognement, de la sensibilité lorsqu'on le pinçait ; il remuait tous ses membres, toutefois il laissait encore aller involontairement ses urines.

Aujourd'hui la connaissance revient un peu ; le malade paraît comprendre les questions qu'on lui adresse, répond par oui et par non, et quoique son agitation et la fréquence de son pouls nous autorisent à vous le présenter comme atteint d'une méningo-encéphalite traumatique commençante, notre pronostic n'est pas aussi grave que certains d'entre vous pourraient peut-être le supposer. Nous espérons que, grâce au traitement mis en usage, — sangsues derrière les oreilles le premier jour, saignée du bras le lendemain, glace sur la tête, calomel, lavement purgatif, sinapismes, — les facultés intellectuelles et les autres fonctions de la vie organique et de la vie de relation vont se rétablir peu à peu.

Ceux d'entre vous qui ont assisté à la leçon clinique du 10 mars dernier, ont remarqué sans doute l'analogie qui existe entre notre blessé actuel et le malade dont il était question alors. Celui-ci qui est encore dans nos salles, au n° 30, nous avait également présenté une perte complète de connaissance, avec agitation, cris désordonnés, respiration et pouls fréquents, en un mot excitation des grandes fonctions avec suppression momentanée des facultés intellectuelles. Mais, tandis que notre blessé actuel ne nous présente aucune blessure de la voûte crânienne, le n° 30 avait alors une grande plaie à lambeau de cette région, sans dénudation et sans fracture appréciables ; il avait, en outre, une paralysie du côté droit, laquelle a duré peu de jours sur le membre inférieur, mais s'est prolongée bien plus sur le membre supérieur. Il n'y a pas longtemps que ce dernier a recouvré le mouvement pour tous ses muscles, sauf le deltoïde qui est encore aujourd'hui paralysé.

Mais vous l'avez vu ; sauf cette légère infirmité relativement légère, contre laquelle nous employons tous les jours l'électricité, ce malade si gravement atteint s'est progressivement rétabli, grâce à son jeune âge (24 ans), grâce aussi sans doute au traitement antiphlogistique et révulsif que nous avons employé.

Je vous ai présenté ces deux blessés comme atteints d'une lésion traumatique complète de l'encéphale, que nous désignons par les mots de *contusion* et *commotion* du cerveau. — *Contusion*, car depuis les lucides descriptions préparées par Labourant et données ensuite par Dupuytren et Sanson, nous savons que les contusions, c'est-à-dire les solutions de continuité superficielles ou profondes, solitaires ou multiples du cerveau, ont pour expression clinique l'agitation, la fréquence du pouls et de la respiration. — *Commotion*, car il y a eu perte immédiate de connaissance ; *commotion*, pouvons-nous même dire, par cela seul qu'il y a eu *contusion*. En effet, il n'y avait fracture de la voûte ni chez l'un ni chez l'autre de ces malades. La contusion a donc été indirecte, et qu'est-ce à dire sinon qu'elle a été le résultat d'une grande secousse qui a projeté le cerveau contre les parois résistantes de la boîte crânienne, et a bien pu, par conséquent, produire les lésions problématiques de la commotion ?

Avant la fin du dix-huitième siècle, c'est-à-dire avant l'époque où J.-L. Petit a fait connaître la commotion du cerveau, et même aussi avant les descriptions plus récentes de la contusion, il y avait une explication généralement adoptée pour les phénomènes consécutifs aux lésions traumatiques de la tête, qu'on n'eût pas manqué d'appliquer à nos deux malades. On aurait cru qu'il existait un épanchement sanguin dans le crâne, et qu'il était indiqué de trépaner pour donner issue à l'épanchement. Avec le diagnostic que nos connaissances cliniques actuelles nous autorisent à poser : *Contusion cérébrale conduisant à une méningo-encéphalite ;* — cette opération n'est nullement indiquée, et je suis certain qu'aucun chirurgien ne songerait à la mettre en usage. Je profiterai cependant de l'occasion pour examiner devant vous cette question, assez simple pour moi, de l'opération du trépan à la suite des blessures de tête. Je mettrai de côté les indications du trépan consécutif, c'est-à-dire de celui qui est fait en vue d'ouvrir une issue au pus formé dans la boîte crânienne à la suite des lésions traumatiques. J'accepte avec tout le monde cette opération dans les cas où le diagnostic du pus est possible, et il l'est quelquefois. Mais je me préoccupe seulement aujourd'hui du trépan dit primitif, de celui que l'on ferait dès les premiers jours, ou un peu plus tard, mais à une époque où il n'y a pas encore de pus ; du trépan, en un mot, qui n'aurait d'autre but que de remédier à une compression du cerveau, soit par du sang épanché, soit par un fragment osseux enfoncé.

Or, à mon avis, ce trépan primitif n'est jamais indiqué et ne doit pas être fait lorsqu'on ne trouve ni plaie, ni fracture à la voûte du crâne, ou lorsque, la plaie existant, on ne voit pas de fracture concomitante de la voûte. Voici les raisons sur lesquelles je m'appuie :

1° En pareil cas le diagnostic de l'épanchement, ou d'une fracture de la table interne déterminant une compression, est absolument impossible. On a bien essayé, à notre époque, de donner comme caractérisant l'épanchement sanguin l'hémiplégie du côté opposé. Mais en m'appuyant sur mes propres observations je dois vous faire remarquer que l'hémiplégie traumatique est très-rare, tandis que l'épanchement sanguin est assez fré-

---

travail, au n° 22, portant l'inscription : *Lapis Bathoniensis*, — Pierre de Bath.

Il est en désaccord marqué avec le célèbre Dr Simpson et croit naturellement, en présence d'un pareil contradicteur, devoir prendre les précautions les plus minutieuses. Sa *leçon* est vraiment remarquable et on ne sait ce que l'on doit le plus admirer, de son érudition ou de sa science ingénieuse.

En somme, le mémoire de M. Sichel est une œuvre capitale dans l'espèce ; le nombre des cachets d'oculistes romains qu'il a pu réunir se monte à cent, et il est l'heureux possesseur de plusieurs d'entre eux. Il ne se contente pas d'en expliquer et d'en reconstruire les inscriptions ; chemin faisant, il nous enseigne une foule de particularités extrêmement curieuses. Selon lui, les médecins oculistes romains étaient le plus souvent des affranchis, qui suivaient les stations militaires de la Gaule, de la Belgique et de la Germanie. Ils débitaient eux-mêmes leurs collyres lesquels étaient des pommades onguents, qu'on façonnait en petits pains ou bâtons, et qui poraient, en guise d'étiquette, l'inscription des pierres sigillaires. — Ces pierres, le plus souvent de serpentine, étaient de forme plus ou moins quadrangulaire. Il n'en existe, jusqu'ici, qu'une seule de forme ronde. — Ces cachets d'oculiste ne semblent pas remonter au delà du deuxième siècle de l'ère chrétienne, ni descendre au-dessous du troisième.

Notre auteur nous fournit aussi sur les collyres des anciens des notions très-intéressantes. Il n'est pas démontré que les oculistes romains ne fussent pas de vrais charlatans, un peu cousins des dentistes de nos jours ; aussi donnent-ils à leurs compositions les dénominations les plus pompeuses. — Ainsi, ce sont les collyres *isochryson* (égal à l'or, ou qui vaut son pesant d'or) ; *atimeton* (inestimable, au-dessus de toute estimation) ; *isotheon* (pareil aux Dieux) ; *l'invincible, l'admirable, le divin,* etc.

M. le Dr Sichel nous donne la formule de quelques-uns des plus célèbres collyres ; le collyre *chelidonium* devait sa célébrité à son nom principalement ; tout le monde sait effectivement que, quand les yeux des petits de l'hirondelle ont été crevés, celle-ci les guérit en y appliquant le suc de la chélidoine. Seulement le suc de cette plante n'entrait pas toujours dans le collyre qui aurait été composé, selon Galien, de cadmie, antimoine, misy, poivre, noir de cordonnier, opium, opobalsame et gomme. — Le suc de la chélidoine jouit encore, dans le peuple, d'une réputation fort usurpée, car il constituerait un remède, non-seulement inutile, mais même nuisible.

Le hasard a fait découvrir à Reims quelques débris de ces anciens collyres que MM. Baudrimont et Duquénelle ont pu soumettre à l'analyse ; ils ont trouvé :

Matière organique.	33,33
Silice.	4,00
Peroxide de fer.	16,00
Oxide de cuivre.	4,32
Oxide de plomb.	23,00
Carbonate de chaux.	17,66
Perte.	1,69
	100,00

Comme on le voit, les matières de ces anciens collyres, sont des astringents qu'on emploie encore aujourd'hui très-fréquemment dans les maladies des yeux.

En finissant, le Dr Sichel fait un appel à tous ceux qui connaissent ou possèdent des pierres sigillaires d'oculistes romains et il leur serait très-reconnaissant de vouloir lui en communiquer des empreintes exactes. Nous serions heureux que la lecture de ces lignes valut à notre distingué confrère quelqu'une de ces trouvailles qui font le bonheur d'un antiquaire. Mais nous ne nous en tiendrons pas là et nous engageons nos lecteurs à parcourir et à méditer le mémoire de M. Sichel ; c'est une lecture un peu pénible, mais des plus attrayantes et des plus instructives. Nous nous demandons où M. Sichel, qui est un praticien très-répandu, un entomologiste de premier ordre, qui est profondément versé dans l'étude des langues, trouve encore le temps de s'occuper, avec autant de fruit, de travaux arides du genre de celui que nous venons d'analyser.

Nous nous demandons surtout comment il se fait que M. le docteur Sichel n'appartienne à aucune de nos académies officielles. Il est vrai que, en qualité de journaliste, nous avons la mauvaise habitude d'être un peu trop curieux.

Dr H. Montanier.

Réparation historique-Percy, chirurgien en chef de la grande armée, par Émile Lambin, brochure in-8°. Prix : 6 fr. 25 c. Paris, 1867, Adrien Delahaye.

quent; que, dans ces cas rares où l'hémiplégie a eu lieu, elle a quelquefois été due à autre chose qu'à un épanchement de sang accessible par la voûte, elle a pu s'expliquer par un épanchement de sang à la base ou par une déchirure de la substance cérébrale au voisinage du corps strié ou de la couche optique. Chez le jeune homme du n° 30 nous avons reconnu, lorsqu'il eut recouvré connaissance une légère déviation de la portion cervicale du rachis, et nous avons pu penser que l'hémiplégie avait été due à une lésion de la moelle et des racines antérieures plutôt qu'à une lésion de cerveau.

Je le répète : il n'y a pas de signe spécial pour l'épanchement de sang. Les symptômes se confondent avec ceux de la contusion et de la commotion. Il n'y a donc qu'un diagnostic de probabilité, lequel ne suffit pas pour autoriser à ouvrir la cavité crânienne.

2° A supposer que le diagnostic de l'épanchement sanguin fût possible, le trépan est encore contre indiqué par cette circonstance que l'épanchement peut se résorber et le malade guérir ; dans les cas où la mort a eu lieu, il n'a pas été démontré que ce résultat ait dû être attribué au sang. Il pouvait l'être avec beaucoup plus de raison à la déchirure du cerveau et à l'encéphalité consécutive.

3° Mais voici le point capital : l'ouverture du crâne, celle de la dure-mère, si on était obligé de la faire, ajouterait aux dangers de la blessure en exposant à l'ostéite crânienne, à l'infection purulente et à l'aggravation de la méningo-encéphalite par communication de la cavité crânienne avec l'extérieur.

En résumé : L'impossibilité d'un diagnostic précis, la possibilité de la guérison spontanée, l'augmentation des dangers, telles sont les raisons qui, à mon avis, condamnent le trépan primitif dans les cas de lésion traumatique du cerveau sans fracture à la voûte du crâne.

Mais la question se pose tout différemment lorsqu'il y a plaie et fracture évidente de la voûte au niveau de la plaie. En pareil cas sans doute, nous ne pouvons pas encore savoir exactement quelle part doit être faite, dans les grands troubles fonctionnels que nous observons, à la compression du cerveau par un épanchement de sang ou par une pièce osseuse. Mais il est permis de croire que cette part existe, et d'un autre côté ce n'est pas augmenter les dangers que d'agrandir par le trépan une porte déjà ouverte, de donner issue par cette porte au sang, et de supprimer ou de relever les pièces osseuses enfoncées. Le trépan peut donc être utile et n'ajoute pas au danger; c'est alors qu'il faut le pratiquer. Je l'ai fait dans quatre cas de ce genre et un de mes malades (c'était à l'hôpital Beaujon) a survécu.

Dans l'état actuel de la clinique il n'y a pas d'autre solution possible, à mon avis, de la question des indications et des contre indications du trépan primitif.

Voilà pourquoi je n'ai pas songé à le pratiquer chez le blessé du 10 mars, malgré son hémiplégie, et pourquoi je n'y ai pas non plus recours pour celui d'aujourd'hui.

Depuis le jour (9 juin) où la leçon a été faite, les phénomènes cérébraux ont presque complètement disparu. Un érysipèle qui s'est déclaré autour de la plaie de la commissure palpébrale est à peu près terminé. L'état général du malade s'est beaucoup amélioré et permet d'espérer une guérison complète dans quelques jours.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1867. — Présidence de M. Tardieu

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance officielle.

La correspondance officielle comprend :

1. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans les départements de la Marne, du Bas-Rhin, de l'Hérault, du Cher, de la Haute-Vendée, de l'Yonne, de Vaucluse, de l'Ain, du Haut-Rhin, de la Loire, de Seine-et-Oise, et dans les arrondissements de Montauban, de Brignolles, d'Évreux, de Pontoise, de Vendôme et de Chambéry (commission des épidémies).

2. Des rapports sur le service médical de Bourbonne, par M. le docteur Renard ; de Pierrefonds, par M. le docteur Sales Girons ; de Campagne (Aude), par M. le docteur Dufour ; de Rennes-les-Bains (Aude), par M. le docteur Cazaindre ; de Larcanière (Ariége), par M. le docteur Campoussy; de Bagnoles (Orne), par M. le docteur Bieynon (commission des eaux minérales).

3. Des rapports et tableaux de vaccinations pratiquées en 1856 dans les départements des Alpes-Maritimes, du Nord, de la Seine-Inférieure, de la Creuse, de l'Aveyron, de l'Isère et de la Seine (commission de vaccine).

Correspondance non-officielle.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Malet, de Rio-de-Janeiro, sur deux moyens prophylactiques des épidémies (commission des épidémies).

M. le secrétaire annuel met sous les yeux de l'Académie :

1° Un instrument imaginé par M. le docteur Abeille, pour obtenir l'évacuation intermittente ou continue des grandes collections purulentes à l'abri du contact de l'air.

2° Un nouveau bandage, de l'invention de M. Guillot, destiné à contenir les hernies les plus difficiles et à servir en même temps d'appareil d'essai afin de construire des bandages fixes après son application première.

Il se distingue du grand nombre des bandages déjà construits, par les particularités suivantes :

1. Ce bandage peut être double ou simple par le moyen d'une brisure à coulisse située à sa partie postérieure. Il suffit, pour séparer une partie d'avec l'autre, d'ôter la vis C ; le côté enlevé est remplacé par une lanière qui s'agraffe aux boutons, contourne le tronc et vient se fixer sur la pelote.

2. A son extrémité antérieure, il est muni d'une coulisse qui permet de placer la pelste bien au centre de la hernie en fixant la vis B.

3. B. vis servant à fixer un pivot qui permet de placer la pelote selon l'inclinaison do l'abdomen.

4. Entre B et C existe une brisure qui permet de placer la pelote de manière à ne point gêner les mouvements du corps.

5. C, vis qui sert à faire mouvoir une charnière qui forme levier; on peut varier à l'infini l'inclinaison et la pression de la pelote sur la hernie.

6. D, vis qui permet de monter et descendre la pelote à volonté et de la remplacer par d'autres de formes et de volume divers.



On peut ainsi, dans les cas de hernie difficile à contenir, au lieu de faire fabriquer presque au hasard des appareils souvent insuffisants, trouver facilement et presque de suite la forme, l'inclinaison et la force du bandage nécessité par la hernie.

3° Une nouvelle pince-porte aiguille, présentée par MM. Robert et Collin.

M. le président annonce que le M. le docteur Filhol, membre associé de l'Académie, assiste à la séance.

RAPPORT.

M. GAVARRET, au nom d'une Commission dont il fait partie avec M. Gosselin, lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr E. Laval, intitulé : *De l'astigmatisme*

COMMUNICATION.

Trépanation chez les anciens.

M. BROCA. L'opération du trépan est une des plus anciennes de la chirurgie ; elle est mentionnée par Hippocrate comme pratiquée fréquemment avant lui ; mais rien ne prouvait jusqu'ici quelle fut connue dans le nouveau monde antérieurement à sa conquête. Or, voici un crâne que vient de m'envoyer un habile antiquaire, M. Squier, bien connu par les découvertes qu'il a faites dans le Pérou. Il a trouvé ce crâne à Yncas, dans les tombeaux des Yncas. Comme on le voit, il existe une solution de continuité à la région frontale. Cette solution de continuité, cette ouverture, a dû être faite pendant la vie.

En effet, tout autour et dans un rayon d'environ 2 centimètres, l'os a dû être dénudé par suite d'un accident ; il présente une surface externe, inégale, blanchie, semblable à celle d'une portion osseuse sur le point de se nécroser.

Il est aussi plus poreux sur ce point. Le blessé aura donc vécu quelques jours après l'accident, à la suite duquel l'os est devenu malade : au moins 5 ou 6 jours, peut-être une quinzaine. Dans cet intervalle, on a pratiqué la trépanation dont on voit les traces. Cette trépanation a été faite par le moyen de quatre incisions rectilignes, entre lesquelles a été comprise une portion d'os carrée, de 12 millimètres de diamètre à peu près. Ainsi la perte de substance est à peu près égale à celle que produit le trépan ordinaire.

Pourquoi cette trépanation ?

Il n'y a pas eu de fractures ; les très-légères félures qu'on remarque isolément sur la table externe et sur la table interne sont semblables à celles que présentent souvent tous les os très-anciens, et qui se font sour l'influence du temps.

Il faut donc croire que l'on aura diagnostiqué la maladie de l'os, et peut-être même la présence d'une collection purulente entre la dure-mère et les os du crâne, comme il semble probable, d'après l'altération et la porosité de la table interne.

La hardiesse de l'opération n'a rien d'extraordinaire chez un peuple barbare ; mais le diagnostic est remarquable.

Je me suis demandé quel instrument avait été mis en usage : ce pouvait être soit une scie en rondache, soit un burin ou la pointe d'un couteau, ou autre instrument de même espèce.

Je mesurai d'abotd la courbure des scies ordinaires en rondache, leur forme et leur dimension répondait aux courbes tracées par l'instrument dans les os du crâne. M. Squier fut même frappé de la ressemblance de ces scies avec un instrument de bronze qu'il avait trouvé dans un tombeau péruvien, et dessiné depuis longtemps. Seulement il n'était pas aisé de savoir si cet instrument, ébréché, avait jamais eu des dents.

Cependant je ne crois pas que ce soit pas une scie en rondache qui ait tracée les courbes que vous voyez sur cet os. Je crois plutôt que ce fut une espèce de burin. On peut remarquer, en effet, à une extrémité, vers la droite, une espèce de queue ou de fuite, due à un faux mouvement. En outre, on peut voir que la longueur des traits diminue d'autant plus que l'instrument a pénétré plus profondement ; sur certains points les bords sont plus verticaux, sur d'autres plus obliques.

Cette manière de trépaner n'avait donc aucun rapport avec celle qui fut usitée dans l'ancien monde. Ce n'est pas, du reste, la première fois que l'on constate combien furent différentes les sources de l'industrie, des arts, et des sciences en Amérique.

M. JARJAVAY. Je me propose de présenter dans prochaine séance les instruments, ou, pour mieux dire, les outils grossiers avec lesquels les Arabes d'Algérie pratiquent encore la trépanation.

SUITE DE LA DISCUSSION.

Sur les mouvements de la population de la France.

M. GUÉRIN. Quel que soit mon désir de laisser à Broca le bénéfice de son discours, comme la question est des plus graves, je ne puis laisser clore la discussion sans apporter quelques rectifications nécessaires.

M. Broca a critiqué à la fois mes matériaux, ma manière de les mettre en œuvre, les arguments que j'en ai tirés.

Il a prétendu que les récensements cités par moi n'étaient pas des bases suffisantes ou suffisamment exactes. J'admets qu'il peut s'y glisser des erreurs. Mais enfin ce sont les seules bases sur lesquelles on puisse s'appuyer. Tous ont dû s'en servir, à commencer par M. Broca, et je trouve très-extraordinaire qu'il vienne ensuite les critiquer.

En faisant ressortir tantôt les omissions, tantôt les doubles emplois possibles, M. Broca a voulu ôter toute signification à mes chiffres, soit qu'ils fussent plus, ou moins élevés. Ceci est une tactique habile, mais au fond ne peut rien prouver.

M. Broca a dit avec bienveillance que mes tableaux statistiques n'étaient pas mon œuvre, et que les erreurs n'étaient pas miennes. J'en revendique la responsabilité, car ces tableaux sont bien mon œuvre ; ils sont le fruit de ma pensée, je les ai extraits de documents officiels, et de peur qu'il me soit échappé quelque erreur de chiffre, je les ai fait revoir par un homme spécial très-compétent. Aussi ne suis-je pas disposé à admettre que j'aie commis les erreurs de chiffr[illegible] dont m'accuse M. Broca. Il voudrait réduire à 193 ans la période de doublement que j'avais indiquée comme de 221 ans ; mais la différence des chiffres tient à la différence des méthodes.

Lorsque j'avais plusieurs années, donnant chacune un certain excédant de naissance, je ne calculais pas la période de doublement pour cet ensemble d'après la moyenne de ces excédants ; mais prenant chaque année à part, je cherchais quel temps demanderait le doublement avec un excédant proportionnel à celui de cette année, et je cherchais ensuite la moyenne des chiffres ainsi obtenus et représentant chaque période de doublement.

Je crois que cette méthode est la meilleure, que les résultats seraient moins vrais, si l'on calculait simplement une moyenne d'après une autre, comme le fait M. Broca.

Je conviens que M. Broca a bien fait de me redresser sur certains points, en ce qui touche le déchet des recrutements à l'époque de la libération ; mais que mon confrère me permette de lui rendre à mon tour le même service, et de redresser les opinions qu'il a émises sur ce sujet.

Il voudrait supprimer du chiffre des morts les 100,000 soldats tués en Crimée ; pourquoi pas aussi ceux d'Italie, ceux d'Algérie ? Les soldats sont faits pour la guerre ; la guerre doit être mise au premier rang parmi leurs chances de mourir ; il n'y a rien là d'imprévu ; et si l'on ne veut pas compter la mortalité des troupes en campagne, on en viendra facilement à soutenir que l'état de soldat est un des moins dangereux de tous, que cette carrière est à choisir pour ceux qui veulent vivre longtemps.

Il faut compter dans le déchet, non-seulement ceux qui sont morts sur le champ de bataille ou ailleurs, mais ceux qui, par leur profession même, ont été retranchés définitivement de la population active et productrice. Tout cela doit entrer dans le calcul de la mortalité militaire.

J'en viens à la diminution de la population.

La vérité n'est jamais dans le particulier, mais dans le général. C'est l'amoindrir, lui donner un cachet de sévérité moins grande, que d'invoquer des arguments particuliers qui dénaturent le caractère du fait qui existe.

Pour qu'il n'y ait absolument plus d'excédant, il faudrait qu'il n'y ait plus ni mariage ni naissance. Il y a donc toujours un excédant, mais cet excédant a diminué d'une façon considérable Il y a eu deux grandes périodes depuis le commencement de ce siècle, l'une, qui s'est étendue jusqu'en 1836, a donné des accroissements infiniment plus considérables que la seconde qui commence en 1836. J'ai donc eu raison de dire, et je répète, « que la population française est sur la pente d'un décroissement numérique considérable. »

J'ai jugé de l'immigration d'après la comparaison des recensements et des tableaux de natalité, et j'ai montré que M. Broca comme M. Legouest s'étaient trompé en mettant sur le compte de la longévité les excédants que la natalité n'explique pas. M. Broca m'a reproché un malentendu, je tiens à prouver que de ma part, il n'y en a pas eu. En effet M. Legouest s'est parfaitement rendu compte de l'écart entre les résultats des recensements et les naissances. C'est pour expliquer cet écart qu'il a émis sa théorie sur la longévité ; et s'il est possible qu'en la reproduisant, M. Broca ne s'en soit pas rendu compte, qu'il lui ait attribué un autre sens, il es tcertain que le malentendu n'existait pas de mon côté.

En présence de la différence considérable qui existe entre l'accroissement de la population française et des populations voisines, M. Broca est près de s'en féliciter, parce qu'il se trouve moins de personnes à loger et à nourrir en France.

Je m'explique, M. Broca dit que le temps viendra moins vite où notre pays serait trop plein. Mais M. Broca ne songe pas que si la population double et quadruple chez nos voisins, si elle y devient trop serrée, il se fera chez nous une immigration dont le résultat sera de changer la race, et non de laisser plus d'espace pour chacun de nous.

M. BROCA. Je n'ai pas critiqué les chiffres des recensements d'une façon générale, mais seulement en tant qu'ils serviraient de base à l'opinion de M. Guérin sur l'immigration ou l'émigration. J'ai dit que ces chiffres n'avaient pas une exactitude mathématique, qu'ils étaient mal déterminés, et que leur attribuer une valeur rigoureuse, c'était méconnaître leur nature.

Que fait M. Guérin ? Il prend le chiffre des naissances, il en retranche celui des morts, et faisant le même travail pour chaque année d'une période, il additionne les excédants ; puis ajoutant la somme au chiffre du premier recensement, il compare le nombre qu'il obtient avec le chiffre du second recensement. Tantôt il trouve une différence en plus, tantôt en moins ; et cette différence représente pour lui le chiffre exact de l'immigration ou de l'émigration. Mais les valeurs mises en présence ne sont pas comparables : les chiffres des naissances et ceux des morts sont à peu près exacts ; ceux des recensements ne le sont pas. Je veux bien que les recensements soient des sources d'information excellentes ; ce sont les seules que nous ayons ; mais ajoutons qu'elles ne sont pas exactes arithmétiquement.

Quand à la mortalité dans l'armée, je n'ai pas voulu considérer

comme vivants ceux qui étaient morts en Crimée ; mais la guerre de Crimée ayant été exceptionnelle à du fournir un supplément de mortalité considérable. Une pareille guerre ne peut pas être regardée comme l'état normal, même au point de vue du soldat. Or elle a duré 3 ans, sur une période de 6 ou 7 ans, choisie par M. Jules Guérin.

Quant à l'accroissement de la population, pour s'en rendre bien compte, il faut subdiviser en périodes plus petites que ne le fait M. Guérin.

Si depuis 1836 nous distinguons des périodes décennales, nous en trouvons une très-mauvaise, de 1846 à 1856, l'accroissement étant tombé à 55,000 environ par an ; mais depuis 1856, il a repris et il est de plus de 135,000 par an.

M. GUÉRIN. S'il est vrai que les recensements ne soient pas une opération d'arithmétique rigoureuse, encore faut-il bien reconnaître que de 1801 à 1806, lorsque pour un excédant de 1700,000, la mortalité se montant à 590,000 seulement, la présence des 1,100,000 autres habitants en plus ne pourrait pas être expliquée par des omissions ou des doubles emplois.

On peut voir du reste qu'à toutes les périodes où je signale une émigration ou une immigration considérable, il y avait des causes générales pour lesquelles beaucoup venaient ou s'en allaient.

Si j'ai choisi la période des guerres de Crimée et d'Italie pour calculer la mortalité des soldats, c'est que je ne pouvais pas faire autrement ; il n'y a pas eu d'autre relevé publié par le ministère de la guerre. M. Larrey pourra en rendre témoignage.

Certainement, on pourrait trouver des oscillations dans la décroissance des excédants de population.

La dernière décade semble en voie de retour ; mais encore les chiffres de la meilleure année de cette décade sont très-inférieurs à tous les chiffres, moins un, relevés entre 1801 et 1836. Il faut calculer non dans l'espérance, mais dans la réalité des choses.

M. LARREY. Les documents statistiques du ministère de la guerre sont publiés et perfectionnés chaque année.

M. GUÉRIN. Oui, sans doute, mais avant 1852 il n'avait pas été publié de relevé complet.

M. le président prononce la clôture de la discussion sur le mouvement de la population de la France.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

PRIX ERNEST GODARD

Dans la séance du 4 janvier 1867, sur le rapport de M. le Dr Barth, la Société a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix, parce que le programme n'était pas rempli, les mémoires devant concerner seulement soit l'*Anatomie normale*, soit l'*Anatomie pathologique*, soit la *Tératologie*.

En conséquence et aux termes de l'article 9 du règlement, un troisième concours pour le prix E. Godard est ouvert ; le registre en sera clos le 31 juillet 1867.

La valeur du prix sera de 420 francs.

On n'admettra pas, pour ce concours, les mémoires imprimés avant le 1er janvier 1865.

Les personnes *françaises* ou *étrangères* qui désireront concourir, devront envoyer *franco* à M. Henry Liouville, archiviste de la Société anatomique, 9, rue Mazarine :

1° Leur travail, manuscrit ou imprimé, sur les sciences ci-dessus désignées ;

2° Une lettre d'envoi, portant la mention spéciale que ce travail est destiné à concourir pour le prix E. Godard et qu'il n'a jamais été récompensé.

Les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire.

Le terme de rigueur est le 31 juillet 1867.

Le président perpétuel,
CRUVEILHIER,
Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les épreuves définitives pour deux places de médecin au Bureau central sont momentanément suspendues.

Quatre candidats les avaient subies ; ce sont : MM. Martineau, 68 points ; Leven, 67 points ; Ball, 66, Lancereaux, 65.

Les quatres autres candidats déclarés admissibles, après les secondes preuves, étaient : MM. Labbé, 42 points ; Cornil et Beaumetz, 41 ; Paul, 40. On sait qu'aux troisièmes épreuves le maximum est de 30 points.

— Nous recevons de très-bonnes nouvelles de l'état sanitaire de Pornic : nos confrères peuvent donc envoyer à ce bain de mer les malades que la crainte de l'épidémie pourrait arrêter.

— M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, commencera à cet hospice des conférences sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le dimanche 14 juillet, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— La *Revue de Paris*, que nous donnons à tous nos abonnés au prix réduit de 16 francs, a publié, dans son numéro du 1er juillet, les articles suivants :

I. V. de Laprade (de l'Académie française) : le Sentiment de la nature au XVIIe siècle (2e et dernier article).

II. A. Labutte : la Normandie après la mort de Guillaume-le-Conquérant (1er article).

III. G. Fillon : un couvent de trappistines.

IV. Raoul de Navery : les plaies d'Égypte (2e article).

V. Professeur Joly (de la Faculté des Sciences de Toulouse) : la maladie des vers à soie.

VI. E. de Grenville : feuilles volantes.

Bulletin bibliographique. — Chronique élégante.

On soucrit au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, 8, rue de l'Université ; à Bruxelles, chez Mayolez ; à Genève, chez Jullien ; à Buenos-Ayres, chez Echeperaborda (pour toute la Plata).

Prix du numéro, pris isolément : 3 francs.

Pour l'étranger, le port en sus.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine.

Le douzième demi-volume (le deuxième du tome sixième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Articulations*, par MM. Liégeois, Ollier et Bouvier ; *Ascite*, par M. Besnier ; *Asie*, par M. Liétard ; *Asphyxie*, par M. Maurice Perrin ; *Assistance* et *Association*, par M. Brochin ; *Asthme*, par M. Parrot ; *Astigmatisme*, par M. Gavarret. Divers articles de Botanique, par M. Baillon ; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau.

Prix du demi-volume : 6 fr. Paris, 1867, P. Asselin et V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse. 72-80

N° 82. — SAMEDI 13 JUILLET 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 13 JUILLET 1867. — N° 82

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT — POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les anesthésiques

On ne discute plus l'utilité de l'emploi des anesthésiques dans la pratique chirurgicale.

Ils abolissent la douleur, et font par là même disparaître une cause d'épuisement nerveux, parfois mortel. Ils assurent l'immobilité, condition de succès souvent indispensable pour certaines opérations très-délicates. Ils contribuent donc de plusieurs manières à la guérison des malades.

Mais parfois ils deviennent eux-mêmes un nouveau péril.

On ne compte plus les cas de morts dans l'anesthésie par le chloroforme; ils sont trop nombreux, pour que le danger ne soit pas bien connu; et ils ne pourraient pas servir à dresser une statistique, car le nombre d'anesthésies obtenues journellement à l'aide du chloroforme, est indéterminé et très-considérable.

Dans l'école de Lyon, on avait prétendu que l'anesthésie par l'éther n'y était jamais suivie de mort; et, bien que l'éther fût moins commode à manier, bien que les effets en fussent plus lents à se produire, cette assertion avait ému ceux qui usent du chloroforme.

Dans son article « anesthésiques » du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, M. Giraldès, bien que partisan du chloroforme, appelait l'attention sur cette innocuité de l'anesthésie par l'éther entre les mains des chirurgiens de Lyon.

D'une autre part, les journaux lyonnais, en reproduisant les observations d'accidents dus au chloroforme, manifestaient leur étonnement de voir l'Ecole de Paris employer encore un agent si dangereux; tandis qu'à Lyon, on arrivait au même but par un agent inoffensif.

Eh bien, cette prétendue innocuité de l'éther comme anesthésique était un préjugé lyonnais, qui tend à disparaître.

Au sein même de la Société des Sciences médicales de Lyon, un membre, M. Laroyenne, est venu raconter un cas de mort survenue chez une femme débile, tuberculeuse, quelques instants après l'administration de l'éther.

Ce fait en lui-même était complexe; mais il a provoqué une discussion, dans le cours de laquelle on rapporta d'abord six, puis deux ou trois autres accidents funestes, survenus à Lyon par suite de l'emploi de l'éther comme anesthésique.

La Société s'émut, nomma une commission pour lui faire un rapport sur ces neuf ou dix cas malheureux; et il est probable que cette commission en apprendra d'autres.

Très-peu de temps avant, une discussion semblable s'était engagée devant la *Société Pathologique* de New-York.

Sous ce titre : « *Mort par le chloroforme,* » le docteur Hamilton, professeur à l'hôpital Bellevue, a rapporté l'observation d'une femme à laquelle il avait pratiqué la rhinoplastie.

L'opération avait réussi. Il ne restait plus qu'à couper le pédicule du lambeau, lequel était parfaitement réuni. Suivant une méthode américaine, avant de faire apporter la malade à l'amphithéâtre, on lui fit respirer un peu de chloroforme; puis on compléta l'anesthésie à l'aide de l'éther.

Pendant la période d'excitation, l'agitation fut considérable; puis la malade se calma, la respiration devint régulière, et rien ne présageait un accident, lorsque la respiration s'arrêta, ainsi que le cœur; la femme était très-pâle. La respiration artificielle ramena au bout de quarante-cinq secondes quelques lentes inspirations; une inspiration plus profonde fut provoquée par l'action de l'électricité sur le nerf phrénique; mais ce fut tout. Bientôt après les lèvres devinrent violacées, le cœur et la respiration s'arrêtèrent définitivement. A l'autopsie, on ne trouva rien d'anormal. L'éther analysé fut reconnu comme parfaitement pur.

Cette observation, je le répète, avait été présentée comme un fait de mort par le chloroforme, bien que la malade, très-légèrement chloroformisée avant d'être apportée à l'amphithéâtre, y ait été endormie par l'éther.

L'éther seul pouvait être en cause, il avait été seul administré, chez sept malades qui moururent dans l'anesthésie, et dont les observations furent rapportées à cette occasion par MM. Sand Post, Noyes, Hamilton lui-même. Le plus souvent la mort avait eu lieu par syncope.

En outre, le docteur Cutter avait observé un cas mixte, dans lequel on fit respirer un mélange d'éther et de chloroforme avant d'avoir recours au chloroforme seul.

En regard de ces faits, deux morts seulement par le chloroforme furent signalées par MM. Sands et Hamilton; et si l'on se rappelle qu'à New-York, le chloroforme est employé beaucoup plus souvent que l'éther, on peut voir que la statistique n'est pas très-favorable à ce dernier agent.

Du reste, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on recueille des observations de mort par l'éther. On en peut trouver un certain nombre rassemblées par M. Maurice Perrin, dans son ouvrage sur les anesthésiques et dans son article « anesthésie, » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et par Friédrich Sabarth, dans son récent ouvrage sur le chloroforme.

Du reste, le chloroforme ne le cède à l'éther, pas même dans les assurances louangeuses de ses partisans.

Dans le dernier numéro du *Medical Journal*, d'Edimbourg, le docteur Charles Kidd affirme que l'anesthésie par le chloroforme a été produite chez les femmes en couches *des dizaines de milliers de fois, sans un seul accident.*

Il attribue tous les cas de mort survenus pendant l'accouchement chez des femmes anesthésiées, à l'emploi de mélanges d'éther et de chloroforme.

De son côté, presque en même temps, dans un ouvrage intitulé : *Sur l'abolition de la douleur, sans aucun danger, pendant le travail de parturition et les opérations chirurgicales, au moyen de vapeurs mêlées,* le docteur Ellis préconise ces mêmes mélanges, surtout suivant les proportions recommandées par la Société médico-chirurgicale de Londres :

1 partie d'alcool,
2 — de chloroforme,
3 — d'éther.

On voit que les opinions varient sur le meilleur moyen de provoquer l'anesthésie chirurgicale.

Le plus commode est encore sans doute le chloroforme pur. Mais les uns lui préfèrent l'éther pur, qui est loin d'avoir une innocuité absolue; d'autres, le chloroforme et l'éther mélangés; dans ce cas les vapeurs d'éther dominent d'abord, puis celles de chloroforme. Suivant le comité de Boston, cette méthode serait très-dangereuse, et suivant M. Charles Kidd, en Angleterre, où on la préconise, elle a produit de nombreux accidents. D'autres, surtout en Amérique, commencent par faire respirer le chloroforme à leurs malades, puis achèvent de les endormir à l'aide de l'éther; on ne voit pas bien quels peuvent être les avantages de cette pratique, qui, elle aussi, fut plus d'une fois suivie de mort.

En France, M. Preterre ne fait plus usage de l'éther ni du chloroforme; mais, comme autrefois, du protoxyde d'azote, *gaz hilarant*. Ce gaz n'a pas causé de mort entre les mains de M. Preterre; mais on se rappelle qu'il n'a pas été sans danger pour ceux qui le respirèrent les premiers.

Enfin, M. Protheroe Smith, médecin de l'hôpital pour les femmes (*for Women*), à Londres, en recommandant comme anesthésique le tétrachlorure de carbone, a eu bien soin d'avertir ses lecteurs que ce nouvel agent pouvait tuer comme les autres, et qu'entre ses mains il avait tué plusieurs animaux.

Les seuls avantages de ce tétrachlorure seraient les mêmes qui conduisirent autrefois Snow à préconiser l'amylène. Il n'exciterait pas de vomissement, ni de céphalalgie persistante; la période d'excitation serait plus courte, ou du moins, pendant sa durée, l'agitation serait moins vive; le réveil serait plus facile et plus rapide; enfin, le tétrachlorure de carbone ne serait pas, ou serait peu irritant pour la peau et pour les muqueuses.

M. Protheroe Smith l'a employé chez l'homme dans une cinquantaine de cas.

Nous aurions maintenant à faire connaître les théories qu'on a imaginées pour expliquer l'anesthésie, soit par le chloroforme, soit par d'autres agents, et pour expliquer les accidents qui résultent parfois de cette anesthésie.

La plus originale est celle de M. Faure, qui l'avait déja publiée, il y a dix ans, dans les *Archives de médecine*, et qui vient encore d'y revenir dans le même recueil.

Suivant M. Faure, si le chloroforme amène l'insensibilité, c'est en asphyxiant le malade. Il coagule le sang dans les petits vaisseaux pulmonaires, et rend ainsi impropres à la respiration des portions de poumons plus ou moins grandes. Si cet effet se fait sentir sur une étendue considérable, l'animal meurt par asphyxie, par défaut de respiration.

M. Faure a imaginé une expérience très-curieuse. Il introduit par la trachée, dans une bronche, l'extrémité d'un tube en caoutchouc communiquant avec un réservoir plein de vapeurs de chloroforme; l'animal respire cette vapeur par un seul poumon. Eh bien ! quelqu'en soit la proportion, il n'est pas endormi et ne meurt pas; tandis qu'il s'endort et peut mourir dès qu'une proportion moins grande de chloroforme est introduite dans les deux poumons à la fois.

M. Faure a remplacé par de l'acide carbonique la vapeur du chloroforme et il a obtenu absolument les mêmes résultats.

Ceci pourrait bien faire admettre qu'en effet, le chloroforme produit une asphyxie; mais non qu'il coagule le sang.

L'apparence même des poumons, telle que l'a décrite M. Faure, et que ne l'ont point trouvée d'autres observateurs, ne suffirait pas pour démontrer ce fait improbable.

Du reste l'idée d'une asphyxie pendant l'anesthésie chloroformique, peut se soutenir aussi par d'autres arguments. Les animaux anesthésiés rendent du sucre dans les urines, comme si les conbustions moléculaires étaient suspendues; et la preuve que cette glucosurie n'est pas un résultat d'action réflexe, c'est qu'on ne la fait pas cesser en coupant les pneumo-gastriques. Nous reviendrons sur cette question en examinant les moyens qui ont été mis en usage pour faire cesser la mort apparente, suite d'asphyxie, ou d'anesthésie.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL MILITAIRE DU FORT NAPOLÉON

M. HATTUTE, médecin major.

Mutilation d'une main par l'explosion d'une arme à feu. — Amputations partielles; phlébite consécutive. — Irrigation médiate.

V., soldat au 34e régiment de ligne, eut, le 1er janvier 1867, la main gauche mutilée par l'explosion d'un fusil de chasse. Cette arme, en se brisant près de la culasse, produisit les désordres suivants :

1. Ablation complète de la phalange et de la phalangette du pouce. La tête du premier métacarpien est mise à nu au milieu des chairs profondément broyées de l'éminence thénar; un lambeau ovalaire, dans lequel sont compris les tendons des muscles grand extenseur, court extenseur et long abducteur, recouvre le métacarpien dans ses trois quarts supérieurs. Ce lambeau, adhérant sur la face dorsale de la main aux chairs de l'espace intermétacarpien et se continuant par en haut avec la peau du poignet, constitue une sorte d'opercule capable, à la rigueur, de combler le vide qui se produirait par l'ablation du métacarpien.

2. La phalangette du médius a été emportée; la tête de la phalangine est dénudée au milieu de lambeaux irréguliers, brûlés et contus. Une plaie déchirée de cinq ou six millimètres de diamètre est située au milieu de la face palmaire de la phalange du même doigt, le tendon des fléchisseurs est mis à nu.

3. Dans la paume de la main, sur le trajet du pli palmaire supérieur, la peau est décollée, lacérée, ecchymosée.

4. Une plaie contuse assez profonde existe encore à la face antérieure de la phalange de l'annulaire; elle n'est pas compliquée de fracture.

Le blessé a le visage criblé de grains de poudre; ses yeux ont été épargnés.

Nous régularisâmes le traumatisme de la main, par les deux opérations suivantes :

1. Le lambeau recouvrant le métacarpien fut disséqué; l'os, saisi avec un davier, fut désarticulé à son extrémité supérieure, puis séparé des insertions du court adducteur qui le retenaient encore aux parties molles. Après cette ablation, il reste une plaie ovalaire assez profonde, sur laquelle le lambeau conservé s'applique à peu près exactement. Nous eûmes à lier, dans l'angle supérieur de la plaie, la petite artère radio-palmaire.

2. Sur la peau de la phalangine du médius, nous taillâmes un lambeau elliptique au dépens de la face dorsale, l'os fut scié à sa partie moyenne. Le petit lambeau, assez régulier malgré la dilacération du tégument, recouvrit assez bien la plaie.

Les plaies d'amputation et les autres furent recouvertes de bandelettes de diachylon, de façon à constituer des pansements par occlusion complète. Ce mode de pansements, presque exclusivement employé par M. Chassaignac, abrége de beaucoup, croyons-nous, la durée des plaies et leur imprime une marche des plus régulières.

Le 2 janvier, notre blessé a quelques frissons et un peu de chaleur, son pouls est à 80.

Le 3 : douleur dans l'avant-bras; une veine radiale superficielle se dessine sous la peau du membre, par une traînée rouge depuis la plaie métacarpienne jusqu'au pli du bras; elle forme un cordon dur et très-douloureux au toucher. — Application de dix sangsues. — La main et l'avant-bras sont étendus dans une boîte de Baudens, afin d'assurer leur immobilité, et sont enveloppés depuis l'extrémité des doigts jusqu'au bras, par des circulaires d'un tube en caoutchouc dans lequel nous faisons passer d'une façon continue, comme dans un siphon, de l'eau à la plus basse température possible. Nous reviendrons plus loi

sur le fonctionnement et l'utilité de ce tube. — Prescriptions : D. — Potion, sulfate de quinine 0,5 et extrait d'aconit 0,1.

Le 4, plus de douleur à l'avant-bras ; la traînée rouge n'existe plus, il reste un peu de sensibilité sur le trajet de la veine. — 80 pulsations sans chaleur. Le blessé a éprouvé la veille dans la soirée quelques frissons. Presc. : — potages, limonade, pot. sulf. quin. et extrait d'aconit.

Le 5, le pansement est renouvelé. — Pas de douleur ni rougeur à l'avant-bras ; suppuration abondante des plaies ; la ligature de la radio-palmaire tombe.

Le 6, le tube est supprimé.

Les jours suivants, les pansements par occlusion sont faits tous les trois jours, la suppuration diminue peu à peu, les plaies bourgeonnent, les lambeaux adhèrent. Le tendon des fléchisseurs du médius s'est partiellement éliminé par la plaie phalangienne.

Le 15 janvier, le blessé accuse de la douleur dans la paume de la main. En ce point, avons-nous dit, existait une forte contusion d'apparence ecchymotique. Nous sommes édifiés sur la nature de cette lésion : des grains de poudre s'étaient incrustés dans la peau et jusque sous elle ; un abcès sus-aponévrotique s'était consécutivement formé, nous l'ouvrons sur la sonde cannelée.

Le 1er février, toutes les plaies sont guéries. Le lambeau métacarpien du pouce a formé une cicatrice elliptique très-régulière.

Nous devons insister sur un détail important de cette observation ; contre la phlébite qui s'est déclarée trois jours après l'accident et l'opération, nous avons combiné l'action de trois moyens thérapeutiques, parmi lesquels un procédé spécial de réfrigération. Le procédé de l'*irrigation médiate* appartient à notre ami et collègue le Dr Petitgand. Le but que l'on se propose par son emploi, est d'éviter l'imbibition des pièces de pansement, des draps et des vêtements des blessés ; d'éviter aussi la macération de la peau ou des chairs par les liquides réfrigérants ; inconvénients sérieux des irrigations ou des affusions telles qu'on les pratique habituellement.

Le tube dont se sert le Dr Petitgand, est en caoutchouc vulcanisé, son diamètre est égal à douze ou quinze millimètres, l'épaisseur des parois comprises (2 millimètres), sa longueur est de cinq mètres. Deux ou trois tubes peuvent au besoin être mis bout à bout au moyen de petites viroles métalliques. Le tube s'enroule autour de la partie malade ; une de ses extrémités est plongée dans un baquet plein d'eau que l'on place à côté et un peu au-dessus du lit ; son autre extrémité, armée d'un robinet pend au dehors du lit au-dessus d'un seau vide. Ces dispositions prises, on amorce le tube comme un siphon pour y faire circuler le liquide. Au moyen du robinet, on modère l'écoulement de l'eau : dans un temps donné par exemple, on fait passer des quantités d'eau plus ou moins considérables selon le degré de réfrigération à obtenir. L'eau en effet s'échauffe assez rapidement au contact des parties à travers les parois du tube, si le robinet ne la laisse couler que lentement ; elle peut au contraire produire une réfrigération trop forte, si glacée dans le récipient supérieur, son écoulement est trop rapide. Le tube peut s'enrouler autour des membres, autour du bassin, autour de l'abdomen, autour de la poitrine, autour de la tête, enfin en manière de turban. On le maintient sur ces différentes régions au moyen de ruban de fil avec lesquelles on le tisse. Nous renvoyons du reste, pour les détails d'application à la brochure récemment publiée par notre collègue (1).

L'irrigation médiate employée contre la phlébite développée chez notre blessée, si elle n'a pas à elle seule, fait avorter cet accident redoutable, y a contribué, nous ne craignons pas de le dire, pour une bonne part. Même après l'application des sangsues, les douleurs étaient encore très-vives ; elle les a fait cesser. Le sujet mesurait lui-même par le degré de ces douleurs, la quantité d'eau qu'il était nécessaire de faire passer dans le tube pendant un temps donné. Lorsque l'insensibilité devint complète malgré l'obturation du robinet, c'est-à-dire lorsque nous pûmes arrêter l'écoulement de l'eau sans que les douleurs se réveillassent, seulement alors nous enlevâmes le tube.

Des deux autres moyens employés : les sangsues peuvent prendre une part légitime du succès ; quand à l'aconit uni au sulfate de quinine, malgré le haut patronnage de M. Chassaignac, nous ne pourrions de bonne foi le déclarer le héros de la cure. Nous ne dirons pas davantage que les frissons, le mouvement fébrile irrégulier, ont pu être chez le malade des signes, ou simplement une menace d'infection purulente, plutôt que les phénomènes d'une invasion inflammatoire. Quoi qu'il en soit, constatons l'heureux effet de l'irrigation médiate sur la terminaison rapide de la phlébite et sur la disparition non moins rapide du symptôme douleur.

L'irrigation médiate est destinée croyons-nous, à rendre de grands services dans la pratique chirurgicale, son application peut s'étendre à tous les cas dans lesquels on employait les liquides réfrigérants.

Astigmatisme. — Optomètre de M. Javal

(Rapport lu à l'Académie de médecine par M. le professeur GAVARRET.)

Dans un œil normalement constitué les surfaces de séparation des milieux réfringents sont assez régulières pour que sans erreur sensible on puisse les considérer comme des surfaces de révolution autour de l'axe optique. Dès lors la puissance de l'appareil dioptrique est sensiblement la même dans tous les méridiens, en d'autres termes, les milieux transparents de l'œil obéissent aux mêmes lois que dans les appareils dioptriques ordinaires. Les nombreuses mesures exécutées par les physiciens et par les physiologistes nous ont appris que dans un grand nombre de cas la courbure des surfaces de séparation des milieux transparents de l'œil varie sensiblement d'un méridien à l'autre, et que ces surfaces ne sont pas centrées sur l'axe optique. Ce vice de conformation de l'œil, cette asymétrie des surfaces réfringentes, par rapport à l'axe optique, d'où résulte une inégale puissance de l'appareil dioptrique dans ses divers méridiens, constituent l'amétropie étudiée par les auteurs modernes sous le nom d'astigmatisme.

Lorsque l'asymétrie des surfaces réfringentes consiste en ce que la courbure, différente dans les divers méridiens, augmente ou diminue *progressivement* d'un méridien principal à l'autre et reste sensiblement constante dans l'étendue découverte d'un même méridien, on dit que l'astigmatisme est régulier. Dans ce cas l'expérience, d'accord avec le calcul, prouve que l'amétropie peut être corrigée, et qu'il suffit de combattre les effets de l'asymétrie des deux méridiens principaux pour que la correction soit effectuée dans tous les autres méridiens.

Lorsque la courbure restant constante dans l'étendue découverte d'un même méridien, ne varie pas d'un méridien principal à l'autre, il n'est pas possible de faire disparaître les troubles de la vision. Il en est de même lorsque congénialement, ou par suite d'une maladie de l'œil, la courbure varie dans l'étendue découverte d'un même méridien. Les amétropies de causes très-diverses sont connues sous le nom collectif d'astigmatisme irrégulier. Elles sont au-dessus des ressources de l'art...

L'asymétrie, dont l'astigmatisme est la traduction fonctionnelle, peut affecter à la fois la face antérieure de la cornée et les deux faces du cristallin, sous ces surfaces isolément ; rarement l'asymétrie porte à la fois sur le cristallin et la cornée.

Les travaux ou les recherches de M. Knapp et Donders ont établi que l'asymétrie de la cornée est la cause principale de l'astigmatisme. Malgré les efforts des physiologistes et des pathologistes d'outre-Rhin, les praticiens attendaient encore un appareil qui leur permit de déterminer sûrement et rapidement l'orientation et la force du verre correcteur de l'astigmatisme. En effet de tous les procédés employés, le plus exact, le meilleur, celui que M. Donders recommande plus spécialement, le procédé de la fente sténopéique exige une suite d'opérations délicates.

M. E. Javal a imaginé et soumis à notre appréciation un appareil facile à manier et qui fournit très-sûrement et très-rapidement aux praticiens tous les renseignements nécessaires pour opérer la correction de l'astigmatisme.

L'appareil de M. Javal est à proprement parler un optomètre binoculaire. Avec ses deux yeux largement ouverts, le malade regarde à travers deux lentilles convexes de cinq pouces un carton sur lequel sont tracés deux cadrans horaires identiques.

L'écartement des centres des cadrans est le même que celui des centres des lentilles et que celui des yeux. L'œil gauche ne peut voir que le cadran de gauche, et l'œil droit que celui de droite. Du centre du cadran placé en face de l'œil soumis à l'exploration partent des rayons noirs indiquant les heures et les demi-heures, l'angle compris entre deux rayons successifs est donc de 15 degrés. On place d'abord le carton au foyer de l'appareil lenticulaire ; le malade fusionne les deux images ; les axes de ses yeux sont alors nécessairement parallèles. La fixité de la position relative des axes optiques immobilise suffisamment l'état d'accomodation des yeux. Cela fait, à l'aide d'un bouton métallique, placé sur les parties latérales de l'appareil, on éloigne autant que possible le carton objectif ; les images sont confuses, mais restent fusionnées. Puis on rapproche graduellement le carton objectif jusqu'à ce que le malade dise : *les rayons en étoile du cadran horaire sont tous grisatres et confus, sauf un que je vois nettement.* Cette réponse indique 1° que l'œil observé est astigmate ; 2° que l'image du carton objectif est au foyer du méridien à minimum de courbure ; 3° que le méridien principal à maximum de courbure est dans le plan du rayon horaire *seul vu nettement* et le méridien principal à minimum de courbure dans un perpendiculaire au précédent.

Cela posé, on fait passer devant l'œil à examiner une série de lentilles cylindriques *divergentes* de puissances successive croissantes depuis 1/95 jusqu'à 1/5. Cette série contient 20 combinaisons différentes.

L'appareil est disposé de manière qu'au moment où chacune de ces 20 combinaisons passe devant l'œil, l'axe de la lentille divergente est dans le plan du méridien principal à minimum de courbure. On fait passer successivement devant l'œil à examiner les diverses combinaisons de la série en commençant par la plus faible jusqu'à ce que le malade dise : « Je vois tous les rayons en étoile du carton horaire avec la même netteté. » A ce moment évidemment le foyer du méridien principal à maximum de courbure est reculé jusqu'à coïncider avec le foyer non déplacé du méridien principal à minimum de courbure.

L'examen est terminé ; le praticien possède tous les renseignements nécessaires pour corriger l'astigmatisme. En effet :

1° Il sait que l'œil examiné est astigmat ;

2° Il connaît l'angle que font avec l'horizontale les deux méridiens principaux :

3° Il a déterminé la direction de l'axe et le numéro de la lentille cylindrique divergente suffisante et nécessaire pour faire coïncider les foyers des deux méridiens principaux.

Quand une détermination semblable a été faite pour les deux yeux, il n'y a plus qu'à monter sur des bésicles les deux lentilles cylindriques en ayant soin de donner à leurs axes les orientations indiquées par l'examen optométrique. On est certain qu'avec ces bésicles l'astigmat sme des deux yeux est complètement corrigé.

La manœuvre de l'optomètre de M. Javal est extrêmement simple. Une détermination optométrique complète n'exige pas plus d'un quart d'heure. En résumé, M. E. Javal a complètement élucidé, dans son Mémoire, des questions très-délicates et très-controversées de l'histoire de l'astigmatisme. Il a imaginé un optomètre qui permet au praticien de diagnostiquer très-facilement l'astigmatisme, de déterminer en quelques minutes, et avec une très-grande exactitude, la position et le numéro du verre correcteur. Sous ce double rapport, M. Javal a rendu un grand service à la science et à la pratique. Votre Commission a l'honneur de vous proposer de lui adresser des félicitations et de renvoyer son Mémoire au Comité de publication.

SOCIÉTÉ IMPERIALE DE CHIRURGIE

Séance du 26 juin 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès verbal, M. Houel réclame relativement à une inexactitude qui s'est glissée dans une observation rapportée par M. Després dans son discours du 6 juin. Il s'agit d'un malade qui était entré à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, pour une affection syphilitique.

M. Després dit que M. Houel, « après avoir donné du mercure à cette malade, il s'en est lassé. » La vérité est que M. Houel n'a donné au plus à cette femme que 20 pilules de proto-iodure de mercure, et que comme la femme se refusait à les prendre, il l'a renvoyée de l'hôpital.

M. DESPRÈS. M. Houel m'a interrompu deux fois à l'occasion de cette malade. Comme l'interruption n'a pas été mentionnée au procès-verbal, au lieu de : M. Houel a échoué avec le mercure, il a fallu mettre M. Houel s'est lassé de donner du mercure, puisqu'il a dit qu'il n'en avait donné que pendant quelque temps.

LECTURE.

M. GUÉNIOT lit un travail ayant pour titre : *De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe.* (Commissaires : MM. Trélat, Blot et Guyon.)

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

M. LEFORT. Notre discussion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de la syphilis touche bientôt à son terme et nous ne saurions nous dissimuler qu'elle a excité dans le public médical un intérêt qui impose à chacun de nous le devoir d'apporter, dans l'étude de cette importante question, le contingent de son expérience quelque limitée qu'elle puisse être. Chirurgien de l'hôpital du Midi, chargé, depuis dix-huit mois, d'un service public de vénériens, je ne crois pas pouvoir garder le silence et m'abstenir, alors que des tentatives de traitement par l'expectation, tentatives poursuivies pendant deux mois et dont j'avais demandé à la Société de Chirurgie de vouloir bien vérifier et contrôler les résultats, sont venues confirmer davantage encore dans mon esprit mon opinion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de certaines formes de la syphilis.

Un de nos membres correspondants, dont j'ai écouté avec le plus vif intérêt et un grand plaisir la parole élégante, facile et pleinement autorisée, M. Diday, de Lyon, a cru pouvoir nous diviser en deux camps : les mercurialistes et les antimercurialistes. Les forces, sinon la vaillance, seraient dans ce cas fort inégalement réparties, car je ne trouve guère jusqu'à présent, comme ennemis absolus du mercure, que M. Dolbeau dans son rapport imprimé dans nos bulletins officiels, et M. Després dans ses discours, sinon dans sa pratique.

Pour ma part, je considérerais comme un danger public cette croisade entreprise contre les mercuriaux, s'il n'était pas, heureusement, assez facile de montrer que cette révolution qu'on nous annonçait n'est tout au plus, suivant le mot spirituel de M. Ricord, qu'une simple émeute.

Déjà dans nos précédentes séances, plusieurs d'entre vous ont réduit à leurs justes proportions, les prétentions du traitement tonique et réparateur ; je laisserai donc de côté l'examen des opinions émises par notre collègue M. Després, me bornant à examiner celles que renferme le rapport de M. Dolbeau, car c'est avant tout ce rapport qui est en discussion.

Le travail de M. de Saint-Germain n'avait pas trait directement au traitement de la syphilis ; notre nouveau collègue s'était borné à analyser et à résumer nos connaissances sur l'érosion chancreuse en les confirmant par ses propres observations, ce n'était qu'incidemment qu'il soulevait la question de savoir s'il n'y avait pas utilité à commencer le traitement mercuriel aussitôt après la constatation de l'érosion chancreuse et sans attendre l'apparition des accidents cutanés, dits accidents secondaires. Rien ne forçait M. Dolbeau à soulever la grave discussion qui continue parmi nous ; mais il a cru devoir profiter de cette circonstance pour vous soumettre loyalement ses opinions à l'égard du mercure ; je ne saurais l'en blâmer, bien au contraire, mais cette spontanéité même me donne le droit d'exiger une réunion de preuves scientifiques et une rigueur d'observation bien autrement grande que dans les cas où les devoirs qui incombent à tous les rapporteurs, les forcent à donner leur opinion sur la portée d'une question soulevée non par eux-mêmes, mais par le travail dont ils ont à apprécier la valeur.

Le rapport de M. Dolbeau semble surtout destiné à démontrer trois propositions principales ; abstention de tout traitement général avant l'apparition des accidents secondaires ; inutilité des mercuriaux après l'apparition de ces accidents ; action héroïque de l'iodure de potassium dans les accidents tertiaires.

A une époque encore peu éloignée de nous, alors qu'on ne savait pas reconnaître le chancre infectant du chancre non infectant, il paraissait utile de s'abstenir de tout traitement général jusqu'au jour où l'on se trouvait en possession du véritable criterium, de la pierre de touche qui faisait juger de la nature réelle de l'accident primitif ; l'on attendait la roséole avant de donner le mercure à l'intérieur, car les médecins, non sans raison peut-être, aimaient mieux, dans le doute, ne pas donner de suite des préparations mercurielles à quelques malades qui en auraient eu besoin, plutôt que de les donner sans utilité à un grand nombre de vénériens non syphilitiques.

Aujourd'hui, Messieurs, les choses sont bien différentes. Les cas où le diagnostic entre le chancre mou et le chancre infectant est difficile ou douteux, sont chez l'homme, au moins, tout à fait exceptionnels, et, dans ces cas, l'auto-inoculation lève à peu près constamment toute incertitude. Nous savons donc toujours ou presque toujours dans les deux ou trois premiers jours de l'arrivée du malade, si nous avons affaire à un chancre simple ou à un ulcère syphilitique.

Ces éléments d'appréciation et de diagnostic, M. Dolbeau, très au courant de la pratique syphiliographique, les possède comme nous ; ce n'est donc plus par suite de l'incertitude du diagnostic, mais pour des motifs tout différents qu'il tient à s'abstenir. « Quelques syphi» liographes, dit M. Dolbeau, ont bien avancé que le traitement pré» ventif avait pour résultat d'atténuer en quelque sorte les manifes-

(1) Petitgand. *De l'irrigation médiate en médecine*, 1867. V. Rozier.

» tations de la vérole, c'est là une hypothèse qu'il faudrait appuyer
» sur des preuves : une simple assertion me paraît insuffisante alors
» qu'il est bien démontré qu'il y a vérole forte et vérole faible, tout
» cela en dehors de l'influence salutaire des préparations de mer-
» cure. »

On ne peut mieux dire et notre collègue me trouvera toujours de son côté, quand il demandera des preuves scientifiques à la place d'hypothèses ; mais où sont les preuves scientifiques à l'appui de cette hypothèse qu'il avance à son tour comme une vérité démontrée quand il dit : « Le mercure n'empêche pas le développement des accidents
» syphilitiques, il trouble, il pervertit l'évolution naturelle de la dia-
» thèse. L'expectation ne porte aucun préjudice aux malades, le trai-
» tement préventif ne les met pas à l'abri des accidents ; il les re-
» tarde, il les modifie, dit-on. Par conséquent, le traitement préventif
» ne peut avoir d'autres résultats que de nous induire en erreur. »

Les preuves scientifiques irréfutables manquent de part et d'autre aussi bien du côté de ceux qui, comme M. Dolbeau et la plupart de nos syphiliographes les plus autorisés, ne commencent le traitement qu'après l'apparition des accidents secondaires et ceux, beaucoup moins nombreux, qui donnent les mercuriaux dès que la nature syphilitique de l'accident local a été constatée ; je suis de ces derniers et si je n'ai pas la certitude, j'ai la conviction de l'utilité qu'il y a à commencer de bonne heure le traitement spécifique.

Je voudrais pouvoir appuyer mon opinion d'observations rigoureuses ; mais, outre que je n'ai pu encore, depuis deux mois, terminer le classement et le relèvement des 5,800 observations que j'ai prises presque toutes moi-même depuis dix-huit mois à l'hôpital du Midi, vous savez, pour avoir passé presque tous par les hôpitaux spéciaux, combien y sont rares les observations complètes, concluantes, et vous savez aussi que les erreurs de diagnostic étant toujours admissibles, l'apparition tardive des accidents assez fréquente et l'absence même de tout accident secondaire toujours possible, on reste souvent dans le doute sur le point de savoir s'il faut attribuer au médicament, à la nature, à la marche du mal, aux idiosyncrasies individuelles, les modifications survenues dans l'apparition des phénomènes consécutifs à l'accident syphilitique local.

Quoi qu'il en soit, je m'abstenais d'abord, à l'exemple de nos maîtres en syphiliographie de donner le mercure aussitôt après la constatation de l'existence d'un chancre infectant ; j'observais généralement alors l'apparition de la fièvre syphilitique, de la roséole, de l'impétigo dans les limites de temps ordinaire ; mais bientôt, comme tant d'autres, je me suis demandé quelles raisons pouvaient empêcher de commencer de suite le traitement spécifique ceux qui précisément regardent l'induration du chancre comme le premier signe d'intoxication syphilitique, comme le premier accident secondaire. Les raisons données, et je reviendrai tout à l'heure sur l'une d'elles, ne m'ont pas paru convaincantes ; depuis un an j'ai changé de pratique. Lorsqu'un malade est atteint d'un chancre qui me paraît infectant, lorsque par l'auto-inoculation, opération absolument innocente à la condition de la pratiquer sur le ventre dans la région de l'ombilic, je me suis assuré de sa nature, je donne aussitôt la liqueur de Van-Swieten ; plusieurs fois les accidents secondaires ont manqué chez des malades que j'ai pu suivre pendant trois ou quatre mois, et j'ai la conviction très-nette que le traitement (non point préventif, comme on le dit à tort, puisque l'empoisonnement syphilitique existe déjà) spécifique commencé ainsi, dès qu'il n'y a plus doute sur le diagnostic, a une influence heureuse et très-marquée sur l'intensité des accidents généraux et locaux. L'avenir nous permettra, je l'espère, de baser nos convictions sur des preuves plus solides ; mais, dès à présent, je crois que la doctrine de l'abstention jusqu'à l'apparition de la roséole, de la céphalée, etc., doit être soumise à révision et être de nouveau contrôlée. Rien ne prouve qu'un meilleur choix des médicaments, un meilleur mode d'administration des mercuriaux ne mettrait pas à peu près sûrement la majorité des malades à l'abri de l'évolution ultérieure des accidents syphilitiques.

Mais un autre motif a été invoqué à l'appui de l'abstention jusqu'au moment de l'apparition des phénomènes secondaires, et ici je reviens au rapport de M. Dolbeau : « J'aime à voir, dit-il, le déve-
» loppement naturel de l'infection, j'aime à baser le pronostic de la
» syphilis, surtout sur la forme et la nature des accidents secon-
» daires. »

Je doute fort que le malade partage sur ce point les goûts de notre collègue et je soupçonne fort les syphilitiques de préférer à un pronostic grave basé sur la constatation d'un cortége bien complet d'accidents secondaires, un traitement qui diminuerait la gravité du mal et de ses manifestations. Quelle peut être d'ailleurs l'utilité d'une pareille constatation, cette utilité est-elle si grande qu'il faille laisser se manifester des accidents graves pour voir « leur développement naturel ! »

Quand M. Dolbeau a constaté qu'il a affaire à une vérole forte, la guérit-il mieux, parce qu'il ne l'a pas troublée dans son développement, que nous ne la guérissons, nous, qui cherchons par notre traitement à affaiblir la maladie ou du moins ses manifestations ? en aucune façon, car, loin de commencer alors un traitement actif, notre collègue, ennemi absolu du mercure dont il a abandonné l'emploi, se borne à attendre l'arrivée des accidents tertiaires.

« La syphilis abandonnée à elle-même, dit le rapport de M. Dol-
» beau, peut guérir ou arriver sans encombre jusqu'à la période ter-
» tiaire. Les individus traités par le mercure ne guérissent pas abso-
» lument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes et ils arrivent,
» comme les autres, à la période des gommes et des exostoses. Voilà
» les raisons pour lesquelles j'ai abandonné le traitement mercuriel,
» Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations
» primitives ou secondaires, On gagnerait ainsi la période ultime
» qui cède si manifestement à l'iodure de potassium. »

Mon étonnement, a été grand quand j'ai entendu cette phrase du rapport, et mon étonnement n'a pas diminué à la lecture.

Comment la syphilis abandonnée à elle-même, peut arriver sans encombre à la période tertiaire ! N'est-ce donc pas un inconvénient, je dis plus, n'est-ce donc pas un malheur de porter, pendant des mois, des années, des plaques muqueuses au scrotum, à l'anus, aux lèvres ; d'être couvert de syphilides ; d'être, non pas seulement un objet de dégoût, mais encore un péril pour les autres ? Que fera le traitement héroïque par l'iodure de potassium, quand une exotose intra-crânienne viendra frapper brusquement d'hémiplégie un malheureux syphilitique ; reformera-t-on avec l'iodure de potassium les os du nez, ou la voûte palatine détruite par la syphilis ?

L'héroïsme de l'iodure est une illusion ; vanter son efficacité fréquente, c'est rester dans la vérité des faits ; affirmer son efficacité constante et absolue, c'est être dans l'erreur, et si nos cinq collègues, qui ont constitué ce jour-là la majorité de la Société de Chirurgie, avaient accepté l'invitation que j'avais cru devoir faire à tous, de venir dans mon service constater les résultats scientifiquement observés, de deux mois d'expectation dans le traitement de la syphilis, ils eussent pu voir en même temps deux malades : l'un mon pensionnaire depuis dix-huit mois, atteint brusquement, quelques jours après son entrée, d'une hémiplégie complète avec aphasie, amélioré, mais non guéri, malgré un traitement très-énergique par l'iodure de potassium ; l'autre atteint d'une gomme ulcérée ayant perforé la voûte palatine, nullement amélioré par l'iodure et allant mieux au contraire depuis qu'il est soumis à un traitement mercuriel qui n'avait jamais été employé sur lui.

Poser en principe qu'il faut s'abstenir de traitement antisyphilitique pour ne pas troubler l'évolution naturelle de la syphilis, prétendre qu'il est préférable d'attendre l'apparition des accidents tertiaires est une doctrine que je réprouve hautement ; affirmer que l'iodure de potassium est héroïque contre les accidents tertiaires, c'est soutenir sans preuves scientifiques suffisantes une opinion dont les faits de chaque jour dénotent l'inanité.

Cette abstention, que conseille avec tant de conviction le rapport de M. Dolbeau, n'est cependant pas tout à fait volontaire ; elle paraît logiquement amenée chez lui par la certitude de l'impuissance du traitement antisyphilitique, c'est-à-dire du traitement mercuriel.

« Les sels mercuriels, dit le rapport, modifient l'évolution de la
» syphilis, la retardent peut-être, mais ne la guérissent jamais. »
Quelles sont les preuves scientifiques à l'appui de cette opinion ? c'est ce que je vais examiner.

« En 1865, alors que j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine,
» j'avais sous ma direction deux salles de malades. Dans la première,
» toutes les femmes furent traitées par le bichromate de potasse *intus*
» *et extra*. Dans la seconde, on donnait la liqueur de Van-Swieten.
» Toutes les syphilitiques ont été débarassées de leurs accidents,
» peut être un peu plus lentement pour celles qui prenaient le bi-
» chromate de potasse... Il était désirable de savoir dans quelles pro-
» portions les récidives avaient lieu après l'usage du bichromate de
» potasse. A ce sujet, j'ai fait des recherches dont voici les résul-
» tats : 131 malades atteintes de syphilis ont été traitées dans mon
» service pendant l'année 1865 ; sur ce nombre, 80 ont pris le trai-
» tement mercuriel, et depuis, 44 de ces malades ont été admises pour
» des récidives ; 44 récidives sur 80, c'est un peu plus de moitié,
» 51 femmes ont pris le bichromate de potasse, et sur ce nombre il y
» a eu 30 récidives.

» Pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la durée
» du traitement, ce qui est extrêmement variable, suivant les cas, je
» donne les chiffres tels que je les ai recueillis. »

Ici, messieurs, nous sommes en présence d'une statistique, c'est-à-dire une de ces preuves qui ont le privilége de faire sur l'esprit une impression puissante, et cette preuve a d'autant plus d'importance qu'elle démontrerait, suivant le rapport qui semble basé sur elle, que les récidives sont aussi fréquentes après l'emploi du bichromate, c'est-à-dire de l'abstention, qu'après l'emploi des mercuriaux. Grand amateur de statistique, j'ai le malheur d'être difficile à leur égard et de croire que des chiffres rapprochés les uns des autres, ou mis les uns sous les autres, ne constituent pas ce qu'on peut appeler une statistique médicale. Comme le disait très-justement le rapport, « pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la durée du traitement ; » c'est ce que j'ai cherché à faire par un travail personnel, puisque le rapport était muet sur ce point.

Il était possible, en effet, que des malades n'eussent fait à l'hôpital qu'un séjour trop court pour qu'on puisse les regarder comme ayant subi un traitement mercuriel suffisant ; leur rentrée pouvait avoir eu lieu à une époque trop rapprochée de leur sortie pour qu'on puisse les regarder comme atteintes d'une récidive de leur mal. J'ai demandé par écrit à l'administration, et j'ai obtenu l'autorisation de compulser moi-même le registre des entrées à l'hôpital de Lourcine ; j'ai dressé deux tableaux que je vous soumets, comprenant les malades qui font le sujet de la statistique et soignées par notre collègue, les unes salle Saint-Bruno, les autres salle Saint-Alexis, du 1er janvier au 1er octobre 1865, et rentrées dans cet hôpital jusques et y compris le 13 février 1867, date de la lecture du rapport de M. Dolbeau.

Cette recherche fort longue et très-délicate, quoique facilitée par l'excellente tenue des registres, enlève toute valeur scientifique à la preuve statistique contenue dans le rapport.

Peut-on considérer comme ayant subi un traitement anti-syphilitique : la femme P... entrée le 11 et sortie le 20 avril, la femme R... entrée le 7 et sortie le 20 février, la fille B... entrée le 2 et sortie le 13 mai, la femme L... entrée le 17 et sortie le 18 janvier, c'est-à-dire le lendemain de son entrée ?

Peut-on regarder comme ayant des récidives de leur mal, par cela seul qu'elles sont revenues réclamer une seconde fois un lit à l'hôpital, la fille L... rentrée 10 jours après sa sortie, M..., W... rentrées toutes deux après une absence de 8 jours, W..., B..., après 3 jours, D... après 2 jours, et C... le lendemain de sa sortie ?

Mais ce n'est pas tout. Cette recherche m'a amené à constater ce que j'étais loin de chercher, et ce que je voudrais pouvoir attribuer à un malentendu ou à une grave erreur de rédaction, nulle erreur de ma part ne me paraissant possible, puisqu'il ne s'agissait pour moi que de constater les entrées et les sorties et que les registres de l'hôpital sont sur ce point d'une exactitude rigoureuse.

44 malades rentrées après traitement mercuriel et 30 après traitement par le bichromate font 74 ; or les registres de l'hôpital ne contiennent les noms que de 62 malades rentrées dans l'établissement après avoir été soumises aux soins de notre collègue, même en poursuivant ces recherches jusqu'au jour de la lecture du rapport, de telle sorte qu'en admettant que toutes les malades soignées par M. Dolbeau et rentrées à Lourcine eussent *toutes* été syphilitiques, sa statistique naturellement et numériquement inexacte constituerait déjà une erreur naturelle grave.

Ce qui aggrave cette erreur, c'est que ces malades sont loin d'être toutes syphilitiques. M. Dolbeau, moins que tout autre, ne pouvait l'ignorer, car le diagnostic porté sur les feuilles de statistique ne mentionne la syphilis lors des deux séjours faits par chacune d'elles que pour 15 malades de la salle St-Alexis et 11 malades de la salle St-Bruno. Nous sommes loin des chiffres 44 et 30.

11 des pensionnaires de la salle St-Bruno n'ont eu, lors de leurs deux séjours, que des vaginites, 6 des maladies non syphilitiques : métrites, cancer épithélial du rectum opéré, etc. Les mêmes circonstances se retrouvent pour la salle St-Alexis ; comment M. Dolbeau, qui a soigné toutes ces malades, nous les donne-t-il comme ayant été *toutes* syphilitiques, comme ayant *toutes* pris soit des mercuriaux, soit du bichromate, lors de leur premier séjour à l'hôpital de Lourcine ?

La preuve apportée par la statistique de notre collègue tombe complétement devant l'évidence de ces faits graves. Même en tenant compte des erreurs et des omissions de nos feuilles statistiques au point de vue du diagnostic qui s'y trouve porté, nous savons tous que Lourcine reçoit des vaginites comme le Midi des uréthrites et cependant, même en comptant comme syphilitiques *toutes* les malades admises dans l'établissement, il resterait encore une absence absolue de concordance entre les chiffres, circonstance sur laquelle notre collègue, je l'espère, nous éclairera complètement.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire dès à présent que rien ne vient prouver ou même ne laisse soupçonner l'inutilité pour M. Dolbeau, la nécessité pour M. Desprès du traitement mercuriel dans la syphilis. J'ai voulu, vous le savez, m'éclairer sur ce point ; j'ai cru pouvoir le faire, la conscience tranquille, à une époque où le rapport d'un collègue très-autorisé pouvait jeter quelque incertitude dans mon esprit. Pendant deux mois j'ai supprimé les mercuriaux pour les malades de mon service, il m'a fallu peu de temps pour arriver à une entière conviction. Le phénomène le plus saillant était la persistance de la roséole ; en général cette éruption pâlit après quelques jours de traitement et disparaît après 15 jours ou 3 semaines ; chez presque tous mes syphilitiques rubéoliques, la roséole après deux mois persistait encore aussi marquée que le premier jour ; les plaques muqueuses que je traitais comme d'habitude par la cautérisation au nitrate d'argent disparaissaient rapidement, mais reparaissaient presque immédiatement sur un autre point du scrotum, de l'anus ou du pli génito-crural ; chez quelques malades même, je n'ai pas cru pouvoir continuer ; des éruptions d'ecthyma, de rupias accompagnées de céphalées violentes qui, sous l'empire de l'abstention, continuaient à augmenter, s'arrêtèrent très-vite sous l'influence des mercuriaux.

Il m'est impossible de laisser passer sans réflexion ce qui a été dit à cette tribune sur le bichromate de potasse, comme antisyphilitique.

Dans une Société scientifique tous les membres sont plus ou moins solidaires, et c'est déjà trop qu'on ait pu presque nier notre compétence. « J'en étais là, désespéré, car alors j'avais une foi entière dans
» le mercure, lorsque je rencontrai un de mes amis, le Dr Leroux,
» chirurgien-adjoint de l'hôpital de Versailles. Notre confrère me fit
» part de quelques essais qu'il venait de faire avec le bichromate de
» potasse. » Ceci se passait en 1863, et je n'aurais rien à en dire, si M. Leroux, dans une communication toute récente à la Société, n'avait semblé annoncer comme une nouveauté toute personnelle l'usage du bichromate de potasse contre la syphilis.

Or, depuis six ans, les journaux de médecine étrangers nous ont apporté de nombreuses observations sur l'emploi heureux ou inutile de cet agent thérapeutique ; en 1856, le Dr Arestia soutenait dans notre Faculté une thèse sur le bichromate de potasse comme antisyphilitique, et, en 1855, M. Desmarres écrivait dans son 2e volume, p. 453. « J'ai obtenu bien souvent, depuis quelques années, d'excel-
» lents résultats de l'emploi du bichromate de potasse, essayé, sur
» le conseil de Ed. Robin, à la place du mercure, par mon excellent
» ami le Dr Vicente y Ledo. J'ai guéri bon nombre d'iritis syphili-
» tiques et des accidents constitutionnels fort graves à l'aide de ce
» médicament, qui m'a paru, dans beaucoup de cas, posséder les avan-
» tages du mercure sans en avoir les inconvénients. Je l'ai souvent
» employé contre les accidents secondaires, je le prescris suivant la
» formule suivante : etc. »

Qu'il soit donc bien entendu que, si le bichromate peut n'être pas un médicament utile dans le traitement de la syphilis, ce n'est certainement pas un médicament nouveau.

Je crois que presque tous nous sommes convaincus de la nécessité de donner des mercuriaux, je ne doute pas même que notre collègue, M. Dolbeau, n'ait modifié déjà les idées qu'il défendait dans son rapport ; mais, cette question résolue, il en reste encore bien d'autres à résoudre et des plus importantes. Quand, pendant combien de temps, à quelle dose faut-il donner les mercuriaux ? Quelle est la meilleure préparation et le meilleur mode d'administration ? Faut-il faire suivre le traitement mercuriel d'un traitement par l'iodure de potassium ? Comment faut-il traiter les accidents locaux, tels que les plaques muqueuses ? Faut-il, dans les cas d'accidents secondaires éloignés ou d'accidents tertiaires, et dans les cas où le malade n'a pas fait de traitement mercuriel, donner de suite l'iodure de potassium ou le faire précéder de l'administration du mercure ? Telles sont les questions fort graves et fort difficiles à résoudre, que soulèverait la discussion aujourd'hui pendante devant vous ; je ne veux pas les traiter en ce moment, car j'ai, sur bien des points, plutôt des doutes qu'une certitude, mais je vous demande la permission d'indiquer brièvement ce que j'ai cru constater à cet égard.

J'ai renoncé à peu près complétement à l'usage du proto-iodure de mercure, car j'ai été vivement frappé de l'insuccès fréquent de ce médicament administré, même à assez hautes doses, et je lui préfère de beaucoup le sublimé donné sous forme de liqueur de Van Swieten.

Le plus grand reproche que l'on puisse faire à l'usage du sublimé donné en solution, c'est d'être difficilement toléré et d'amener parfois de vives douleurs d'estomac. On remédie en partie à cet inconvénient en administrant la liqueur, non plus à jeun comme on le fait d'ordinaire, mais au moment du repas.

Lorsque cette précaution ne suffit pas, j'ajoute à la liqueur de l'albumine, qui neutralise les mauvais effets du bichlorure sur l'estomac, mais je n'emploie pas la formule de M. Mialhe, dont j'ai été fort peu satisfait. Je fais ajouter à un litre d'eau, rendue albumineuse avec un seul blanc d'œuf, un gramme de sublimé dissous dans l'alcool. Il se fait un précipité d'albumine et de mercure, et ce précipité retient presque tout, sinon tout le bichlorure. Il suffit que le malade agite la bouteille avant de prendre sa cuillerée de médicament.

Dans les services hospitaliers, la liqueur de Van-Swieten a de plus

l'avantage de pouvoir être prescrite avec la certitude que la prescription sera suivie, car les malades la prennent devant le surveillant; d'être d'un prix insignifiant, et cette considération, quelque peu médicale qu'elle soit, a une certaine importance ; elle m'a permis de donner à mes frais, à la consultation du midi, les médicaments à tous les malades (blennorrhagies, syphilis, etc.), sans excéder une dépense de 10 francs environ par mois.

Les frictions mercurielles dont M. Panas vous a entretenu, que j'emploie depuis quelque temps, et dont j'ai retiré d'excellents effets, me paraissent dans certains cas de beaucoup préférables aux autres préparations mercurielles.

La salivation cause à quelques-uns de nos collègues une frayeur que rien ne justifie. L'usage des mercuriaux à l'intérieur, pris même à hautes doses, n'a jamais causé à mes malades de salivation notable et encore moins inquiétante. Le nettoyage des dents et des gencives, la propreté de la bouche, l'usage du chlorate de potasse à l'intérieur mettent à l'abri de tout accident sérieux.

Les frictions mercurielles prescrites si souvent dans l'orchite ont, au contraire, amené presque toujours de la salivation, et quelquefois une stomatite sérieuse et inquiétante. A quoi tiennent ces différences? A l'absorption plus facile du mercure par la peau? Je ne le crois en aucune façon. La cause est beaucoup plus matérielle, elle tient aux doses de mercure administré.

Un litre de liqueur de Van Swieten contient un gramme de sublimé; une cuillerée en renferme donc 20 milligrammes, et à la dose de deux cuillerées par jour nous donnons journellement au malade 40 milligrammes d'un sel mercuriel.

L'onguent mercuriel double contient, à parties égales, du mercure et de l'axonge; 5 grammes employés en frictions contiennent donc 2 grammes et demi de mercure, c'est-à-dire pour un seul jour ce que le syphilitique mis à la liqueur absorbe en deux mois. Sans doute tout le mercure des 5 grammes de pommade n'est pas absorbé, mais n'y en eut-il que la sixième partie, que la proportion serait toute autre que celle qui est administrée à l'état de sublimé en solution.

Je ne crains pas la salivation, mais il ne faut pas rendre le médicament responsable des accidents qu'il peut amener par une mauvaise administration.

Comment, à quelles doses faut-il administrer le mercure? Quand on débute dans le traitement de la syphilis, on ne tarde pas à être découragé par de fréquents insuccès ; on voit des syphilis persister malgré tout ce qu'on fait; et lorsqu'on voit en même temps d'autres syphilis guérir sans mercuriaux, on passe par une période de doutes pendant laquelle on se demande si réellement le mercure a bien l'utilité qu'on lui attribue. Mais bientôt, en étudiant mieux les faits, on ne tarde pas à reconnaître qu'il ne suffit pas de prescrire les mercuriaux suivant une formule toujours la même, mais qu'il faut varier les doses, varier la durée du traitement, varier le mode d'administration. C'est là une étude difficile, je m'y livre chaque jour et chaque jour je vois que je dois encore la continuer, longtemps peut-être, avant de pouvoir formuler des préceptes rigoureux.

D'une manière générale ma conduite est la suivante : Lorsqu'un malade atteint de chancre se présente à moi, et que j'ai quelque doute sur la nature de l'ulcère, je pratique l'auto-inoculation sur l'abdomen, à droite et au-dessus de l'ombilic. Lorsque la piqûre est négative, que les caractères du mal sont ceux du chancre induré ou de l'érosion chancreuse, je donne immédiatement la liqueur de Van Swieten. Après deux mois, si les accidents n'ont pas apparu, je laisse reposer le malade pendant quelques jours, puis il continue à prendre pendant six semaines une seule cuillerée par jour de la liqueur. Si les accidents apparaissent, je reprends la liqueur à la dose de deux cuillerées ; je cesse après deux mois, si les accidents ont disparu, et je reviens à son emploi au moindre soupçon de réapparition des manifestations syphilitiques.

Je dirai peu de chose des plaques muqueuses. Contrairement à l'opinion de M. Diday, j'affirme qu'elles sont influencées par le traitement général ; mais le traitement local a sur elles une action telle, qu'il suffit à lui seul à les faire disparaître, qu'on emploie le nitrate d'argent, l'iode ou même le sous-nitrate de bismuth. Les plaques ne disparaissent pas toutes avec la même facilité ; elles disparaissent facilement au scrotum, moins facilement à l'anus, moins facilement encore au pli génito-crural, assez difficilement à la langue, très-difficilement aux amygdales. Si l'on n'emploie que le traitement local, les plaques cautérisées disparaissent en quelques jours, mais d'autres apparaissent non loin de celles qui ont été guéries, le traitement général seul est réellement efficace.

Je terminerai en appelant votre attention sur un point important. A l'exemple de M. Ricord, beaucoup de syphiliographes donnent l'iodure de potassium à la suite du traitement mercuriel ; j'ai été frappé du grand nombre d'individus chez lesquels j'ai vu les accidents, disparus par l'usage des mercuriaux, reparaître sous l'influence de l'iodure, j'ai complétement répudié cette pratique, et je suis convaincu que votre observation ultérieure confirmera l'opinion que je soumets au contrôle de votre expérience.

(*A suivre.*) *Le Secrétaire*, DOLBEAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annonces dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ;— à Genève, chez JULLIEN frères ;—pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des affections secondaires du choléra observées dans l'épidémie de 1866, par le Dr A. MOUCHET, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8. Prix : 2 fr. Paris 1867, Adrien Delahaye.

Du souffle ombilical, de la séméiotique et des moyens de remédier aux accidents qui l'accompagnent, par le docteur A. Charrier, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté. — In-8. Prix: 75 cent. (Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*).

Etude sur les polypes de l'utérus, par le docteur De Montfumat ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867. P. Asselin.

Observation d'un cas de cancer adénoïde du sein et d'un anévrysme cirsoïde du bras, par le docteur Fauvel, chirurgien de l'hôpital du Havre. — In-8, avec une planche. Prix: 1 fr. — Paris, 1867. P. Asselin.

Nos souscripteurs dont l'abonnement est fini depuis le 30 juin sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrement de payer les frais de recouvrement, nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Le Directeur, Dr E LE SOURD

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse. 72-80

N° 83. — MARDI 16 JUILLET 1867. (40e ANNÉE) MARDI 16 JUILLET 1867. — N° 83

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 15 JUILLET 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. — M. Laborde a présenté, sur l'action du bromure de potassium, une note dont les conclusions diffèrent notablement de celles qu'avaient formulées sur le même sujet MM. Eulenburg et Guttmann.

Suivant M. Laborde le bromure de potassium n'est point un poison du cœur; il ne paralyse pas les muscles, ni le centre encéphalique; il exerce primitivement son action sur la moelle épinière, et cette action a pour résultat essentiel d'annuler ou de détruire, dans cet organe, la propriété qui lui appartient de présider aux manifestations dites réflexes.

Sur un point important pour la pratique : l'innocuité relative du bromure de sodium, M. Laborde est parfaitement d'accord avec MM. Eulenburg et Guttman. Mais il n'attribue pas comme eux au potassium lui-même l'action du bromure de potassium.

Dans ses expériences M. Laborde, au lieu d'introduire le sel toxique soit dans l'estomac, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'a fait absorber par la peau de ses grenouilles. Il l'a déposé en nature, à l'état de poudre très-fine, sur la membrane interdigitale, préalablement étalée; puis, en y projetant quelques gouttes d'eau, il a vu l'absorption se faire d'une manière très-rapide.

Les gouttes d'eau sont-elles nécessaires pour rendre possible l'absorption? M. Roussin en douterait; car, dans un mémoire sur l'absorption cutanée, mémoire qu'il vient de publier dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, il s'est attaché à renverser l'ancien adage : « Corpora non agunt, nisi soluta. »

Selon M. Roussin, les substances médicamenteuses ne peuvent être absorbées par la peau si elles sont appliquées en solution aqueuse; tandis qu'elles s'absorbent très-bien si elles sont en poudre ou en pommade, etc.

M. Roussin a pris des bains dans lesquels il faisait dissoudre une assez grande quantité d'iodure de potassium, et ayant le soin de se laver avec de l'eau pure en sortant du bain, il n'a pas retrouvé ensuite la moindre trace d'iode dans ses crachats ou dans ses urines. D'une autre part il s'est revêtu d'une chemise qu'il avait fait sécher après l'avoir trempée dans la même solution; et bientôt après il a constaté la présence de l'iode dans ses excrétions. Il y a également trouvé de l'iode, après avoir mis en contact avec la peau nue l'iodure de potassium pulvérisé.

M. Roussin explique ces faits par la matière grasse qui recouvre la peau, et qui, suivant lui, empêche l'eau de pénétrer dans les ouvertures par lesquelles les corps entreraient dans l'organisme. En un mot, M. Roussin croit à l'existence de pores véritables et que l'on pourrait comparer à de fins tubes capillaires ouverts à la surface de la peau.

Or, dans un tube capillaire, s'il est graissé, l'eau pénètre mal; elle ne pénètre pas du tout si le tube est très-fin et très-court. Au contraire, les corps solides, les poudres fines, en se mêlant avec la graisse, s'attacheront aux parois des tubes et pénétreront aisément. Il en sera de même des pommades, qui s'incorporeront avec le corps gras naturel et s'y dissoudront pour ainsi dire.

M. Roussin a fait de nombreuses experiences pour démontrer l'existence constante de cet enduit gras sur la peau. A peine enlevé par une solution savonneuse, ou par le chloroforme, cet enduit se renouvelle; c'est lui qui protège la peau contre l'absorption dans un bain.

Mais quels pourraient donc être ces pores, ces tubes capillaires dont l'existence est admise par M. Roussin?

Les conduits excréteurs des glandules cutanées? Peut-être; car on sait que les conduits excréteurs des glandes, que le tissu glandulaire lui-même, absorbent très-bien et très-vite. Il s'y trouve des vaisseaux sanguins qui sont à peine protégés par une couche mince d'épithélium; tandis que la peau est revêtue d'une véritable cuirasse de cellules épidermiques, dont les plus extérieures sont sèches et se prêtent peu à l'absorption.

On pourrait donc admettre, avec M. Roussin, que l'absorption se ferait vite dans les tubes glandulaires, où l'eau pénètre mal; mais, comme l'épiderme finit par être ramolli dans l'eau, il est encore douteux pour moi qu'il soit parfaitement protégé par la graisse. Je ne sais pas si à la longue, par endosmose de cellule en cellule, le liquide d'un bain ne pourrait pas finir par parvenir en certaine quantité dans le torrent circulatoire. Les expériences de M. Roussin ne me semblent pas suffisantes pour démontrer complétement le contraire; car les corps gras sont un obstacle, non point absolu, mais relatif, à l'ascension d'un liquide dans un tube.

Société médicale des hôpitaux. — Le rapport de M. Besnier n'avait point mentionné les fièvres typhoïdes parmi les maladies qui ont régné durant le mois de juin; plusieurs membres ont réclamé contre cette omission, et ont cité des cas assez nombreux de fièvres typhoïdes traitées par eux.

Nous pouvons ajouter qu'à la Charité, dans le service de M. Bouilland, il en est entré au moins cinq presqu'en même temps; nous en avons aussi vu plusieurs à l'Hôtel-Dieu annexe (ancien hospice des Ménages), dans le service de M. Blachez.

M. le professeur Bouillaud emploie toujours en pareil cas les émissions sanguines, les ventouses, etc.; M. Blachez, le sulfate de quinine, selon la méthode de M. Worms, au Gros Caillou. Du reste, le moment serait fort mal choisi pour juger l'efficacité d'une méthode thérapeutique; car, dans tous les services, les fièvres typhoïdes, qu'elles soient ou non traitées activement, se montrent maintenant d'une grande bénignité; depuis quelques semaines, presque tous les malades guérissent.

Hôpital des Cliniques. — On peut observer en ce moment, dans le service de M. Depaul, une femme qui devint paraplégique durant sa grossesse.

S'agit-il là d'une paralysie purement reflexe, sans lésion médullaire? Il est malheureusement possible qu'on ait prochainement l'occasion de s'en assurer, car cette femme, qui a de larges escharres, tant au sacrum qu'au haut des cuisses, semble s'affaiblir tous les jours. Dans tous les cas, nous reviendrons sur quelques particularités intéressantes qu'a présentées cette malade.

— Dans le même service, une femme en couches est morte récemment d'hémorrhagie, dans les circonstances suivantes : l'utérus était cloisonné, et le placenta s'insérait en partie sur la cloison mince et peu musculaire. Lorsque la délivrance eut lieu, cette cloison put mal se rétracter, et l'écoulement de sang ne put être arrêté, malgré tous les moyens mis en usage.

Hôtel-Dieu. — Nous aurons à parler bientôt de plusieurs malades que nous avons vus dans le service de M. Richet, et que nous signalerons seulement aujourd'hui.

Une jeune fille est atteinte d'un rétrécissement spasmodique de l'orifice vaginal : maladie décrite par Marion Sims, par Debout, et par M. Richet lui-même, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, à propos de ce qu'il a nommé le *constrictor cunni.*

— Une femme était entrée pour une énorme tumeur du pharynx. Cette tumeur, développée d'abord dans l'épaisseur du voile du palais, paraissait répondre à la description des tumeurs qui tiennent, dans cette région à une hypertrophie d'éléments glandulaires. Elle était ulcérée, et rendait très-pénibles, tant la déglutition que la respiration elle-même. M. Richet songeait déjà à une opération, qui eut été très-délicate; mais avant de la faire, il voulut employer l'iodure de potassium et le sublimé. Sous cette influence, la tumeur a diminué rapidement, l'ulcération s'est fermée, la malade se considère comme déjà guérie, tant le soulagement est considérable.

— Une autre malade présente une tumeur abdominale, dont le diagnostic est loin d'être facile. Est-ce le produit d'une grossesse extra-utérine? Nous exposerons les raisons de douter.

— Enfin, nous aurons à parler d'un malade que M. Galézowski a fait examiner samedi dernier, dans l'amphithéâtre de M. Richet, et chez lequel existe une rétinite pigmentaire.

Charité. — Un homme atteint d'une atrophie musculaire progressive, qui a détruit, entre autres, ses muscles intercortaux, peut être observé dans le service de M. le professeur Bouillaud. Il présente une déformation, un aplatissement du thorax, que M. Duchenne, de Boulogne, signale comme caractéristique de l'atrophie des intercostaux et de la respiration purement diaphragmatique.

Dr Victor Revilliout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT

Symptomatologie du rhumatisme articulaire chronique progressif.

(Leçon recueillie par M. le Dr. Ball.)

Messieurs,

Jusqu'ici nous n'avons guère envisagé le rhumatisme articulaire chronique que par un seul côté. L'anatomie pathologique de cette affection a été jusqu'à présent l'objet de nos études : mais il est temps d'aborder le point de vue clinique, et de placer sous vos yeux l'appareil symptomatique, qui révèle l'existence de cette maladie.

Nous avons insisté déjà sur la nécessité de reconnaître ici trois types fondamentaux, sous le rapport anatomique : il nous paraît également nécessaire d'établir cette distinction sous le rapport de la séméiologie. Il s'agit, vous le savez déjà, du rhumatisme noueux, ou rhumatisme articulaire chronique progressif, du rhumatisme articulaire chronique partiel et du rhumatisme d'Heberden.

Il ne s'agit point, d'ailleurs, de trois maladies distinctes, mais de trois formes particulières d'une seule et même maladie. Il n'en est pas moins indispensable de les séparer, car la nature et l'enchaînement des symptômes, le pronostic et même le traitement diffèrent dans chacun de ces trois types du rhumatisme chronique.

Nous consacrerons cette leçon à l'étude du *rhumatisme articulaire chronique progressif.*

Le rhumatisme noueux constitue, au point de vue médical, le plus intéressant des trois types que nous venons d'indiquer. Souvent confondu avec la goutte, il a quelquefois été désigné sous le nom de *rhumatisme goutteux.* Nous vous avons déjà fait voir qu'il faut établir à cet égard une distinction profonde.

Le rhumatisme noueux est aux autres formes du rhumatisme chronique ce que le rhumatisme aigu généralisé est au rhumatisme sub-aigu ou partiel. Il affecte de préférence les petites jointures, celle des mains en particulier. C'est une maladie le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et qui donne naissance à des infirmités déplorables.

Nous aurons à décrire en premier lieu les *arthropathies* qui résultent de cette affection, et, en second lieu, les symptômes qui se rattachent à l'état général.

I. *Arthropathies.* — A la première période, les phénomènes articulaires, si l'on fait abstraction du siége qu'ils occupent, ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont dans le rhumatisme aigu ou sub-aigu. On constate, dans les jointures affectées, la douleur, la rougeur, la tuméfaction et la chaleur, qui caractérisent aussi le rhumatisme aigu; seulement les accidents offrent ici une moins grande intensité, et sont infiniment moins mobiles.

Notons d'ailleurs qu'il n'y a point d'œdème ni de desquamation, comme dans la goutte.

Mais à cet ensemble symptomatique un nouveau phénomène vient se joindre dès l'origine, phénomène qui, dans la forme aigüe, est loin de se manifester au même degré : nous voulons parler de la rétraction spasmodique des muscles, qui produit une attitude singulière, et quelquefois permanente, des membres affectés.

A la seconde période, des désordres permanents se sont développés. La tuméfaction s'est emparée des parties molles, pour produire tantôt des hydarthroses, tantôt des épaississements de la synoviale et du tissu sous-séreux; elle s'est emparée aussi des parties dures, et c'est alors qu'on voit se produire des ostéoïdes, ou corps étrangers, rares dans certaines jointures, plus communs dans d'autres, des bourrelets osseux qui déforment les têtes des os, enfin des subluxations des extrémités articulaires.

La douleur, soit spontanée, soit provoquée, s'établit alors en permanence : elle peut occuper l'articulation elle-même, le corps des os ou les muscles voisins, sous forme de crampes douloureuses.

C'est alors qu'on constate les craquements dus à l'éburnation des surfaces osseuses, si l'articulation conserve encore une certaine mobilité; mais souvent aussi la rigidité qui résulte de l'ankylose celluleuse, de la rétraction des tissus fibreux, se fait sentir à ce moment. Enfin l'on voit alors paraître les déformations osseuses, suivant certaines lois, certaines règles qui seront étudiées plus loin.

Voyons maintenant quelles sont les jointures affectées de préférence. Nous avons dit, que les petites articulations étaient le siége de prédilection de la maladie. Les jointures plus volumineuses ne se prennent pas plus tard et, même, dans le cas d'envahissement général, l'épaule et la hanche sont souvent respectées. Mais il faut ajouter ici que les extrémités supérieures sont presque toujours atteintes les premières : il en est tout autrement dans la goutte, où les extrémités supérieures ne sont en général affectées qu'en second lieu.

Le mode d'envahissement du rhumatisme noueux offre aussi des caractères particuliers. La *symétrie* est ici la règle, ainsi que l'a fait remarquer Budd; cette observation a été confirmée par Romberg, et j'en ai moi-même vérifié l'exactitude. On sait que

la goutte est loin de suivre rigoureusement une règle pareille. Remarquons toutefois que dans quelques cas exceptionnels, le rhumatisme chronique est asymétrique : et la rareté du fait nous engage à le signaler. On voit alors un seul côté du corps être frappé d'abord : puis, à une époque ultérieure, les lésions articulaires se généralisent.

Il existe une distinction non moins tranchée entre la goutte et le rhumatisme noueux, par rapport aux parties qui sont affectées en premier lieu. Dans la goutte, c'est le gros orteil : dans le rhumatisme noueux, ce sont le plus souvent les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius qui sont envahies les premières, et cela des deux côtés à la fois, conformément à la loi de symétrie que nous venons d'énoncer. N'oublions pas toutefois que le début par une grosse jointure est ici beaucoup plus fréquent que dans la goutte, et ce fait à lui seul peut souvent venir en aide au diagnostic. Nous allons vous présenter d'ailleurs quelques chiffres à cet égard :

1° Mains et pieds seuls, petites jointures. . . . . . 25 fois.
— — — gros orteil . . . . 4 fois.
2° Mains et pieds en même temps qu'une grosse articulation. . . . . 7 fois.
3° Une grande jointure d'abord; plus tard les doigts. . . . . 9 fois.

Examinons maintenant le mode de succession des arthrites, dans le rhumatisme noueux. Le plus souvent elles se développent de la périphérie au centre : les doigts sont d'abord affectés, puis le coude, puis l'épaule. Mais cette succession régulière ne se rencontre guère que dans le cas où l'évolution de la maladie se fait lentement. Chez les jeunes sujets, de seize à trente ans, on voit le plus souvent cette affection se généraliser d'emblée : chez les sujets plus âgés, de quarante à soixante ans, elle suit la marche progressive que nous venons de signaler. Dans le premier cas, la maladie est de courte durée ; dans le second, elle dure longtemps. Il n'y a cependant rien d'absolu sous ce rapport, car souvent, à l'époque de la ménopause, on voit les symptômes débuter brusquement, et faire une évolution rapide.

Il nous reste à signaler les déformations des membres qui sont la conséquence de ce travail morbide. Elles sont surtout prononcées chez les jeunes sujets, lorsqu'il existe des douleurs spasmodiques, et des rétractions musculaires très-prononcées. Il ne s'agit point ici des déformations de jointures elles-mêmes, mais des attitudes vicieuses qui résultent du changement de rapports qui s'est opéré entre les diverses parties du membre.

Ces difformités sont presque toujours identiques : elles reconnaissent des lois régulières. Pour ce qui concerne les extrémités supérieures, elles peuvent être ramenées à deux types principaux, la flexion et l'extension, avec des dérivés secondaires. En effet, l'attitude du membre supérieur est toujours à peu près la même.

Ainsi, la flexion du coude est plus ou moins prononcée, quelquefois exagérée : l'extension est impossible.

L'avant-bras est dans la pronation.

Il existe une flexion plus ou moins complète, du carpe et du métacarpe, sur l'avant-bras, avec saillie du cubitus et du radius.

On constate une déviation en masse des doigts vers le bord cubital du métacarpe, avec saillie des têtes des métacarpien.

Enfin, l'épaule est quelquefois rigide, et le membre supérieur se trouve fixé contre le thorax.

Nous ne nous sommes occupés jusqu'ici que des déviations des doigts de la main ; mais que devient le pouce ?

C'est ici, comme ailleurs, l'articulation métacarpo-phalangienne qui se trouve surtout altérée. La première phalange du pouce est le plus souvent maintenue dans la flexion, quelquefois dans l'extension.

Il nous reste à vous indiquer la marche de la maladie ; je signalerai ensuite quelques détails complémentaires.

Deux cas peuvent se présenter :

A. Chez les jeunes sujets, la marche de la maladie est rapide, et les contractions spasmodiques des muscles étant très-prononcées, les déformations sont nettement caractérisées. Il y a saillie des têtes osseuses par suite des subluxations qui se sont opérées.

Ainsi, à la main, dans ce type d'extension, il se produit une saillie considérable des os de l'avant-bras, en arrière des os du carpe ; — une subluxation des têtes des phalanges, en avant et en dehors, sur les têtes métacarpiennes, qui font sur le dos de la main une saillie considérable ; — une subluxation peu prononcée des phalangines, en avant, sur les phalanges, dont les têtes font saillie du côté de la paume de la main. Enfin, par suite de la flexion prolongée des phalangettes sur les phalangines, les petits condyles de celles-ci font saillie en arrière.

Il faut noter que les végétations osseuses, au pourtour des articulations des doigts, ne circonscrivent pas constamment les têtes des os : ce sont tantôt des tubercules, tantôt des aiguilles plus ou moins allongées. En tous cas, ces ostéophytes contribuent peu aux déformations articulaires.

Enfin, dans le type que nous étudions, il existe une immobibilité plus complète, d'où rigidité plus grande des ligaments et des tissus fibreux : l'ankylose celluleuse se produit bientôt, et il en résulte un rapide amaigrissement des parties. Le terme *rhumatisme noueux* ne convient guère aux cas de cette espèce.

B. Chez les sujets plus âgés, la maladie suit une évolution plus lente, et les mouvements sont en partie conservés. Aussi les déviations sont-elles moins prononcées, et le volume des têtes des os, des stalactites osseuses, est-il plus considérable.

Il existe, en effet, une sorte d'opposition entre le degré des déviations et le volume des bourrelets osseux ainsi que l'étendue des déformations qui en résultent.

Quand la maladie s'est prolongée pendant un certain espace de temps, on voit se produire des altérations qui sont la conséquence de cet état de choses. L'atrophie des os, l'atrophie des muscles et l'amaigrissement des parties molles sont les accidents les plus ordinaires en pareil cas.

Mais on peut distinguer ici deux formes tout opposées. Dans la forme *atrophique* (Vidal) il se produit une induration de la peau, une sorte de sclérodermie : l'enveloppe cutanée est froide, pâle, lisse et polie, et ne se laisse plus rider.

Dans la forme opposée, on voit une infiltration œdémateuse, qui simule l'éléphantiasis, se développer sur le membre : cette tuméfaction est souvent accompagnée de symptômes inflammatoires ; mais ces phénomènes s'observent surtout aux membres inférieurs.

Au reste, les muscles des membres subissent toujours, à la longue, un certain degré d'atrophie et de dégénération graisseuse.

La conséquence immédiate de ces altérations, c'est que les infirmes se trouvent privés des mouvements des extrémités supérieures, et ne peuvent plus se servir eux-mêmes. C'est alors qu'on voit apparaître ces inventions ingénieuses, ces longues fourchettes dont les dimensions et la forme varient selon le degré d'infirmité des malades, mais qui ont toujours pour objet de leur permettre de porter leurs aliments à la bouche, grâce aux mouvements plus ou moins restreints qu'ils ont conservés.

Remarquons, à cet égard, que les déformations de la main droite, dont les malades continuent à se servir, ne présentent pas un type aussi régulier que les déviations de la main gauche, qui se trouve le plus souvent condamnée à une immobilité absolue.

Les membres inférieurs sont parfois indemnes, alors que les mains ont subi les altérations les plus prononcées. Cependant ce cas est rare, et, en général, les extrémités inférieures sont symétriquement déformées et déviées, et deviennent incapables de se prêter aux mouvements habituels.

L'articulation de la hanche conserve en général sa liberté : mais il n'en est pas de même pour les genoux. On observe le plus souvent une flexion de la cuisse sur le bassin, et une flexion de la jambe sur la cuisse. Les déformations principales qui en résultent sont les suivantes :

L'extrémité inférieure du fémur fait saillie en avant de la tête du tibia.

Le condyle interne du fémur devient proéminent.

La rotule, rejetée en dehors, repose sur le condyle externe.

La tête du péroné fait saillie en dehors.

Il est rare cependant de voir une ankylose complète se produire dans le genou ; mais des bourrelets osseux s'y développent presque toujours, et les corps étrangers s'y rencontrent en grande abondance.

Dans l'articulation tibio-tarsienne, au contraire, l'ankylose est très-fréquente. Le pied peut être porté dans l'abduction ; il repose alors sur le bord externe : c'est un *valgus*. Il peut, au contraire, se porter dans l'adduction : c'est alors un *varus équin*.

Le gros orteil est porté en dehors de manière à recouvrir les autres doigts du pied.

Des déformations importantes peuvent aussi se montrer du côté des vertèbres cervicales. Dans plusieurs cas que j'ai observés moi-même à la Salpêtrière, j'ai vu la tête inclinée en avant et fléchie sur le sternum ; le menton touchait presque la poitrine. Les mouvements de la tête étaient fort bornés et faisaient entendre des craquements. Dans la plupart de ces malades, le cou se trouvait élargi à la partie postérieure.

C'est ainsi que la plupart des jointures peuvent être prises, chez un seul et même sujet, dans les cas de rhumatisme chronique généralisé ; et alors les malheureux infirmes sont condamnés à rester dans leur lit pendant tout le reste de leur existence. On les voit quelquefois vivre plus de vingt ans dans cette affreuse position.

Mais il nous reste à étudier le *mode de production* de ces déviations. Quelques médecins les attribuent à une action providentielle (Beau), dont le but serait d'atténuer l'intensité des douleurs. Elles seraient le résultat d'attitudes prises instinctivement par les malades (Trastour).

Pour moi, je professe une opinion diamétralement opposée. Dans la majorité des cas, ces déformations sont le résultat de *contractions musculaires spasmodiques*, et pour ainsi dire *convulsives*. Elles se produisent par une sorte d'action réflexe, dont le point de départ est dans les jointures affectées.

Je n'insisterai pas longuement sur ce sujet. Les arguments que j'ai autrefois exposés, renforcés de ceux de M. Cruveilhier, me paraissent avoir péremptoirement démontré que c'est bien ainsi que les choses se passent.

On peut invoquer à cet égard :

1. La forme même des déviations ; ce sont des attitudes manifestement *forcées*.

2. La *résistance* que les malades opposent à ces rétractions spasmodiques.

3. Les déformations sont bien en rapport avec l'idée d'un spasme général : ce sont, en effet, des *déviations d'ensemble*, alors même que les jointures mises en jeu ne sont pas toutes affectées.

4. Les mêmes déformations peuvent également se rencontrer dans des cas où les jointures ne sont nullement affectées ; on ne peut alors invoquer que la contraction spasmodique des muscles.

Ainsi, dans la paralysie agitante, dans l'atrophie congénitale du cerveau, dans l'atrophie des muscles interosseux, on voit les membres prendre des formes qui sont de tout point semblables à celles qu'on observe dans le rhumatisme articulaire chronique.

Il serait d'ailleurs impossible de nier l'existence des causes accessoires à côté de cette cause fondamentale des déformations rhumatismales. Le poids des membres, la laxité plus ou moins grande des ligaments, contribuent pour une part plus ou moins grande à la production de ces déviations ; mais ces diverses conditions sont insuffisantes pour déterminer de pareils effets sans le concours de la rétraction musculaire. Ne voyons-nous pas, dans certains cas d'hydarthrose, une laxité énorme des ligaments des genoux sans qu'il se produise de déformations consécutives ? Le membre reste, au contraire, dans un état de flaccidité complète ; c'est ce qu'on a nommé *jambe de polichinelle*.

Les déformations que nous venons de décrire ne sont pas spécifiques. Cependant l'altération des jointures, les craquements, l'hydarthrose, les ankyloses celluleuses, la symétrie des lésions distinguent les effets du rhumatisme chronique de ceux que produisent la paralysie agitante et diverses autres maladies. Mais la *goutte* donne lieu aux mêmes contractions spasmodiques et aux mêmes déviations. Guilbert avait insisté sur ces rétractions musculaires dans son *Traité de la Goutte*.

Cependant la présence des tophus, qui accompagnent en général ces sortes de déformations chez les goutteux, est un caractère vraiment spécifique. Chez les rhumatisants, on voit quelquefois des nodosités percer l'enveloppe cutanée ; mais la partie mise à nu est de l'os, et non un simple dépôt calcaire, comme dans la goutte.

Symptômes généraux ; marche de la maladie.

A. L'hématologie, l'étude chimique des sécrétions n'ont jusqu'à présent donné que des résultats négatifs.

Musgrave dit que le sang est couenneux ; il l'est effectivement dans les formes aiguës, mais on n'y trouve jamais d'acide urique ; j'ai moi-même examiné le sang dans trente-cinq cas de rhumatisme, sans jamais y trouver la moindre trace de ce principe.

Dans un cas rapporté par Böcker, l'analyse chimique a fourni des résultats très-intéressants. Ce fait est cité comme un exemple de goutte, mais il pourrait bien appartenir au rhumatisme noueux, car les extrémités des os étaient *gonflées*, ce qui n'a point lieu dans la goutte. Le sang et les urines ont été examinés, et l'on a trouvé dans l'excrétion urinaire une diminution notable de la proportion normale de phosphate de chaux ; dans le sang, au contraire, il existait *quatre fois plus* de phosphate de chaux qu'à l'état normal.

B. Au point de vue de la réaction générale et de la marche des accidents, il y a lieu de reconnaître deux formes essentiellement distinctes.

Dans le rhumatisme articulaire chronique à évolution *rapide*, il s'agit habituellement de jeunes sujets, âgés de seize à trente ans, ou de femmes en état de grossesse ou de puerpéralité ; les émotions morales, l'impression vive du froid, peuvent exercer aussi une certaine influence.

On voit, en pareil cas, un grand nombre de jointures prises à la fois. Les rétractions musculaires sont plus prononcées ; les douleurs sont très-intenses ; la rougeur, la tuméfaction sont assez vives, et l'affection est moins mobile que dans le type opposé.

Les symptômes généraux sont ceux du rhumatisme articulaire aigu ou sub-aigu ; il y a une élévation marquée de la température, une accélération évidente du pouls, et des sueurs abondantes. C'est surtout dans les cas de ce genre qu'on rencontre les affections cardiaques. Quelques auteurs ont prétendu que c'était ici la fièvre rhumatismale qui engendrait le rhumatisme noueux.

Après un certain temps, il se développe une fièvre rémittente, hectique ; on voit ensuite se manifester une série d'exacerbations suivies par de longs intervalles de rémission.

Dans les cas de ce genre, la maladie dure habituellement moins longtemps. Après deux, trois ou quatre ans, les jointures cessent presque complétement d'être douloureuses, et les choses en restent là. Quelquefois même, quand des déformations se sont produites, elles cessent d'exister. Nous avons observé nous-mêmes des faits de cette espèce.

Dans le rhumatisme chronique à évolution *lente*, il s'agit, en général, de sujets plus âgés, ayant de quarante à soixante ans : on rencontre souvent cette affection vers l'époque de la ménopause. Cette forme a été décrite par Jest sous le nom de goutte sénile. C'est là surtout qu'on rencontre les nodosités des jointures de Haygarth.

Les articulations sont envahies successivement une à une : c'est dans ces cas surtout qu'on peut étudier le mode d'envahissement de la maladie. Les douleurs sont moins vives, il y a moins de rougeur ; souvent même elle fait complétement défaut. Les déviations par contraction musculaire sont moins prononcées : au contraire, les *déformations* de chaque jointure sont plus accusées.

Quant à l'état général, il ne s'accompagne que rarement d'un

mouvement fébrile; on constate seulement de temps en temps un petit accès. Enfin, le pronostic est, à tout prendre, moins grave que dans le cas précédent.

Nous avons comparé entre elles les deux formes extrêmes pour faire ressortir leurs analogies et leurs différences, mais entre ces deux points il existe une foule d'états intermédiaires.

Remarquons enfin, que, malgré la règle que nous avons formulée, il se rencontre chez les jeunes sujets des cas qui se comportent comme chez les vieillards : la réciproque est également vraie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1867. — Présidence de M. Hérard.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Maladies régnantes

M. BESNIER lit un rapport sur les maladies qui ont prédominé durant le mois de juin.

Cette fois, la constitution médicale a paru dépendre des conditions atmosphériques et saisonnières; aucune influence étrangère, épidémique ou autre, n'est venue la modifier d'une manière notable. L'année dernière, au contraire, à pareille époque, bien que la température fût excessive, les rhumatismes et les affections des voies respiratoires étaient remarquables par leur nombre et leur gravité; en même temps le choléra, qui dépeuplait une ville voisine, commençait à réapparaître parmi nous.

Cette année, les cas de choléra sont très-rares et restent stériles, et les affections pulmonaires, soit primitives, soit secondaires, ont beaucoup perdu de leur gravité. Celles même qui avaient commencé durant le mois de mai, se sont améliorées rapidement en juin. Il y a, dans les divers services, un très-grand nombre de phthisiques; mais cela tient à ce qu'on a pu en accepter et en garder davantage, parce qu'on avait plus de lits vacants.

Les affections rhumatismales proprement dites ne sont pas très-fréquentes, mais il y a beaucoup de névralgies et de recrudescences de névralgies existant déjà. M. Bernutz signale un nouveau cas de rhumatisme blennorrhagique, chez un homme couché dans ses salles, à la Pitié.

Les affections diphtéritiques n'ont rien présenté de particulier, si ce n'est que, dans les dernières séries, la trachéotomie a donné des résultats peu favorables. A l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Bergeron a perdu 3 enfants sur 4 trachéotomisés, et à l'hôpital des Enfants, M. Labric en a perdu 3 également sur le même nombre.

La rougeole est toujours dominante, mais compliquée plus rarement d'accidents graves du côté des voies respiratoires. Au Val-de-Grâce, M. Villemin en a observé un cas qui a guéri malgré la grande persistance des phénomènes pulmonaires. Pourtant, une autre fois, il a vu la rougeole devenir le point de départ d'une tuberculisation aiguë, rapidement terminée par la mort. A l'autopsie, on a trouvé les granulations caractéristiques. Un fait semblable s'est présenté à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Guillot. Enfin, M. Gubler a vu la rougeole compliquée de taches ecchymotiques et d'une bronchite des plus intenses.

La variole reste stationnaire; quelques cas mortels à Saint-Antoine.

La varicelle, je ne dis pas la varioloïde, la varicelle a été rencontrée un assez grand nombre de fois.

A Bicêtre, M. Delasiauve a observé des éruptions cutanées diverses, qui semblaient être influencées par l'administration du bromure et de l'iodure de potassium.

Les affections des voies digestives sont loin d'être rares; mais, ainsi que le fait remarquer M. Isambert, elles sont généralement peu graves. M. Colin a reçu, au Val-de-Grâce, une quarantaine de soldats atteints de diarrhée, et venant du même quartier; deux ont eu des crampes et des vomissements.

M. Bourdon nous signale deux malades, dont l'une est entrée dans son service à la période algide du choléra, et dont l'autre, se trouvant depuis quelque temps dans le service de M. le professeur Denonviliers, a été pris de diarrhée, et, quatre jours après de vomissements, de crampes, etc., à la suite desquels il est mort dans les vingt-quatre heures. Mais ce sont les seuls cas mortels dont il ait été fait mention, et l'état sanitaire reste bon à ce point de vue.

Sur 44 accouchements qui se sont faits durant le mois dans le service de M. Bourdon, il y a eu un seul décès par péritonite; le mois précédent, il n'y en avait pas eu un seul sur 36 accouchements. On voit que cette série est une des plus avantageuses qui se soient jamais présentées : un seul décès sur 80 !

DISCUSSION

M. GUIBOUT. Je m'étonne de ne pas avoir entendu parler des fièvres typhoïdes dans le rapport. Il m'a semblé qu'il y en avait eu un assez grand nombre, plus que d'habitude; je crois que M. Féréol a fait aussi cette remarque. En général, elles n'ont rien présenté de grave, elles revêtaient plutôt la forme adynamique, et toutes guérissaient.

M. BESNIER. Aucun document ne nous est parvenu sur ce sujet. Je ne crois pas que les fièvres typhoïdes aient été plus nombreuses que d'ordinaire.

M. FÉRÉOL. Je m'associe aux observations de M. Guibout. Sur un service de 40 hommes dont je suis chargé à Saint-Louis, j'ai eu en même temps 6 fièvres typhoïdes. Il est vrai que j'étais alors de service au bureau central et que je m'en suis expédié moi-même à peu près moitié; mais le reste s'était développé dans le voisinage de l'hôpital. Elles n'ont pas été particulièrement graves, quoique les phénomènes adynamiques eussent été très-développés chez deux malades. En outre, j'ai eu à soigner un cas de fièvre typhoïde en ville.

M. ISAMBERT. Moi aussi, j'en ai observé quelques-unes ces jours derniers, surtout depuis le mois de juillet; j'ai vu également quelques fièvres vernales.

M. LALLIER. Dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, je reçois exclusivement des maladies de la peau; et, le mois dernier, il s'y est développé deux fièvres typhoïdes assez graves qui ont fini par guérir. Reste à savoir si ce n'est pas au voisinage des malades du bureau central, dont on a récemment établi un service à l'hôpital Saint-Louis, que ces fièvres ont pris naisance, par contagion.

M. HÉRARD. J'ai, en effet, depuis quelques jours, trois ou quatre fièvres typhoïdes; mais comme M. Isambert le faisait remarquer avec raison, c'est dans le mois de juillet, non dans le mois de juin; et ce dernier seul a fait l'objet du rapport que nous venons d'entendre.

M. FÉRÉOL. Les fièvres typhoïdes dont j'ai parlé se sont présentées dans le mois de juin; elles venaient toutes du dehors, sauf une peut-être. Il s'agit d'un homme entré d'abord pour un rhumatisme blennorrhagique, à la suite duquel le bras avait gonflé de telle sorte que j'ai craint un phlegmon grave; mais le tout s'est terminé par délitescence. Cet homme est donc sorti au commencement de juin, guéri de son rhumatisme, et ne conservant plus qu'un reste de blennorrhagie. Il est rentré huit jours après avec une fièvre typhoïde; on peut se demander s'il n'en avait pas pris le germe dans l'hôpital.

SUITE DE LA DISCUSSION

Sur la trachéotomie.

M. PETER. Permettez-moi d'offrir d'abord une brochure que j'ai publiée en 1864, sur les lésions pulmonaires dans le croup. Je dis *lésions*, et non *complications* car, à mes yeux les voies respiratoires sont toujours affectées plus ou moins dans le croup.

M. Isambert a parlé des difficultés que présente la trachéotomie chez les enfants très-jeunes; il a dit, avec raison, qu'au premier âge l'extrême brièveté du cou rendait l'opération très-difficile; j'ajouterai que l'étroitesse et la flaccidité de la trachée concourent au même résultat.

Voici la trachée d'un enfant de dix-neuf mois, mort à la suite d'une anasarque scarlatineuse dans mon service à l'hôpital des Enfants Trouvés; voyez combien la trachée est étroite et molle. Chez les enfants très-jeunes, en outre, comme chez celui-ci, il existe souvent un assez grand embonpoint du cou, un accroissement du corps tyroïde, et surtout une extrême mobilité de la trachée-artère.

Pour pratiquer la trachéotomie, l'opérateur fixe la trachée à l'aide de son index gauche; à son insu, par la pression de l'index, il la fait glisser à gauche, et l'incision, au lieu d'être médiane, est le plus souvent latérale, située sur le côté droit de la trachée. Il n'y aurait pas grand mal si l'opérateur, après avoir vu pénétrer l'air, ne retirait son doigt. Mais le doigt cessant de presser, la trachée revient à sa place et l'incision se trouve cachée. Le chirurgien cherche à introduire son dilatateur; mais, si l'une des branches entre dans la plaie, l'autre est le plus souvent dans le tissu cellulaire, au-devant de la trachée, et si l'on veut introduire ainsi la canule, l'enfant étouffe. Il faut savoir chercher l'incision trachéale où elle, est sur la droite.

C'est ce qui m'est arrivé un jour à l'hôpital des Enfants. Un de mes collègues fit une trachéotomie, mais il ne parvint pas à introduire la canule. Le directeur, qui était présent, me pria de prendre en main le dilatateur, et comme j'avais une certaine habitude, je trouvai de suite, vers la droite, l'incision qui était fort bien faite.

Autre accident non signalé : Quand on a introduit le dilatateur, on relève en général l'enfant avant de placer la canule; or, dans ce mouvement, souvent une des branches sort de la trachée, et l'on a mille peines à l'y remettre. Pour éviter cet accident, il faut avoir bien soin de tenir toujours le dilatateur rigoureusement perpendiculaire à la direction de la trachée.

Enfin il ne faut pas oublier que la trachée est de très-petit calibre. On peut pénétrer trop avant, traverser de part en part et placer en définitive la canule dans l'œsophage. J'ai vu la chose arriver un jour à l'hôpital des Enfants, et cette introduction fut faite par un excellent opérateur. L'enfant mourut par l'opération.

Quant à l'âge, c'est une question qui me paraît résolue. Après les faits déjà signalés, on n'a pas le droit de refuser à un enfant qui va mourir, le bénéfice d'une opération, sous prétexte qu'il est trop jeune. La trachéotomie est par excellence une chance dernière qu'il faut toujours tenter. Mais, si l'on consulte les statistiques, on voit que presque tous les succès obtenus chez des enfants très-jeunes, l'ont été en ville. Cela tient à ce que les enfants qu'on soigne en ville se présentent dans de meilleures conditions, ils sont de meilleure race, mieux soignés, mieux nourris. Même à un âge plus avancé, la trachéotomie donne à l'hôpital des résultats moins favorables. J'ai fait en ville quatre trachéotomies et j'ai eu deux succès, à l'hôpital je suis bien loin d'avoir eu vingt succès sur quarante trachéotomies. Il est vrai que ces chiffres ne sont pas assez forts pour que le hasard n'y ait pas pu jouer un certain rôle.

A la suite de l'opération, il m'a semblé que les enfants succombaient à l'intensité de la fièvre traumatique, ils mouraient comme brûlés. Je me demande si des bains ne seraient pas utiles en pareil cas. J'ai vu M. Roger prescrire des bains à un enfant atteint de violente pneumonie, et cet enfant a fini par guérir.

Intéressante comme elle est, l'observation de M. Isambert ne me semble pas à l'abri de toute critique. M. Isambert n'a pas vu d'angine couenneuse, l'enfant, après l'opération, n'a pas rejeté de fausse membrane par la trachée. Je sais bien que le médecin ordinaire avait trouvé une angine couenneuse, mais cela ne me suffit pas. Je voudrais que M. Isambert l'ait vue lui-même. Chacun sait combien il est généralement difficile d'examiner la gorge d'un enfant. En ville, les parents eux-mêmes mettent obstacle à une bonne exploration. On peut confondre, surtout quand on n'a pas une extrême habitude, des mucosités étalées, avec de vraies pseudo-membranes. L'enfant de M. Isambert a guéri bien vite.

N'avait-il pas une laryngite avec boursoufflement des cordes vocales? La trachéotomie était indiquée, elle a guéri l'enfant; mais la guérison devient la règle après la trachéotomie, en pareil cas.

Il ne faut pas croire que de telles méprises soient très-rares. L'hiver dernier, à une heure du matin, un médecin, ancien externe de M. Blache, vint me chercher en toute hâte pour faire la trachéotomie sur un enfant d'un an, menacé d'asphyxie. Je ne trouvai pas ombre de fausse membrane et me refusai à l'opération, me bornant à prescrire un vomitif et à faire disposer autour de cet enfant quelques bassines d'eau bouillante. Le lendemain, il y avait encore de l'oppression, du tirage, mais tout se calma peu à peu, et l'enfant guérit. A deux mois de là, il fut repris du même accident, que je traitai de la même manière, avec le même succès.

Antérieurement, M. Roger m'avait chargé de passer la nuit auprès d'un enfant qui portait un nom célèbre en médecine, c'était le petit-fils d'un illustre hygiéniste. Cet enfant présentait tous les signes rationnels du croup, mais il n'avait pas d'angine couenneuse, et je ne devais faire la trachéotomie qu'en cas d'en cas d'urgence extrême. Je diagnostiquai une laryngite striduleuse, je fis mettre autour de l'enfant six cuvettes pleines d'eau bouillante, pour lui faire respirer une atmosphère chargée de vapeur, et une heure après il allait bien.

Ce sont là des faits authentiques.

En voici un autre : Avant-hier à l'hôpital des Enfants-Trouvés, la sœur, malgré sa très-grande habitude, prit une angine striduleuse pour un croup.

Il faut donc se défier des observations de croup sans angine couenneuse; pour moi, je n'en ai pas vu un seul cas sur à peu près deux cents cas de croup. Toujours j'ai trouvé dans la gorge des fausses membranes.

La bronchite pseudo-membraneuse est difficile à diagnostiquer. M. Moutard Martin en a signalé un bon signe : l'asphyxie pâle. J'en ajouterai un autre : la fréquence des mouvements respiratoires. Dans le croup simple, lorsque le mal siége seulement vers le larynx, la respiration est très-lente. Il faut un effort pour vaincre l'obstacle, et cet effort fatigue. Aussi, le rythme respiratoire est-il renversé pour ainsi dire. Normalement la respiration se fait en deux temps suivis d'un silence, l'expiration n'est pas séparée de l'inspiration qui la précède. Dans le croup, au contraire, après l'inspiration, vient un repos; puis l'expiration, et de suite une autre inspiration; ces temps sont prolongés, et les mouvements lents. Les complications pulmonaires ont pour effet de multiplier les inspirations, et, comme l'avait noté M. Millard dans sa thèse, toutes les fois qu'on trouve plus de cinquante inspirations à la minute, on peut craindre une pneumonie, ou, ajouterai-je, une bronchite pseudo-membraneuse.

Une fois l'opération faite, un autre signe peut indiquer la présence de pseudo-membranes dans les bronches. Lorsque la canule ne s'emplit pas de crachats muqueux, lorsqu'au bout de douze heures, par exemple, elle est restée sèche, il est probable que les bronches sont couvertes de fausses membranes qui les empêchent de sécreter.

La bronchite pseudo-membraneuse est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose. Sur cent cinq autopsies d'enfants morts de croup, je l'ai trouvée cinquante-deux fois. Il est vrai qu'elle a pu contribuer à la mort; cependant, elle peut se rencontrer aussi chez des enfants qui finissent par guérir.

La diphtérie laryngée se rattache à une affection générale des voies aériennes qui se divise en trois périodes : 1° celle d'hyperesthésie, 2° celle de catharre, 3° et enfin celle d'exsudations pseudo-membraneuses.

Elle envahit d'abord le pharynx, puis le larynx, la trachée, les bronches, le poumon.

La trachéite, la bronchite, simples, catharrhales, ou pseudo-membraneuses, sont des éléments nécessaires dans le croup; comme la bronchite dans la rougeole.

Si l'enfant est d'une belle santé, d'une robuste constitution, le rejet de fausses membranes ne doit pas lui faire refuser le bénéfice de l'opération.

M. Millard mentionne dans sa thèse plusieurs enfants qui ont guéri après avoir rendu des fausses membranes canaliculées.

La pneumonie est une complication grave lorsqu'elle existe avant l'opération. Lorsqu'elle survient quelques jours après, elle est moins grave. Mais alors il ne faut pas croire qu'elle soit une conséquence de la trachéotomie. Elle est causée par la diphtérie et non point par l'opération.

J'ai fait le relevé de tous les cas où la trachéotomie fut pratiquée pour extraire des corps étrangers, ou pour une cause semblable, autre que le croup: je n'ai pas trouvé un seul cas de pneumonie secondaire

Du reste, je ne regarde pas la pneumonie comme une contre indication absolue. M. le professeur Grisolle m'a racouté que le premier fait de guérison, qui se soit présenté à lui après la trachéotomie, eut lieu malgré une pneumonie existant lors de l'opération. C'était à l'hôpital Saint-Antoine, dont M. Nélaton était alors chirurgien et M. Grisolle médecin. Tous deux reconnurent une pneumonie chez un enfant que M. Grisolle voulait faire trachéotomiser, et, à cause de cette complication, M. Nélaton se refusa d'abord à l'opération demandée. M. Grisolle prit sur lui toute la responsabilité, et l'enfant, opéré, guérit.

Pour moi, les contre indications formelles sont l'état d'intoxication, la pâleur cireuse, l'engorgement ganglionnaire, cette bouffissure extrême du cou qui n'est ni de l'œdème, ni de l'emphysème, comme je m'en suis maintes fois assuré, la teinte gris sombre des fausses membranes, l'odeur fétide, etc., tout ce qui indique un empoisonnement général.

M. ARCHAMBAUD. M. le professeur Trousseau, notre illustre maître, a laissé fort peu de chose à faire ou à dire en ce qui touche la trachéotomie. J'avais donc seulement l'intention d'exposer les résultats de mon observation, et je les avais résumés en quelques réflexions, que le discours si judicieux de M. Peter me permettra d'abréger beaucoup.

J'ai pratiqué la trachéotomie soixante-sept fois, dont deux chez des adultes. J'ai eu vingt et une guérisons.

La plupart du temps les malades étaient déjà dans la période ultime, parfois complètement insensibles. Sur 53 opérations faites aussi dans la dernière période, j'ai eu 17 guérisons; et, d'autre part, je n'ai eu que 4 guérisons sur 12 malades opérés plus tôt. La proportion est donc presque la même. Du reste, dans la pratique civile, il est bien rare que le médecin ait le choix du moment; le plus souvent il doit se conformer aux circonstances. En règle générale, les parents hésitent pendant longtemps; souvent même cette hésitation est augmentée par l'attitude du médecin ordinaire, qui repousse l'opération comme inutile ou prématurée.

J'ai déjà précédemment raconté, et je pourrais citer encore, un certain nombre d'exemples d'enfants opérés au moment où on le croyait tout à fait perdus, étant dans l'insensibilité la plus complète, ne sentant pas même le bistouri pendant l'opération, et néanmoins ayant guéri parfaitement. J'ai eu près d'un tiers de profit sur une matière perdue, si je puis m'exprimer ainsi.

Les congestions qui s'étaient faites avant l'opération ont disparu après, sauf dans un seul cas, observé conjointement avec M. Fleury, chez un enfant qui a été atteint d'hémiplégie et est mort 36 heures après la trachéotomie.

Comme méthode opératoire, je préfère le bistouri. Il faut procéder lentement, couche par couche, ainsi que l'indiquait Trousseau.

Je ne crois pas que le tempérament, la constitution du malade, soit

une contre-indication absolue. Les enfants lymphatiques m'ont paru même moins violemment atteints que les enfants sanguins. La diphtérie prend plutôt chez eux le caractère catharral, les fausses membranes y sont moins tenaces. Quand on me dit qu'un malade avait habituellement la poitrine grasse, j'en augure bien. Du reste, la trachéotomie est une opération de nécessité ; et alors même que les conditions en seraient mauvaises, il faut passer outre.

J'ai opéré avec succès plusieurs scrofuleux : l'un a été atteint depuis d'un mal de Pott, un autre avait une coxalgie tuberculeuse et des tubercules dans le poumon droit. Ils ont guéri.

L'heure avancée fait remettre à quinzaine la suite du discours de M. Archambaud.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le docteur G. de Ranse la lettre suivante :

« Vous avez publié, dans le numéro 37 de la *Gazette des Hôpitaux* (mardi 2 juillet), une observation que j'avais communiquée à la Société de médecine de Paris, sur un cas d'hépatite *subaiguë*, terminée par suppuration. Permettez-moi de compléter cette observation en vous donnant des nouvelles de mon malade, aujourd'hui entièrement rétabli.

» A partir du 18 avril, jour où s'arrêtaient mes notes, les alternatives de bien et de mal ont fait place à une amélioration continue et toujours croissante. La plaie fistuleuse de l'épigastre s'est remplie peu à peu du fond à la surface; l'écoulement a perdu sa couleur lie de vin, est devenu franchement purulent et a diminué rapidement de quantité ; le 22 mai, j'ai fait une dernière injection iodée, et, dans les premiers jours de juin, la cicatrisation était complète.

» Le foie est resté volumineux ; il s'élève en haut jusqu'à deux travers de doigt du mamelon, et il déborde en bas les fausses côtes : on le sent toujours en pressant dans le creux épigastrique ; mais toute douleur spontanée ou provoquée a disparu.

» L'état général du malade a suivi le progrès de l'état local ; l'appétit est revenu et s'est maintenu ; les digestions sont devenues faciles ; notre jeune homme a recouvré des forces ; il ne s'est jamais aussi bien porté, dit-il, depuis l'époque où il s'est engagé. Ainsi s'est réalisé le pronostic favorable que je n'avais osé concevoir et exprimer qu'avec la plus grande réserve.

» Laissez-moi, en finissant, relever quelques erreurs typographiques, dont vos compositeurs peu habitués à mon écriture hiéroglyphique, ont émaillé mon article ; je lis, par exemple, *station* pour *retour; ventre* pour *centre, tranchée* pour *troubles*, etc., vos lecteurs, aussi bienveillants qu'intelligents, auront sans doute fait eux-mêmes les corrections. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Congrès médical international de Paris. — Le Congrès tiendra ses séances à l'Ecole de médecine, dont les musées resteront ouverts pendant la session. La première séance aura lieu le 16 août prochain à deux heures.

La séance annuelle de la Faculté est fixée au 14 août : M. le professeur Béhier doit y prononcer l'éloge de Rostan. Tous les membres du Congrès seront admis à cette solennité sur la présentation de leurs cartes. Aux termes de l'article 7 des statuts, les travaux destinés à être lus au Congrès doivent être adressés à M. le secrétaire général (docteur Jaccoud, 4, rue Drouot) le 25 juillet au plus tard, afin que l'ordre du jour des séances puisse être arrêté et publié.

Les démarches faites dans le but d'obtenir une réduction de prix sur les chemins de fer n'ont réussi qu'auprès des Compagnies de l'Est et du Nord, qui ont accordé l'une et l'autre une diminution de 50 pour 100 à l'aller et au retour, à partir de la frontière de France.

Sur le réseau de l'Est, la réduction sera donnée sur la présentation des cartes de membres fondateurs (médecins français) et de membres adhérents (médecins étrangers). Les billets à prix réduit ne seront pas admis dans les trains express ni dans les trains postes. La réduction de prix est concédée du 14 août au 1er septembre.

Sur le réseau du Nord, la réduction sera donnée sur la présentation de bons nominatifs. Ces bons seront adressés aux médecins qui doivent prendre les lignes du Nord pour se rendre à Paris et qui auront retiré, d'ici au 8 août, leur carte de souscription. Les bons d'aller seront valables du 10 au 15 août ; les bons de retour, du 1er au 5 septembre.

Sur l'une et l'autre ligne, la carte de membre fondateur délivrée aux médecins français comme récépissé de leur cotisation est nécessaire pour obtenir la réduction de prix.

D'après l'article 3 des statuts, les médecins de France sont soumis à une souscription de 20 francs; ils auront droit aux publications du Congrès.

Au nom du Comité, *Le secrétaire général*, Jaccoud.

— Le Congrès général des pharmaciens de France et de l'étranger a tenu ses séances les 4, 5 et 6 juillet, dans l'amphithéâtre du Conservatoire des Arts et Métiers.

Le premier jour a été employé à l'élection du bureau.

Dans les séances des 5 et 6 juillet, les questions à l'ordre du jour ont été longuement discutées.

Les conclusions des rapporteurs du Comité d'organisation ont toutes été adoptées.

Nous nous réservons d'entrer dans de plus larges détails lors de la publication du compte rendu, qui a été sténographié.

D'après le relevé des feuilles de présence, 631 pharmaciens ont participé aux délibérations de ce Congrès, dont 315 de Paris et 316 des départements et de l'étranger. Plusieurs de ceux-ci représentaient des sociétés considérables, comptant des milliers de pharmaciens.

Mais le nombre des assistants a dû être plus considérable, car l'on comprendra aisément qu'en raison de l'affluence, un certain nombre de pharmaciens, mis de leur carte, se soient dispensés, avant d'entrer, de la formalité de la signature.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Deux volumes in-8. Prix : 11 fr. — Paris, 1865.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur Garrod. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8 accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. avec un joli cartonnage en toile, 16 fr. — Paris, 1867. — Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

La chlorose, leçons professées à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par le docteur A. Fabre, professeur suppléant à l'école de médecine de Marseille, et recueillies par Suzini, ancien interne des hôpitaux. In-8° en 90 pages, prix : 2 francs. — Paris, 1867. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Soure.

Paris — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse. 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 71 JUILLET 1867.

Sur la Séance de l'Académie de médecine

L'Académie aura bientôt à discuter les théories nouvelles sur la tuberculose. Dans un rapport fort étendu sur les expériences de M. Villemin. M. le professeur Colin (d'Alfort) soulève les principales questions qui se rapportent à la phthisie.

On avait prétendu que l'expérimentation permettait de séparer la granulation grise, produit spécifique seul inoculable, d'avec les autres produits morbides que peuvent présenter les poumons des tuberculeux et qu'on attribuait soit à un travail inflammatoire, soit à une métamorphose de régression.

M. Colin a inoculé avec le même succès, et le tubercule jaune, et le gros tubercule cru, et la matière caséeuse du tubercule ramolli, et même la substance qui se développe autour des nids de strougles dans la phthisie vermineuse des ruminants, autour des amas crétacés dans la phthisie calcaire des mêmes animaux.

En outre, M. Colin remarque que l'inoculation du pus fait naître de petits foyers qui ressemblent parfois beaucoup à de véritables tubercules. On sait que M. Clark est allé plus loin; il a affirmé la nature véritablement tuberculeuse des granulations qu'il a trouvées dans les poumons de lapins, auxquels il avait inoculé du pus ordinaire.

Ceci laisse planer un certain doute sur la portée des résultats que donne l'expérimentation sur les lapins; et ce doute s'augmente encore lorsque l'on voit M. Colin demander, lui aussi, de nouvelles expériences, pour établir pleinement en quoi ressemblent ou diffèrent les tubercules de l'homme, et ceux qu'on a produits par inoculation sur des animaux.

Quoiqu'il en soit, si ces expériences prouvent quelque chose, elles prouvent contre la spécificité exclusive des granulations grises, et elles tendent à faire rentrer dans le cadre de la phthisie tuberculeuse, toutes les lésions qu'on veut attribuer aujourd'hui à la pneumonie caséeuse.

Comment se développe la phtisie chez les animaux inoculés? de proche en proche, suivant M. Colin.

La matière tuberculeuse serait absorbée en nature par les lymphatiques et les capillaires, elle gagnerait les ganglions, puis les organes centraux, s'accroissant et se multipliant sur tous les points qu'elle atteindrait.

M. Colin tend à supposer que la phthisie spontanée elle-même se produirait souvent par le même mécanisme; qu'un tubercule purement local, pour ainsi dire endormi dans quelque organe sans importance, pourrait un jour se désagréger, être absorbé et faire éclater une éruption tuberculeuse dans les poumons et dans d'autres organes.

On voit que M. Colin émet, au sujet de la tuberculose, exactement la même hypothèse que Virchow a émise au sujet du cancer et autres produits néoplastiques.

La maladie débuterait par une tumeur locale, une tumeur mère, qui ferait naître d'autres tumeurs par les germes qu'elle fournirait aux liquides de l'économie.

Seulement Virchow, à ce qu'il nous semble, n'admet pas l'absorption des éléments solides, des éléments figurés, en nature. Il ne suppose pas que de tels éléments puissent circuler avec le sang, à moins de conditions exceptionnelles, telles qu'ulcération de vaisseaux. M. Colin est d'un avis contraire.

Comme nous l'avons dit dernièrement, M. Roussin a prétendu que les corps très-divisés, appliqués sur la peau, peuvent pénétrer dans les veines, sans être dissous préalablement; les choses se passeraient de même dans la profondeur des tissus. Suivant M. Colin, on observe souvent la pénétration des corps solides, même insolubles, dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins. Les cellules et les corpuscules tuberculeux, une fois désagrégés, sans perdre leur forme et leur nature tuberculeuse, pourraient donc être admis dans le torrent circulatoire.

Ces hypothèses provoqueront sans doute une discussion fort intéressante.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT

Abcès périnéphrique

(Observation recueillie par M. Le Diberder, interne du service.)

G... Théophile, 34 ans, garçon limonadier, entre le 1er avril salle Saint-Charles, n° 47. Le début de sa maladie remonte à trois semaines. Sa santé habituelle est bonne. Il a fait deux congés comme soldat et a parfaitement supporté les campagnes de Crimée et d'Italie. Il n'accuse aucune maladie antécédente du côté des organes urinaires.

Il affirme n'avoir reçu aucun coup sur la région lombaire; il n'a pas fait de chute, il n'a pas eu à supporter dans ces derniers temps de fatigues plus fortes qu'à l'ordinaire; enfin, il déclare n'avoir fait aucun excès : en somme, les causes de sa maladie actuelle nous échappent complétement. Il a éprouvé de vives contrariétés dans les six derniers mois qui ont précédé l'invasion du mal, mais il faut avouer qu'on ne saisit guère de corrélation entre cet état moral et la maladie qui fait le sujet de cette observation.

Il y a trois semaines, notre malade fut pris d'une douleur siégeant au-dessous de la dernière côte gauche, au niveau du sein de ce côté. Cette douleur, faible d'abord, prit peu à peu une intensité très-considérable. Lorsque le malade était en repos, il éprouvait une sensation de pesanteur et de douleur continue, fréquemment interrompue par des élancements très-pénibles. En même temps il avait de la fièvre, surtout la nuit. L'appétit était complétement supprimé, et le malade maigrissait rapidement. Il fit appeler M. Guibout, qui appliqua des vésicatoires au point douloureux, sans obtenir une diminution de la douleur.

1er avril. — A son entrée, le malade se plaint d'une douleur insupportable à la région lombaire gauche. Il est couché sur le côté droit. La face est amaigrie, la peau offre une teinte jaunâtre qui se retrouve bien marquée sur les conjonctives. Le pouls est à 70. La peau est très-sèche, modérément chaude. Le malade tousse fréquemment, ce qui augmente ses douleurs. Il rejette des crachats verdâtres d'aspect presque purulent et légèrement sanguinolents. L'auscultation des deux sommets ne révèle l'existence d'aucune lésion. A droite, on entend dans toute la hauteur la respiration mêlée de quelques râles sibilants et sous-crépitants. A gauche, même résultat pour la partie supérieure, mais en bas, les râles deviennent plus secs et sont mêlés à des frottements. En raison des douleurs et de la fatigue d'une position invariable, le malade se lève souvent la nuit pour s'asseoir sur une chaise. Le sommeil est devenu impossible. L'appétit est nul. Il n'y a pas de délire.

Si on examine la région lombaire gauche, on trouve qu'elle est tuméfiée, surtout à sa partie supérieure. Elle est rouge, œdématiée; la recherche de la fluctuation est difficile, parce que la pression fait beaucoup souffrir le malade. En déprimant la paroi abdominale antérieure, on trouve une tumeur profondément située, et la main appliquée sur les lombes perçoit alors très-bien la fluctuation. M. A. Guérin, appelé par M. Guibout, admet sans hésiter l'existence d'un abcès périnéphrique et l'ouvre séance tenante (4 avril). Il s'écoule environ trois palettes de pus mêlé d'un peu de sang provenant de l'incision. Le doigt, introduit dans la plaie, reconnaît le rein refoulé en avant par la collection, qui occupait la partie postérieure de la capsule adipeuse, et on pénètre dans une cavité anfractueuse et fort étendue. Cette exploration permet en outre de constater que les côtes sont partout recouvertes de parties molles et n'entrent pour rien dans la production de l'abcès.

L'ouverture du foyer amène une diminution considérable dans la douleur, et dès ce jour-là le malade a pu se coucher sur le dos.

Traitement : — Tisane amère. — Sirop d'iodure de fer. — Bordeaux, vin de quinquina. — Cataplasmes. — Une portion.

Les jours suivants, la suppuration est encore extrêmement abondante. La fièvre existe encore un peu le soir. Le 12, l'appétit est excellent, la suppuration est bien moins abondante et la fièvre a complétement cessé. Le malade sent ses forces revenir rapidement. Cette amélioration dure jusqu'au 22 avril, époque à laquelle la suppuration est presque entièrement tarie et la plaie semble vouloir se fermer.

Le 22 avril, le malade éprouve dans l'après-midi un frisson assez violent suivi de sueurs. A cinq heures nous trouvons le malade avec la peau chaude, le pouls au-dessus de quatre-vingt, l'appétit nul. Cet accès de fièvre a coïncidé avec une recrudescence considérable dans l'abondance de la suppuration, qui devient presque ce qu'elle était les jours qui ont suivi l'ouverture de l'abcès.

Même traitement. Potion avec alcoolature d'aconit, un gramme.

Le 23, le frisson ne s'est pas reproduit, mais la suppuration est presque aussi abondante que la veille.

La peau est un peu sèche, mais sans chaleur. L'appétit est un peu revenu, seulement le malade a eu des sueurs abondantes quand on l'a changé. Enfin la toux et l'expectoration qui avaient presque entièrement disparu les jours précédents, augmentent beaucoup.

Les crachats deviennent franchement purulents et se teintent de temps à autre d'une petite quantité de sang. Cet aspect purulent porte naturellement l'esprit à se demander s'il ne s'est pas établi quelque communication entre le foyer et les bronches. Mais les résultats de l'auscultation et l'absence d'accidents plus graves protestent contre cette hypothèse. Le mieux persiste jusque dans les premiers jours de mai; le malade a seulement un peu de fièvre le soir. La suppuration a de nouveau beaucoup diminué. Enfin le 9 mai, le malade est repris de frissons qui annoncent une nouvelle recrudescence de la suppuration.

Traitement : Suppression de l'aconit. — Sulfate de quinine, soixante centigrammes par jour en deux fois. — Continuation du traitement tonique.

Sous l'influence de cette médication, la fièvre a cessé rapidement et la maladie a marché franchement cette fois vers une guérison définitive. L'appétit revient, et, à partir du 18 mai, le malade mange deux portions. La teinte subictérique disparaît de la peau et des conjonctives, et les phénomènes thoraciques cessent complétement. La suppuration est insignifiante et l'ouverture fistuleuse tend à se fermer.

Le 25 mai, le malade va à la maison de Vincennes avec une fistule à peu près cicatrisée. — Depuis sa sortie de Vincennes, M. Guibout l'a revu complétement guéri.

CONSERVATION DES PIÈCES ANATOMIQUES

Par M. VAN VETTER

Chef des travaux anatomiques à l'Université de Boulogne

(Note lue à la Société de médecine de Paris, par M. le Dr Duchenne (de Boulogne.)

Depuis 1862, M. Duchenne (de Boulogne) expérimente, avec le concours de M. Vasseur, préparateur de pièces anatomiques, à Paris, le procédé de conservation de M. Van Vetter.

Voici ce procédé, tel qu'il a été décrit dans une lettre adressée par M. le docteur de Neffe, en 1862, à M. Duchenne, de (Boulogne).

« Vous mêlez à 7 parties de glycérine, à 22° environ, une partie de sucre brun naturel et 1/2 partie de nitre, jusqu'à ce qu'il se forme un dépôt léger au fond du vase. Vous y plongez alors la pièce que vous voulez conserver. Cette pièce peut être disséquée ou non. Je dois vous faire observer qu'une pièce, qui a macéré quelque temps dans la glycérine, est plus difficile à préparer; aussi est-il préférable de la disséquer auparavant.

» On laisse la pièce dans la glycérine un temps proportionnel à ses dimensions; une main, par exemple, doit séjourner environ huit jours dans ce liquide. Au bout d'un temps variable vous la retirez donc. En ce moment, elle est raide comme du bois; on pourrait croire que le but poursuivi n'est pas atteint. Vous suspendez votre préparation dans un endroit sec et chaud. La glycérine en trop s'évapore petit à petit, et la souplesse revient dans les muscles et les articulations.

» Le temps pendant lequel la préparation doit rester ainsi suspendue est assez variable (2 ou 3 mois environ); cela dépend de la quantité de glycérine absorbée et du lieu où se fait la préparation, ainsi que de la saison. Quand la glycérine cesse de paraître à la surface des muscles, vous vernissez partout, car la moisissure pourrait s'y mettre. (On se sert du vernis de Tyck, appelé *saak*; la formule se trouve dans son ouvrage : *Traité de chimie.*)

» Si, au bout d'un certain temps (2 ou 3 ans), la pièce se moisissait, mettez de nouveau du vernis. Il ne faut pas croire que la souplesse soit celle du vivant; mais elle peut suffire pour la démonstration de l'action propre des muscles de la jambe ou de la main, action dont la découverte vous est due.

» Il est essentiel de tenir ces espèces de préparations dans un endroit sec et chaud. »

M. Duchenne (de Boulogne) présente plusieurs pièces anatomiques, préparées d'après le procédé de M. Van Vetter, procédé qui a non-seulement l'avantage de conserver la mollesse et la coloration des préparations anatomiques fraîches, mais qui, en outre, fait parfaitement ressortir l'utilité de l'application de ce mode de conservation à la démonstration de l'action propre des muscles et du mécanisme de cette action.

Il attire particulièrement l'attention sur le doigt médius d'une main d'adulte, articulé avec son métacarpien, dont la peau enlevée laisse voir : 1° les interosseux se continuant dans les bandelettes latérales qui vont se terminer à la partie postérieure et supérieure de la phalangette; 2° les aponévroses établissant la connexion des tendons de ces petits muscles avec le tendon médian qui provient de l'extenseur commun des doigts; 3° les tendons des faisceaux extenseurs et fléchisseurs, sublime et profond de ce doigt, glissant dans leurs coulisses et conservés assez longs pour que l'on puisse exercer des tractions sur eux.

Bien que cette pièce ainsi préparée ait été exposée à l'air libre, pendant 4 mois, les muscles, les tendons et les aponévroses ont conservé leur consistance et leur aspect à peu près normal, les articulations leur mobilité; en outre, leurs tendons glissent librement dans leurs coulisses.

M. Duchenne (de Boulogne) saisit cette occasion pour démontrer, devant la Société, à l'aide de cette pièce anatomique, les faits physiologiques déjà mis en lumière par ses recherches électro-physiologiques et cliniques.

Voici la série d'expériences que notre collègue a répétées sous

nos yeux, et les termes dans lesquels il les a exposées :

« 1° Lorsque, dit-il, après avoir placé les phalanges de ce doigt dans la flexion, j'exerce une traction sur son tendon extenseur, vous voyez, Messieurs, que la première phalange seule s'étend fortement, ce qui prouve que le muscle extenseur des doigts n'est réellement extenseur que de la première phalange.

» 2° Ce doigt se trouvant étendu sur son métacarpien, si j'exerce une traction sur son tendon fléchisseur sublime ou sur son tendon fléchisseur profond, celui-ci fléchit puissamment les deux dernières phalanges, et l'autre la seconde phalange seulement sur la première. Si, d'autre part, je tire à la fois sur son extenseur et sur ses fléchisseurs, la première phalange s'étend, tandis que les deux dernières s'infléchissent sur la première. Cette expérience cadavérique vous démontre donc, Messieurs, que les fléchisseurs sublime et profond exercent principalement leur action, le premier sur la seconde, et le second sur les deux dernières phalanges ; de telle sorte que ces tendons musculaires, mis en action simultanément avec le tendon extenseur de ce doigt, produisent les mouvements en sens inverse des phalanges (extension de la première et flexion des deux dernières), si utiles dans les usages manuels les plus fréquents et les plus délicats, par exemple pour tirer un trait d'avant en arrière avec la plume, le burin, etc.

» Il serait intéressant de vous démontrer ici en vertu de quelles dispositions anatomiques l'action d'extension que ce tendon médian, fourni par l'extenseur commun des doigts, semble devoir exercer sur la seconde phalange, à la face postérieure de laquelle il se termine ; mais je me réserve de revenir sur ce point important, car il me faudrait, pour cela, vous montrer d'autres pièces préparées dans ce but.

» 3° La pièce anatomique, sur laquelle je viens de faire les expériences précédentes, est principalement destinée à montrer l'action des interosseux et les dispositions anatomiques en vertu desquelles cette action peut se produire.

» Lorsque le doigt est placé dans l'attitude de la griffe, en d'autres termes, la première phalange étant étendue et les deux dernières fléchies, vous pouvez constater qu'au moment où je tire sur l'un des interosseux, le doigt s'incline de son côté en tournant sur son axe du côté opposé, et qu'en même temps la première phalange s'infléchit, tandis qu'au contraire les deux dernières s'étendent. En somme, vous voyez que chaque interosseux produit simultanément quatre mouvements (d'inclinaison latérale, de rotation sur son axe, de flexion de la première phalange et d'extension des deux dernières). Ces mouvements sont des plus utiles ; ils se produisent toutes les fois que la main, tenant une plume, un pinceau, un burin, etc., conduit, par exemple, le trait d'arrière en avant.

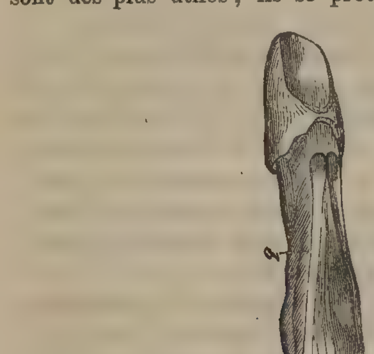


Fig. 1.

» On voit sur ce doigt que l'interosseux gauche offre une disposition anatomique analogue à celle de l'interosseux a de la figure 1 (1) :

1° Qu'il se continue directement dans ce que l'on a appelé bandelette latérale b, b, qui est considéré improprement comme une dépendance de l'extenseur commun des doigts ; 2° que la direction oblique de haut en bas, et d'avant en arrière, de ce tendon, jusqu'à l'extrémité inférieure de la première phalange, explique la flexion imprimée par lui à celle-ci ; 3° qu'en raison de sa situation postérieure au niveau des deux dernières articulations, il produit nécessairement leur extension.

» On reconnaît facilement que l'expansion aponévrotique d, qui unit la bandelette latérale au tendon médian de l'extenseur commun des doigts, existe dans le double but de placer cette bandelette en arrière des deux dernières articulations phalangiennes de ce doigt, et d'empêcher son action exagérée sur celles-ci au moyen de sa connexion avec le tendon médian, qui lui-même est bridé dans son mouvement, comme je l'ai dit plus haut.

» On voit, enfin, le tendon lombrical se continuer dans celui de cet interosseux adducteur.

» Quant à l'interosseux droit (abducteur), vous voyez, Messieurs, qu'il présente la même disposition anatomique que dans la figure 2 (2), c'est-à-dire que c'est un véritable biceps composé d'un faisceau phalangien a, s'attachant à l'extrémité supérieure et latérale b de la première phalange, et d'un second faisceau phalangettien c, se continuant en d dans la bandelette latérale, comme l'interosseux gauche.

» Cette disposition bicipitale des interosseux a l'avantage de rendre le mouvement de latéralité et de flexion de la première phalange indépendant de l'extension des deux dernières. Elle me paraît être la plus habituelle.

» Si l'heure n'était pas aussi avancée, et si je ne craignais, Messieurs, d'abuser de votre attention, je vous aurais aussi montré une autre préparation anatomique, à l'aide de laquelle je vous aurais démontré, sur l'une des autres pièces que je viens de présenter, l'action, j'oserais dire jusqu'à ce jour ignorée ou négligée par les auteurs modernes, des muscles de l'éminence thénar.

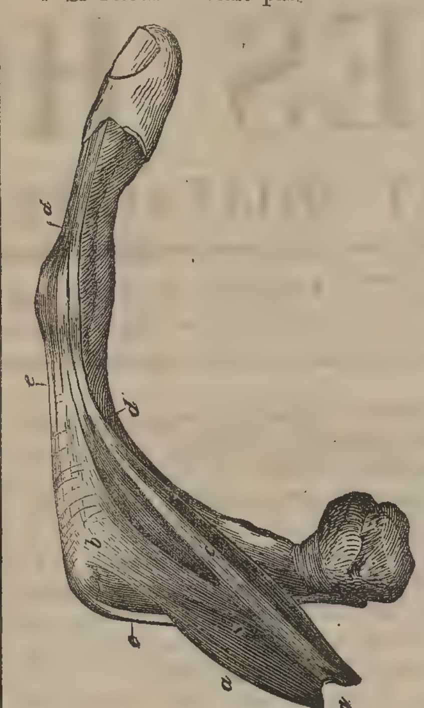


Fig. 2

» Mais, je me propose de revenir sur ce sujet important et de faire passer sous vos yeux d'autres pièces anatomiques mieux préparées, dont la coloration normale a été mieux conservée, et à l'aide de laquelle, enfin, je pourrais vous montrer l'action des muscles moteurs du pied, les mouvements du cubitus et du radius pendant la pronation et la supination. *(J'ai conservé pendant deux ans à l'air libre un membre supérieur, préparé suivant le même procédé, et sur lequel je démontrais ce dernier fait.)*

» En résumé, Messieurs, le procédé de conservation des préparations anatomiques, qui m'a été communiqué généreusement, en 1862, par M. Van Vetter, chef des travaux anatomiques de l'Université de Gand, m'a permis de répéter fréquemment, dans mes conférences, les expériences cadavériques dont je viens de vous rendre témoins, et de vulgariser ainsi des faits anatomiques, remis en lumière par mes expériences électro-physiologiques, et sans lesquels l'usage de la main humaine ne saurait exister.

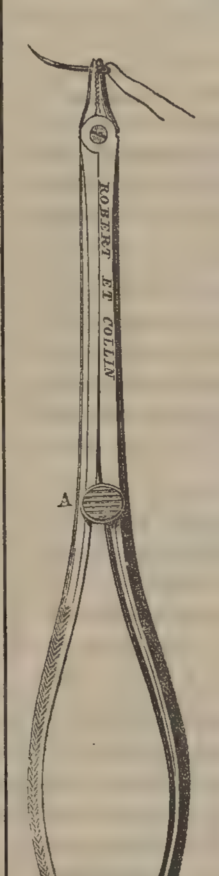
» En ne faisant point un secret de son procédé, et en m'autorisant à le livrer à la publicité, notre confrère a bien mérité de la science ; je l'en remercie en son nom. »

(1) Cette figure, extraite de mon livre intitulé : *Physiologie des mouvements*, p. 289, représente le doigt annulaire de la main gauche avec son interosseux adducteur.

(2) Cette figure extraite de mon livre intitulé : *Pqysiologie des mouvements*, p. 290, représente l'annulaire avec son interosseux adducteur.

NOUVELLE PINCE PORTE-AIGUILLES

De MM. Robert et Colin.



Voici la description et la figure de la nouvelle Pince porte-aiguilles que nous avons signalé dans la dernière séance de l'Académie.

Cet instrument est léger, puissant et d'une manœuvre facile.

Étant articulées près du bec, les branches sont des leviers puissants qui, retenus à leurs extrémités par la tige C, font que l'aiguille saisie reste fixée dans la position que l'on veut lui donner ; pour fermer la Pince, il suffit de rapprocher ses branches et de faire glisser vers le haut le bouton A.

On peut avec cette Pince fixer, dans toutes les positions, des épingles ou des aiguilles de tous les numéros.

B. Tenon permettant de démonter facilement le ressort pour nettoyer la Pince.

Cet instrument peut être très-délicat et servir pour les sutures de paupières.

M. le professeur Nélaton et M. Dolbeau se sont plusieurs fois servi de cet instrument.

M. le professeur Richet l'a employé aussi, maintes fois, dans des opérations de fistule vésico-vaginale.

DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE

(Note lue à l'Académie des sciences par M. Rouget).

Conclusions. — La contraction permanente ne se compose pas de secousses ou vibrations successives. Les muscles des animaux vivants en état de contraction soutenue se montrent parfaitement immobiles à l'examen microscopique.

Les ondulations tracées par un levier enregistreur n'existent que dans la période variable de la contraction, lorsque l'agent d'excitation n'a pas encore atteint le degré d'intensité suffisant pour maintenir le muscle en contraction soutenue. Sans accroître la fréquence des excitations successives, on peut faire disparaître les ondulations du tracé de contraction par le seul accroissement de l'intensité d'un courant électrique. Ce changement se produit de lui-même, sans accroissement d'intensité du courant, lorsque le muscle est fatigué.

La contraction volontaire sans effort ne présente pas d'ondulations vibratoires. Dans la contraction volontaire avec effort croissant, les ondulations du tracé se montrent au début, disparaissent dans la période d'état de l'effort soutenu et reparaissent au déclin de la contraction. On peut observer plusieurs formes de contractions permanentes dans lesquelles il n'y a aucune trace de vibrations, de secousses successives.

Telles sont les contractions permanentes que produisent le courant électrique continu, la chaleur (de 32 à 39 degrés centigrades), les vapeurs d'ammoniaque, et enfin la contraction ultime de la rigidité cadavérique, soit spontanée, soit provoquée par l'immersion dans l'eau distillée, la chaleur 40 à 45 degrés centigrades, etc.

Lorsque les vibrations existent, il est toujours possible d'obtenir le tracé graphique des ondulations correspondantes, en modifiant convenablement la vitesse de rotation du cylindre et la longueur du levier.

Le bruit musculaire se produit dans la période variable de la contraction, tant que l'effort s'accroît ; il disparaît quand la contraction se maintient sans accroissement dans un état permanent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 juillet 1867. — Présidence de M. Tardieu.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

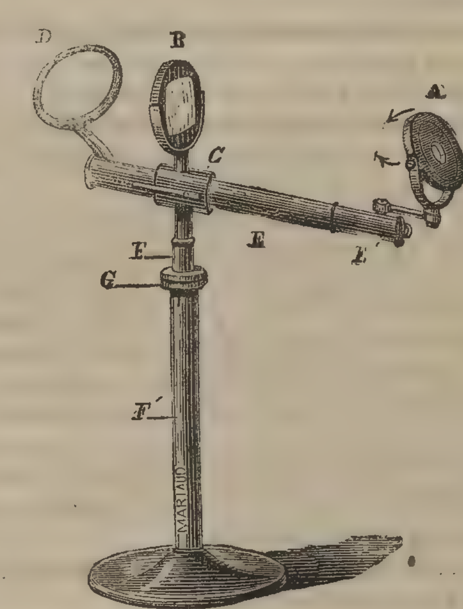
CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Houzelot (de Meaux) et Narbonne (de Narbonne) ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans le département du Gers (commission des épidémies.)

3° Une lettre de M. le docteur Peironnel, accompagnant l'envoi d'une brochure sur les eaux minérales de la Bourboule. Une note de M. le docteur Laue sur un nouvel ophtalmoscope de son invention.



M. Béclard fait remarquer que cet instrument n'a rien de nouveau, et que, sous le rapport de la simplicité et de la commodité de son emploi, il est très-inférieur à l'ophtalmoscope de M. Follin. MM. Robert et Collin soumettent au jugement de l'Académie un nouvel instrument, dit *Sangsue artificielle*, construit sur les indications de M. le docteur Zagas (de la Havane).

4° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Pietropola (Corse), par le docteur Perelli ; de Challes (Savoie), par M. le docteur Audoux (commissaire des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le professeur Michel Siebelli (de Naples), accompagnant l'envoi de deux mémoires intitulées ; l'un *Études sur les vices de conformation du bassin ;* l'autre, *Nouvel instrument sur la suture de l'utérus après le gastro-hystérotomie.*

M. le secrétaire annuel donne lecture de la lettre suivante de M. Liebig.

Munich, le 11 juillet 1867.

M. Tardieu, président de l'Académie de médecine à Paris.

M. le Président,

J'ai lu avec intérêt dans la *Gazette des Hôpitaux*, le rapport de la discussion qui a eu lieu dans les séances du 25 juin et 2 juillet de l'Académie de Médecine, sur l'aliment que j'ai proposé pour les nourrissons, et je vous prie le vouloir me permettre de rectifier quelques erreurs, qui se sont glissées dans les remarques de plusieurs membres de votre illustre Académie, erreurs qui n'ont besoin, j'espère, que d'être signalées pour être reconnues.

M. Poggiale, dit : « D'après les analyses de Boussingault et les » miennes le lait de vache contiendrait en moyenne 36 parties de » caséine, 40 parties de beurre et 50 à 52 pour mille de sucre de » lait. Ainsi donc, dans ce lait, le rapport de la caséine, élément » plastique, aux éléments respiratoires, sucre et beurre, est de 10 à » 22 et non, comme l'a prétendu M. Liebig, de 10 à 30. Or, dans le » lait de femme, d'après l'analyse même de Haidlen, le même rap- » port est de 10 à 24 (et non de 10 à 38, comme une erreur typogra- » phique sans doute le fait dire à M. Liebig). »

Je suis très-reconnaissant à M. Poggiale de la peine qu'il s'est donnée, pour m'instruire dans le domaine de la physiologie chimique ; cependant je puis l'assurer que mes nombres ne renferment pas d'erreurs typographiques ; je crois même qu'une simple réflexion aurait

pu conduire M. Poggiale à reconnaître que la méthode dont il s'est servi pour déterminer le rapport de la substance plastique aux éléments respiratoires est tout à fait inadmissible.

On sait que la quantité de chaleur produite par une partie de graisse est de beaucoup supérieure à celle produite par une égale partie de sucre de lait et il est donc évident que l'effet respiratoire de ces deux matières est très-différent, et comme le lait renferme du beurre et du sucre en quantité très-variable, il s'en suit qu'on ne peut pas déterminer la valeur physiologique d'un lait donné, par les nombres qui indiquent le rapport de la caséine aux éléments respiratoires : sucre et beurre. Ce sont des vérités qu'on enseigne dans les cours de physiologie élémentaire.

Conformément aux principes que j'ai exposés dans mes lettres sur la chimie (30e lettre), principes qui sont admis par tous les physiologistes. pour arriver à des rapports exacts entre ces aliments, il faut transformer par le calcul la graisse et le sucre de lait en leur valeur équivalente d'amidon.

C'est à l'aide des nombres qu'on obtient alors qu'on parvient à déterminer, avec exactitude, la valeur nutritive des aliments du règne animal, tels que chair et lait. et la valeur des aliments provenant du règne végétal. De cette manière, on pourra comparer les différentes sortes de lait entre elles et avec la farine du froment, etc.

Dans mon premier article sur mon aliment pour les nourrissons (*Annales de chimie*, tome CXXXIII, p. 338), j'ai dit : « En admettant que 10 parties de beurre produisent la même quantité de chaleur que 24 parties d'amidon, et que 18 parties de sucre de lait donnent la même chaleur que 16 parties d'amidon, on trouve quand on exprime le beurre et le sucre de lait en amidon, les rapports suivants :

	Eléments plastiques.		Eléments respiratoires.
Dans le lait de femme.	10	à	38
» de vache	10	à	30
» de vache crêmé. . .	10	à	25
Dans la farine de froment. . . .	10	à	30

» Le lait est plus riche en sels que le lait de vache, et il possède une alcalinité plus prononcée ; il renferme plus d'alcali libre, et cet alcali, dans les diverses sortes de lait, est *toujours de la potasse.* »

Je me permettrai de rappeler une remarque de M. Poggiale. Il dit : « Lorsqu'il a cité pour la première fois cette analyse (de Haidlen), en 1844, M. Liebig la donnait comme faite sur le lait d'une femme malade. » Il est certain que je n'ai jamais parlé du lait cité comme provenant d'une femme malade, car la femme en question était robuste et d'une santé parfaite.

Dans la séance du 25 juin, M. Depaul communiquait à l'Académie qu'il m'avait averti de ses expériences et qu'il attendait ma réponse. Mais, n'ayant pas été averti par M. Depaul de ses résultats, j'ai lieu de croire qu'il a renoncé au désir de recevoir mes renseignements.

M. Larrey faisait remarquer que le lait Liebig avait été annoncé avec fracas à la quatrième page des journaux. Un de mes amis m'a cependant assuré qu'au 25 juin, jour de la séance, aucune annonce du lait Liebig n'avait encore paru. Mais je ne doute pas qu'il ne s'y soit trouvé annoncé bientôt.

Je me réserve de faire des remarques de M. Guibourt le sujet d'une autre lettre. Quant aux expériences de M. Depaul, j'ai lieu de croire qu'elles vont être jugées par des personnes d'une compétence indubitable.

En terminant, je crois devoir assurer l'Académie que je n'ai jamais eu la prétention de vouloir substituer au lait maternel, quand on peut en disposer d'une manière suffisante, la préparation inventée, par moi, et qui est bien certainement, quant à sa densité, sa saveur, et sa composition, comme M. Boudet s'exprime, une bien grossière imitation à côté d'un aussi parfait modèle.

Cependant, c'est un fait établi depuis deux ans, que des milliers d'enfants de race teutonique, privés du lait de leur mère, et nourris « avec cette composition bizarre, » se portent et prospèrent à merveille.

Quant au lait de vache *d'une composition constante*, je reconnais sans réserve ses excellents effets ; mais ce lait normal, qu'on analyse dans nos laboratoires, est une chose en quelque sorte théorique. très-différente du lait de vache qu'on rencontre dans le commerce, dans les grandes villes.

J'ai l'honneur, etc.

Fr. Liebig,
Président de l'Académie des sciences de Munich.

M. GUIBOURT fait remarquer que, contrairement à l'assertion de M. Liebig, l'annonce de son lait artificiel se trouvait insérée dans le *Siècle*, dès le 15 juin dernier.

M. POGGIALE, qui n'était pas présent lors de la lecture de cette lettre, demande à remettre à la prochaine séance les réflexions qu'il se propose de faire sur ce sujet.

M. DEPAUL. Je suis fâché d'être mentionné par M. Liebig sur un ton de reproche, et je tiens à ce qu'il n'y ait pas de malentendu au sujet d'une expression dont je me suis servi. Je ne connaissais pas assez personnellement M. Liebig pour lui écrire, mais j'avais prié M. Wurtz de lui faire connaître les résultats de mes expériences ; et c'est ainsi que j'ai pu dire qu'il en avait été averti. Je le répète, je n'ai jamais dit que je lui eusse écrit directement.

M. LARREY déclare que, depuis longtemps, il voyait avec un profond regret le nom illustre de M. Liebig figurer à la quatrième page des journaux, dans l'annonce de l'extrait de viande.

M. BEHIER offre en hommage à l'Académie les leçons de clinique médicale faites à la Charité par M. le professeur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Il signale particulièrement les leçons sur le cœur et ses maladies, sur l'atrophie progressive et l'atrophie nerveuse.

M. BOUCHARDAT présente, de la part de M. le docteur de La Vigerie, une notice sur les eaux potables de Vichy.

M. GUBLER met sous les yeux de l'Académie, 1° le premier volume d'un ouvrage de M. le professeur Spring (de Liége), intitulé *Symptomatologie*. Il signale particulièrement dans ce volume l'article *Fièvres*.

2° Une étude manuscrite sur la *réparation des plaies*, par M. le docteur Eginard.

M. le Président rappelle que la discussion sur la *vaccination animale* doit commencer dans la prochaine séance.

COMMUNICATION.

La Trépanation en Algérie.

M. LARREY. Mardi dernier, à propos de la communication de M. Broca au sujet du crâne d'un péruvien qui paraissait avoir subi la trépanation, j'ai offert à l'Académie de lui présenter les instruments ou plutôt les *grossiers* outils dont certaines tribus arabes se servent encore pour trépaner. Voici ces instruments, et voici un dessin de M. Amédée Paris qui les représente fidèlement. On peut difficilement imaginer rien de plus informe. Quelques dents inégales au bout d'un morceau de fer coudé, pour représenter une scie, un morceau de fer droit et un autre courbe, pour représenter des élévateurs, un morceau de métal percé de trous et bombé au centre comme pièce de pansement, enfin un mauvais rasoir, voilà tout l'arsenal chirurgical qu'emploient les arabes de l'Aouress, province de Constantine.

M. le docteur Paris, qui maintenant exerce à Angoulême, a le premier décrit ces instruments dans une brochure intéressante *sur la trépanation céphalique chez les Arabes.* Il a fait remarquer que la plaque osseuse, ainsi séparée, est quadrangulaire et rectiligne au lieu d'être circulaire ou ronde. Ainsi les Arabes se servent encore du même procédé que M. Broca attribue aux anciens péruviens.

Après que M. Amédée Paris eut décrit ces instruments, un autre médecin de l'armée, M. Delange, les apporta, et un troisième, M. Martin, dans un mémoire sur la même question, fit aussi connaître des instruments semblables, bien que moins grossiers, que certaines tribus arabes emploient dans le même but. Si l'Académie le désire, je reviendrai plus longuement sur ce sujet.

Rapport sur l'inoculation des tubercules.

M. Colin, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Louis, Grisolles et Bouley, lit un rapport sur deux mémoires présentés par M. Villemin sur l'inoculabilité du tubercule.

L'expérimentation physiologique peut jeter de vives lumières sur la médecine. M. Villemin est entré dans cette voie, et les deux mémoires qu'il a présenté à l'Académie le 5 décembre 1865 et le 30 novembre dernier nous révèlent un fait du plus haut intérêt ; la transmission de la phthisie par l'inoculation de la matière tuberculeuse ; de plus ils renferment des déductions et des vues qui ne sont pas sans portée.

M. Villemin, amené, dit-il, par voie d'induction à considérer la phthisie comme le résultat d'un agent spécifique ou vir lent introduit dans l'organisme, a demandé à l'expérimentation de confirmer set vues. Il a inoculé d'abord deux jeunes lapins, puis sept autres, avec de la matière tuberculeuse prise dans une caverne ramollie et avec des fragments de tubercules. Tous ont présenté des tubercules plus ou moins nombreux dans les poumons, plusieurs même à la rate, au rein, ou sur les glandes surrénales. Après cette série d'expériences qui a fait le sujet de son premier mémoire, M. Villemin en a institué une seconde. Il a d'abord inoculé douze lapins, trois moururent dans le cours de la première semaine d'accidents développés à l'endroit de l'insertion du tubercule. Les neuf autres, tués après quelques mois, présentaient tous, moins un, des tubercules dans les poumons, la rate, les reins et l'intestin.

Le même résultat fut obtenu par l'inoculation du tubercule à d'autres rongeurs : à deux cabiais.

Plus tard des ruminants : trois moutons, une chèvre, un agneau furent inoculés. L'agneau seul, sacrifié après quatre mois, offrait, avec des lésions de pneumonie circonscrite, des granulations grises ou transparentes disséminées à la surface des poumons. Leur nature sembla douteuse à M. Villemin, qui les attribua à la présence de strongles dans les bronches, et qui conclut à tort, de ces seules expériences, que le mouton est réfractaire à la tuberculose. Ne l'ayant jamais vu phthisique, il le croit exempt de phthisie : assertion inexacte.

Sur quatre chiens inoculés, un seul, tué au bout de cinq mois, offrit quelques granulations transparentes, de nature indéterminée ; les autres ne présentèrent rien au bout de trois et quatre mois. Il en fut de même de trois chats, dont un seul offrit quelques granulations de nature douteuse. M. Villemin formule encore, à tort, les mêmes conclusions pour le chien et le chat que pour le mouton. D'une part, l'inoculation du tubercule rend les carnassiers phthisiques ; d'autre part, ils sont souvent atteints d'une phthisie tout à fait étrangère à la présence d'helminthes dans les bronches.

Après avoir expérimenté sur le tubercule humain, M. Villemin voulut savoir si celui de la vache était inoculable. On sait que la phthisie calcaire des bêtes bovines a une physionomie toute particulière, qu'elle transforme les poumons et les surfaces des plèvres en de véritables carrières de carbonate et de phosphate de chaux. Ces dépôts crétacés qui la caractérisent ne paraissent pas susceptibles de provoquer l'inflammation à leur périphérie, ni de se ramollir, etc. Les dépôts crétacés inoculés à un lapin amenèrent chez lui la production de masses tuberculeuses dans les poumons et de nombreuses granulations dans d'autres organes. M. Villemin en conclut trop vite que les tubercules de la vache et ceux de l'homme sont de même nature. Il y a dans les masses compactes du poumon des bêtes bovines une certaine proportion d'éléments tuberculeux inoculables ; mais elles ont une gangue saline qui leur donne des propriétés spéciales.

Enfin M. Villemin a inoculé deux lapins avec des tubercules empruntés à d'autres lapins rendus tuberculeux par inoculation. L'un et l'autre, tués au bout de six et huit semaines, présentèrent des tubercules, très-abondants chez le second. Un troisième lapin, inoculé avec ces tubercules de seconde formation, devint aussi phthisique.

Voilà quelles furent les expériences de M. Villemin ; maintenant nous allons parler de celles de la Commission.

Quelques mois après le premier mémoire de M. Villemin, je me fis envoyer par lui, à Toulouse, où j'étais alors, un échantillon de la matière tuberculeuse dont il se servait. Je réduisis en une pulpe homogène des fragments de toutes les portions anciennes et récentes, transparentes et grises, fermes et ramollies ; et quatre lapins, deux adultes et deux jeunes, en reçurent chacun deux gouttes dans un godet sous-cutané, à la base de l'oreille. La petite poche fut ensuite fermée à l'aide d'une épingle dorée entourée d'un autre fil, afin que la matière insérée ne pût s'échapper.

Les quatre lapins furent tenus dans les conditions les plus hygiéniques et bien nourris ; aucun ne parut indisposé à la suite de l'opération. Au bout d'un mois, je tuai l'un d'eux, un mâle adulte, dont tous les organes présentèrent l'aspect le plus normal, sauf qu'il existait sur le foie trois granulations miliaires, jaunâtres, anciennes, non tuberculeuses, qui avaient dû renfermer des œufs d'helminthes. La plaie du cou était fermée, et sous la cicatrice se trouvait un petit noyau paraissant renfermer la matière tuberculeuse injectée.

Le deuxième lapin commençait à maigrir, lorsqu'on le tua au bout de trois mois.

Sous la cicatrice de l'inoculation se voyait un petit noyau tuberculeux, duquel s'échappait un coude blanchâtre se prolongeant vers l'épaule, coude formé par des lymphatiques pleins de matière caséeuses, le poumon était parsemé de granulations opaques, et on en trouvait d'autres à la surface du foie.

Les deux autres lapins, tués au bout de trois mois et de trois mois et demi, ne montrèrent pas trace de tubercule ; la matière inoculé derrière l'oreille se retrouva au moins en partie dans une poche fibro-celluleuse.

Il me sembla que l'insuccès était dû dans ces derniers cas à ce que la matière tuberculeuse avait pu s'enkyster et se soustraire à l'absorption ; je creusai donc dans mes expériences subséquentes, à l'aide d'une baguette en verre, une sorte de galerie de plusieurs centimètres qui étalât cette matière sur une plus grande surface absorbante, et dès lors j'obtins plus de succès.

J'avais d'abord ainsi que l'ai dit, employé un mélange de matières diverses prises dans le poumon d'un tuberculeux. Mais la pensée me vint bientôt, de rechercher si toutes ces matières, ou seulement l'une d'elle, jouissait de la faculté contagieuse. En effet, d'après certaines doctrines hystologiques, les produits développées sous l'influence de l'inflammation, n'ont du tubercule que l'apparence ; les masses caséeuses sont les résultats d'un travail regressif, d'une méthamorphose graisseuse commune à une foule d'éléments qui cessent de vivre ; les députés crétacés ne sont que des reliquats tuberculeux, des masses salines dépouillées par le résultat de la résorption. L'expérimentation devrait éclaires sur la vérité de ces théories.

1° Un lapin fut inoculé avec de fines granulations miliaires prises sur une vache ; il mourut avec toutes les apparences de la phthisie après deux mois et quelques jours. Les poumons étaient parsemés de tubercules ; le foie, la rate, l'un des reins offraient des tubercules, les ganglions du cou et des aisselles étaient tuméfiés, enfin du point où l'inoculation avait été faite s'échappaient des traînées blanches, semblables à des cordes farcineuses.

2° Un lapin qui reçut de la matière tuberculeuse, ramollie, caséeuse, prise au centre de masses du volume d'un œuf de pigeon, sur la même vache, mourut vers la fin du quatrième mois. Les poumons furent trouvés couverts de grosses masses tuberculeuses, l'un des reins montrait à la surface quelques granulations saillantes, enfin, les ganglions inguinaux, rotuliens, axillaires, prépectoraux du côté de l'inoculation, s'étaient hypertrophiés et pénétrés d'une matière d'aspect caséeux.

La matière caséeuse s'était donc comportée comme le tubercule.

3° Un agneau, inoculé du tubercule dur, pris sur un bœuf affecté de phthisie calcaire, mourut au bout de cinq semaines. Ses deux poumons étaient parsemés de granulations translucides, dont les plus grosses étaient opaques, au centre ou en totalité, rien dans les autres organes ; la matière déposée sous la peau ; avait été totalement absorbé.

Le tubercule dur en voie de transformation crétacée, s'était donc comporté absolument comme le tubercule classique.

4° Des granulations transparentes du volume de grains de millet, furent également trouvées dans les poumons d'un autre agneau, inoculé avec du tubercule jaunâtre, en voie de métamorphose dite régressive. Chez lui le ganglion précrural du côté de l'inoculation renfermait quelques nodosités tuberculeuses et quelques foyers purulents. Les autres organes étaient sains.

5° Enfin un jeune belier inoculé de tranches d'une tumeur pleine de strongles, prise sur une brebis affectée de phthisie vermineuse, donna des résultats analogues aux précédents. Tué au bout d'un mois et demi, il montra les lésions suivantes : une plaque indurée avec granulations tuberculeuses s'était formée autour de la plaie du flanc ; le ganglion précrural du même côté, tous les ganglions sur le trajet de l'aorte et du canal thoracique, les bronchiques, étaient tuméfiés et impregnés de matière tuberculeuse ; le poumon avait sa surface parsemée de granulations peu saillantes, très-petites, presque diaphanes, évidemment de formation ultérieure à celle des granulations ganglionnaires. Rien dans les autres organes.

Ceci prouve que dans la phthisie dite vermineuse, les tumeurs pulmonaires renferment avec les strongles une certaine quantité d'éléments tuberculeux.

Seule la matière tout à fait crétacée et calcaire n'a pas donné de résultat, ayant été inoculée à un lapin et à une chèvre.

Ainsi à tous les degrés de son évolution et dans toutes ses formes le tubercule s'est comporté d'une manière identique.

Les produits morbides présentés comme des résultats d'inflammation ou de regression n'agissent pourtant pas autrement que la granulation grise. La phthisie que celle-ci fait naître, les autres la font naître également, avec les mêmes caractères et dans le même délai. Pourquoi, dès lors, cesserait-on de les considérer comme des états successifs, des formes, des âges d'une même matière tuberculeuse, conservant au fond son identité.

Cependant, si toutes ces matières produisent également la phthisie, il y a peut-être sous des traits communs, des nuances, qu'une étude comparative ferait saisir.

Le pus par exemple qui se trouve associé aux produits du ramollissement du tubercule m'a paru modifier l'aspect des résultats de l'inoculation ; il fait naître dans les ganglions, dans le foie, dans les poumons de petits foyers qui se mêlent aux véritables tubercules, et les imitent assez bien.

Peut-être aussi tous ces tubercules nés des divers états de la matière inoculée, ne se comportent-ils pas finalement de la même manière, car déjà on a avancé qu'ils n'étaient pas susceptibles de ramolissement et de certaines métamorphoses. Ce sont là des questions encore à l'étude.

Sur des chiens chez lesquels j'ai maintenu la plaie extérieure exactement fermée, j'ai obtenu les mêmes résultats que sur mes lapins.

Comment agit le tubercule inoculé ? produit-il d'abord une lésion locale ; puis une affection générale, comme le croit M. Villemin.

Il me semble qu'il se présente une explication plus vraisemblable, plus conforme à ce que l'on sait de plus certain sur l'absorption.

La matière inoculée se compose de deux parties, l'une solide et granuleuse, l'autre liquide. L'une et l'autre sont-elles également absorbées? L'étude du foyer de l'inoculation répond par l'affirmative. Les lamelles tuberculeuses, insérées sous la peau, s'y pénètrent d'abord d'un exsudat inflammatoire; puis cette matière se résorbe très-lentement. Il ne paraît pas nécessaire que les petits corpuscules, pour s'absorber, trouvent autour d'eux un dissolvant, car le charbon porphyrisé s'absorbe, et les matières colorantes non dissoutes, simplement suspendues dans l'eau, s'absorbent aussi en petite quantité. On connaît le transport des matières bleues et rouges, dans les ganglions voisins des parties sur lesquelles le tatouage a été pratiqué. J'ai constaté maintes fois le passage, dans les ganglions sous-glossiens, de l'indigo déposé dans le tissu cellulaire de la face, et j'ai vu plusieurs fois le pancréas d'Aselli se teindre de matières réputées insolubles, injectées dans l'intestin. Ces corps pénètrent par les bouches béantes des vaisseaux capillaires ou lymphatiques.

Le pus étant inoculé mêlé au tubercule, on voit d'abord les lymphatiques voisins, gorgés de matières étrangères, former des traînées rayonnantes; puis au premier ganglion où ces traînées aboutissent, on trouve bientôt côte à côte une granulation tuberculeuse et un petit abcès; puis, sur les ganglions qui communiquent avec lui, nouveaux tubercules et nouveaux abcès, et ainsi de suite. Tous les ganglions du côté opposé à l'inoculation, tous ceux qui sont situés en dehors de l'itinéraire parcouru par ces produits morbides, restent sains.

Il faut plusieurs semaines à ces produits pour arriver au centre. Alors ils se répandent en petits amas dans les poumons, le foie, les reins, les ganglions muscutériques.

Peut-être est-ce de la même manière que se développent les affections morvo-farcineuses? Ayant leur point de départ dans l'ulcération nasale, elles envahiraient les ganglions sous-glossiens ou aboutissent les lymphatiques du nez, et finalement les éruptions à la surface des poumons et de la rate, etc., suivraient l'arrivée de ces mêmes produits dans les organes centraux.

M. Villemin explique autrement ces phénomènes. Pour lui, il se fait une incubation, une reproduction locale de la matière inoculée, puis l'affection devient générale.

Je ne crois pas qu'il en soit ainsi. Je me suis bien assuré que la somme de matière tuberculeuse trouvée dans les granulations dépassait celle qui avait été d'abord inoculée; mais je crois qu'il faut l'arrivée de celle-ci dans les poumons pour y provoquer l'éruption secondaire. L'époque en sera donc variable, car il ne s'agit pas d'une inoculation; et il faudrait de nombreuses expériences pour savoir si cette éruption se fait en plusieurs fois, et si elle est liée à un travail inflammatoire. Le concours de l'inflammation dans la tuberculisation, s'il n'est pas constant, se traduit dans une foule de circonstances, par exemple dans la phthisie vermineuse, dans laquelle de vrais tubercules finissent par remplacer les nids de strongles.

Chez les ruminants disposés à la phthisie, les tubercules apparaissent sous diverses formes partout où l'irritation a passé, jusque dans les gaînes tendineuses, les synoviales articulaires, comme les tophus chez les goutteux. Il est donc rationnel de rattacher à la phthisie les masses jaunâtres, les masses caséeuses, et en présence des phthisies déterminées par ces produits équivoques, d'attacher plus d'importance aux caractères de la maladie qu'à la forme des noyaux et à l'aspect pointillé de la matière tuberculeuse.

Le tubercule une fois né, tend à s'étendre, à se multiplier; mais est-il improbable qu'il ait parfois un point de départ local, que des restes de tubercules développés pendant le jeune âge dans les ganglions mésentériques, dans ceux du cou, etc., puissent, à un moment donné de la vie, devenir un foyer d'infection pour le poumon jusqu'alors sain?

Le poumon est-il toujours affecté primitivement? Qui sait si ces phthisies qui débutent si brusquement et qui marchent si vite, ne sont pas le résultat de la dissolution, du déplacement de dépôts tuberculeux formés pendant la jeunesse, et comme endormis dans les ganglions ou quelque autre organe peu important?

Les travaux de M. Villemin jettent sur la nature de la phthisie, un jour nouveau, ils la montrent inoculable et permettent d'en mieux suivre les diverses phases.

Félicitons donc M. Villemin, de ce supplément de lumières qu'il a ajouté aux excellents travaux, publiés dans ce siècle, sur la phthisie.

En conséquence, notre commission a l'honneur de vous proposer :

1. De remercier l'auteur des deux lectures sur la tuberculisation.
2. De l'inviter à poursuivre les études qu'il a si bien commencées.
3. Enfin de renvoyer son travail, ou au moins la partie encore inédite au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptés.

L'Académie se forme en comité secret pour discuter un rapport de candidatures, à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Lundi dernier, l'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un membre titulaire, dans la section de chimie, en remplacement de M. Pelouze.

Au premier tour de scrutin, M. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine, a été nommé par 46 voix sur 52.

— Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Labbé (Edouard), et de M. le docteur Paul (Constantin), agrégé de la Faculté de médecine.

— Par suite des décès de MM. Racle, Follin, Civiale, des mutations assez nombreuses viennent d'avoir lieu dans le service médical des hôpitaux :

M. le docteur Parrot passe de la Direction des Nourrices aux Enfants-Assistés, M. le docteur Fournier (Alfred) passe de Larochefoucauld à la Direction des Nourrices, et M. le docteur Guyot (Jules), du Bureau central, est nommé médecin de l'hospice de Larochefoucauld.

M. le docteur Dolbeau passe de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Cochin, et M. le docteur Trélat (Ulysse), chirurgien en chef de la Maternité, passe à l'hôpital Saint-Antoine.

M. le docteur Guyon (Félix), chirurgien adjoint de la Maternité, passe à l'hôpital Necker.

M. le docteur Tarnier, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien en chef professeur à la Maternité, et M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien adjoint professeur à la Maternité.

— Le Bureau de la Direction des Nourrices est transféré de la rue Sainte-Appoline à la rue des Tournelles, n. 35, à l'ancienne filature de l'administration générale de l'Assistance publique.

— On annonce que M. de Goffres, médecin en chef de l'hôpital de Vincennes vient de mourir à l'âge de 52 ans.

— La Société des Médecins de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 19 juillet, à 3 heures et demie, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour ; 1° Discussion sur les fistules urinaires ; — 2° scrutin sur la candidature de M. le docteur Luys; — 3° discussion sur l'Ovariotomie.

Mémoires et Comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon. — Tome 6e, 1866-1867, un vol. in-8°. Prix : 5 fr. Paris, 1867, P. Asselin; Lyon, I. P. Mégret.

Eaux sulfureuses naturelles, de leur effets phisiologiques *et de leurs principales applications thérapeutiques* par le Dr Léopold Fontan ancien interne des hôpitaux de Paris. — in-8. Prix : 2 fr. 50; Paris, 1867. P. Asselin.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Deux volumes in-8. Prix : 11 fr. — Paris, 1865. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E Le Sourd

Paris — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse. 72-80

N° 85. — SAMEDI 20 JUILLET 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 20 JUILLET 1867. — N° 85

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Inoculabilité des éléments pigmentaires ou mélaniques

Dans une de nos dernières revues, nous avons parlé d'expériences faites par M. le docteur Goujon, sur l'inoculabilité de la mélanose.

Le malade, qui fournit les tumeurs mélaniques, et dont nous publierons bientôt l'observation recueillie par M. Pilate, ne sera pas perdu de vue par son médecin, M. le docteur Saurel. On pourra donc savoir s'il se fait quelque récidive.

M. Liouville vient, lui aussi, d'inoculer la mélanose; ses résultats ont été négatifs; mais peut-être les conditions n'étaient-elles pas les mêmes. La vie locale dure bien quelques temps d'une manière isolée, dans des tissus séparés du corps ou dans un cadavre; mais elle finit elle-même par s'éteindre, et il est possible que M. Liouville, se servant de tumeurs prises à l'autopsie, sur une femme morte depuis longtemps, ait inoculé des tissus morts; tandis que les tumeurs enlevées sur le malade de M. Houel, pouvaient être encore vivantes au bout de quelques heures.

Hâtons-nous de dire que cette question demande de nouvelles recherches. On ne sait pas d'une manière certaine quelle peut être la vitalité des néoplasmes ou des germes morbides; on ne sait pas pendant combien de temps ils peuvent agir et se multiplier. Les maladies franchement inoculables, la vaccine, la petite vérole, etc., peuvent se transmettre par des produits pathologiques séparés du corps depuis des années; il en est de même de la peste, du charbon malin, et, suivant le regrettable M. Mélier, de la fièvre jaune.

Mais où finissent les virus ? où commencent les néoplasmes? Où finissent les néoplasmes, les productions pathologiques ? où commencent les tissus sains, les productions physiologiques? Tout cela n'est pas encore net, et le paraît moins que jamais, depuis que l'école dominante, celle de Virchow, n'admet plus de cellule qui soit spécifique, de production qui soit hétérologue dans le sens propre de ce mot.

Quoi qu'il en soit, nos lecteurs liront avec intérêt la note suivante, que nous adresse M. Goujon.

« D'après les indications de M. le professeur Robin, j'avais déjà tenté, il y a plusieurs mois, un certain nombre d'expériences avec la matière pigmentaire noire, qu'il est facile de recueillir au fond de l'œil de quelques animaux, alors qu'il est encore très-frais, lorsqu'il me fut donné de faire différents essais avec une tumeur mélanique volumineuse qu'on avait mise à ma disposition. On trouvera du reste, à la suite, les résultats de quelques expériences faites avec le pigment de la choroïde.

» *Inocnlation de la mélanose.* — Le 28 mai, M. Houel apporta au laboratoire d'histologie de la Faculté une tumeur mélanique volumineuse, qu'il avait enlevée le matin même de l'aisselle d'un de ses malades dans l'hôpital des Cliniques.

» Cette tumeur est, selon toute apparence, un ganglion lymphatique de la région hypertrophié, à la suite de son envahissement par les granulations pigmentaires. Elle est assez molle pour qu'en la comprimant après l'avoir incisée on puisse en faire sortir une bouillie épaisse et brun-foncé, qui est entièrement constituée d'un liquide dans lequel existent en très-grande quantité des granulations pigmentaires analogues à celles que l'on trouve normalement dans l'économie, puis de grandes cellules d'épithélium nucléaires, distendues par ces mêmes granulations, qui les ont pénétrées et leur ont fait prendre les formes les plus diverses en les forçant de se comprimer les unes contre les autres dans différents sens. On trouve encore le noyau au centre, ou sur les bords de quelques cellules épithéliales; mais dans d'autres il est impossible de le voir, il a disparu ou se trouve complétement masqué par les granulations.

» La trame de la tumeur est très-peu abondante; elle se compose seulement de quelques cloisons fibreuses qui circonscrivent des cavités dans lesquelles se trouve la bouillie épaisse dont il est question plus haut. Ces cloisons, qui forment la charpente de la tumeur, sont également noires, parce qu'une grande quantité de matière pigmentaire les imprègne; mais les fibres lamineuses qui les constituent reprennent bien vite leurs caractères, si on a soin de les laver et de les soumettre aux réactifs, et se débarrassent complétement du pigment, qui n'était qu'interposé entre les fibres.

» En exprimant dans un linge clair quelques fragments de la tumeur, il est facile de recueillir plusieurs grammes de liquide tenant en suspension des granulations pigmentaires et de grandes cellules qui en sont pleines, et que j'injecte en même temps à plusieurs animaux. Deux chiennes, un lapin et un gros rat blanc furent les sujets d'expérimentation; ces deux derniers moururent deux jours après que l'injection leur eut été faite sous la peau du dos, et leur autopsie ne présentait pas autre chose qu'une tuméfaction très-grande de toutes les parties voisines du point où l'on a introduit la matière étrangère, et un liquide séreux et rougeâtre dans lequel se trouvait une très-grande quantité de leucocytes volumineux et quelques cellules épithéliales pleines de pigment, et qui n'étaient autres, du reste, que celles qui avaient été introduites.

» Des deux chiennes, l'une fut sacrifiée par le chloroforme le 12 juin, quinze jours après l'opération, et les différentes productions pathologiques qu'on trouva à son autopsie furent présentées à la Société de biologie le samedi suivant, 15 du même mois. L'injection lui avait été faite à la partie interne de la cuisse gauche et dans le voisinage des ganglions inguinaux.

» Sur le lieu même où a été pratiquée l'injection, il s'est développé une tumeur noire, aplatie, et dont l'étendue est égale à une pièce de cinq francs en argent; elle est peu saillante sous la peau; la matière noire qui la constitue a envahi la peau, le tissu cellulaire, et a pénétré les aponévroses et les espaces intermusculaires dans une assez grande étendue. Les ganglions lymphatiques voisins sont très-volumineux et de coloration noire très-foncée. En disséquant avec soin, on peut suivre les vaisseaux lymphatiques de la tumeur aux ganglions de l'aine, et l'on rencontre sur le trajet de ces vaisseaux de petits renflements analogues à des ganglions, et cela dans des points où l'on n'en trouve pas ordinairement; ces petits renflements sont également noirs. Les ganglions lymphatiques des régions éloignées sont également tous volumineux, et leur forme est ou arrondie ou allongée; leur volume est variable, de la grosseur d'un pois à une noisette, et tous présentent la coloration noire à des degrés divers. Un seul, à la région cervicale, était resté complétement indemne, c'est-à-dire qu'il avait conservé sa coloration normale. Deux autres, à la région axillaire du côté droit, n'étaient noirs que sur la moitié de leur étendue.

» Les ganglions bronchiques sont volumineux et forment une couronne complète autour de la trachée; ils sont tous envahis par la matière noire et cette coloration paraît bien déterminée par la même cause que pour ceux des autres régions, car les poumons ne contiennent pas de charbon, qu'il est fréquent de rencontrer chez l'homme et les vieux animaux, et qui pénètre en même temps que les poumons, les ganglions bronchiques.

» 2e chienne. — Sacrifiée le vendredi 12 juillet, quarante-cinq jours après l'injection qui avait été faite dans la cavité abdominale à l'aide d'un trocart d'un petit volume; la santé de l'animal ne paraît pas altérée il a conservé son appétit et sa gaîté pendant le temps que dura l'expérience.

» En incisant la paroi abdominale dans le voisinage du lieu, où a été faite l'injection, on trouve une grande quantité de matière noire, qui forme une couche d'un demi-centimètre, et qui va en s'amincissant à mesure qu'elle gagne en étendue; et cette étendue est de huit à dix centimètres.

» Cette matière noire s'est surtout développée à la surface des aponévroses et dans les gaînes qu'elles forment aux muscles abdominaux. On n'en trouve pas au milieu des muscles. L'orifice qu'à fait la canule en pénétrant dans l'abdomen est resté ouvert à l'intérieur et l'on trouve dans ce point un petit mamelon noir qui pénètre dans le ventre par cette ouverture; une très-grande quantité de matière noire se trouve emprisonnée dans le mésentère, et dans l'une des cornes de l'utérus se sont développées à trois centimètres l'une de l'autre deux petites tumeurs noires qui distendent cette cavité. Quelques ganglions seulement ont une légère coloration noire; un seul à la région lombaire est très-noir et volumineux, le plus grand nombre ont conservé leur coloration normale; ceux des bronches sont noirs; mais les poumons paraissent contenir des granulations de charbon.

Chez ces deux animaux, la quantité de matière noire observée à l'autopsie était au moins dix fois supérieure à celle qui avait été introduite; il est donc hors de doute que cette dernière a été le point de départ d'un développement nouveau de produits mélaniques. Dans les ganglions lymphatiques et les différentes régions où s'observaient la coloration noire, les granulations pigmentaires étaient en grande partie contenues dans des cellules épithéliales, il s'en trouvait également beaucoup de libres; les cellules épithéliales qui les contenaient, ne rappelaient pas, par leur dimensions et leur forme, celles qui se trouvaient dans le produit injecté, excepté pourtant chez le premier chien, dans les ganglions voisins du lieu où avait été faite l'injection, où l'on trouvait encore les grandes cellules déformées et pleines de pigments et qui n'étaient certainement autres que celles qui se trouvaient en suspension dans le liquide injecté. Ces granulations pigmentaires observées ainsi accidentellement dans ces différentes régions. ont les mêmes caractères que celles qui se trouvent normalement sur la choroïde et la peau des nègres.

» *Expériences faites avec le pigment de la choroïde.* — Ces expériences ont été faites avec le pigment provenant des yeux très-frais de lapins ou de bœufs, où comme on le sait, on peut en extraire une assez grande quantité en raclant la choroïde avec un scalpel. J'ai injecté ce pigment ainsi recueilli et additionné d'une petite quantité d'eau, d'abord dans une veine de la patte d'un jeune chien, qui fut tué trois semaines après, et voici en quelques mots ce que son autopsie présente.

» Les poumons ont à l'extérieur l'aspect normal; mais si l'on déchire leur tissu, on observe de petites masses noires qui sont contenues dans les vaisseaux, et cela surtout dans les points où ils se bifurquent; elles se composent de grandes quantités de granulations pigmentaires retenues dans des tissus lamineux provenant très-probablement de quelques débris de la choroïde qui étaient venus faire de véritables embolies dans les vaisseaux d'un petit calibre. Les ganglions bronchiques sont très-volumineux et complétement noirs, imprégnés qu'ils sont par les granulations pigmentaires qui ont traversé et qu'ils ont ainsi arrêtées. Il est à remarquer que les poumons de cet animal, qui du reste était très-jeune, ne contenaient de la matière noire absolument que dans les vaisseaux et qu'ils n'avaient nullement l'aspect de ceux des personnes qui ont été exposées aux poussières de charbon; il semble donc hors de doute que le pigment accumulé ainsi dans les ganglions provenait de l'injection. La quantité de pigment qui se trouvait épars chez cet animal était de beaucoup plus considérable que celle qu'on lui avait injectée.

» Je sacrifie en même temps que le chien ci-dessus un lapin auquel j'avais injecté sous la peau du dos le pigment contenu dans un œil de bœuf, le même jour que sur le chien. Je trouve alors une grande quantité de pigment s'étendant sous forme de fausse membrane dont on peut enlever les lambeaux avec une pince à dissection, l'injection avait été faite au niveau du sacrum et cette fausse membrane noire s'étendait depuis ce point jusqu'au niveau du cou. On ne trouve pas de pigment ailleurs. Il y a certainement eu pour cet animal production sur place de ces granulations pigmentaires.

» L'injection faite en même temps à une grenouille a donné le même résultat, le pigment s'est étalé sous la peau, et les veines environnantes étaient pleines de granulations noires; chez cet animal quelques ganglions étaient bien noirs et volumineux; mais l'on sait qu'il est fréquent de trouver le pigment noir en très-grande quantité sur les différents organes des batraciens.

Il se trouve en ce moment dans le laboratoire de M. Robin, plusieurs animaux, qui vivent, et auxquels il a été injecté du pigment; l'un d'eux entre autres porte à la partie interne de la cuisse une petite tumeur noire qui n'est apparente que depuis quelques jours, bien que l'injection lui ait été faite depuis plus d'un mois.

» J'ai injecté à plusieurs autres animaux ce même produit pigmentaire; il ne m'a pas toujours été donné de croire qu'il y ait eu développement du produit injecté; mais ce qu'il est néanmoins très-curieux de constater c'est que le pigment injecté ainsi sous la peau ou dans le péritoine ne se résorbe pas comme on le voit pour les autres produits organiques que l'on place dans les mêmes conditions; on en retrouve toujours au moins une quantité égale à celle qu'on a introduite et cela fort longtemps après cette introduction; et il conserve les mêmes caractères.

» Je me borne au simple exposé de ces quelques faits, me réservant de revenir plus tard sur l'interprétation dont ils son susceptibles, alors que j'aurais un plus grand nombre d'expériences; je fais remarquer seulement que je les rattache aux greffes épithéliales que j'ai rapportés dans ma thèse, et dont j' de nouvelles observations. »

On trouve en effet, dans la thèse de M. Goujon, le récit de quelques inoculations de substance cancéreuse, épithéliale ou autre.

Dans un cas, où M. Goujon avait inoculé des fragments de tumeur épithéliale, les résultats ont été positifs, l'animal ayant présenté un certain nombre de tumeurs semblables.

Du reste, si l'inoculabité des cellules pigmentaires ou épithéliales a besoin, pour être établie, d'expériences nouvelles, *l'auto-inoculabité*, pour ainsi dire, de ces éléments est admise comme certaine par l'école de Virchow.

Suivant Virchow, les néoplasmes, les tumeurs malignes ou bénignes qui se développent dans un tissu, doivent en partie leurs caractères à la nature même de ce tissu, lorsque ce sont des tumeurs primitives, des tumeurs mères.

Ainsi toute néoplasie développée primitivement dans la choroïde aura tendance à présenter un aspect mélanique, parce que le pigment fait partie constituante de la choroïde à l'état normal

Et si plus tard, sous l'influence de cette tumeur mère, d'autres néoplasmes secondaires se développent dans des organes plus ou moins éloignés, dans un ganglion lymphatique, dans le cerveau, dans le foie, dans l'ovaire, toutes ces productions auront le même aspect, la même nature que la tumeur mère, et seront pigmentaires comme elle. « Les propriétés de la première, dit Virchow, ont été transmises par une certaine semence, comme le père transmet son individualité par la semence (sperme) à l'ovule et à l'enfant. »

C'est même là une des idées fondamentales de Virchow. Si les néoplasmes sont si différents les uns des autres, c'est le plus souvent parce qu'ils ont pris d'abord naissance dans des tissus normalement différents. Si l'on trouve une tumeur osseuse dans un poumon, il est probable que c'est une tumeur secondaire, et que la tumeur primitive s'était développée dans un os.

Ainsi le mal se transmettrait d'organe à organe, comme un produit morbide inoculable pourrait se transmettre d'individu à individu.

De l'Iridectomie dans l'opération de la cataracte

Autrefois, lorsque la lentille cristallinienne était opaque, on l'enlevait, en ayant bien soin de ne pas toucher à l'iris, à moins que l'on n'y fut forcé par des adhérences ou quelque autre cause.

Aujourd'hui la mode est changée. Les ophthalmologistes de l'école allemande coupent un lambeau de l'iris dans tous les cas, soit avant, soit pendant l'opération de la cataracte.

Cette iridectomie a plusieurs motifs.

En interrompant la continuité de l'iris, elle donne un libre passage au cristallin situé derrière.

Si les couches les plus externes de la lentille sont encore molles, elle leur permet de sortir, au lieu d'être exprimées, repoussées, enfermées par la contraction de l'iris. Or, ces couches corticales, laissées en place, y pourraient produire des cataractes secondaires, non-seulement en devenant elles-mêmes opaques, mais en s'accroissant, en reproduisant le cristallin, au moins en partie, comme des expériences récentes l'ont complétement démontré.

Dilaté ou non par la belladone, l'iris se contracte toujours après l'écoulement de l'humeur aqueuse : il se contracte lorsqu'il est touché par un corps solide, par le cristallin. Mais l'iris est très-vasculaire, très-délicat, très-facile à froisser, très-susceptible d'inflammation pour la moindre cause.

Si la sortie du cristallin est laborieuse, s'il faut le presser fortement contre l'iris pour qu'il passe au travers, un iritis devient probable ; et cette inflammation de l'iris peut amener la perte de la vue de plusieurs manières : soit qu'elle reste bien limitée, soit qu'elle se propage, plus ou moins aiguë, vers la choroïde et le fond de l'œil, ou vers les lèvres de la plaie.

Dans ces derniers cas, l'œil lui-même peut être détruit.

L'iridectomie diminue les chances d'iritis, surtout encore parce qu'elle interrompt le cercle iridien, et permet d'éviter tout froissement de l'iris. Le dégorgement des vaisseaux, la saignée locale qui résultede la section, contribuerait au même résultat.

Tels sont les avantages de l'iridectomie au dire de ses partisans.

Ses inconvénients sont palpables.

L'iris n'est pas, comme les amygdales, comme le corps tyroïde, un organe dont l'utilité soit douteuse.

C'est par lui que l'œil s'accommode à la lumière. Il est chargé d'écarter les rayons qui pourraient blesser la rétine par leur éclat, et ceux qui tombant trop loin du centre, ne pourraient converger vers le foyer commun, et produiraient des images confuses.

La vue n'est jamais aussi nette après une iridectomie.

Mais pour être plus sûr de n'être point aveugle, on accepterait d'y voir moins clair. Toute la question est donc là. L'iridectomie accroît-elle, dans une proportion considérable, les chances de succès dans l'opération de la cataracte ?

Ses partisans l'affirment ; ses adversaires le nient : ce sont donc les faits qui doivent prononcer.

Mais pour être probants, les faits devraient être exactement comparables, et le plus souvent il ne le sont point.

Ainsi les chances augmentent ou diminuent avec mille circonstances dont il faut tenir compte : l'habileté individuelle, les conditions plus ou moins hygiéniques dans lesquelles se trouvent les malades, le pays, le climat, la saison, la race même, car chez les indiens la plaie cornéenne suppure très-souvent, beaucoup plus que chez les anglais opérés en même temps qu'eux, dans la même ville.

Ce seront donc seulement, à vrai dire, des opinions que nous ferons connaître, en indiquant qu'elle est la pratique de nos chirurgiens et de nos oculistes.

D[r] Victor Revillout.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'ATAXIE,

Par le D[r] L. Martineau.

Congestion avec hémorrhagie. — Perte de la sensibilité générale et spéciale de la peau. — Perte du sens musculaire et de la sensibilité articulaire, dans la moitié droite du corps. — Conservation de la motilité. — Pas d'ataxie du mouvement. — Guérison.

Malgré les travaux importants qui ont paru à notre époque, sur la singulière affection, connue sur le nom d'*ataxie locomotrice progressive*, il existe encore aujourd'hui bien des faits obscurs. Parmi ceux-ci, je ne citerai que le suivant : l'auteur cherchant à expliquer la conduite physiologique du symptôme *ataxie* ou *incoordination des mouvements volontaires*, ont attribué les uns avec Ch. Bell, Gerdy, Nasse, Ramberch, Landry, l'ataxie du mouvement à la perte du sens musculaire ; les autres comme Muller, Lénoch, etc., l'attribuent à ce que la moëlle, dans laquelle réside le pouvoir coordinateur, a perdu ce pouvoir par suite de l'altération qui porte principalement sur les cordons postérieurs. N'oublions pas, enfin, de mentionner M. Flourens et le professeur, Bouillaud qui regarde ce symptôme comme étant dû à une lésion du cervelet. Je n'ai pas l'intention de rappeler l'historique de cette question, ni de faire la critique de toutes les opinions émises jusqu'à nos jours. Je me propose seulement, à propos du fait que je vais rapporter, de montrer que dans les sciences, surtout dans une science comme la médecine, il est dangereux d'émettre des propositions absolues ; car une observation attentive et rigoureuse peut d'un moment à l'autre détruire l'opinion la mieux fondée en apparence.

Ces quelques réflexions m'étaient suggérées, l'année dernière en observant, dans le service de mon maître, le professeur Trousseau, le malade dont je vais relater l'histoire. Elles m'étaient suggérées par ce passage que je trouve dans un livre que tout le monde connaît et apprécie, ainsi que moi, avec la juste valeur qu'il mérite : je veux parler de l'ouvrage de M. le D[r] Jaccoud, *Sur les Paraplégies et l'Ataxie du mouvement*. Cet auteur, *page 609*, s'exprime ainsi : « Transportons ces conclusions dans le domaine pathologique, et nous serons pleinement édifiés sur les conditions pathogéniques de l'ataxie du mouvement; elles sont toutes comprises dans l'équation physiologique que voici : *Ataxie du mouvement signifie abolition du sens musculaire, perturbation du sens musculaire, perturbation dans les irradiations spéciales et dans les actes réflexes*. Si l'ataxie est complète, toutes ces conditions seront présentes ; si l'ataxie est incomplète, quelqu'une d'entre elles pourra manquer ; c'est à la séméiotique qu'appartient la solution de cette question secondaire ? » Quelques lignes plus loin, page 610, M. Jaccoud ajoute : « Que le système spinal postérieur est l'organe de l'ataxie du mouvement. » On le voit, pour cet auteur, comme pour quelques-uns qui l'ont précédé, l'ataxie consiste dans la perte du sens musculaire.

Une proposition ainsi formulée, une équation surtout, étant posée de la sorte, me paraît ne pas être constamment la vérité ; elle souffre de nombreuses exceptions ; et l'observation que je vais rapporter, porte, il me semble, un grand coup à cette équation physiologique.

Le 15 décembre 1865, le n° X..., âgé de 49 ans, est transporté à l'Hôtel-Dieu, où il est admis dans la salle Sainte-Jeanne (service de M. le professeur Trousseau). Cet homme, d'une constitution robuste, raconte avec difficulté, qu'il était à son travail, n'éprouvant aucun malaise, lorsque, sur les trois heures du soir, il veut sortir un instant. A peine sur ses pieds, il éprouve une faiblesse extrême dans les membres inférieurs ; il veut faire quelques pas, il ne peut y parvenir et tombe. Il lui est impossible de se relever seul; il fait de vains efforts, car il n'a pas perdu connaissance. Ses camarades d'atelier le prennent et l'emportent à son domicile, puis quelques instants après, ils le transportent à l'Hôtel-Dieu. Le 16 décembre, M. Trousseau constate chez cet homme, l'existence d'une hémiplégie complète de tout le côté droit. La paralysie ne porte que sur la sensibilité ; la motilité dans le membre supérieur est conservée aussi bien que dans le membre inférieur, la face ne présente aucune déviation appréciable ; les muscles des paupières conservent leur contractilité ; la langue n'est nullement déviée. Mais toute sensibilité cutanée, générale ou spéciale, musculaire et articulaire, est abolie. On s'en assure au moyen de tous les procédés usités en pareil cas. M. Trousseau exerce une violente pression au niveau des articulations, le malade n'accuse aucune douleur. Malgré l'absence de paralysie linguale, la parole est assez difficile ; avant cet accident, elle était, nous dit le malade, nette et claire. La sensibilité de cet organe, ainsi que celle des dents, est conservée, toutefois, elle paraît amoindrie dans le côté droit, le sens du goût est intact ; ainsi que celui de l'ouïe et de la vue. Le voile du palais ne présente aucune déviation ; la sensibilité du pharynx paraît aussi moins forte à droite qu'à gauche.

Le côté gauche ne présente aucune altération, l'intelligence est conservée ; le malade comprend tout ce qu'on lui dit, il n'accuse aucune céphalalgie, il urine normalement ; de même il va facilement à la garde-robe. Enfin, les autres organes, tels que le cœur et le poumon, ne présentent aucune altération.

En présence de ces phénomènes, M. Trousseau pense qu'il s'agit d'une légère hémorrhagie dans le lobe gauche du cerveau ; et leur peu d'intensité lui fait espérer une guérison rapide. En outre, vu la perte complète de la sensibilité dans le côté droit du corps, et la conservation du mouvement, il recherche les particularités suivantes : lorsqu'il prie le malade de porter sa main à la tête, celui-ci le fait sans hésiter et sans trembler ; de même, si on lui donne un verre rempli de tisane, il le porte à sa bouche sans renverser le liquide. Si un élève du service empêche le malade de voir, en lui tenant les yeux fermés, il exécute de même tous les mouvements qu'on lui indique. Mais si, retenant le bras appliqué sur le lit, on lui ordonne de le porter à sa tête, le malade fait un effort, effort que sent très-bien celui qui retient le bras. Cet effort étant produit, il croit avoir accompli le mouvement ordonné, tandis que le bras retenu par l'expérimentateur n'a pas quitté le lit. Du côté de la marche, on n'observe aucun désordre que le malade ait les yeux ouverts ou fermés. Les jours suivants, l'état du malade est à peu près le même. M. Trousseau répète tous les jours les mêmes expériences en présence des élèves qui suivent sa visite. Le 19, M. le D[r] Duchenne (de Boulogne) qui assiste à la visite, sur l'invitation de M. Trousseau, répète les mêmes expériences. Il constate l'insensibilité de tout le côté droit portant aussi bien sur la peau que sur les muscles et les articulations. Cependant, il constate aujourd'hui, en prenant dans sa main, les doigts du malade, et en les comprimant fortement de manière à les rapprocher l'un des autres qu'il existe un peu de sensibilité dans leurs articulations; la figure du malade a exprimé une légère douleur. Quant aux résultats fournis par la motilité, ce sont ceux constatés déjà depuis plusieurs jours par M. Trousseau. Du 21 au 25 décembre, l'état du malade est le même. Le 26, la sensibilité articulaire commence à revenir à l'état normal. Aussi le malade commence à sentir la résistance qu'on lui oppose lorsqu'il veut élever le bras ; il dit parfaitement qu'il ne peut le lever parce qu'on l'en empêche. Le 28, la sensibilité musculaire reparaît, la sensibilité cutanée fait toujours complétement défaut. Ainsi il ne peut dire si on exerce un léger frolement à la surface de la peau, ou bien si on le pique ou si on lui tire un poil; de même il ne peut dire si un corps est froid ou chaud; enfin le sens du tact n'a pas reparu non plus, il ne peut se rendre compte des objets qu'on lui place dans la main. Au moment où je quitte le service, le 31 décembre, l'état est le même; toutefois on constate toujours une amélioration qui va progressivement et qui fait espérer une guérison prochaine ; en effet, le malade a pu quitter le service, dans le courant du mois de janvier 1866, complétement guéri.

Pendant tous le temps qu'il est resté à l'hôpital, le traitement institué par M. Trousseau a été des plus simples, il a consisté en infusion d'arnica, et boissons acidulées.

En résumé, cette observation nous montre un homme âgé de 49 ans, pris subitement au milieu de son travail d'une paralysie de la sensibilité tant cutanée que musculaire et articulaire, dans le côté droit du corps, la motilité reste parfaite, du moins elle est conservée au moment où le malade est soumis à notre observation, car celui-ci peut exécuter, avec le membre supérieur droit, tous les mouvements qu'on lui ordonne, et cela sans hésitation aucune. La marche elle-même ne présente aucune desordre que le malade ait les yeux ouverts ou fermés. Seulement lorsque les yeux sont fermés, et qu'on prie le malade d'exécuter un mouvement avec la main qu'un aide tient appliquée contre le lit, on voit qu'il fait un effort pour exécuter ce mouvement ; puis cet effort une fois fait, il s'imagine avoir accompli le mouvement ordonné.

Cette fausse sensation disparaît au bout de quelques jours, lorsque la sensibilité articulaire est revenue à son état normal; car, si on répète la même expérience, le malade a parfaitement conscience qu'on lui retient la main, et qu'il n'exécute pas le mouvement ordonné. Un mois environ après le début de ces accidents, le malade quitte l'Hôtel-Dieu dans un complet état de santé.

Cette observation, on l'a déjà pressenti, présente les points de vue les plus intéressants. Elle soulève une foule de questions dont la plupart, il faut le dire, me paraissent sinon impossibles, du moins très-difficiles à résoudre. Mais avant d'aborder le sujet sur lequel je veux appeler spécialement l'attention, c'est-à-dire sur la perte de toute sensibilité musculaire et articulaire avec conservation complète du mouvement sans ataxie, je vais chercher à élucider, si cela est possible, les deux points suivants : quelle est la lésion qui a produit les phénomènes que nous avons observés chez notre malade ? Dans quel point du système nerveux, elle siége ? Cette dernière question doit de toute nécessité nous préoccuper, car cette observation, me paraît unique dans la science, du moins je n'ai pu en trouver où le fait de l'anesthésie se soit montré d'une manière si évidente, si dégagé de tout autre phénomène, telle que la perte de la motilité. En effet, presque toujours, dans les lésions cérébrales, on a trouvé, en même temps que l'anesthésie complète, une paralysie plus ou moins complète de motilité. Il est bien entendu qu'en m'exprimant ainsi, je laisse de côté l'observation ayant rapport à l'épilepsie, à l'hystérie ; dans ce cas, les observations ne sont pas rares. Ceci étant dit, quelle est la lésion qui a donné naissance aux phénomènes observés ? S'agit-il d'une congestion cérébrale, accompagnée dans un point quelconque d'une légère rupture vasculaire, accompagnée, en un mot, d'un petit noyau hémorrhagique, ainsi que l'a pensé mon maître, M. Trousseau. On ne saurait en douter, l'absence de tout antécédent morbide, l'âge du malade, 49 ans, le début brusque, toutes ces circonstances plaident en faveur de ce diagnostic.

Dans le ramollissement, en effet, le début peut être brusque,

c'est-à-dire que l'on peut observer, comme dans l'hémorrhagie cérébrale, une perte subite de connaissance, l'apparition instantanée d'une paralysie, mais, si l'on veut bien remonter dans les antécédents du malade, on trouvera quelques phénomènes morbides existant depuis quelques temps déjà du côté de la mémoire, du côté de l'intelligence. On constatera, ainsi que l'a dit Rostan, des troubles de la vue, des céphalalgies fréquentes répétées dans le ramollissement cérébral, on trouve donc des phénomènes précurseurs qui n'échapperont point à un observateur attentif, qui le mettront sur ses gardes. Dans l'hémorrhagie cérébrale, au contraire, le plus souvent, aucun phénomène ne fait prévoir son apparition. L'âge de notre malade n'est pas celui, où l'on observe ordinairement le ramollissement cérébral ; c'est bien plutôt celui de l'hémorrhagie. Par conséquent, ainsi que je l'ai dit plus haut, il me semble qu'il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic porté par M. Trousseau. Pour la même raison, je ne crois pas nécessaire de discuter l'existence d'une tumeur cérébrale ou d'une simple névrose, hystérie ou épilepsie.

J'ai hâte d'arriver à la deuxième questie : dans quelle portion de l'encéphale siégeait la lésion ? En cherchant à résoudre une pareille question, je pénètre dans une partie de la physiologie qui, encore aujourd'hui malgré tous les travaux d'expérimentateurs distingués, présente la plus grande obscurité. Quoi de plus obscur, en effet, que la localisation des fonctions cérébrales ? Que d'opinions contradictoires sur un pareil sujet ? Et pourtant, malgré toute la difficulté que j'éprouve à rechercher la localisation de la lésion, difficulté qui est d'autant plus grande, que le malade ayant heureusement guéri, la constatation *de visu* m'a fait complétement défaut, j'ai pensé que mon observation serait incomplète, si je négligeais, en présence d'un fait si insolite à tous égards, de me livrer à une pareille recherche.

Il est évident que cette partie de ma discussion ne portant que sur des hypothèses, puisque, je le répète, le résultat de la nécropsie fait complétement défaut, n'aura pas toute la valeur scientifique qu'on est en droit de demander dans les sciences médicales ; mais du moins, elle ne sera pas dépourvue de tout intérêt puisqu'elle montrera, une fois encore, la difficulté qu'il y a, malgré des expérimentations nombreuses, à bien préciser à notre époque, les fonctions dévolues à chaque portion de la masse encéphalique.

Dans cette étude des localisations cérébrales, au point de vue seulement du fait qui m'occupe, je m'appuierai et sur la physiologie et sur la clinique. Je rechercherai si les physiologistes ont pu prouver, au moyen d'expériences bien instituées, que la sensibilité était plutôt sous la dependance d'une certaine partie du cerveau que de telle autre, qu'elle dépendait par exemple plutôt d'une lésion de la couche optique que du corps strié. Puis je rechercherai s'il existe dans la science des faits analogues à celui que je fais connaître, et dans lesquels la nécropsie sera venue vérifier les résultats fournis par l'expérimention. Ce double contrôle, si toutefois il me donne des résultats positifs, me permettra de dire quel a été le siége de la lésion cérébrale chez le malade que j'ai pu observer ?

De tous temps, les physiologistes et les cliniciens ont été préoccupés de ce fait, à savoir : existe-t-il dans le cerveau des portions, des départements, pour ainsi dire, auxquels serait dévolue telle ou telle fonction ? Mon intention n'est pas de retracer le tableau de toutes les discussions qui se sont engagées à ce sujet.

Qu'il me suffise de dire que si la discussion sur le sujet qui me préoccupe ne fait pas autant de bruit que celle qui a eu lieu, dans ces derniers temps, sur la localisation de la parole ; à une autre époque, il n'en a pas été ainsi. Pendant longtemps les physiologistes ont cherché à localiser dans une portion de la substance cérébrale le siége de la sensibilité. Les expériences de Legallois, Magendie et de beaucoup d'autres, sont là pour prouver ce que j'avance. De nos jours encore, MM. Luys et Vulpian ont étudié ce sujet avec toute la sagacité qu'on leur connaît. Malheureusement, je dois l'avouer, leurs études, comme celles de leurs devanciers, n'ont pas donné de grands résultats ; ils sont arrivés tous deux à des résultats contraires. C'est ainsi que M. Luys (1) admet que toutes les impressions sensorielles douloureuses et tactiles sont ramenées par l'axe spinal dans un centre commun cérébral, dans la substance grise de la couche optique. Par conséquent, la couche optique serait le point du cerveau où résiderait la sensibilité, qui de là serait répandue dans tout l'organisme ; elle jouerait, à proprement parler, le rôle d'un véritable *sensorium* commun. Avant M. Luys, Magendie avait du reste démontré, en recherchant quels étaient les points de la substance cérébrale qui étaient sensibles aux excitations mécaniques, que les couches optiques seules possédaient de la sensibilité. Tod, Carpenter et Schiff ont émis la même opinion. Vulpian (2) n'est pas de cet avis : « Les lésions expérimentales des couches optiques, dit cet auteur, n'affaiblissent point la sensibilité, elle survit même à l'ablation de ces renflements. » Puis, recherchant les parties de l'encéphale où résiderait la sensibilité, il ajoute (3) que c'est probablement dans l'isthme de l'encéphale, et spécialement dans la protubérance annulaire, que se produit ou s'achève la transformation de l'impression en sensation. A l'appui de son opinion, il rapporte plusieurs expériences que je crois inutile de vous rappeler ici. Avant M. Vulpian, M. le professeur Longet avait émis, d'après des expériences qu'il avait instituées à cet effet, la même opinion, car le professeur conclut de ses diverses expériences que les sensations spéciales et les sensations formées par la sensibilité générale sont encore possibles, malgré l'ablation du cerveau proprement dit, c'est-à-dire malgré l'ablation des hémisphères cérébraux, des corps striés et des couches optiques.

(1) *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal*, page 317, Paris 1865.

(2) *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*, Paris 1866, p. 657.

(3) *Loc. cit.*, p. 540 et suivants. — P. 666 et suivants.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Suite de la séance du 26 juin 1867. — Présidence de M. Legouest.

M. DESPRÉS. M. Lefort qui, au commencement de cette discussion, avait annoncé qu'il ne prendrait pas la parole, l'a prise néanmoins pour vous exposer ses opinions sur la manière de donner le mercure. La Société ne peut pas en être plus heureuse que moi. Si je n'ai pu en effet convaincre mes adversaires, j'ai au moins et de plus en plus, après avoir entendu M. Lefort, la satisfaction de trouver mes collègues dans la plus grande diversité d'opinion sur la meilleure préparation mercurielle, et sur le moment où il convient de la donner. M. Lefort n'ayant pas d'ailleurs touché à un seul de mes arguments, je passe.

J'apporte une nouvelle statistique des malades de l'hôpital Saint-Louis.

La statistique que j'avais établie moi-même à l'hôpital Saint-Louis, statistique sommaire, qui était une expression de faits plus rigoureux que de simples affirmations, a été attaquée. Une certaine ombre a été jetée sur elle. Les partisans du mercure exigent en effet de leur contradicteurs des garanties de premier ordre, et s'ils se bornent à affirmer qu'ils ont vu réussir le mercure, ils veulent trouver chez ceux qui les contredisent des preuves écrites et étendues.

Je viens compléter aujourd'hui ma première statistique de l'hôpital Saint-Louis par une statistique faite avec des observations longues, étendues, et qui ont encore ce mérite, d'être recueillies par un de nos estimés collègues qui ne partage pas mes idées.

M. Lallier, à qui j'ai emprunté ces observations, persuadé que j'étais, à l'avance, et sans le savoir, d'y trouver la confirmation de ma première statistique, possède tous les faits de syphilis qu'il a vus depuis quatre ans.

Ces faits, matériaux très-précieux, ont été recueillis en 1863, 1864, 1865 et 1866 par MM. Juillard, Sèvres, Bordier, Landrieux et Herbert, internes de M. Lallier et sous les yeux de leur maître.

Avant de vous parler de cette nouvelle statistique, je ne saurais trop remercier M. Lallier de m'avoir livré des faits qui peuvent attaquer une thérapeutique qu'il croit encore bonne ; permettez-moi de louer ici une telle bonne foi scientifique. J'ajoute que la statistique que je fais ici n'engage en rien les opinions de notre collègue.

Voici comment j'ai fait la statistique des observations de M. Lallier.

249 malades en puissance d'accidents syphilitiques ont été reçus pendant les années 1863, 1864, 1865 et 1866, à l'hôpital Saint-Louis dans les salles Saint-Louis, Saint-Thomas et Saint-Charles.

De ce nombre j'élimine 92 syphilis récentes datant de moins de six mois. Sur ce nombre cependant 17 avaient pris inutilement du mercure. Cela fait sur le chiffre des entrées une proportion de 18 pour cent de malades venus pour une syphilis récente déjà traitée inutilement par les mercuriaux. Et c'est là une proportion encore plus considérable que celle de mon service à Lourcine, qui n'est que de 12 à 14 pour cent.

Parmi les observations de M. Lallier, il en est un certain nombre, 29, où, par omission, il n'est fait aucune mention, s'il y avait eu auparavant traitement antérieur, ou bien où les mots traitement mercuriel et spécifique me paraissaient vagues, 10 observations sont regardées comme douteuses par l'observateur ; j'ai cru devoir les rejeter ainsi que les premières.

Il reste 118 malades ayant eu la syphilis depuis plus de six mois, dont l'observation ne laisse absolument rien à désirer. (M. Després lit plusieurs observations comme spécimen de chaque modèle d'élimination ou de conservation.)

J'ai fait trois groupes de ces malades :

Ceux qui étaient malades depuis plus de six mois, ceux qui étaient malades depuis plus d'un an, et ceux qui étaient malades depuis plus de 10 ans.

Les 118 malades sont ainsi décomposés :

A — 31 malades avaient leur mal depuis plus de six mois ; sur ce nombre :

10 n'avaient subi aucun traitement ou avaient été traités par des méthodes diverses et sans mercure, 2 de ceux-là étaient aux accidents tertiaires ; 5 aux accidents secondaires et 3 aux accidents primitifs, proportion : 8, 5 pour 100.

16 avaient suivi un traitement mercuriel, 2 portaient des accidents tertiaires ou voisins des accidents tertiaires ; 12 avaient des accidents secondaires et 2 des accidents primitifs, proportion 15, 2 pour 100.

Ainsi nous voyons que le mercure n'a aucun avantage réel, puisqu'il entre dans les hôpitaux plus de malades ayant subi un traitement mercuriel, que de gens qui n'ont fait aucun traitement ou se sont traités par des médications dépuratives ou autre et sans mercure.

B — 68 malades ont été reçus ayant leur syphilis depuis plus de 1 an, sur ce nombre :

18 ont été reçus ayant : 12 des accidents tertiaires, gommes et ulcères ou syphylides pustulo-crustacées ; 6 ayant des accidents secondaires. (Les malades atteints d'accidents tertiaires, sont presque tous des femmes, et il s'agit de syphilis ignorées qui n'ont pas fourni aux médecins l'occasion de les traiter ou de ne pas les traiter. Quelques-uns de ces malades sont entrés pour des récidives d'accidents tertiaires et avaient été déjà traités par l'iodure de potassium et même le mercure).

50 malades présentant, 6 des accidents tertiaires, 44 des accidents secondaires, avaient pris du mercure dans les services spéciaux des hôpitaux de Paris, à une ou plusieurs reprises et sous la direction de MM. Ricord, Cullerier, Verneuil, Simonet, Cazenave, Gibert ; des malades avaient été traitées à Lourcine par le mercure, par mes collègues ou mes prédécesseurs.

En établissant les proportions, nous voyons qu'il est entré, à Saint-Louis : d'un côté, 15,3 pour 100 de malades syphilitiques qui n'avaient pas pris de mercure ; de l'autre, 42 pour 100 de malades traités par le mercure.

C. Les malades ayant leur syphilis depuis plus de 10 ans sont ainsi divisés :

8 n'avaient fait aucun traitement, et plusieurs ne se doutaient pas qu'ils pussent avoir la syphilis. Il y en avait 4 qui avaient des accidents secondaires.

15 malades avaient été soumis au traitement par les préparations mercurielles ; sur ce nombre, 5 avaient des accidents tertiaires et 10 des accidents secondaires, ce qui donne une proportion de 6,7 pour 100 de malades non traités contre 12,6 pour 100 de malades traités par le mercure.

En somme, partout une différence entre les résultats de l'expectation, même sans traitement mercuriel, et si je séparais de la statistique ceux qui ignoraient leur syphilis, j'arriverais à une proportion de 4 pour 100 de récidives chez ceux qui n'ont pas pris de mercure, contre 42 pour 100 de malades ayant été soumis à la médication mercurielle. L'éloquence des chiffres me dispense de tout commentaire. J'insiste sur un seul point, qu'il y a beaucoup plus de vieux syphilitiques traités par le mercure, que de vieux syphilitiques n'ayant pas été traités ou ayant été traités par les dépuratifs, ou ayant ignoré leur mal.

Voilà ce que j'avais à dire à mes collègues ; mais un mot encore peut être utile. Au milieu des observations de M. Lallier, j'ai trouvé deux cas de syphilis infantile, des syphilis de femmes enceintes et des syphilis tertiaires, et je suis obligé de dire que ces faits confirment encore les opinions que j'ai émises ici sans en excepter aucune.

Les deux enfants syphilitiques avaient : l'un une syphilis congénitale, l'autre une syphilis probablement vaccinale.

Le premier enfant, âgé de 6 semaines, avait du pemphigus, des ulcérations sur le corps et à l'anus. Il est traité par une cuillerée à café de liqueur de Van-Swieten, qui est bientôt supprimée, et par les bains de sublimé à 2 grammes, puis on a recours aux frictions avec l'onguent napolitain sur les cuisses. Malgré cela l'enfant, 2 mois après son séjour à l'hôpital et ayant près de 4 mois, était tellement en mauvais état, qu'il ne pesait plus que 3 kilos 300 grammes. Il est parti, emmené par sa mère, dans un état désespéré.

Le second enfant, traité en ville à deux reprises par le protoiodures pour des boutons sur le ventre et les fesses, entre à Saint-Louis avec un état parcheminé de la peau et des boutons qui semblent être des plaques muqueuses de la peau ; en d'autres points, on trouvait des cicatrices d'ulcérations. Traité par les bains de sublimé et l'iodure de potassium, l'enfant meurt au bout de 8 jours.

Ce sont les seuls enfants syphilitiques que renferment la statistique.

La meilleure observation peut-être est celle où il s'agit d'ulcères du voile du palais sans perforation, que Gibert a eu à traiter. Deux ans avant que la malade n'entrât chez M. Lallier, Gibert, jugeant que la syphilis n'avait pas été bien traitée au début, a donné du sirop de bi-iodure de mercure pendant 40 jours ; malgré cela, la malade est rentrée à l'hôpital Saint-Louis avec des ulcérations étendues du voile du palais.

J'ai fini, Messieurs ; si j'ai abusé des moments de la Société, n'en accusez que la force de mes convictions. Si je suis revenu tant de fois prendre la parole dans une discussion que je n'avais pas soulevée, c'est que je voulais donner le plus de preuves possible, afin de témoigner que quand il s'est agi de juger la valeur exacte du mercure, il a été plus aise de trouver des observations défavorables aux préparations mercurielles que de soutenir, par des citations de faits, des affirmations, et même, le dirai-je ? par de mauvaises raisons, une tradition que la physiologie ne légitime pas.

M. BLOT déclare, à l'occasion du discours de M. Després, que M. Lallier désire conserver l'entière liberté de ses opinions, eu égard à l'influence que peuvent avoir les mercuriaux dans le traitement, de la syphilis.

M. DEPAUL. Une seule réflexion suffit pour atténuer la valeur d'un argument que reproduit M. Després, à l'occasion des observations qui lui ont été communiquées par M. Lallier. Tous les médecins, à l'exception de M. Després peut-être, donnent du mercure à leurs ma-

En fait de femmes grosses syphilitiques, j'ai trouvé 7 femmes qui n'avaient pas pris de mercure et qui ont avorté. La grossesse coexistait avec le début de la syphilis. 3 femmes qui n'avaient pas pris de mercure, quoique syphilitiques, ont accouché d'enfants vivants et non malades. Une de celle-ci a eu 5 enfants pendant les intervalles de poussées syphilitiques. Mais voici une malade plus curieuse : Une femme enceinte syphilitique est traitée par le mercure, mais est obligée de cesser son traitement au bout de 3 semaines. Elle accouche néanmoins d'un enfant qui eut, il est vrai, des dartres sur la figure à 3 mois, et qui mourut, à 4 ans, de convulsions.

Enfin j'ai trouvé, dans les excellentes observations que je vous présente, à côté de faits de perforation et d'ulcérations de la voûte palatine chez des gens qui avaient ignoré leur syphilis, des faits de perforation semblables chez des malades traités avec soin par le mercure, le sirop de biiodure en particulier. Sur 4 observations, 2 mentionnent qu'un traitement mercuriel régulier a été fait par Gibert et à l'hôpital du Midi : 1 que la malade a pris des pilules et 1 que la malade n'a rien fait et ignorait qu'elle eût la syphilis. Aucune de ces malades n'a été guérie par le mercure et l'iodure de potassium, et par guéri, j'entends que l'ulcération ne s'est pas réparée avant la sortie de l'hôpital.

lades ; il est donc tout naturel que les individus traités par les mercuriaux offrent des récidives en nombre plus grand que les syphilitiques qui ont été traités par l'expectation.

M. le président déclare close la discussion sur la syphilis.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 8 février 1867, — présidence de M. BARTHEZ.

La correspondance manuscrite amène une lettre de M. Causit,

nterne des hôpitaux, qui demande un congé de cinq mois, pour raison de santé.

LECTURE

M. Martineau lit un travail intitulé : Contributions à l'histoire de l'ataxie (voir plus haut).

DISCUSSION

M. TOPINARD.—Le mot ataxie ne signifie pas une maladie, et il aurait fallu lui joindre l'épithète de progressive. Dans mon livre sur l'ataxie j'ai montré, non avec des théories, mais avec des faits cliniques, que l'ataxie locomotrice peut exister en l'absence de toute anesthésie cutanée et musculaire, soit à la superficie des membres, soit dans leur profondeur.

M. CORNIL. — Le sujet de l'observation était-il alcoolique? C'est là une question intéressante, car l'alcoolisme pourrait rendre compte de la perte de la sensibilité. La nature de la lésion reste douleuse, et il est difficile de savoir, en l'absence d'autopsie, s'il y avait dans ce cas hemorrhagie, ramollissement ou toute autre lésion cérébrale.

M. MARTINEAU. — Le malade n'était pas alcoolique; du reste, il est aussi fréque t d'observer de l'analgésie dans cette intoxication, que de l'hyperesthésie; quant au diagnostic de la lésion cérébrale, dans ce cas, je crois qu'on pourait le préciser en disant congestion cérébrale avec noyau hemorrhagique. Il n'y avait eu, en effet, ni troubles antécédents de la vue, ni de l'intelligence, ni de la mémoire, et l'on sait que le ramollissement est communément précédé de prodromes.

M. CORNIL. — Il est dit dans l'observation que le malade, croyait avoir porté un verre à ses lèvres alors qu'on lui avait retenu le bras, et c'est là un fait très-important. Mais d'un autre côté, la sensibilité des dents et des lèvres étaient conservées. Or, je me demande comment ilse fait que le malade ait cru avoir porté le verre à ses lèvres ; s'il eut effectué le mouvement, ses lèvres auraient senti l'impression du verre, et comment pouvait-il croire avoir bu, lorsque ses lèvres ni ses dents n'ava ent éprouvé aucune sensation. Le malade ne simulait-il pas l'anesthésie, comme nous en avons vu plusieurs exemples?

M. MARTINEAU. — Il y a dans le fait de ce mouvement que le malade croyait exécuter alors qu'il restait immobile, et bien que ses lèvres fussent sensibles, quelque chose qui nous échappe, mais le malade est resté trop longtemps en observation pour qu'on puisse mettre en doute la simulation.

M. OLLIVIER. — Le malade avait-il des troubles des sens spéciaux?

M. PELVET. — L'attention de M. Martineau a été portée sur le cerveau exclusivement; peut-être aurait-on pu supposer une affection médullaire portant sur les racines postérieures.

M. MARTINEAU. — Il me paraît impossible de faire cette hypothèse; il faudrait supposer une lésion de la moelle unilatérale et très-limitée, et on n'a jamais observé de paralysie semblable due à une maladie médullaire.

M. PELVET—demande des détails sur le mode de constatation et sur la nature de la sensibilité articulaire.

M. MARTINEAU. — La sensibilité articulaire s'obtient par des mouvements et des pressions communiqués aux surfaces articulaires ; seulement il faut bien se défier de ne pas confondre cette sensibilité particulière avec celle de la peau tiraillée par des mouvements imprimés aux doigts et aux tronçons des membres.

M. PELVET. — Le siége de la sensibilité ne peut être que dans les nerfs ; les pressions exercées sur les muscles et les jointures ne déterminent de sensations que parce qu'elles retentissent sur des nerfs voisins ; c'est de la sensibilité générale et non un mode spécial.

M. MARTINEAU. — La sensibilité des jointures est celle qui appartient en propre à leurs membranes synoviales; je n'ai pas eu l'intention d'en faire une sensibilité spéciale.

M. GERM-ROZE. — La sensation de la sensibilité motrice peut-elle être regardée comme une fonction?

M. MARTINEAU. — C'est le mot dont M. Duchenne de Boulogne s'est servi.

M. GERM-ROZE. — Je regrette de voir employer le mot de fonction à la place du mot aptitude motrice.

M. VOISIN. — J'ai vu à Bicêtre un cas à peu près semblable à celui que vient de rapporter M. Martineau ; C'était un épileptique qui a eu à plusieurs reprises des paralysies sequnıı portant sur la sensibilité, la motilité et la faculté du langage Il avait perdu d'abord la sensibilité des deux membres supérieurs, puis les bras sont devenus sensibles, tandis que les mains et les avant-bras étaient encore anesthesiés · tout le membre était alors privé du mouvement ; mais il survint une attaque d'épilepsie pendant laquelle le mouvement revint. Quelques temps après la sensib lité reparut, pour se perdre complétement ensuite, de telle sorte, que le malade présenta longtemps de l'anesthésie sans paralysie du mouvement.

Le Secrétaire, V. CORNIL.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
pendant l'année 1867.

109. Denizet. — Etude clinique sur l'anasarque, avec ou sans albuminurie, dans la scarlatine et la rougeole.
110. Thibaud. — Du goitre épidémique.
111. Demongeot de Confevron. — De l'anévrysme des os.
112. Pellouas. — Du caillot dans l'anévrysme spontané circonscrit.
113. Colson. — De la méthode intsstinale.
114. Villiers-Herluison. — Des inclinaisons en arrière de l'utérus en état de gestation.
115. Cuirot. — De la scapulalgie.
116. Leroux. — De l'albuminurie dans ses relations avec les affections nerveuses.
117. Rébière-Laborde. — De l'ergot de seigle en obstétrique.
118. Ortel-Ebrard. — Etude sur les paralysies du trijumeau.
119. Bordenave. — Aperçu sur les eaux minérales de Cauterets.

— On demande UN DOCTEUR en médecine, très-capable, ayant déjà quelque expérience. Une souscription garantit pendant les trois premières années, un *minimum* de 3,000 francs de recettes annuelles. S'adresser à M. le comte de Monlaur, à Soussac, par Pellegrue (Gironde).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Difficultés de la Trachéotomie, par le docteur Victor LEGROS (d'Aubusson). — 1 volume in-8°; 1867. — Prix : 2 fr. 50 c., à la Librairie de A. Cocoz, 31, rue de l'École-de-médecine.

Gymnastique de chambre médicale et hygiénique, ou représentation et description de mouvements gymnastiques, à l'usage des deux sexes, par D. G. M. SCHREBER, docteur en médecine. Second édition, par Aug. DELONDRE. — 1 volume in-8° avec 5 figures. — Prix : 3 fr., chez Victor Masson et fils, place de l'École-de-médecine.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur GARROD. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8 accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. avec un joli cartonnage en toile, 13 fr. Paris, 1867. — Chez Adrien Delahaye.

Traité pratique des maladies des yeux, par FANO, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 fig. et 20 dessins en chromolithographie. Prix : 17 fr. — Paris 1866, Adrien Delahaye.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par le Dr. CHASSAIGNAC. 2 vol. gr. in 8 compactes. Prix : 18 fr.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr. CHASSAIGNAC, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec huit planches, par M. de docteur CHASSAIGNAC. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr E LE SOURD.

Paris. — Imp A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse. 72-80

N° 86. — MARDI 23 JUILLET 1867. (40e ANNÉE) MARDI 23 JUILLET 1867. — N° 86

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 21 JUILLET 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. — Les communications se multiplient au sujet de la tuberculose. En effet, quelques jours à peine nous séparent du congrès international où cette question sera traitée, et les esprits doivent être préparés à l'avance pour tirer tout le fruit possible de la discussion qui doit avoir lieu.

M. Lebert vient d'indiquer, incidemment dans une note à l'Académie, et plus au long dans la *Gazette médicale*, quelles sont ses idées actuelles sur le tubercule et sur la phthisie.

Autrefois, il y a déjà quelques vingt ans, M. Lebert croyait avoir trouvé dans le tubercule des éléments, sinon spécifiques, il le nie, du moins spéciaux quant à la forme et suffisants pour affirmer la nature de la lésion.

Depuis lors, d'autres micrographes, cessant de reconnaître comme tuberculeux ces éléments décrits par M. Lebert, les ont considérés comme des altérations secondaires et régressives, sans caractères particuliers, se rattachant principalement à la pneumonie caséeuse.

M. Lebert lui-même est de cette opinion. Il admet qu'il a confondu le tubercule pulmonaire avec la pneumonie disséminée chronique, et il entend actuellement par tubercule ce que M. Virchow désigne par ce nom : la granulation semi-transparente formée de petits éléments serrés les uns contre les autres, dans une substance intercellulaire granuleuse, presque solide.

Au point de vue micrographique, il n'existe plus que des nuances entre MM. Lebert et Virchow.

Mais en ce qui touche l'étiologie, M. Lebert professe des opinions qu'il est bon de connaître.

Pour lui, le tubercule n'est point la cause de la pneumonie disséminée qui l'accompagne ; tout au contraire, le plus souvent, cette pneumonie l'a précédé, et il s'est formé sous son influence.

La granulation grise semi-transparente, le tubercule, serait donc un simple produit inflammatoire, secondaire, et métastique dans un certain nombre de cas. Ce serait le résultat d'une inflammation lente, subaigue, dangereuse surtout chez les sujets débiles, et susceptibles de guérison, lorsque la résistance vitale est énergique.

Ainsi dans ce qu'on nomme vulgairement la phthisie, la pneumonie disséminée jouerait le rôle principal, soit qu'elle fasse naître des granulations tuberculeuses, soit qu'isolément, elle amène de larges cavernes et la mort.

Si l'on s'attache au fond des choses, et non point aux mots, on s'aperçoit que la théorie de MM. Empis et Robin se rapproche singulièrement de celle de M. Lebert.

Pour eux, comme pour lui, la granulation grise n'est pas l'élément essentiel de la phthtisie ; elle n'en est pas la cause ; elle peut y faire défaut ; elle donne bien à la maladie une marche un peu plus aigue, un peu plus rapide, quand el e s'y produit ; mais elle n'a rien en elle-même d'incurable ni de fatal, c'est un produit inflammatoire et rien de plus.

Peu importe ensuite au clinicien qu'on nomme tubercules, soit les lésions anatomiques de la pneumonie disséminée, exclusivement aux granulations grises, soit, au contraire, les granulations grises, exclusivement aux lésions de la pneumonie disséminée.

Il n'en faut pas moins distinguer comme affection fondamentale ce qui constitue pour M. Empis la phthisie tuberculeuse, et pour M. Lebert la pneumonie disséminée ; et en outre, comme venant compliquer fréquemment la première, bien que pouvant naître parfois en dehors d'elle, une lésion spéciale : tubercule pour M. Lebert, granulation non tuberculeuse pour M. Empis.

Mais est-il vrai que cette granulation soit plutôt la suite que la cause de la pneumonie qui l'accompagne ? L'école de Virchow, et particulièrement MM. Hérard et Cornil sont d'une opinion toute opposée.

C'est là le grand point à établir.

M. Lebert ne regarde pas la granulation, ce qu'il appelle le tubercule, comme ayant une forme spécifique à proprement parler ; les granulations gommeuses syphilitiques, celles de la morve, etc., lui semblent tout à fait analogues ; il croit même que l'inflammation pure et simple peut en amener de semblables sans cause constitutionnelle, ou diathésique.

Mais ce ne serait point une raison pour que l'on niât *à priori* la spécificité de la tuberculose.

En effet, comme le remarque avec raison M. Lebert, les affections les plus certainement spécifiques, la petite vérole, la vaccine, ne produisent pas de lésions qui soient spécifiques ou spéciales au point de vue anatomique. Sous le microscope, dans ces maladies on trouve les mêmes éléments que dans les inflammations simples ; et cependant elles sont inoculables.

La tuberculose l'est-elle ?

M. Lebert est un des premiers qui ait obtenu des résultats positifs, en inoculant du tubercule aux animaux ; mais il a fait depuis de nombreuses expériences qu'il continue encore, et maintenant il doute. Ce qui lui semble douteux, ce n'est point le fait d'abord observé : les animaux qu'il a inoculés ont présenté des granulations ; mais c'est la conclusion légitime de ce fait.

« Je ne voudrais pas empiéter, dit M. Lebert, sur le résultat de ces recherches qui ne sont point encore terminées ; mais si d'abord l'inoculation heureuse des tubercules m'avait paru parler hautement en faveur de la spécificité, de nouveaux doutes me sont venus lorsque j'ai vu plus tard que des glandes lymphatiques infiltrées d'une matière épaisse, tuberculiforme, que Virchow et Villemin regarde comme d'origine inflammatoire, ont également produit, par inoculation, des tubercules miliaires demi-transparents. D'un autre côté, nous avons vu aussi des granulations d'apparence tuberculeuse naître par inoculation de toute autre substance que du tubercule. »

Ceux de nos lecteurs qui, au moment de se rendre au congrès médical, voudraient étudier plus à fond les questions en litige, devront lire principalement le Traité de la phthisie pulmonaire par MM. Hérard et Cornil, le Traité des tumeurs par Virchow, et de la Granulie par M. Empis.

Nous recommandons aussi, bien qu'elles ait plus de trois ans d'âge, les leçons de M. Adolphe Guérin *sur les maladies des organes génitaux externes de la femme* à ceux qui désirent par une lecture facile et agréable se remémorer les points les plus essentiels à connaître pour suivre avec fruit la discussion sur les mesures prophylactiques contre les affections vénériennes communicables.

Hôpitaux. — Dans une de nos dernières visites à l'hôpital Saint-Louis, M. Foucher nous a fait voir un malade qui l'a consulté pour des troubles de la vision, et chez lequel l'examen des yeux lui a fait reconnaître une albuminurie. Peu de jours après, ce malade, dont l'état général paraissait bon jusque-là, fut pris d'accidents cérébraux, d'éclampsie albuminurique à forme grave.

Prochainement nous traiterons de ces rétinites albuminueriques, et des autres lésions de l'œil qui se rattachent, soit à une affection généralisée, soit à une lésion des centres nerveux. Le congrès ophtalmologique aura lieu presque en même temps que le congrès médical, et c'est pourquoi nous devons parler jusqu'alors un peu plus souvent d'ophtalmologie. Le récent ouvrage de Wecker et celui de Mackensie sont parmi les meilleurs qu'on puisse consulter.

— Jeudi dernier, à l'hôpital Saint-Louis, chez une femme presque exsangue à la suite d'hémorrhagie utérine, M Foucher enlevait un polype fibreux du volume du poing. Ce polype était implanté profondément dans la cavité du col, et ne faisait saillie qu'en partie en dehors de cette cavité. M. Foucher, en exerçant une traction modérée sur la tumeur saisie au moyen d'une pince de Museux a déterminé sa sortie complète, et il a pu porter sur le pédicule la chaîne de l'écraseur. La malade n'a pas perdu une goutte de sang.

Il n'est pas toujours possible de se servir de l'écraseur linéaire en pareil cas. Souvent le pédicule se trouve placé trop haut, et pour l'embrasser dans la chaîne, il faudrait donner à celle-ci une inclinaison presque à angle droit, ce qui n'est pas possible avec l'instrument de M. Chassaignac.

Aussi les chirurgiens américains, entre autres M. Marion Sims, préfèrent-ils employer une anse métallique montée à peu près comme elle l'est dans l'appareil de M. Maisonneuve pour la ligature extemporanée.

Dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, M. Courty donne également la préférence à ce procédé ; mais on comprend que l'écraseur arrive au même but, lorsqu'il est applicable.

M. Foucher a fait coucher sa malade sur le côté pendant l'opération. Cette position a été préconisée par Marion Sims, pour les examens au spéculum même dans les cas ordinaires. Il ne serait pas possible, du reste, de se servir du spéculum de Sims ou de Boseman, si la femme se trouvait dans le décubitus dorsal ; or, M. Sims emploie son spéculum à peu près exclusivement.

— Il n'est pas toujours très facile de distinguer un lipome d'un abcès. Parfois le lipome présente une fausse fluctuation qui peut tromper ; nous en avons encore eu la preuve dernièrement à l'hôpital Lariboisière, où une ponction a été faite dans la profondeur d'un lipome situé chez une femme, vers le milieu du dos.

— M. Cusco maintient ordinairement élevés les membres blessés ou malades. Son appareil de suspension est des plus simples : quelques cordons qui, des montants du lit descendent se fixer aux coins d'une espèce de lit de sangle, composé d'un carré de toile dont les extrémités s'enroulent sur deux bois. Selon les cas, ce petit hamac est plus ou moins grand, et la suspension est plus ou moins fixe. Souvent en faisant passer les premiers cordons dans des anneaux de caoutchouc semblables à ceux dont on se sert comme de jarretières, M. Cusco donne une certaine mobilité élastique à son appareil, qui nous a paru des plus commodes.

— Dans le service de M. Nonat, nous avons vu plusieurs malades atteintes de phlegmasies péri-utérines, surexcitées par des cautérisations intempestives, pratiquées par d'autres avant leur entrée. Nous reviendrons prochainement sur cette question, que M. Nonat a fructueusement étudiée.

— On peut encore actuellement observer dans le service de M. Houel, une malade dont nous avons déjà parlé et qui présente une affection très-rare. Sous le nom de sclérodermie ou skleriasis, Erasmus Wilson a rapporté l'observation d'une maladie assez analogue. Dans le cas de Wilson comme chez la malade de M. Houel, l'épaississement, l'induration qui se faisait voir à la peau pénétrait assez profondément.

Une trentaine d'autres observations plus ou moins différentes ont été rapportées sous ce même titre. Mais ce sujet n'est point encore complétement élucidé ; nous y reviendrons. Disons seulement que cette sclérodermie, ou skleriasis, toute locale, n'a aucune ressemblance avec le sclérose ou sclérodermie des nouveaux nés.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON
Suppléé par M. HOUEL, agrégé.

Tumeur mélanique du creux de l'aisselle et du ganglion sus-épitrochléen.

X., âgé de 37 ans, exerçant la profession de maréchal à la campagne, est doué d'une bonne constitution et n'a jamais eu de maladies.

Il y a huit ans, il s'aperçut qu'il portait dans le creux de l'aisselle du côté droit une petite tumeur dure, arrondie, grosse comme une noisette. Elle se développa très-lentement, prit au bout de plusieurs années le volumes d'une noix, mais resta complétement indolente, n'empêchant nullement le travail.

Une autre tumeur apparut, cinq ans après, au-dessus de l'épitrochlée, mais beaucoup plus petite, grossissant à peine, indolente comme l'autre.

Dans le mois de septembre de l'année dernière 1866, la tumeur axillaire prit un développement rapide. En grossissant, elle s'étendit sur toute la paroi costale du creux de l'aisselle. Elle commença alors à gêner les mouvements du bras et devint le siége de douleurs. Le malade continua néanmoins l'exercice de sa profession ; mais, les jours où il travaillait plus fort, les douleurs devenaient assez vives pour se prolonger jusque dans la nuit et empêcher le sommeil.

Quant à la petite tumeur épitrochléenne, elle grossissait peu et ne causait aucune gêne.

Cet état se continua depuis le mois de septembre 1866, jusqu'au moment où il vint dans le service, 22 mai 1867.

A cette époque, on constate deux tumeurs. L'une siégeant sur la paroi costale du creux axillaire du côté droit, où elle fait fortement saillie. A la main, elle offre la consistance du squirrhe ; sa surface est un peu bosselée, sa forme arrondie ou plutôt ovalaire ; elle a un volume un peu moindre que celui du poing fermé. Elle s'enfonce sous le muscle grand pectoral, se prolongeant jusqu'au petit pectoral. On peut la faire mouvoir dans tous les sens ; mais, lorsqu'on fait contracter les muscles pectoraux, elle semble presque fixée, ou au moins rattachée à ces muscles par un tissu cellulaire assez serré. La peau n'est pas adhérente à la tumeur et est restée tout à fait saine. — La douleur spontanée est faible ; mais les mouvements du bras pendant le travail, de même que l'exploration prolongée de la tumeur occasionnent des élancements qui, sans être très-violents, persistent longtemps après que le membre a été laissé en repos.

Le siége et la forme de cette tumeur font penser qu'elle a pour origine un ganglion. Les autres ganglions de l'aisselle ne sont nullement altérés.

La tumeur épitrochléenne occupe exactement le siége du ganglion de cette région. Elle a le volume d'une grosse noisette, une forme arrondie, avec une ou deux bosselures; elle est très-mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané.

On ne constate aucune altération analogne sur les autres ganglions du corps.

La santé générale est du reste très-bonne; mais le malade demande à être débarrassé de ces tumeurs qui l'empêchent de continuer son travail.

On fait l'extirpation des deux tumeurs le 29 mai. Celle de l'aisselle mesure 7 centimètres dans son plus grand axe, et 5 centimètres 1/2 dans son plus petit. Le plus grand diamètre de la seconde est de 2 centimètres 1/2, et le plus petit de 2 centimètres. Leur aspect extérieur est noirâtre. A la coupe, on reconnaît la mélanose la mieux caractérisée Le tissu est solide, offre de la résistance au scalpel, sa consistance et sa coloration sont homogènes dans tous les points. La coupe est grenue; on peut facilement faire sortir, en râclant, un liquide noir; la trame n'est pas friable.

Ces caractères sont les mêmes dans les deux tumeurs. Un seul point ramolli, de la grosseur d'une forte tête d'épingle, se voit dans la tumeur retirée de l'aisselle; la pulpe qu'on y trouve est noire comme les parties solides.

L'examen microscopique montre un tissu formé en plus grande partie par des cellules que l'on reconnaît pour être les cellules épithéliales ordinaires des cavités closes des ganglions, mais cellules augmentées de volume, les unes pourvues d'un gros noyau, les autres n'en possédant pas, toutes contenant une quantité considérable de granulations pigmentaires. On rencontre aussi quelques corps fusiformes, soit isolés, soit réunis par groupes. Une substance homogène parsemée de granulations pigmentaires réunit ces différents éléments. La tumeur est parcourue par des cloisons de trame fibreuse.

Dans le petit point ramolli de la tumeur axillaire, les cellules sont presque deux fois aussi grosses que dans les autres endroits; elles contiennent aussi la même masse de granulations pigmentaires.

En résumé, le siége, la forme, l'examen microscopique ne permettent pas de douter qu'il s'agissait de tumeurs mélaniques ayant pour origine deux ganglions.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est l'ordre d'apparition de ces tumeurs, le ganglion épitrochléen ayant été pris longtemps après le ganglion axillaire, tandis que d'ordinaire la propagation morbide dans le système lymphatique se fait des ganglions périphériques vers les ganglions centraux.

De plus il est assez extraordinaire de voir que l'un des ganglions axillaires ait atteint un pareil degré d'altération sans que les ganglions voisins soient envahis.

Enfin, il faut noter l'irrégularité de la marche, qui, très-lente pendant plusieurs années, devient en quelques mois très-rapide et s'accompagne de douleurs qui font réclamer une opération.

L'affection récidivera-t-elle? Se montrera-t-elle dans les ganglions des autres régions? En un mot, se généralisera-t-elle? C'est seulement ce que la marche ultérieure permettra de voir, si l'on peut suivre le malade après sa sortie de l'hôpital. D'ailleurs cette maladie est encore trop peu connue dans sa nature et dans son développement, pour qu'on puisse hasarder quelques conjectures en ce cas particulier.

Pour en terminer avec cette observation, nous dirons que la plaie de l'aisselle, nécessairement large et profonde, atteignant les fibres du muscle petit pectoral, fut pansée avec l'alcool étendu d'eau, sans aucun rapprochement, et que maintenant, deux semaines après l'opération, elle est réduite à un petit pertuis qui se comble assez rapidement pour qu'on ne puisse pas craindre une fistule à marche lente. — La plaie qui suivit l'ablation de la tumeur épitrochléenne, pansée de la même façon, fut complétement cicatrisée au bout de dix jours.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'ATAXIE,

Par le Dr L. Martineau.

Suite (1)

La clinique nous donne-t-elle des renseignements plus positifs que la physiologie? Les lésions observées chez l'homme font-elles pencher la balance plutôt de ce côté que de l'autre? On peut en juger. Luys (2), pour donner à l'appui de son opinion les preuves les plus rigoureuses, a relevé tous les faits dans lesquels les lésions chroniques, portant à la fois sur les deux couches optiques, ont été accompagnées successivement de l'extinction complète de perceptions sensorielles; de même il a recherché ceux dans lesquels il est dit que des altérations partielles, de chaque couche optique, ont été suivies de perturbations dans l'élaboration d'impressions sensorielles correspondantes. Ces observations sont au nombre de 33. Dans toutes, les troubles observés pendant la vie, tant du côté des sens que du côté de la sensibilité générale, sont en rapport avec une lésion des couches optiques. Mais, comme cette lésion n'est pas exactement circonscrite, il en résulte des perturbations sensorielles complexes. C'est ainsi que, tantôt les impressions optiques et sensitives, tantôt les impressions optiques et acoustiques, tantôt les impressions sensitives et les facultés locomotives sont frappées du même coup. Dans aucune, je ne trouve une altération portant seulement sur la sensibilité, comme chez notre malade.

De son côté, M. Vulpian a recherché si les faits pathologiques venaient contredire ses expériences. Pour lui, les altérations pathologiques des couches optiques ne paraissent pas avoir d'influence spéciale sur la sensibilité. — « J'ai vu (3), dit-il, un assez grand nombre de lésions (hémorrhagie ou ramollissement) des couches optiques, j'ai prêté une attention toute particulière à l'examen de ce point de physiologie pathologique, et, pour moi, il est hors de doute que ces lésions, lorsqu'elles sont bien limitées dans les couches optiques, et qu'elles ne sont pas accompagnées d'autres lésions, peuvent ne pas déterminer la moindre diminution de la sensibilité, et que, lorsque la sensibilité est légèrement affaiblie, elle ne l'est pas plus que dans certains cas de lésions des corps striés. » Plus loin, il ajoute que les lésions des couches optiques déterminent surtout des paralysies de la motilité.

D'après ce qui précède, on voit que, même en se basant sur la clinique, les auteurs ne peuvent se mettre d'accord sur le fait important qui nous occupe. En effet, si M. Luys rapporte des observations qui paraissent prouver que la couche optique constitue bien le *sensorium commune*, qu'elle tient bien sous sa dépendance toutes les impressions sensorielles; M. Vulpian, au contraire, nie ce résultat et refuse à la couche optique toute influence sur la sensibilité. En présence de ces deux opinions si opposées, que faut-il conclure? En quoi le fait que je rapporte vient-il éclairer la question? Évidemment, il ne peut servir à poser une conclusion en faveur plus d'une opinion que de l'autre, puisque, ainsi que je l'ai déjà dit, la constation anatomique fait défaut. Toutefois, en le comparant avec quelques observations signalées par M. Luys (1), par exemple avec la 19e et la 21e, il me semble que l'on peut émettre l'idée que, chez notre malade, la lésion existait plutôt dans la couche optique que dans tout autre point de la substance cérébrale.

En effet, en n'acceptant pas cette localisation, faudrait-il dire, avec certains physiologistes et avec M. Vulpian, que la lésion existait plutôt dans la protubérance annulaire? Cette opinion me paraissait moins soutenable que l'autre.

Dans les lésions de la protubérance, on trouve toujours une lésion de la motilité, soit des membres, soit des muscles de la face. En outre, le plus souvent, cette paralysie est croisée ou alterne. Chez notre malade, rien de semblable n'a été observé. Aussi, je le répète, il ne me répugnerait nullement d'admettre que, dans le cas actuel, la lésion hémorrhagique existait dans la couche optique. Quoi qu'il en soit, j'ose espérer, vu l'importance que cette question présente de nos jours, que l'on me pardonnera cette recherche de la localisation cérébrale. En présence d'un fait qui m'a paru si insolite, j'ai cru qu'il était de mon devoir d'agiter cette question, et de chercher, sinon à la résoudre, du moins à en montrer toute la difficulté. J'arrive, maintenant, au véritable but que je me suis proposé en publiant cette observation.

Mon intention n'est pas de reprendre la discussion qui s'est engagée déjà, à plusieurs reprises, sur la production du phénomène *ataxie* ou incoordination des mouvements. Toutes les opinions qui ont été émises, à ce propos, sont trop bien connues pour que je les reproduise. En faisant connaître le fait dont j'ai été témoin, j'ai voulu, ainsi que je l'ai dit en commençant, montrer qu'il était dangereux d'émettre, dans une science comme la médecine, des propositions par trop absolues, et que, par exemple, M. Jaccoud, suivant en cela l'exemple qui lui avait été donné par plusieurs pathologistes, avait été trop loin en posant l'équation : « *Ataxie du mouvement signifie abolition du sens musculaire.* » Rien n'est moins vrai, à mon avis, qu'une telle proposition; car, même en ne tenant pas compte des faits où le symptôme ataxie se montre malgré la persistance de la sensibilité tégumentaire ou musculaire, il existe dans la science un grand nombre de faits où ce phénomène n'a pas eu lieu, lorsqu'il existait une abolition complète de la sensibilité musculaire. Il est bien entendu que je n'ai en vue que les cas dus à une lésion persistante, soit de la moelle, soit de l'encéphale. Je ne fais nullement rentrer parmi ceux-ci l'hystérie, où nous voyons presque constamment la sensibilité cutanée et même profonde complétement abolie, sans qu'il y ait ataxie. Dernièrement encore, à Necker, dans le service de M. le docteur Bouley, je pouvais constater ce fait sur une jeune fille atteinte, au plus haut degré, de cette névrose. Toutefois, disons de suite qu'il existe des exceptions, et que l'on peut voir des hystériques, atteintes d'une anesthésie complète, superficielle et profonde, présenter de l'ataxie. Je n'en veux pour exemple que le fait, remarquable à tant de titres, présenté par M. Lasègue (2).

Il s'agit d'une jeune fille présentant non-seulement une insensibilité de la peau, mais encore une anesthésie des parties les plus profondes, dans tous les points où l'on constate l'insensibilité superficielle. Dans les parties complétement insensibles, comme les membres supérieurs, les muscles n'obéissent plus à l'impulsion de la volonté, dès que la vue est abolie. Ainsi, cette jeune fille n'a nullement conscience des déplacements apportés aux membres. Avec la vue, elle exécute, au contraire, tous les mouvements avec la plus parfaite régularité. Dans les parties du corps, le tronc, par exemple, où la peau a conservé sa sensibilité au contact, les muscles obéissent à l'impulsion de la volonté.

Comme on le voit, ce fait offre un exemple remarquable d'ataxie chez une hystérique. Je ne suivrai pas M. Lasègue dans sa savante discussion à propos de l'ataxie chez les hystériques, j'aurais peur de l'affaiblir en la rapportant ici.

Toutefois, je dirai que M. Duchenne (de Boulogne), n'a pas vu dans ce fait un exemple d'ataxie. Pour cet auteur, il n'existait qu'un trouble fonctionnel occasionné par l'insensibilité articulaire, musculaire et cutanée, et qui était, en outre, caractérisé par l'abolition de tout acte musculaire, soit pour la contraction, soit pour la cessation de la contraction, quand cette jeune fille était privée de la vue. C'est ce trouble fonctionnel que M. Duchenne a appelé *Paralysie de l'aptitude motrice indépendante de la vue* (1). Quoi qu'il en soit, que l'on adopte telle ou telle opinion, voyons comment les choses se sont passées chez mon malade.

Chez lui, on se le rappelle, la sensibilité cutanée générale et spéciale, de même que la sensibilité musculaire et articulaire, étaient complétement anéanties. Pourtant, les mouvements s'exécutaient avec la plus grande précision, et cela avec ou sans le secours de la vision. Il n'y avait donc nulle trace d'ataxie. Toutefois, si l'incoordination des mouvements, si l'ataxie des mouvements ne s'observaient pas chez lui, on a pu constater, pendant quelques jours seulement, un phénomène qui accompagne fréquemment l'ataxie, que l'on a donné même comme un des caractères de la maladie appelée *ataxie locomotrice*, et que l'on rencontre, enfin, dans quelques cas, où il existe une anesthésie musculaire et articulaire, comme dans le fait de M. Lasègue.

Je veux parler du défaut de conscience, présenté par les malades lorsqu'on fait subir à leurs membres un déplacement quelconque. En effet, lorsque les malades, atteints d'ataxie, ne s'aident pas de la vue, tantôt ils croient avoir exécuté un mouvement, alors que le membre n'a pas quitté le lit, tantôt ils croient avoir porté ce membre dans tel endroit, lorsqu'au contraire ils l'ont dirigé vers tel autre. Chez notre malade, cette perte de la notion du déplacement n'existait pas telle qu'on l'a remarqué chez les ataxiques, mais du moins on observait quelque chose d'analogue.

En effet, s'il exécutait, les yeux étant fermés, tous les mouvements ordonnés avec la plus grande précision; dès qu'on lui retenait le bras, il faisait un effort pour obéir au commandement, et il croyait avoir accompli le mouvement ordonné. Pourtant il n'en était rien. Il existait donc chez lui une certaine perversion de la notion du déplacement. Il existait quelque chose d'analogue à ce que la malade de M. Lasègue a présenté, et à ce que M. Duchenne vient de décrire chez les personnes qui présentent la paralysie de cette faculté nouvelle, qu'il désigne sous le nom d'*aptitude motrice indépendante de la vue*. Cette perversion a persisté chez notre malade jusqu'au moment où la sensibilité articulaire s'est complétement rétablie; celle-ci, une fois rétablie, le malade a eu parfaitement conscience de l'effort qu'on lui opposait; d'après cela on peut donc supposer et même croire que la perversion de cette notion est en rapport avec la perte de la sensibilité articulaire. J'ai été très-heureux de me trouver sur ce point en conformité d'opinion avec M. Duchenne (de Boulogne), car dans son dernier travail il signale les mêmes phénomènes chez les malades qui ont perdu cette sensibilité. — Je dois toutefois faire ressortir une certaine anomalie qui existe entre mon malade et ceux observés par cet auteur. En effet, dans les cas qu'il a vu, sitôt que les malades avaient les yeux fermés, les mouvements ne s'exécutaient plus; c'est ainsi que si on leur disait d'abaisser le membre supérieur, celui-ci ayant été préalablement placé dans la position horizontale, ils n'obéissaient pas au commandement, et pourtant ils croyaient l'avoir accompli; aussi étaient-ils très-étonnés, lorsqu'on les priait d'ouvrir les yeux, de retrouver leur membre dans la position horizontale.

Chez notre malade, que le yeux fussent ouverts ou fermés, il semblait avoir parfaitement conscience des mouvements qu'il exécutait, mais dès qu'on venait à lui retenir le bras, il perdait la notion des mouvements. Cette contradiction, il me semble, n'est qu'apparente, il me paraît qu'on peut très-bien l'expliquer en admettant que, dans le fait que je rapporte, la sensibilité articulaire n'était pas abolie aussi complétement qu'on le suppose; car lorsque M. Duchenne a recherché l'existence de cette sensibilité chez notre malade, nous avons vu qu'en employant une force très-grande, la figure du malade s'était contractée, et avait exprimé la souffrance. Dès lors, ce ne serait pas outrepasser les bornes de l'hypothèse, que d'amettre que notre malade n'avait perdu qu'un degré de la sensibilité articulaire, puisqu'il exécutait tous les mouvements ordonnés, qu'il fût ou non privé de la vue; mais pourtant cette paralysie était assez forte, puisqu'il n'avait pas conscience du mouvement dès qu'on portait le plus petit obstacle à cet acte. — Pourquoi, en effet, la sensibilité articulaire ne présenterait-elle pas différents degrés d'altération, comme toute autre sensibilité? Pourquoi n'observerait-on pas des altérations des mouvements les rapports avec le plus ou le moins d'intégrité de cette sensibilité. Toutes les fois qu'elle serait complètement éteinte, il y aurait paralysie de la faculté qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire ou autrement perte de l'aptitude motrice indépendante de la vie. Lorsque cette sensibilité articulaire ne serait atteinte qu'à un plus ou moins faible degré, la contraction musculaire volontaire présenterait plus ou moins d'altération.

Le premier cas s'observait chez le malade de M. Lasègue, et chez ceux de M. Duchenne; le deuxième cas se rencontrait chez notre malade; par conséquent, j'avais raison de dire que la contradiction entre le fait que je signale et ceux des autres observateurs n'était qu'apparente.

Quant à donner une théorie sur l'existence d'une telle faculté,

(1) Voir le n° 95 de la *Gazette des Hôpitaux* (du 20 juillet 1867).
(2) *Loc. cit.*, p. 535 et suivantes.
(3) *Loc. cit.*, p. 657.

(1) *Loc. cit.*, p. 539.
(2) *Archiv. gén. de médecine*, 1864, 6e série, t. III, p. 385.

(1) Duchenne (de Boulogne), *Physiologie des mouvements*, Paris, 1867, p. 778.

à en expliquer *le modus faciendi*, il ne me semble pas possible, dans l'état actuel de la science de me prononcer à ce sujet, M. Duchenne lui-même avoue que le mécanisme nerveux est inconnu. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il semble nécessaire à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire que la sensibilité articulaire soit parfaitement conservée. — Ceci une fois constaté, j'ose espérer que la solution sur le mécanisme et le siége d'une telle fonction ne se fera pas trop attendre.

Quoi qu'il en soit, qu'on accepte ou non l'explication que je viens de donner sur le phénomène que présente mon malade, je crois qu'on m'accordera très-volontiers que cette perte de la notion du déplacement ne doit pas être invoquée pour dire qu'il était atteint d'ataxie. Je n'ai pas besoin, il me semble, de me livrer à cette discussion à ce sujet, car il suffit de lire cette observation pour se convaincre que ce malade n'était pas ataxique et qu'en aucun moment de sa maladie, il n'a été atteint d'ataxie ou d'incoordination des mouvements. Aussi si les opinions peuvent différer relativement à quelques-uns des phénomènes observés, je crois que toute divergence cessera et que l'on conclura avec moi que la proposition émise par M. Jaccoud n'est pas exacte dans tous les cas. Pour ma part, je ne saurais admettre qu'ataxie ou incoordination des mouvements, signifie abolition du sens musculaire, perturbation du sens musculaire. J'ajouterai, même, que ce phénomène me paraît être indépendant de la sensibilité. M. Duchenne du reste, a émis la même opinion.

Consistance extraordinaire des eaux de l'amnios

Par M. le Dr Clinchamp (d'Orléans).

Une femme âgée de 27 ans, grande, bien constituée, de nature lymphatique, fut prise de douleurs, le 27 juin au matin. C'était sa seconde grossesse. Son premier accouchement, auquel je n'assistai point, se passa régulièrement.

Le ventre était très-volumineux ; mais c'était un développement dû aux parois abdominales plutôt qu'à l'utérus.

Après quelques heures d'attente, la tête s'engagea, la dilatation s'étant faite d'une manière normale et assez prompte. Mais je fus surpris de sentir le cuir chevelu de l'enfant, car je n'avais pas percé les membranes.

Je m'informai s'il ne s'était pas écoulé un liquide quelconque avant mon arrivée, ou quelques jours auparavant. Il me fut répondu d'une façon positive que pas une goutte n'était sortie.

Les contractions utérines augmentèrent et l'enfant fut projeté au dehors.

Mais quelle ne fut pas ma surprise lorsqu'au lieu du flot d'eau d'amnios, qui arrive avec d'autant plus d'abondance qu'il n'en est pas sorti auparavant, je vis couler une bouillie épaisse, jaunâtre, en tout semblable à de la moutarde délayée. L'enfant en était naturellement couvert ; sa bouche et ses narines remplies. Un cri à peine sensible me fit comprendre qu'il y avait menace d'asphyxie.

Je me hâtai de lier le cordon et de laver l'enfant dans un bain vineux, de le débarrasser de ce qui pouvait gêner l'entrée de l'air, et, après une heure de soins, parmi lesquels je compte la succussion indiquée par M. Mattei, en soutenant l'enfant par les aisselles, j'eus la satisfaction de voir respirer cette frêle créature, très-peu développée, et dont les chairs molles indiquaient que la vie intra-utérine avait souffert.

L'écoulement de cette bouillie fut assez abondant pour qu'il ne soit pas possible de l'attribuer au méconium. D'ailleurs, sa couleur, sa consistance et l'absence d'eau doivent faire rejeter cette idée.

Quelle cause avait pu supprimer le liquide amniotique ? comment avait-il été remplacé par cette bouillie ? et quelle influence cela avait-il eu sur le développement du fœtus ?

Je livre ce fait à la publicité, afin que mes confrères, plus savants et plus expérimentés que moi, veuillent bien l'expliquer.

Je n'ai jamais, dans ma pratique de trente années, rencontré rien de semblable.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1867. — Présidence de M. Marjolin.

La Séance est ouverte à 3 heures et demie.

Le procès-verbal de la Séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCES.

— *La correspondance manuscrite* comprend des lettres de MM. Tillaux et Giraldès qui s'excusent de ne point assister à la séance (renvoyées à la Commission des congés).

— Une lettre de M. le Dr Leroy d'Etiolles qui demande à être compris sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

— M. le Dr Picardat, de Montreuil (Aube), adresse deux belles photographies relatives à une corne cutanée, longue et recourbée s'insérant à la région occipitale. (Des remerciements sont adressés à l'auteur.)

La correspondance imprimée comprend :

— Les Journaux de la semaine :

— Le *Bulletin de thérapeutique ;*

— Les *Archives générales de médecine,* juillet 1867 ;

— La *Gazette médicale de Strasbourg,* 25 juin 1867 ;

— *Union médicale de la Provence ;*

— *De la constatation des naissances à domicile,* par M. C. Devilliers, membre de l'Académie de Médecine ;

— *Un-united fracture succesfully treated vish remarke on the operation,* par le Dr Henry Bigelow, de Boston. Le procédé de M. Bigelow consite à dissiquer sur chaque bout osseux une manchette périostique, après quoi les extrémités reséquées sont réunies par la suture métallique.

— M. le Dr Guyon offre à la Société de la part de l'auteur, le *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes,* par M. le professeur Courty, de Montpellier.

M. TARNIER. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, de la part de M. Charrier, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine, un mémoire intitulé : *Du souffle ombilical, de sa valeur séméiologique et de son traitement.*

Dans ce mémoire, après avoir rappelé l'historique de l'auscultation appliquée au bruit du souffle ombilical, M. Charrier a rapporté plusieurs observations personnelles qui lui ont permis de conclure que ce bruit du souffle était produit, dans la plupart des cas, par la compression du cordon.

Dans l'une de ces observations, M. Charrier a pu assister à l'agonie du fœtus, qui mourut pendant la vie intra-utérine, après avoir présenté un bruit du souffle ombilical très-évident. Chez la même femme, à une grossesse suivante, le souffle ombilical fut observé de nouveau; les battements du cœur devenaient irréguliers et faibles ; tout annonçait une mort prochaine pour le fœtus, et, dans ces circonstances, M. Charrier se décida à provoquer l'accouchement prématuré. Cette opération fut suivie de succès pour la mère et l'enfant. Plusieurs circulaires de cordon entouraient le cou de l'enfant au moment de sa naissance.

De ces faits, M. Charrier conclut que, dans quelques cas rares, l'existence du souffle ombilical, jointe à l'irrégularité et à la faiblesse de battement du cœur, fait prévoir, d'une manière à peu près certaine, la mort imminente du fœtus, et que dans ces circonstances on aura quelque chance de le sauver en provoquant l'accouchement prématuré.

Ces conclusions, faites avec une sage réserve, me paraissent devoir être prises en considération, d'autant plus qu'elles s'appuient sur un véritable succès.

M. BLOT. Je crois comme M. Charrier que c'est à la compression du cordon qu'est dû le souffle ombilical. Rien ne prouve que cette compression du cordon ne puisse cesser spontanément ; s'il en était autrement, l'accouchement prématuré ne saurait mettre l'enfant à l'abri du danger qui le menace.

Je suis donc peu disposé à accepter les conclusions de M. Charrier : provoquer l'accouchement serait, dans ce cas, compromettre une des belles conquêtes de la chirurgie.

M. GUYON. Depuis que M. Charrier a publié son mémoire, j'ai recherché quelle était la valeur du souffle ombilical ; j'ai rencontré le souffle lorsqu'il y avait compression du cordon, mais ce symptôme a fait défaut, même dans certains cas de circulaire autour du cou.

J'ai acquis la conviction que le souffle ombilical peut aussi se produire par le cœur du fœtus, ainsi que l'avait déjà démontré M. Dubois. Toutes ces raisons jointes à celles que vient de signaler M. Blot, semblent prouver que le souffle ombilical n'aurait pas toute la valeur que M. Charrier voudrait lui attribuer.

M. TARNIER. Je ferai remarquer que les conclusions de M. Charrier sont très-réservées; on voit certainement des circulaires sans que le souffle ombilical se produise, mais, dans certains cas, il peut y avoir compression et le phénomène apparaît. Les bruits qui se passent dans le cœur du fœtus sont réels, cela n'exclut pas les souffles de causes différentes. M. Charrier a bien distingué le souffle ombilical suivant que ce dernier est momentané ou permanent. Lorsque le symptôme persiste et que des signes certains indiquent que l'enfant est en danger de mort, M. Charrier pense qu'il est sage de pratiquer l'accouchement prématuré. Dans un cas analogue, notre confrère a suivi la ligne de conduite qu'il recommande et il a amené un enfant vivant.

LECTURE.

M. Boucault, de Lyon, lit un travail sur les plaies pénétrantes du genou avec lésions osseuses.

Commissaires : Desormeaux, Trélat et De Saint-Germain.

La Société procède à la nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont élus : MM. Guyon, Trélat et Blot.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fragmentation spontanée de calculs dans la vessie. Phlébite iliaque. — Vessie biloculaire, etc.

Le docteur Guéniot présente l'appareil urinaire d'un homme de 83 ans qui a succombé, à l'hôpital Necker, dans le service des calculeux dont il est provisoirement chargé.

Sans avoir jamais subi d'opération propre à briser la pierre, ce vieillard expulsa pendant deux années (de 1862 à 1864), par le canal de l'urètre, un grand nombre de débris calculeux. Cette expulsion était douloureuse et généralement annoncée, 24 ou 36 heures à l'avance, par un surcroît de souffrance vers le col de la vessie. Elle se faisait, d'ailleurs, à des intervalles très-irréguliers et sans qu'aucun changement dans le régime ou l'hygiène du malade pût expliquer le phénomène.

Les fragments, soigneusement recueillis au nombre d'une cinquantaine, appartiennent bien, comme l'examen permet de s'en assurer, à des calculs urinaires d'origine vésicale. Inégaux en volume, quoique généralement de la grosseur d'un pois, ils sont en grand nombre constitués par des segments plus ou moins irréguliers de coques calculeuses. L'épaisseur notable de ces coques montre qu'il ne s'agit pas d'une décortication superficielle, d'une simple exfoliation, mais bien d'un brisement de la masse, d'une véritable fragmentation des calculs.

Le malade, très-caduc et très-affaibli à son entrée à l'hôpital, succomba après avoir offert des symptômes très-accusés de *phlegmatia alba dolens* dans le membre inférieur droit, et aussi sans qu'aucune opération ait été pratiquée en vue de le débarrasser de la pierre. Son autopsie révéla les particularités suivantes :

1° La vessie est composée de deux poches d'égale capacité, offrant chacune le volume d'une grosse orange. Celle de droite, ou la vraie vessie, dans laquelle viennent s'ouvrir l'urètre et les deux urétères, renferme six corps étrangers, c'est-à-dire trois pierres et trois fragments de pierre. Deux de ces derniers paraissent provenir de l'une des pierres, dont la masse offre des pertes de substance sensiblement correspondantes. Le troisième fragment semble être aussi une portion détachée de l'une des deux autres pierres. L'aspect extérieur de tous ces produits permet de leur supposer une composition semblable ; ce sont probablement des calculs phosphatiques. La seconde poche ne renferme aucun dépôt calculeux. Communiquant avec la première au moyen d'une ouverture circulaire qui permet le passage d'une grosse sonde, elle est remplie, comme la vessie-mère, d'une urine purulente et fétide.

2° Les reins, violemment enflammés dans toutes leurs parties, présentent à leur surface de petits abcès, gros comme des lentilles. Ils ne renferment ni pierre, ni gravier.

3° La prostate, considérablement hypertrophiée, a le volume d'un œuf de canard.

4° Enfin, les veines iliaque et crurale droites sont complétement oblitérées par un caillot dense qui adhère faiblement à leur paroi enflammée. L'origine de cette phlébite paraît ici des plus évidentes. Par suite du développement en largeur de la vessie, qui est composée de deux poches unies latéralement, la veine iliaque externe droite se trouve en contact avec la vessie dans le point même où gisent les calculs. Il en résulte que ceux-ci ont dû léser presque directement la paroi veineuse, et que l'inflammation très-accusée de la muqueuse vésicale a pu se propager jusqu'à la veine par simple continuité de tissu. C'est là un fait qui mérite d'être noté pour l'explication des phlébites qu'on voit survenir, soit dans le cours des affections vésicales, soit à la suite de certaines explorations susceptibles de contondre les veines du bassin à travers la paroi de la vessie.

Tumeur périnéale d'un nouveau-né

M. DEPAUL. Il y a environ 36 ans, au début de la clinique, naquit un enfant présentant une grande analogie avec celui qui a fourni la pièce que je soumets à la Société; c'était, comme aujourd'hui, une tumeur volumineuse naissant du périnée et pendant entre les cuisses.

L'accouchement fut simple ; l'enfant ne tarda pas à succomber. Cette tumeur préoccupa vivement M. Dubois. L'autopsie fut faite en présence de Moreau, d'Orfila et de M. Cruveilhier. La tumeur fut examinée avec le plus grand soin et l'on conclut à un cancer.

Je conservai longtemps la même opinion.

Quinze ans après, le même cas se présentait. Le fait fut peut-être examiné moins minutieusement, mais le diagnostic porté fut le même.

En 1864, MM. Rayer et Ball présentèrent un fait analogue à la Société de biologie ; M. Robin l'examina avec le plus grand soin, et l'on peut retrouver l'histoire de cette observation avec planches, dans les Mémoires de la Société de biologie de 1863. On déclara que cette pièce n'était pas un cancer ; elle fut désignée par M. Robin sous le nom de tumeur à myélocytes. Ce fait me frappa.

L'année suivante, en 1864, une femme accoucha à la clinique d'un enfant porteur d'une tumeur périnéale analogue aux précédentes. Je la disséquai. Elle naissait du périnée, rentrait dans le bassin.

Je la fis examiner par MM. Robin et Cornil. M. Robin la désigna sous le nom de tumeur à myélocytes. Je la montrai à la Société de biologie, et elle fut déclarée appartenir à cette classe.

Enfin, il y a environ trois mois, vint chez moi un homme m'apportant un enfant présentant la grosse tumeur périnéale que je mets sous vos yeux ; cet homme demandait à faire placer son enfant dans un hôpital. Le cas était difficile. L'enfant ne pouvant entrer qu'avec la mère, je me décidai à le confier à un employé de la clinique. Malgré les soins qui lui furent donnés, l'enfant mourut ; je fis son autopsie, et ce sont les pièces, résultat de cette autopsie, que je soumets à la Société. Je dépose sur le bureau l'observation et l'examen micrographique de la tumeur.

Tumeur congénitale volumineuse de la région fessière, formée du mélange des tissus embryonnaires normaux, devenue cause de dystocie, par M. Bailly, chef de clinique.

Rousselot, Héloïse-Émilie, née à Paris, rue du Faubourg-Saint-Martin, n° 66, le 30 mars 1867. Nous ignorons l'âge de la mère et si elle est ou non primipare.

Après la sortie de la tête et du tronc, qui s'effectue d'une manière naturelle, l'enfant reste fixée à la vulve par le siége dont l'utérus ne peut déterminer l'expulsion. Elle reste unie à la mère dans cette position pendant une heure et trois quarts, respirant normalement. Au bout de ce temps, les tractions exercées successivement par deux sages-femmes parviennent à extraire le bassin de l'enfant, auquel est surajoutée une énorme tumeur qui formait obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement.

L'enfant est apportée à la clinique le 1er avril 1867.

La tumeur occupe exactement le sommet du bassin et paraît sortir de l'excavation pelvienne. Son volume égale celui d'une tête d'enfant à terme. Elle est aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement conoïde, bosselée, et, par l'extrémité de son diamètre transversal, déborde de chaque côté le bassin, d'environ un centimètre.

Elle est couverte d'une peau mince, luisante, d'un rouge foncé, livide, parcourue de grosses veines sinueuses, noirâtres. La consistance de cette tumeur, généralement ferme comme celle du tissu musculaire, est plus molle et comme obscurément fluctuante en quelques points. L'anus serait sur la face antérieure, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la tumeur. En introduisant le doigt dans la cavité du rectum, on sent que cet intestin est enveloppé de toute part, et, en quelque sorte, creusé dans un tissu ferme et élastique comme une masse de caoutchouc.

Le contact des urines et des garde-robes excorie rapidement la surface de la tumeur et lui donne l'apparence d'une plaie gangréneuse qui fait redouter aux nourrices de donner le sein à cette enfant. Artificiellement nourrie, elle est bientôt prise d'entérite grave, s'affaiblit rapidement et succombe le 6 avril 1867 à onze heures du soir.

L'enveloppe cutanée de la tumeur, présentant les caractères mentionnés plus haut, est unie au tissu de la tumeur par un tissu cellulaire très-lâche infiltré de graisse. La masse morbide est recouverte à sa base, en arrière, par les fibres musculaires inférieures étalées du grand fessier. Le doigt l'isole assez aisément de toutes les parties environnantes, et on limite ses attaches à un simple pédicule du volume de l'extrémité du doigt auriculaire, qui semble se continuer avec les ligaments antérieurs et postérieurs du rachis, et aussi avec les enveloppes fibreuses de la moelle. Un lobe saillant, conique, pénètre de bas en haut dans l'excavation pelvienne, en refoulant le plancher du bassin fortement aminci.

En avant, la tumeur est creusée d'un sillon vertical dans lequel est logé le rectum, qui s'ouvre à deux pouces environ du sommet de la tumeur.

La tumeur est lisse à sa surface, d'un gris rosé. Son tissu, divisé par une coupe profonde, présente la même teinte gris rosé, quelque

peu variable dans ses nuances. Ce tissu est friable, un peu gélatiforme, parsemé de vacuoles remplies d'un liquide visqueux diaphane.

Le fond de la tumeur est formé par des éléments embryoplastiques parsemés de fragments de tous les tissus normaux de l'enfant à l'état naissant. On y trouve du tissu musculaire lisse et strié, du tissu conjonctif, du cartilage, de l'os, et les cavités, dont est creusée sa substance, sont tapissées par des cellules spéciales décrites par M. Ranvier. *(Bulletin de la Société anatomique.)*

Examen microscopique par le professeur Robin. — Tissu friable composé d'une trame de fibres de tissu lamineux *cellulaire*, disposées en nappes ou isolées, en partie pleinement développées, en partie à l'état de corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés, et de plus par des capillaires. Dans cette trame se trouvent, en plus grande proportion encore, des noyaux embryo-plastiques (noyaux fibro-plastiques). Cette trame est interposée à de nombreuses vésicules closes, sphéroïdales ou ovoïdes, isolées ou rapprochées les unes des autres, au nombre de 2 à 4, larges chacune de 5 centièmes de millimètre à 1/4 de millimètre environ. Toutes ont une même paroi propre, formée de fibres lamineuses, disposées concentriquement, assez serrées les unes contre les autres.

La face interne est lisse, tapissée régulièrement, soit d'épithélium nucléaire, soit de petites cellules épithéliales prismatiques. Le contenu est incolore, peu visqueux, avec quelques cellules épithéliales et rien de plus.

En somme, la structure du tissu de cette tumeur est la même que celle du tissu qui est interposé aux gros kystes des tumeurs ovariques à kystes multiples, tissu qui contient des vésicules closes ou kystes microscopiques, analogues aux vésicules de Graaff dans les premières phases de leur développement.

Seulement, dans la pièce actuelle, toute la masse est formée de ce tissu sans gros kystes, et il offre cette particularité qu'il constitue un cas rare de génération hétérotopique de tissu analogue à celui de l'ovaire, hors de la place occupée normalement par cet organe.

Par la présentation de cette pièce, j'ai eu en vue de faire ressortir qu'il y a dans la région périnéale des tumeurs de deux espèces différentes, à savoir des tumeurs à myélocytes et des tumeurs embryoplastiques.

J'ai pensé qu'outre l'intérêt se rattachant à cette cause de dystocie, cette pièce avait une certaine importance au point de vue histologique.

M. PERRIN. Je désirerais quelques explications au sujet de la nonconformité d'opinions sur cette pièce, au sein de la Société de biologie.

M. DEPAUL. Je n'étais pas à la séance ; mais M. Robin a examiné et réexaminé la pièce, et je ne puis que transmettre son opinion formelle sur sa nature embryoplastique.

M. TRÉLAT. Le cas est très-intéressant, mais je regrette qu'il n'y ait pas de description proprement dite de la tumeur.

M. DEPAUL. La description exacte de la tumeur est consignée dans l'observation. Ce que je constate, c'est que, dans les tumeurs à myélocytes, on trouve toujours un pédicule gagnant le canal médullaire. Ici, rien de semblable. Cette tumeur n'a qu'un prolongement dans le tissu cellulaire du périnée, tout au plus dans le périoste ; mais aucune connexion avec le canal médullaire.

M. TRÉLAT. Il me semble évident que cette tumeur a des connexions avec le rectum. C'est donc un dérivé intestinal et non médullaire, n'ayant par conséquent aucun élément médullaire, mais tirant son origine du feuillet muqueux embryonnaire.

M. MARJOLIN. Il serait à désirer que M. le secrétaire, au début de la séance prochaine, lût la note de M. Depaul. Après cette lecture, les observations auraient leur cours.

M. DEPAUL. Je ne crois pas que la lecture de l'observation apprit rien de nouveau. Tout l'intérêt de cette présentation porte, d'une part, sur la cause de dystocie déterminée par l'existence de cette tumeur, d'autre part, sur ses éléments intimes. Le diagnostic m'a, du reste, vivement préoccupé. Sans parler, en effet, des tumeurs à myélocytes, j'ai dû penser à la possibilité du spina bifida ou d'une grossesse par inclusion. J'éloignai la possibilité du spina bifida, à cause de la situation même de la tumeur. L'enfant était, pour ainsi dire, assis sur elle, et l'on ne constatait absolument rien sur le trajet du rachis. Quant aux inclusions fœtales, ces tumeurs siégent presque toujours sur le dos. Elles sont, pour ainsi dire, portées en croupe sur la partie supérieure du sacrum. Je le répète, c'est à la tumeur à myélocytes que je m'étais arrêté, avant l'examen de MM. Robin et Ranvier.

Je suis étonné de voir M. Depaul rejeter la possibilité d'un spina-bifida à cause de la région. Il y a cependant des spina-bifida occupant la région qu'affectait cette tumeur, et dans ma thèse de concours, j'en ai publié une observation.

M. TRÉLAT. Je ferai observer que le siége de cette tumeur n'est pas sur le canal sacré, mais appartient à la muqueuse de l'extrémité inférieure de l'intestin.

M. DEPAUL. Je n'ai rien à ajouter à ce que vient de dire M. Trélat : Le canal osseux était parfaitement libre ; de plus, la tumeur n'était pas fluctuante, mais de consistance solide. J'engagerai de plus M. Tarnier à ne point se fier à l'observation peut-être incomplète à laquelle il faisait allusion.

M. TARNIER. L'observation signale parfaitement ce fait, que le fœtus était assis sur sa tumeur.

M. Depaul. Mais la pièce a-t-elle été disséquée ? L'autopsie a-t-elle été faite ?

M. TARNIER. Je demande à ce qu'on me permette de rafraîchir ma mémoire à propos de faits déjà si éloignés.

M. VERNEUIL. La présence de quelques ailes de sac glandulaires dans l'épaisseur de la tumeur peut peut-être s'expliquer par la participation à la production morbide de la glande cocciggienne de Luschka, organe dont on a noté déjà l'hypertrophie et autres altérations organiques.

M. DEPAUL. Je demande qu'il soit inséré au procès-verbal qu'il y a un mois que je me suis fait inscrire pour la présentation de cette pièce.

Présentation des pièces (Calculs vésicaux).

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Mirault, ancien professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

M. le docteur Reveilhe, chirurgien au Lycée impérial de Nimes, est chargé, en outre, des fonctions de médecin audit lycée, en remplacement de M. Mutru, décédé.

M. le docteur Albert Puech est nommé médecin adjoint du lycée impérial de Nîmes.

— A céder une clientèle de médecin, produisant de 8 à 10,000 fr. dans un chef-lieu de canton, station de chemin de fer, à 4 heures de Paris.

S'adresser à M. F. Pelez, rue des Fermes-des-Mathurins, 7, à Paris, de midi à une heure.

Des affections secondaires du choléra observées dans l'épidémie de 1866, par le Dr A. MOUCHET, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8. Prix : 2 fr. Paris 1867, Adrien Delahaye.

Quelques considérations sur la gangrène glycoémique, par le docteur Ladevèze, ancien interne des hôpitaux de Paris. Mémoire in-8° de 94 pages. Prix : 2 francs. Paris, 1867. Adrien Delahaye.

Des anévrysmes du cœur, par le docteur Pelvet, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 172 pages et 2 planches lithographiées, prix 3 fr. 50. Paris, 1867. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr. E LE SOURD

Paris. — Imp A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse. 72-80

N° 87. — JEUDI 25 JUILLET 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 25 JUILLET 1867. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 24 JUILLET 1867.

Sur la Séance de l'Académie de médecine

Le lait artificiel ne reprend pas faveur auprès de nos chimistes. En réponse à la dernière lettre de M. Liébig, M. Poggiale a fait une communication que nous publions à peine abrégée.

Les discussions qui se préparent à l'Académie de médecine promettent d'être intéressantes : elles pourront être vives. Après le rapport de M. Colin, sur la tuberculose, est venu le rapport de M. Gosselin, sur l'absorption à la surface des plaies, et sur le mode de production des phénomènes généraux qui compliquent les traumatismes.

Ainsi se trouvent soulevées deux questions au fond plus connexes qu'elles ne semblent l'être au premier abord.

De part et d'autre il s'agit de savoir si des affections, considérées autrefois comme générales, n'ont pas un point de départ local, et un mode d'invasion mécanique, pour ainsi dire ; si des produits morbides engendrés d'abord ou déposés dans une partie ou sur une surface bien limitée, ne viennent pas jouer en pareil cas, par rapport à l'économie, le rôle de poison : soit qu'ils s'y comportent en effet comme de simples agents toxiques, soit qu'ils s'y multiplient, comme feraient des germes, envahissant et détruisant les organes les plus essentiels.

De part et d'autre on se demande si cette transmission pernicieuse ne se fait pas principalement par les lymphatiques, si les ganglions ne sont pas les premiers atteints.

De part et d'autre on compterait, comme moyen prophylactique, sur une destruction locale des germes ou produits morbides.

De part et d'autre on se trouve en présence d'adversaires très-convaincus et d'objections considérables.

Enfin, ces deux questions sont tellement complexes que sur chacune d'elles on peut faire un assez grand nombre d'hypothèses et de théories différentes, en paraissant les appuyer sur des faits observés avec beaucoup de soin.

L'hérédité dans la phthisie, la production simultanée ou successive de fièvres putrides, purulentes, puerpérales, d'érysipèles, etc., en assez grand nombre, semblent rendre, dans les deux cas, peu probable le développement d'un germe purement local, sans influence soit constitutionnelle ou diathésique dans la phthisie, soit épidémique ou contagieuse dans les phénomènes qui compliquent les traumatismes.

Les discussions académiques auront un immense avantage : elles feront connaître d'une manière précise l'état actuel de la question, les observations recueillies et les expériences poursuivies dans tous les sens ; mais il est probable qu'il faudra de nouvelles études pour que les doutes se dissipent.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Symtomatologie du rhumatisme chronique partiel, et du rhumatisme d'Héberden.

Leçon recueillie par M. le Dr Ball.

Messieurs,

Le rhumatisme chronique partiel, dont nous allons nous occuper aujourd'hui, a reçu un grand nombre de dénominations diverses, suivant les auteurs. Lorsqu'il siége à la hanche, on l'appelle *Morbus coxæ senilis*; on lui a donné, lorsqu'il occupe un autre siége, les noms d'*Arthrite sénile*, d'*Arthrite sèche*. C'est l'affection qui produit les difformités les mieux caractérisées; c'est l'*Arthrite déformante*.

Cette maladie ne diffère pas essentiellement de la précédente, cependant elle s'accuse par quelques symptômes différents. Nous en avons déjà signalé plusieurs.

1° Les articulations sont prises en petit nombre, relativement à ce qui se passe dans le rhumatisme généralisé ?

2° Les grandes jointures, et même celles qui, dans la forme précédente ne sont que très-exceptionnellement atteintes, sont ici frappées le plus souvent.

1° La forme chronique d'emblée est ici la règle. Le début est le plus souvent insidieux ; les douleurs sont peu prononcées ; les membres affectés conservent le plus souvent leur mobilité, du moins jusqu'à un certain point. Mais, par contre, il se produit souvent des difformités considérables au niveau des jointures, par suite de l'exubérance des bourrelets osseux ; quelquefois aussi, l'on rencontre une hydarthrose assez considérable pour contribuer à la déformation.

Cette maladie a été surtout étudiée par des chirurgiens : on s'est plus spécialement occupé des cas dans lesquels l'affection s'est localisée sur une seule articulation. En effet, le diagnostic peut alors offrir de grands difficultés; car cette forme du rhumatisme peut simuler une luxation, une fracture, et mieux encore une tumeur blanche. Ce sont là des questions qui appartiennent au domaine de la chirurgie; néanmoins, l'étude de cette maladie présente un grand intérêt pour le médecin ; en effet, il s'agit d'une affection diathésique, qui peut souvent coexister avec des manifestations cutanées (Colombel) et avec des lésions viscérales (asthme, cardiopathies) dont la signification se révèle par le fait même de leur coïncidence avec des arthropathies chroniques.

Remarquons d'ailleurs, que la localisation du mal sur une seule jointure, le début presque latent de l'affection, l'énorme exubérance des bourrelets osseux de formation nouvelle, sont des faits plutôt exceptionnels que réguliers, et qui frappent surtout par leur singularité. Les arthropathies rhumatismales se montrent très-fréquemment sous tous ces caractères, à un degré bien inférieur, sans doute, mais parfaitement saisissables. Ce fait a une grande importance clinique : car l'existence bien constatée de ces arthropathies est un indice certain, et facilement reconnaissable, de la diathèse rhumatismale : et c'est surtout à ce point de vue qu'elles nous intéressent.

Je n'entreprendrai point, Messieurs, de vous donner une description en règle de cette forme du rhumatisme : elle appartient au domaine de la chirurgie, sur lequel je ne veux pas empiéter. Je ne puis toutefois me dispenser de vous faire connaître ceux des caractères de cette affection qui, au point de vue où nous sommes placés, nous intéressent plus spécialement.

Le rhumatisme chronique paraît succéder quelquefois au rhumatisme articulaire aigu, dont il est la conséquence.

Adams, qui a spécialement étudié cette question, reconnaît ce mode de développement des phénomènes morbides. Il s'agit alors d'une des formes du rhumatisme mono articulaire. Deux cas peuvent se présenter : tantôt la rhumatisme dégénère en tumeur blanche ; tantôt il prend les caractères de l'arthrite déformante. C'est là ce qui arrive le plus souvent ; et cette transition n'a rien qui doive nous étonner : car nous savons que le rhumatisme aigu présente, en germe, les lésions de la forme chronique.

Le début de l'arthrite déformante peut être aigu, quoique le rhumatisme soit partiel dès l'origine. Adams et M. Colombel en ont rapporté des exemples, et moi-même j'en ai observé quelques cas à la Salpêtrière.

Enfin le début de la maladie peut, comme nous l'avons vu, être lent, insidieux, les accidents restant localisés sur une seule jointure : mais le véritable caractère de l'affection se revêt à la longue par l'apparition d'une ou plusieurs autres arthrites, ou de quelques manifestations abarticulaires, liées au rhumatisme.

Enfin, l'on rencontre des cas assez nombreux où le rhumatisme, après être resté fixé pendant un temps plus ou moins long, sur un certain nombre de jointures, se généralise. On peut du reste observer les deux transformations opposées. Tantôt c'est le rhumatisme partiel qui devient général : tantôt au contraire, dans le rhumatisme généralisé, on voit prédominer une seule affection articulaire : et dans la jointure affectée, les lésions de l'arthrite déformante finissent par se développer. Adams en a rapporté divers exemples.

Quelle que soit l'origine du rhumatisme partiel lorsque l'affection s'est constituée à l'état chronique, c'est plutôt une infirmité qu'une maladie. — Je fais abstraction ici des lésions viscérales qui peuvent en être le cortége. — Cependant il ne faut point oublier qu'il se produit quelquefois des exacerbations aiguës.

Les phénomènes purement articulaires, lorsque l'affection s'est régulièrement constituée, sont les suivants :

1° Il existe une déformation plus ou moins prononcée de la jointure : des crêtes osseuses, des corps étrangers, de l'hydarthrose.

2° Le malade éprouve une douleur spontanée, assez vague, qui se dissipe par la marche, mais qui, à la longue, finit par s'exaspérer.

3° La douleur provoquée par la palpation ou la percussion est nulle, ou presque nulle, ce qui distingue cette arthropathie de celles qui sont de mauvaise nature.

4° Il existe toujours des craquements plus ou moins prononcés.

Cette affection ne menace point la vie, lorsqu'elle est exempte de toute complication ; mais elle abolit plus ou moins complétement les mouvements de la partie affectée. Cependant les malades continuent souvent à marcher, non sans quelque difficulté.

La rétraction spasmodique des muscles est ici très-rare, sauf au début ; mais il existe une extrême laxité des ligaments ; ou bien, comme on le voit souvent à la hanche, il existe une rigidité extrême de l'articulation.

Nous allons maintenant nous occuper des *nodosités* d'*Héberden*, forme spéciale du rhumatisme chronique, qui n'a pas encore été décrite, et qu'on trouve à peine indiquée dans les auteurs. La plupart des médecins la confondent avec la goutte, sans aucune restriction.

Lorsqu'il s'agit du *rhumatisme noueux*, on reconnaît qu'il diffère de la goutte vraie par certains caractères ; mais, en présence des *nodosités* d'Héberden, le doute n'est plus permis ; c'est bien de la goutte qu'il s'agit, pense-t-on.

Je désigne cette forme de rhumatisme sous le nom de nodosités d'Héberden, parce que cet auteur est le premier qui ait senti qu'il fallait séparer ces lésions de la goutte.

« Quelle est, dit-il, la nature de ces petits nodules durs, du « volume d'un petit pois environ, qu'on rencontre si fréquemment aux doigts, surtout un peu au-dessus de leur extrémité, « près de la jointure ? *Ils n'ont aucune connexité avec la « goutte.* »

Ces petites nodosités, comme le fait remarquer Héberden, siégent au niveau des articulations des phalangettes. En général, l'extrémité digitale est un peu déviée, soit à droite, soit à gauche. Il existe deux nodules au niveau de la jointure, qui paraît, en outre, un peu élargie. Dans l'articulation malade, on constate de la rigidité, mais point de craquements.

En général, le début de cette affection est très-obscur ; cependant il y a, par accès, de la rougeur et de la chaleur.

Les lésions anatomiques de cette arthropathie en miniature n'ont pas encore été décrites. D'après mes propres recherches, elles sont en tout point semblables à celles de l'arthrite sèche. Il n'existe point d'urate de soude dans l'articulation. Mais on y constate :

1° L'altération velvétique et l'éburnation;

2° La saillie des têtes osseuses, avec un élargissement dû à la substance osseuse nouvelle.

Les autres jointures de la main sont en général affectées, mais à un bien moindre degré, — contrairement à ce qui a lieu dans le rhumatisme noueux. — Ce sont surtout les articulations des phalanges avec les phalangines, et en seconde ligne, les articulations métacarpo-phalangiennes, qui présentent, en pareil cas, des lésions plus ou moins accentuées.

Ces nodosités sont intéressantes pour l'observateur, parce qu'elles révèlent un état constitutionnel, qui n'est autre que *la diathèse rhumatismale.*

Cette affection, très-fréquente à la Salpêtrière, appartient surtout à l'âge sénile ; cependant on la rencontre quelquefois chez de jeunes sujets. C'est une maladie héréditaire ; on la rencontre souvent chez plusieurs membres de la même famille. Elle offre une connexité évidente, soit avec le rhumatisme noueux, soit surtout avec le rhumatisme partiel, on la voit, en effet, coïncider avec l'arthrite de la hanche ou du genou.

Il arrive parfois que, dans la même famille, les uns ont le rhumatisme d'Héberden, d'autres le rhumatisme chronique généralisé, d'autres enfin le rhumatisme partiel : preuve nouvelle de la connexité qui existe entre ces trois formes d'une seule et même affection.

Le rhumatisme d'Héberden présente souvent des alternances avec l'asthme, la migraine, les névralgies, et le rhumatisme musculaire. Il n'est pas rare de le rencontrer chez des sujets atteints d'un cancer du sein, ou de tout autre organe.

Enfin ces petites nodosités peuvent coexister avec la goutte, ainsi que j'ai eu moi-même l'occasion de le constater récemment; mais, dans le cas dont il s'agit, les nodosités avaient précédé la goutte.

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE DE LYON — M. BONNARIC.

Du Traitement des Dermatoses par les eaux arsenicales

(Observations recueillies par M. MERLE, interne du service.)

OBS. I. — ECZÉMA LICHÉNOÏDE — D... (Marie), âgée de 36 ans, lingère à Marchampt, d'un tempérament lymphatique, d'une consti-

tution faible, sans cependant avoir eu de maladies antérieures. Son père a eu, tout le cours de sa vie, des croûtes aux jambes.

Elle entre le 4 janvier à l'hospice de l'Antiquaille, salle Sainte-Colette, n° 5. Elle porte sur les membres supérieurs, sur le cou et sur le visage, une éruption dont les caractères, peu faciles à distinguer, vu son ancienneté, permettent cependant de reconnaître un eczéma lichénoïde. Interrogée sur ses antécédents, voici ce qu'elle nous raconte : Réglée à 17 ans, sa menstruation a été régulière; mais elle a eu souvent des pertes blanches; mariée à 22, elle a eu trois enfants qui n'ont jamais présenté de maladies de la peau. En 1860, elle se fait une brûlure sur un des avant-bras, et un mois après, environ, elle voit apparaître autour de cette brûlure, guérie du reste, et large comme la paume de la main, une éruption en tout semblable à celle dont elle est maintenant affectée. Cette éruption ne tarde pas à s'étendre et occupe bientôt les deux membres supérieurs, le cou et le visage. La malade attribue l'apparition de sa dartre à l'application d'un linge imbibé de vert-de-gris sur la brûlure en voie de guérison. Traitée à cette époque par les bains sulfureux et l'eau d'Uriage, elle a vu l'éruption eczémateuse disparaître à peu près complétement. Mais un an après, celle-ci reparut vers l'automne avec moins d'intensité, il est vrai, pour disparaître, au bout de quelques mois, sans traitement aucun.

Depuis lors il y a eu, jusqu'à l'automne de 1866, des retours irréguliers de la maladie, qui ne durait d'ailleurs que quelques semaines. Enfin en 1866, vers le milieu de l'automne, est apparu un eczéma lichénoïde, dont la durée et la gravité insolites ont engagé la malade à venir à l'hospice de l'Antiquaille.

Le lendemain de son entrée, 5 janvier, elle est soumise au traitement par l'eau de Vals, source de la *Dominique (intus et extra)*, un verre matin et soir; application de compresses imbibées de cette eau sur les parties affectées; tisane de saponaire; le 12, on ajoute aux prescriptions une cuillerée de sirop antiherpétique, de la pommade à l'iodure de soufre, on remplace la tisane de saponaire par la tisane dépurative.

Le 29, suspension de l'eau de la *Dominique*.

L'état de la malade à ce moment est assez satisfaisant; l'eczéma disparaît; il y a amélioration sensible; mais le lichen a subi peu de modifications; quoi qu'il en soit, la guérison a commencé.

Abstention d'eau pendant quinze jours. — Reprise vers le 10 février, pendant huit jours environ. — Nouvelle suspension jusqu'au 2 mars : la malade a constaté une recrudescence dans son affection chaque fois que l'eau était supprimée.

Le 25 mars, l'état du bras gauche est notablement amélioré; la peau de l'avant-bras droit est encore dure, sèche, et elle est le siége d'une démangeaison assez vive en dehors de l'application du traitement.

L'éruption lichénoïde a cependant beaucoup diminué. L'état du visage est très-satisfaisant. — Reprise de l'eau de Vals (*intus et extra*). — La malade sort le 12 avril complétement guérie; la peau ne présente même plus de trace de sa rudesse primitive.

OBS. II. — PSORIASIS GÉNÉRAL. — M... (Benoîte), 17 ans, de Pouilly (Loire), domestique, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé, entre à l'Antiquaille, le 9 novembre 1866 (salle Sainte-Colette, dans le service de M. le Dr Bonnaric).

Visitée le lendemain de son arrivée, la malade présente un psoriasis, occupant tout le corps, des pieds jusqu'à la tête. Les plaques sont desséchées, excepté aux coudes et aux genoux, où elles occupent l'étendue d'une pièce de 5 francs environ.

Aux questions qu'on lui fait sur ses antécédents, elle répond qu'elle a été d'assez bonne santé, mais qu'il y a dix ans, elle fut pendant trente jours atteinte d'une fièvre typhoïde qui n'a pas laissé de traces. Un an auparavant, une éruption squammeuse analogue au psoriasis dont elle est actuellement affectée, s'était développée sur les coudes, les genoux et la surface antérieure des jambes; quelques plaques discrètes, un peu plus confluentes au niveau des articulations, constituaient toute la maladie. Celle-ci n'a point été modifiée par la fièvre typhoïde. L'éruption reste stationnaire jusqu'à 16 ans; aucun traitement n'a d'ailleurs été dirigé contre elle pendant tout ce temps. A cette époque, extension rapide de la maladie sur toute l'étendue des membres supérieurs. Traitement par des pommades dont la malade ignore la composition, bains; guérison complète; il persiste encore quelques squames aux coudes et aux genoux. Trois ou quatre mois plus tard, réapparition des plaques avec extension sur la poitrine. c'est-à-dire à 16 ans et demi, établissement de la menstruation, et sous cette influence, sans traitement aucun, disparition complète des plaques psoriasiques, si ce n'est aux coudes et aux genoux. Cette guérison n'est que passagère, car au bout de huit ou neuf mois une nouvelle éruption, encore plus étendue que la précédente, puisqu'elle occupe tout le corps, apparaît, et décide la malade à entrer à l'Antiquaille pour y subir un traitement. Notons que la menstruation, régulière pendant les trois ou quatre premiers mois de son apparition, venait de subir une très-grande irrégularité pendant les trois mois qui ont précédé la dernière éruption. En effet, l'écoulement menstruel a été suspendu pendant deux mois, et aujourd'hui il revient, tantôt tous les deux mois, quelquefois même tous les quinze jours. Telle est l'histoire de la malade.

Le 11 novembre, deux jours après son entrée à l'hospice, on prescrit : Tisane dépurative avec 0,25 d'iodure de potassium, un globule d'acide arsenieux, une pilule de conicine et de la pommade à l'iodochlorure de mercure, 1/60. Le 29 novembre, suspension de la pommade, qui a produit un peu de stomatite. Gargarisme astringent. Purgation. La pommade mercurielle est remplacée, le 5 décembre, par une autre composée de camphre, goudron et calomel.

Ce traitement est continué jusqu'aux derniers jours de décembre, époque à laquelle tout a été suspendu. A ce moment il a été permis de constater une amélioration sensible dans l'état de la malade; les plaques avaient pâli partout; les squames étaient tombées en partie; mais les taches étaient encore très-visibles, surtout aux coudes et aux genoux, localisation primitive du psoriasis.

Du 25 décembre 1866 au 5 janvier 1867, pas de traitement.

Le 5 janvier, eau de la *Dominique*, un verre matin et soir; application de compresses trempées dans cette eau sur les parties malades, le plus longtemps possible.

Le 29 janvier, suspension du traitement, faute d'eau.

L'amélioration de la maladie, sous l'influence du traitement antérieur au 5 janvier, a fait, par le moyen de l'eau de Vals, des progrès très-visibles; un plus grand nombre de plaques psoriasiques, de gouttelettes (*psoriasis guttata*), ont disparu, mais il en reste encore aux bras et aux jambes, ainsi qu'au visage et sur quelques points disséminés du corps. La malade n'est pas encore guérie.

Abstention d'eau pendant quinze jours. — Reprise pendant une huitaine de jours: nouvelle suspension jusqu'au 2 mars. A cette époque, reprise.

Au 25 mars, la malade ne présente plus que des traces de son affection primitive aux deux coudes. Les deux genoux présentent un peu de rougeur. Le reste du corps est entièrement guéri.

Médecine légale dans ses rapports avec l'ophthalmologie

Par M. FANO

Une cataracte étant donnée, peut-on déterminer si elle est traumatique ou spontanée?

La réponse à cette question est loin d'être facile. Beaucoup de personnes rapportent à un coup sur l'œil ou sur les parties qui environnent l'œil, une cataracte qui existe depuis longtemps, et de l'existence de laquelle elles se sont aperçues, à *l'occasion* du coup qu'elles ont reçu. La circonstance antérieure d'un coup sur l'œil ne suffit donc pas pour affirmer que la cataracte est de nature traumatique.

Les cataractes traumatiques se forment consécutivement à la blessure de la capsule du cristallin par le corps vulnérant. C'est l'imbibition de la substance cristallinienne par l'humeur aqueuse qui produit l'opacité. Les cataractes spontanées donnent lieu très-rarement à cette rupture de la capsule. Lors donc que, chez un sujet atteint de cataracte qu'il rapporte à une violence extérieure, on constate une déchirure de la capsule cristalline et une hernie de la substance cristallinienne opacifiée à travers cette ouverture capsulaire, il y a de grandes probabilités en faveur de la nature *traumatique* de la cataracte. S'il existe en même temps une blessure de la cornée ou de la sclérotique, les probabilités sont plus grandes encore. L'existence d'une blessure de la cornée ou de la sclérotique n'est pas absolument nécessaire cependant pour l'existence d'une cataracte traumatique, parce que l'observation clinique démontre que ce genre de cataracte peut se former par un ébranlement de l'œil, sans solution de continuité de ses membranes.

Nous disons que, même dans les cas qui offrent la plus grande probabilité, comme dans ceux que nous avons indiqués tout à l'heure, il est impossible de se prononcer d'une manière absolue, parce que si un œil, affecté de cataracte spontanée est frappé par un corps vulnérant, la capsule cristalline peut être déchirée, et la substance cristallinienne, opacifiée avant l'accident, s'échapper à travers la fente jusque dans la chambre antérieure. L'œil présente alors les caractères de la cataracte traumatique, et cependant il n'y aura en réalité qu'une blessure d'un cristallin cataracté spontanément, circonstance qui peut devenir un moyen de guérison pour le malade.

En résumé, il n'existe pas de caractères pathognomoniques propres à faire reconnaître une *cataracte traumatique*; il existe des *caractères probables*. Une seule circonstance permet de résoudre la question : Si le médecin était consulté par un malade et avait constaté l'intégrité des deux yeux, quelques heures après, ou le lendemain, il découvrît une cataracte avec lésion de la capsule, il n'y aurait plus de doute possible.

Nouvelles recherches sur la circulation cardiaque chez les animaux

M. le docteur Judée vient de publier sur la circulation cardiaque chez les animaux, une brochure que l'on peut résumer ainsi :

Dans une première partie, s'appuyant sur des expériences faites sur des grenouilles, et très-faciles à exécuter, du reste, il démontre que ce que l'on est convenu d'appeler le premier temps se compose, chez cet animal, de la contraction de la portion auriculaire et de la dilatation du ventricule, que le second est formé par la contraction du ventricule et la dilatation, par contre, des deux oreillettes dont se trouve pourvu le cœur de ce batracien.

Dans une seconde partie, le même auteur, fort non-seulement de ses observations personnelles sur la grenouille, mais même de celles sur le cheval de MM. Chauveau et Marey, prouve à ces physiologistes que ce qu'ils ont pris pour le commencement de leur premier temps, ou systole, n'était autre chose que la fin du second, ou diastole du cœur; autrement dit que la systole de l'oreillette ne fait pas partie de la systole du ventricule, mais bien de sa diastole; de sorte qu'en résumé, chez le cheval tout au moins, la révolution cardiaque ne commencerait pas, comme le croient ces messieurs avec tant d'autres personnes, par la systole du cœur, mais par sa diastole.

Aussi, quand, à la fin de son travail, M. Judée compare cette révolution cardiaque, comme le fait le docteur Beau, à une mesure à trois temps, est-il conduit à admettre : 1° que le premier temps ou grand silence correspond à la dilatation du ventricule; 2° que les deuxième et troisième temps sont constitués par les bruits du cœur séparés l'un de l'autre par le petit silence pendant lequel le ventricule se contracte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juin. — Présidence de M. Tardieu.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adoptée.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

Rapport de M. le docteur Chély sur le service médical des bains de mer de Calais (Pas de Calais) pendant l'année 1865 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une étude sur la supuration des plaies, par M. le docteur Guillemin, médecin aide-major aux Chasseurs d'Afrique (commissaires, MM. Gosselin, Laugier et Larrey).

2. *Un travail sur l'éducation alimentaire de la première enfance*, par M. le docteur Boens, de Charleroy (commission nommée).

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Lafargue, de Saint-Émilion, accepté.

4° M. Vernois présente deux mémoires de M. le docteur Vicherat (de Nemours), l'un sur une épidémie de choléra infantile, l'autre sur une épidémie de dyssenterie (commission des épidémies).

M. Robin, offre à l'Académie une brochure de M. André Sanson, intitulée des *Types naturels en zoologie*.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de chimie.

La section présentait :

MM. 1. Mialhe.
2. Bugnet.
3. Lefort.
4. Coulier.
5. Roussin.
6. Baudrimont.

Au premier tour de scrutin, sur 65 membres votants, majorité absolue 33.

MM.	Miahle obtient	44
	Bugnet	18
	Roussin	1
	Coulier	1

On trouve en outre un bulletin blanc.

En conséquence M. Mialhe est déclaré élu, son élection sera soumise à l'approbation de l'empereur.

COMMUNICATION

Sur le lait artificiel.

M. POGGIALE. La lettre de M. Liebig est particulièrement dirigée contre ma communication. J'ai donc le devoir de la discuter et d'insister d'autant plus que nous avons pour adversaire un des noms les plus illustres de notre époque ; mais je le ferai avec tout le respect qui est dû à son talent.

M. Liebig m'a reproché :

1° D'avoir confondu les éléments respiratoires du lait et de n'avoir pas tenu compte des quantités différentes de beurre, de sucre de lait et d'amidon nécessaires pour produire la même quantité de chaleur;

2° D'avoir employé une méthode de calcul inexacte ;

3° De n'avoir pas exprimé le beurre et le sucre de lait en amidon.

En ce qui concerne le premier point, je dirai d'abord qu'il n'est jamais entré dans ma pensée de donner une leçon de physiologie chimique à M. Liebig, et qu'au contraire je me suis toujours efforcé de profiter des siennes; mais celle qu'il nous adresse aujourd'hui est trop élémentaire ; j'ai lieu d'être surpris qu'il ait cru devoir nous la donner et qu'il suppose que, dans cette Académie, on ignore que le beurre produit plus de chaleur que le sucre et l'amidon. Il suffira, pour le rassurer, de rappeler que dans les observations que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie le 2 juillet, je disais (1) : « Est-il indifférent de remplacer la matière grasse du lait par du glucose? *Le beurre ne fournit-il pas beaucoup plus de chaleur que le sucre?* Outre sa fonction dans l'ordre respiratoire, le beurre ne doit-il pas participer à la formation des matières grasses, et remplir les tissus adipeux de l'enfant? Peut-on espérer que les effets physiologiques seront les mêmes, et que l'alimentation de l'enfant sera aussi bonne? Je n'hésite pas à repondre que cela ne peut pas être.....

« M. Liebig n'a-t-il pas fait connaître lui-même, dans ses admirables lettres sur la chimie, le rôle différent des divers aliments respiratoires? »

Dans un mémoire sur les équivalents nutritifs des aliments de l'homme, que j'ai publié il y a plusieurs années, je me suis exprimé sur ce point d'une manière plus explicite encore :

« M. Liebig, disais-je, a dû, en dressant des tableaux comparatifs (entre les principes plastiques et les principes non azotés) représenter les matières grasses par une quantité déterminée de matière amylacée. C'est ainsi que *24 parties d'amidon seraient l'équivalent de 10 parties de graisse*. Mais, en supposant que ces chiffres expriment fidèlement les rapports qui existent entre ces principes, sous le rapport de *la chaleur qu'ils peuvent produire*, il est certain que ceux-ci ne remplissent pas, dans l'économie, les mêmes fonctions, et l'observation la plus vulgaire constate que la graisse ne peut pas être entièrement remplacée par les matières amylacées ou sucrées. Il faut donc que le carbone qui pénètre dans l'économie n'affecte pas seulement l'état de glucose, mais aussi la forme de graisse. »

Il résulte de ces citations que je pourrais multiplier, que la distinction entre les principes non azotés, au point de vue de la production de la chaleur, est élémentaire en France comme en Allemagne ; mais nous croyons ici qu'il y a danger à remplacer la graisse par l'amidon, comme M. Liebig l'a fait pour son lait artificiel.

J'aborde la seconde question. Si, pour établir le rapport entre les éléments plastiques et les éléments respiratoires, je n'ai pas transformé d'abord par le calcul la graisse et le sucre de lait en leur valeur équivalente d'amidon, c'est que rien dans la note adressée par M. Liebig à l'Académie des sciences, n'indiquait qu'il eut fait lui-même cette transformation. Plusieurs personnes compétentes auxquelles j'avais montré ces chiffres les avaient compris comme moi. En vérité il aurait fallu, qu'on me permette ce mot, avoir en sa possession la baguette divinatoire pour les comprendre autrement.

J'admets que, pour l'étude et pour des vues générales de chimie physiologique, on ramène tous les principes non azotés à une même unité, et qu'on établisse ainsi, comme l'a fait M. Liebig dans sa

(1) Dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 4 juillet les passages en question étaient résumés comme il suit : « Mais est-il donc indifférent de donner « du sucre au lieu de graisse? La graisse ne produit-elle pas plus de cha- « leur? Ne vient-elle pas garnir les mailles du tissu cellulaire?] « La tolérance plus ou moins grande qu'ont pour la graisse les races « situées dans différents climats montre qu'elle joue un rôle spécial et ne « peut être représentée par le sucre. »

33e lettre, un tableau indiquant le rapport qui existe entre les éléments plastiques et les éléments respiratoires ; mais, quand il s'agit de deux aliments à peu près semblables, le lait de femme et le lait de vache, contenant les mêmes substances respiratoires, est-il rationnel, est-il nécessaire de transformer le sucre et la graisse en amidon pour les comparer ?

Pourquoi ne pas établir pour ces deux laits le rapport entre la caséine et les deux éléments respiratoires *considérés séparément ?* Cette méthode ne présente aucune incertitude, puisqu'on ne compare que des matières exactement semblables : ayant les mêmes propriétés et la même composition chimique. Voyez l'inconvénient de l'autre méthode ; elle conduit à admettre, dans le cas spécial dont il est question, que l'on peut remplacer sans inconvénient la graisse par l'amidon ou le glucose et qu'un aliment dépourvu de matière grasse, mais riche en sucre, comme le lait artificiel, produira les mêmes effets physiologiques.

N'oublions pas que le pouvoir nutritif des aliments dépend aussi de leur forme, de leur cohésion, de leur digestibilité et d'autres conditions, que le beurre contient plus de carbone et moins d'oxygène que le glucose, et que si le rôle des corps gras était absolument le même que celui de l'amidon, nous n'ajouterions pas, par instinct, de la graisse, des huiles, du beurre aux aliments amylacés, comme les pommes de terre, les haricots, les pois, etc. Il importe de remarquer que les aliments destinés au développement des nouveaux-nés et des jeunes animaux, comme le lait et les œufs, contiennent une forte proportion de graisse ; ainsi, la substance desséchée de l'œuf renferme 33 p. 100 de matière grasse. La présence des corps gras dans les aliments est donc une nécessité absolue.

Sans doute, les expériences de MM. Dumas et Milne-Edwards ont démontré que l'amidon et le sucre peuvent être convertis en matière grasse dans l'acte de la digestion, mais elles prouvent en même temps que celles-ci sont indispensables aux animaux. Telle a dû être la pensée de M. Liébig, lorsqu'il a posé ces questions dans sa 20e lettre sur la chimie. « Quelles sont les fonctions du beurre et celles du sucre de lait ? Quelle est la raison pour laquelle *ces substances sont indispensables* à la vie des animaux ? » Mais si elles sont indispensables, l'une et l'autre, pourquoi a-t-il remplacé l'une d'elles, le beurre, par du sucre dans le lait articiel ?

J'ai refait le calcul, en prenant pour base la composition du lait de femme analysé par M. Haidlen (31 de caséine, 31 de beurre et 43 de sucre de lait), bien qu'elle soit évidemment inexacte, et pour le lait de vache, les chiffres que j'ai donnés dans ma note du 2 juillet (36 de caséine, 52 de sucre de lait et 40 de beurre), et qui ne sont pas contestés par M. Liébig. Ce sont d'ailleurs les résultats obtenus par M. Boussingault.

Les éléments plastiques et le beurre sont dans le lait de femme dans la proportion de 10 à 10 et, dans le lait de vache, comme 10 à 11,1. Le rapport entre la caséine et le sucre est dans le lait de femme comme 10 à 13,8 et, dans le lait de vache, comme 10 à 14,4. Les chiffres du beurre et du sucre sont donc plus élevés dans le lait de vache que dans le lait de femme.

Si l'on convertit par la méthode de M. Liébig le beurre et le sucre en amidon, on trouve pour le lait de femme le rapport de 10 à 36 et pour le lait de vache, 10 à 30, *au lieu de 10 à 30.* C'est pourtant ce dernier chiffre qui a servi de base à la préparation du lait artificiel. Cela tient évidemment aux analyses sur lesquelles reposent les calculs de M. Liébig. Mais si la base est fausse, la composition du lait artificiel n'est plus conforme aux données de la science.

L'analyse de M. Haidlen a été faite avant 1844, à une époque où les procédés si délicats que nous possédons aujourd'hui n'étaient pas connus. Il était presque impossible alors de doser exactement le sucre de lait, dont la détermination se fait maintenant si facilement et avec tant de précision.

M. Boussingault, dont tout le monde connaît la science élevée, la précision et l'habileté consommée, a trouvé dans le lait de femme 25 de beurre, 48 de sucre de lait et 38 de caséine. Si j'établis le rapport entre la caséine et le beurre, je trouve qu'il est comme 10 à 6,5, et pour le sucre de lait, comme 10 à 12,6. Ce dernier chiffre est inférieur à celui qu'on obtient d'après l'analyse de M. Haidlen. Quant au chiffre du beurre, il s'en éloigne considérablement (6,5 au lieu de 10). Le rapport entre la caséine et les éléments respiratoires convertis en glucose est comme 10 à 27 et non 10 à 38. C'est cependant l'analyse de M. Haidlen qui a été le point de départ du lait artificiel.

Vous vous rappelez, Messieurs, que M. Liébig emploie pour la préparation du lait artificiel le lait de vache écrémé, et que, suivant cet illustre chimiste, le rapport entre les principes azotés et les principes non azotés est, dans ce lait, comme 10 à 25.

Mais comment M. Liébig a t-il pu établir ce rapport ? Combien de beurre reste-t-il dans ce lait ? Le lait est-il privé autant que possible de matière grasse ? Personne ne pourrait répondre à ces questions. On sait qu'il faut souvent beaucoup de temps pour que la crème se sépare et si l'on attend que la séparation soit complète, on risque d'employer du lait aigri. Nous sommes donc ici dans le vague et l'on ne comprend pas que voulant obtenir une préparation ayant une composition constante, M. Liébig ait fait usage précisément d'un aliment dont la composition est variable. Cet inconvénient saute tellement aux yeux que je ne crois pas devoir insister.

Dans ma communication du 2 juillet j'avais dit que le lait analysé par M. Haidlen provenait d'une femme malade. M. Lebig affirme le contraire. Je ne demanderais pas mieux que de m'en rapporter à son affirmation, mais mon embarras est très-grand. Je trouve dans son *Traité de chimie organique* de 1844 (t. III, p. 248) la même analyse de M. Haidlen, la seule connue, avec les mêmes chiffres et sous le titre : *Lait de femme malade.* Comment ne pas croire que c'est cette analyse que M. Liébig a pris, sans doute par erreur, pour base de sa préparation ? Il affirme maintenant que ce lait provenait d'une femme robuste ; il devra donc ou faire disparaître cette grave erreur dans la prochaine édition de son livre ou reconnaître qu'il s'est trompé.

Ma conclusion sera la même que celle de ma précédente communication. Je repousse le lait artificiel parce qu'il diffère du lait de femme et du lait de vache par ses propriétés physiques et par sa composition, parce que cette préparation chimique exige plusieurs opérations, du soin et de l'habileté ; je le repousse parce que M. Liébig a remplacé la matière grasse du lait par du glucose qui ne produit pas dans l'économie les mêmes effets physiologiques ; je le repousse parce que le lait de vache, à défaut de lait maternel, est un aliment incomparablement meilleur.

Je le repousse enfin, par que ce lait, comme le reconnaît M. Liébig lui-même, n'est qu'une grossière imitation du lait naturel et que sa préparation ne repose que sur une seule analyse dont l'exactitude est très-contestable. Bien que M. Liébig assure que depuis deux ans des millions d'enfants de race germanique nourris avec cette composition se portent à merveille, il est de notre devoir de lui dire que son lait a été mal accueilli par la race latine, qu'il est réprouvé par l'Académie, que nous n'en voulons pas de ce côté du Rhin ; et si, comme il nous l'annonce, il paraît à la 4e page des journaux politiques français, cette page odieuse quand il s'agit de questions qui touchent à la santé publique, il n'y figurera pas longtemps. C'est du moins le vœu que je forme non-seulement pour nos enfants pauvres, mais aussi pour la gloire de M Liébig dont le nom a toujours été honoré par les savants et les hommes éclairés de notre pays.

M. BOUDET rappele en quelques mots combien les préparations alimentaires basées par l'analyse chimique ont en général mal rempli leur but. Le bouillon à gélatine représentait pour les chimistes un bouillon ordinaire de bonne qualité, il contenait des aliments semblables aux sucs de viande ; et cependant ceux qu'on cherchait à en nourrir mourraient de faim, c'est d'après les mêmes principes que M. Liébig a composé son lait artifiel, et on doit le repousser, comme composition chimique alimentaire, pour employer de préférence le lait de vache, aliment naturel.

RAPPORT
sur l'absorption par les plaies et les abcès.

M. GOSSELIN lit un rapport sur un travail de M. Demarquay, intitulé *de l'absorption par les plaies et les abcès.*

L'auteur y fait connaître le résultat d'expériences qu'il a entreprises en mettant sur les plaies et dans diverses cavités accidentelles une solution d'iodure de potassium dans la proportion de dix pour cent. Au bout d'un temps qui a varié entre six et trente minutes, il a retrouvé l'iode dans l'urine et surtout dans le salive.

L'iode s'est retrouvé plus promptement lorsque la solution iodurée avait été mise au contact d'une plaie granuleuse, arrivée au huitième ou neuvième jour de son évolution, que dans les cas où elle avait été mise en contact avec une plaie toute récente.

M. Demarquay a fait des expériences analogues sur les ulcères cancéreux du sein, sur le cancer ulcéré de l'utérus, sur la cavité des abcès chauds et froids, sur les cavités kystiques, et les résultats ont été analogues. Ces expériences confirment celles que M. le rapporteur a faites lui-même en 1857 et 1858 à l'hôpital Cochin et celles que Bonnet, de Lyon, a publié en 1852 dans la *Gazette Médicale*.

La conséquence clinique que M. Demarquay tire de ses observations, c'est que les plaies et les abcès peuvent absorber aussi bien les miasmes répandus dans l'air, et toutes les matières putrides que le pus ou le sang sont capables en se décomposant de déposer à la surface des solutions de contuinité.

N'est-il pas probable dès lors que l'érisipèle traumatique, l'infection putride, l'infection purulente, la fièvre puerpérale sont dus à l'absorption de produits délétères à la surface des plaies ?

Le rapporteur doit examiner successivement la nouveauté et la valeur de cette théorie pathogénique. M. Gosselin rappelle à ce sujet les travaux de Maréchal et de M. Velpeau sur l'infection purulente, qu'ils attribuent au passage du pus dans le sang veineux ; la thèse de M. Alphonse Guérin (1847) réfutant les théories de Danse et de Blandin ; celle de Maréchal et de M. Velpeau, expliquant l'infection purulente par le passage de miasmes délétères intangibles dans les capillaires des plaies ; un travail de Bonnet de Lyon (1837), sur le développement de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans le pus fétide ; l'article *pus* de P. Bérard, dans le dictionnaire en 30 vol., les recherches de M Velpeau sur l'angioleucite et sur l'absorption des substances délétères par les vaisseaux lymphatiques dans les plaies ; un travail de M. Gosselin (1858), sur la fièvre traumatique grave ou infection putride des premiers jours ; enfin les expériences du docteur Bilhoth, publiées en 1865 par les archives, sur les effets des matières putrides mises en contact avec les plaies ou injectées dans le ttsu cellulaire.

L'hypothèse de l'absorption par les plaies, remonte donc aux trente premières années de notre siècle : mais M. Demarquay aura le mérite de lui avoir donné un nouvel appui.

Quel accueil faut-il faire à cette théorie, généralisée par M. Demarquay, qui explique non-seulement l'infection purulente et l'infection putride, mais encore tous les accidents fébriles consécutifs aux solutions de continuité, par une absorption de matériaux putrides.

Pour que cette théorie ne laissât aucun doute dans les esprits, elle aurait à démontrer trois choses : 1° que les plaies peuvent absorber ; 2° qu'il y a sur ces plaies des substances à absorber ; 3° que ces substances par leurs propriétés irritantes, septiques ou autres, sont la seule cause des phénomènes fébriles.

La première de ces questions est démontrée ; la seconde, c'est-à-dire l'existence du poison, l'est déjà beaucoup moins ; en reportant ses souvenirs vers ceux de ses blessés qui ont eu des accidents fébriles, M. Gosselin trouve que chez le plus grand nombre le pus n'a présenté avant l'évolution des phénomènes aucune modification évidente ; ni aucune altération appréciable aux sens.

M. Panum a bien cherché à donner les caractères de ce qu'il appelle le poison putride, mais rien de plus vague et de plus incertaine que ses descriptions.

Relativement à la troisième question, M. Gosselin ne saurait admettre que l'"absorption des matières putrides des plaies et des abcès soit la cause unique des complications qn'on lui attribue.

Ne faut-il pas tenir en effet un grand compte de l'influence de la viciation de l'air, de l'encombrement, du pouvoir contagieux, de la douleur physique, des impressions morales, de la santé antérieure, etc.

Accueillons donc l'explication de M. Demarquay, non pas comme une doctrine mais simplement comme une hypothèse, tout en acceptant sans réserve les conclusions thérapeutiques qu'il en tire : 1. Ne pas laisser les plaies exposées à l'air ; 2. les panser, soit avec la glycérine, soit avec l'alcool, soit avec les désinfectants ; 3. placer les malades dans l'athmosphère la plus pure et la plus renouvellée possible.

Qu'il me soit permis seulement, ajoute M. Gosselin, de ne pas admettre tout d'abord cette proposition de M. Demarquay : à savoir qu'avec ces trois ordres de moyens thérapeutiques il a diminué dans son service la proportion des érysipèles et des infections purulentes. Ce n'est plus ainsi aujourd'hui, que ces questions là se traitent : il faut des démonstrations et non des assertions, des statistiques et non de simples souvenirs.

Indépendamment des recommandations therapeutiques de M. Demarquay, il faut accorder une haute importance à la simplicité et à l'indolence des pansements, au ménagement minutieux des influences morales, à l'alimentation, à l'usage des toniques et des spiritueux, à l'isolement des malades, etc.

En résumé, le travail de M. Demarquay a le mérite de donner par ses expériences un certain appui à la théorie physiologico-pathologique de l'infection purulente, de l'infection putride, etc. Il appelle une fois de plus l'attention sur l'importante question du traitement et de l'hygiène des opérés.

La commission propose ;

1° D'adresser des remerciments à l'auteur ;

2° D'envoyer son travail au Comité de publication.

M. GUÉRIN. Le rapport que nous venons d'entendre touche à de très-grandes questions traitées plus longuement par M. Maisonneuve dans un mémo're qu'il a présenté avant M. Demarquay. Ce mémoire fut envoyé à une commission dont M. Gosselin fait partie. Je demande qu'on attende la lecture du rapport qui doit être fait sur ce mémoire, pour commencer la discussion sur le rapport de M. Gosselin. Cette discussion pourra être ainsi plus complète et plus instructive.

M. DEPAUL. M. Demarquay aborde deux questions, l'une d'expérimentation, l'autre de généralisation. La première est déjà résolue depuis longtemps. Les expériences de Manec à la Salpêtrière ont démontré la réalité et la rapidité de l'absorption des préparations arsenicales à la surface des plaies cancéreuses.

Quant à la généralisation de ces faits par M. Demarquay, M. le rapporteur a été indulgent dans son appréciation, car M. Gosselin sait bien que ce n'est pas par les plaies que pénètrent l'érysipèle, l'infection purulente, pas plus que les affections puerpérales.

M. GOSSELIN. La connaissance de l'absorption à la surface des plaies récentes ou des plaies cancéreuses remonte plus haut que Manec. Le professeur Roux citait souvent des cas d'empoisonnement par des pâtes arsénicales appliquées sur des cancers ulcérés. Mais M. Demarquay a eu le mérite de démontrer expérimentalement cette absorption pour toutes les espèces de plaies à toutes les époques ; ce qui était bon à connaître, car plusieurs auteurs, M. Maisonneuve, Bilroth, Panum, etc., tendent maintenant à en faire une théorie des plus compréhensives.

M. LARREY. Parmi les complications générales qui peuvent se présenter à la suite de blessures dans l'air, j'eusse aimé à voir figurer la pourriture d'hôpital, qui, elle aussi, produit à la fois des symptômes locaux et généraux très-graves.

Je ferai aussi remarquer que les préférences de M Demarquay pour les pansements à la glycérine sont bien connues, car c'est lui qui a le plus fortement préconisé cette substance après M. Denonvilliers.

M. COLIN. Je voudrais revendiquer pour les physiologistes le mérite d'avoir observé les premiers que les plaies absorbent très-rapidement les substances salines. On peut s'assurer que le sel employé se trouve dans la lymphe au bout de deux ou trois minutes.

M. GOSSELIN. Je répondrai à M. Larrey que si je n'ai point mentionné la pourriture d'hôpital, c'est que M. Demarquay n'en avait point parlé. D'ailleurs, dans la pratique civile, nous ne connaissons pas cliniquement la pourriture d'hôpital. Pour ma part, je ne l'ai jamais vue.

M. LARREY. Elle est commune dans les grandes armées en campagne. Dans la guerre de Crimée, par exemple, elle a fait de nombreux ravages.

M. GOSSELIN. Je dois faire aussi remarquer à M. Colin que l'absorption par inoculation était connue depuis longtemps ; mais que si l'on savait combien les plaies récentes absorbent vite, on n'avait pas de semblables notions au sujet des plaies granuleuses et suppurantes.

Il reste un point très-intéressant, celui de savoir quels sont les vaisseaux qui absorbent au fond des plaies. MM. Panum et Bilroth, pensent que ce sont exclusivement les lymphatiques. Il me semble pourtant que l'absorption pourrait aussi se faire en partie par les capillaires et les petites veines.

M. COLIN. Il y a moyen de savoir quels vaisseaux absorbent. Lorsque ce sont les lymphatiques, la substance absorbée s'arrête en partie dans les ganglions, et ceux-ci s'engorgent. J'ai fait des expériences qui paraissent démontrer l'existence d'un poison extrêmement violent dans les matières putrides.

Dupuis et Magendie avaient attribué à des corpuscules solides qui s'arrêtaient dans les petits vaisseaux les accidents produits par l'injection des eaux de macération. Mais j'ai filtré ce liquide, et quand j'en ai injecté un demi-litre dans les veines d'un cheval, l'animal est mort en quelques minutes, comme foudroyé ; lorsque la quantité était moindre, la mort fut plus lente ; et lorsqu'elle tardait, par exemple, une demi-heure, le sang devenait fluide comme dans les maladies charbonneuses. Il ne se coagulait plus comme d'ordinaire après la mort.

M. GOSSELIN. En Allemagne, MM. Panum et Bilroth ont fait des expériences analogues à celles de M. Colin. Eux aussi ont filtré le liquide de macération avant de l'injecter. Mais les animaux ne sont pas morts. MM. Panum et Bilroth ont observé surtout des modifications de la chaleur animale qui leur ont fait admettre une action toxique, et ils ont nommé poison putride l'agent qu'ils croyaient avoir découvert. Je serais très-heureux si, en France, on arrivait à des résultats plus précis.

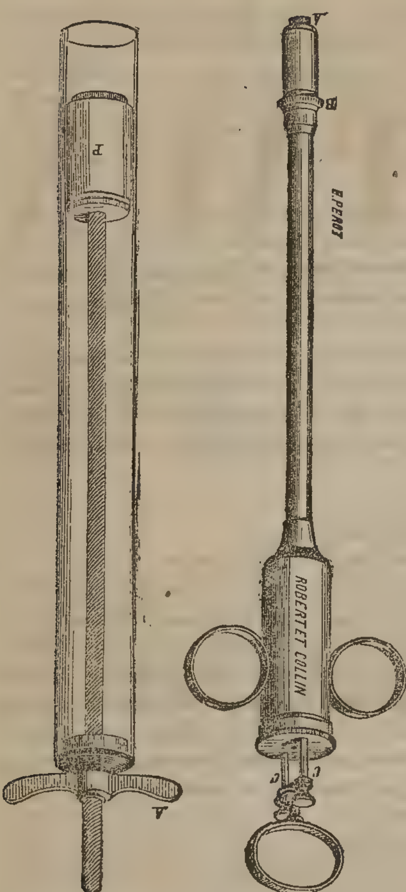
M. COLIN. Mes expériences ont été faites sur des chevaux qui ont été tués avec des phénomènes formidables.

Les conclusions du rapport, mises aux voix, sous les réserves proposées par M. Guérin, sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 JUILLET.
Sangsue artificielle

MM. Robert et Collin présentent à l'Académie un instrument



dit sangsue artificielle, destiné à la scarification du col de l'utérus.

Cet instrument a été fabriqué sur les indications de M. le Dr Layas, de la Havane.

La manœuvre de cet instrument est facile : en rapprochant les trois anneaux, un mouvement de spirale fait tourner le tube tranchant A sur lui-même.

B, écrou destiné à graduer la saillie du tube tranchant.

Le même instrument, plus petit, sert pour les scarifications des régions temporales.

Le piston de la ventouse est fait de liége bouilli dans du suif, ce qui lui donne une très-grande élasticité. Lorsqu'on ne se sert pas de la ventouse, le liége doit être sorti aux trois quarts de son tube, afin de se distendre au dehors.

Pour la réintroduction, son diamètre diminue d'un tiers, ce qui lui permet de faire toujours parfaitement le vide.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS

Le jeudi, 22 août 1867, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à une place de prosecteur vacante à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

MM. les élèves en médecine et en chirurgie des hôpitaux tant anciens qu'en exercice qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues, *de midi à trois heures*, du lundi, 22 juillet, au samedi, 3 août, à quatre heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Commission centrale des sociétés de secours aux blessés militaires, a mis au concours la solution des problèmes suivants :

La construction : 1° d'une voiture d'ambulance ; — 2° d'un brancard à roue ; — 3° d'un brancard à main.

Jusqu'au 10 août, délai fixé par ce concours, on pourra prendre tous les renseignements desirés, le lundi et vendredi matin, de chaque semaine, entre 9 heures et 11 heures, à l'Ambulance des Sociétés de secours, palais de l'Exposition universelle, ou par lettres affranchies, au secrétariat, rue Roquépine, n° 18.

— Nous rappelons à nos lecteurs que le congrès ophtalmologique qui devait se tenir à Vienne se réunira à Paris, le mois prochain.

La première séance consacrée à la nomination du bureau définitif, aura lieu le 12 août, à neuf heures précises du matin, dans la salle du Grand-Orient de France, rue Cadet. Les cartes d'entrée seront distribuées chez MM. les secrétaires Giraud-Teulon, 17, rue du Helder, et Wecker, 7, avenue d'Antin (Champs-Elysées), dès le 11, et dans la matinée du 12, contre le montant de la cotisation.

— Le lundi, 18 novembre prochain, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour une place de 2e chef interne.

Les émoluments sont fixés à 700 fr., — ils sont de plus logés et nourris.

La durée du service est fixée à trois ans.

Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de l'administration des hospices, de tous les renseignements qui leur seront nécessaires.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 26 juillet, à huit heures du soir, à la Faculté de médecine. *Ordre du jour*. Lecture de M. Bricheteau : Goutte chez un saturnin. Lecture de M. Hemey : Méningite cérébro-spinale chez un alcoolique. — Elections pour une place de membre titulaire.

— On demande UN DOCTEUR en médecine, très-capable, ayant déjà quelque expérience. Une souscription garantit pendant les trois premières années, un *minimum* de 3,000 francs de recettes annuelles. S'adresser à M. le comte de Monlaur, à Soussac, par Pellegrue (Gironde).

— La *Revue de Paris*, que nous donnons à tous nos abonnés au prix réduit de 16 francs, a publié, dans son numéro du 20 juillet, les articles suivants :

I. A. de Pontmartin : De la curiosité en littérature.

II. A. Labutte : La Normandie après la mort de Guillaume le Conquérant (2e article).

III. Ch. de Saint-Julien : La route de Moscou.

IV. Raoul de Navery : Les plaies d'Egypte (3e article).

V. Louis Énault : Exposition universelle : Beaux-Arts.

VI. E. de Grenville : Feuilles volantes.

Bulletin bibliographique. — Chronique élégante.

Prix du numéro, pris isolément : 3 francs.

Pour l'étranger, le port en sus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annonces dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, par le docteur Charcot, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Salpétrière, recueillies et publiées par le docteur Ball, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 3e et 4e fascicule in-8° avec figures, prix de chacun : 1 franc. Paris, 167, Adrien Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Deux volumes in-8. Prix : 11 fr. — Paris, 1865. Adrien Delahaye.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur GARROD. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8 accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. avec un joli cartonnage en toile, 13 fr. Paris, 1867. — Chez Adrien Delahaye.

Quelques considérations sur les causes de la mortalité des nouveaux nés et sur les moyens d'y remédier, par MM. Louis ODIER et René BLACHE, internes des Hôpitaux de Paris. — 1 brochure in-8 de 30 pages et 11 tableaux. — 1 fr. 50 c. à la librairie GERMER-BAILLIÈRE, 17, rue de l'École de médecine.

Arsenal de la chirurgie contemporaine, description, mode d'emploi et appréciation des appareils et instruments en usage pour le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales, par G. GAUJOT, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — Tome Ier, in-8° de 800 pages, avec 410 figures intercalées dans le texte. Prix : 12 fr. — Doit former deux volumes in-8°, chez J.-B. BAILLIÈRE et FILS.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Guérison spontanée du cancer

Les cas de guérison spontanée du cancer et des autres tumeurs malignes sont trop intéressants et malheureusement trop rares pour qu'on puisse les laisser passer inaperçus quand ils se présentent.

En ce moment, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet, se trouve une femme qui était atteinte d'un cancer du sein droit. La tumeur était considérable et ulcérée près du mamelon; tout autour de cette ulcération la peau présentait une rougeur érysipélateuse; les ganglions de l'aisselle étaient engorgés.

La malade habitait la province; son médecin lui conseilla de venir à Paris pour consulter M. Richet.

Elle profita d'un train de plaisir, et arriva très-fatiguée, sans avoir pu être pansée, comme elle en avait l'habitude.

Sous l'influence de cette fatigue ou de cette absence de pansement, comme le suppose la malade, la tumeur s'est gangrénée, et elle se détache par larges fragments. Depuis cette époque, la peau qui recouvre le sein a repris son aspect normal; le sein lui-même s'est dégorgé, et sauf sur quelques points encore durs, situés vers la gauche de l'ulcération, il paraît souple.

Maintenant faut-il espérer que le sphacèle aura compris toute l'épaisseur et toute l'étendue des productions néoplastiques? que le cancer sera détruit dans son entier, sans avoir tendance à se reproduire?

On a vu des faits analogues.

M. Richet a présenté à la Société de chirurgie, alors qu'il était encore chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, un malade chez lequel une moitié de la langue, atteinte de cancer, s'était détachée spontanément, au moment où M. Richet méditait une opération pour l'enlever. La moitié saine se cicatrisa, de telle sorte que la pointe touchait à la base. Le malade se servait très-bien du moignon ainsi constitué.

A la Société médicale des hôpitaux, vers l'époque où il était question du docteur Noir, nous avons entendu raconter plusieurs cas semblables, pour lesquels le diagnostic n'était pas douteux, car il avait été posé par les chirurgiens les plus habiles, à propos de tumeurs qui avaient récidivé une fois, ou plusieurs. De là les prétendus succès de médications anti-cancéreuses.

Luxation du genou par redressement forcé. — Guérison

Lorsqu'on redresse de force un membre ankylosé, si l'on n'y prend garde, on peut produire une luxation. Tel fut le cas chez une malade couchée maintenant dans la salle de M. Richet. Elle avait eu le genou ankylosé à la suite d'une affection rhumatismale; et comme l'ankylose s'était faite dans une mauvaise position, le médecin, dans le service duquel elle se trouvait, se résolut à pratiquer le redressement du membre, après avoir endormi la malade.

Les précautions qui sont nécessaires en pareil cas ne furent peut-être pas très-bien prises, on n'eut pas soin de pousser en avant et en dedans la tête du tibia, tandis qu'on poussait en arrière et en dehors celle du fémur.

On s'aperçut que le tibia se luxait en arrière et en dehors; et on adressa la malade à M. Richet. Celui-ci fit faire par MM. Robert et Colin, un appareil qui pût exécuter avec plus de puissance le même mouvement qu'on eût du faire, alors qu'on redressait le membre.

Une plaque qui s'appuyait sur la face interne du fémur était réunie à une autre plaque, qu'on mit sur le côté externe du tibia, et qu'un écrou pouvait rapprocher de la première.

Lorsque l'extension eut été faite par les procédés ordinaires, on fit tourner l'écrou, et la tête du tibia, énergiquement poussée, rentra en place. Aujourd'hui, deux jours seulement après l'opération, la malade déclare souffrir beaucoup moins qu'auparavant. Le membre est droit et la luxation est réduite.

Du vaginisme

On a donné le nom de vaginisme à une étroitesse excessive de l'orifice vaginal, due à l'état du muscle constricteur, et mettant obstacle au coït ou le rendant très-douloureux. Nous avons dit l'*état* et non l'*action* du muscle, car nous verrons bientôt que cette contracture peut, dans certains cas, être passive.

Une jeune fille, dont nous avons parlé, était entrée dans le service de M. le professeur Richet pour s'y faire guérir de cette affection. Elle était domestique, et ne voulut pas dire par suite de quelles circonstances cette étroitesse du vagin était devenue une souffrance pour elle.

Il est probable qu'il y avait eu quelques tentatives de coït, qui n'avaient pas pleinement réussi, mais qui avaient enflammé la vulve.

En écartant les grandes lèvres, on apercevait le méat urinaire rouge et tuméfié; l'orifice vaginal, rejeté vers la droite, admettait difficilement une sonde de femme. Du reste, toutes ces parties étaient le siége d'une douleur intense, et quand on essayait d'introduire dans le vagin l'extrémité du petit doigt, la malade paraissait souffrir très-vivement.

Une fois l'irritation locale, et probablement traumatique, étant calmée, M. Richet fit la dilatation à l'aide d'un spéculum bivalve, introduit fermé, retiré ouvert. Puis on plaça des mèches dans le vagin.

Aujourd'hui la malade est parfaitement guérie; elle porte la trace de petites déchirures opérées par le spéculum; mais l'indicateur peut pénétrer sans causer de grandes souffrances, et il n'est plus même serré par l'orifice.

Il ne faut pas croire que tous les cas de vaginisme soient aussi simples.

Chez cette fille, le coït n'avait pas eu lieu, et l'obstacle était une exagération de la résistance physiologique que les tissus offrent chez les vierges, de cette tonicité de *constrictor cunni* dont M. Richet a depuis longtemps fait ressortir toute l'importance.

Lorsqu'il en est ainsi, le mode de traitement le plus simple, le plus efficace, est évidemment la dilatation. Une fois le sphyncter pleinement dilaté, la voie reste ouverte, comme elle l'est normalement après les premières approches conjugales.

Aussi Debout conseillait-il d'opérer suivant la méthode préconisée par Récamier contre les fissures à l'anus : d'endormir les malades et de vaincre la résistance à l'aide des deux mains. Le procédé de M. Richet revient au même; sauf que le degré d'écartement donné aux valves du spéculum mesure et limite la dilatation. En Angleterre, M. Churchill a préféré la dilatation lente par des sondes ou des spéculum laissés en place, et dont les dimensions sont progressivement croissantes.

Mais tous ces moyens sont inefficaces, quand le vaginisme n'est plus physiologique, pour ainsi dire; mais bien pathologique, à proprement parler. Quand, par exemple, on le rencontre chez des femmes mariées, qui ont subi le coït, sans en souffrir, pendant un temps fort long; ou même chez des femmes qui ont eu plusieurs grossesses, arrivées à terme.

Les faits de ce genre ne sont point excessivement rares; M. Marion Sims, M. Courty, etc., en ont observé.

Le vaginisme n'est plus alors de la tonicité normale, mais du spasme ou de la contracture, et le plus souvent il résulte d'une action réflexe, étant la conséquence de la douleur causée par le contact du corps introduit.

Cette douleur peut être névralgique.

M. Marion-Sims a trouvé chez plusieurs malades, dont toutes les parties génitales paraissaient parfaitement saines, une hypéresthésie excessive de la face externe de l'hymen, et il a dû enlever cette membrane dans son entier, avant de dilater, pour faire cesser la contracture. Parfois l'hymen n'existait plus; mais les débris en étaient le siége d'une sensibilité morbide, et M. Marion-Sims enlevait ces débris.

Cette méthode d'ablation n'est évidemment plus applicable, lorsque le point de départ des douleurs et des spasmes est dans quelque organe important.

Souvent en effet il ne s'agit plus d'une névralgie simple. La cause qui rend douloureuses les tentatives de coït n'est plus seulement névralgique, mais bien inflammatoire ou mixte. Une inflammation granuleuse de la muqueuse vaginale, du col de l'utérus, ou quelque ulcération sur ce dernier organe, etc., en un mot des altérations que chez la plupart des autres femmes passeraient presques inaperçues, occasionneront chez quelques-unes le vaginisme le plus pénible et le plus tenace.

Ordinairement, en pareil cas, l'anesthésie par le chloroforme ou par l'éther, fait cesser momentanément le vaginisme, parce qu'elle fait cesser la sensibilité anormale, et l'action reflexe qui en est la conséquence.

Il arrive alors la même chose que lorsqu'on endort des malades atteints de fausses ankyloses. La contractiou des muscles cesse. et l'orifice du vagin se laisse distendre, comme les membres immobilisés pendant la veille, se laissent mouvoir pendant la durée de l'anesthésie.

Lorsque reviennent les sensations, les spasmes musculaires, les contractures actives se reproduisent. M. Marion-Sims rapporte l'histoire de dames qui ont pu devenir enceintes après avoir été chloroformées. Dans certains ménages, l'anesthésie de la femme était le prélude obligé des rapports conjugaux, et cela dura des années entières.

En cas d'inflammation, comme de névralgie, cet effet de l'anesthésie peut se produire lorsque la contracture est active et reflexe.

Si le muscle lui-même était atteint, si la contracture était passive, comme elle le devient souvent dans les muscles qui furent antérieurement contracturés d'une manière active, ou paralysés, elle ne cesserait pas évidemment pendant le sommeil chloroformique.

Mais l'anesthésie. alors même, rendrait l'examen plus facile, car elle permettrait l'introduction forcée et l'écartement du spéculum, sans qu'on soit arrêté par la crainte de produire des douleurs atroces.

Lorsqu'il existe une lésion, que révèle le spéculum, il suffit souvent de la guérir, pour guérir aussi le vaginisme.

Ainsi dans un cas rapporté par la *Lancet*, chez une femme mariée qui ne pouvait plus supporter depuis longtemps les approches conjugales, le coït est devenu possible après un petit nombre de cautérisations au nitrate d'argent, pratiquées tant sur le vagin dont la surface était granuleuse, que sur le col de l'utérus exulcéré.

Pour nous résumer : le vaginisme peut-être de natures diverses.

Le traitement à lui opposer variera suivant sa nature :

Si, sans élément névralgique ou inflammatoire il tient simplement à l'exagération d'une tonicité, normale chez les vierges, il disparaîtra par la seule dilatation.

S'il se rattache à une nevralgie, siégeant sur des parties sans importance, telles que l'hymen, on fera bien, peut-être, d'exciser ces parties.

S'il est causé par quelque lésion, ou par quelque affection, inflammatoire, ou autre, soit du vagin, soit de l'utérus, il faut d'abord s'attacher à guérir cet état local, et ne dilater que si la constriction persiste pendant la durée de l'anesthésie.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE DE LYON — M. BONNARIC.

Du Traitement des Dermatoses par les eaux arsenicales (1)

(Observations recueillies par M. MERLE, interne du service.)

OBSERVATION DE PSORIASIS LOCALISÉ. — Agathe C..., âgée de 28 ans, de Saint-Etienne (Loire), veloutière, d'un tempérament lymphatique. — Pas de maladie de la peau dans la famille; un de ses frères seulement a eu une tumeur blanche à l'un des genoux.

Elle entre le 20 octobre 1866 à l'hospice, dans la salle Sainte-Colette (n° 7). Elle est affectée, depuis six ans, d'un psoriasis localisé aux avant-bras et aux jambes. La maladie, primitivement limitée aux coudes et aux jambes, s'est étendue successivement, et peu à peu, sans que des pommades dont la malade ignore la nature, et qui, du reste, furent employées peu de temps, aient en rien modifié l'éruption.

Mariée à 20 ans, deux grossesses successives n'ont amené aucun changement du côté de la dermatose. Elle entre à l'hospice de l'Antiquaille sur le conseil de ses parents, dans le service de M. Bonnaric. On la soumet, le 24 octobre, au traitement suivant : Tisane dépurative, un globule d'acide arsénieux, pommade au goudron; le 12 novembre, on ajoute aux prescriptions 4 pilules d'aloës et de savon; le 26, on remplace la pommade au goudron par celle à l'iodochlorure de mercure. Le 23 décembre, suspension de toutes les prescriptions. A cette époque, le psoriasis s'est sensiblement amélioré; quelques plaques ont disparu. Pas de traitement pendant un mois. Le 5 février, eau de la *Dominique*, un verre matin et soir; compresses de la même eau sur les parties malades, et, après un certain temps, l'on constate pour cette malade le même résultat que pour celle de l'observation n° 2, c'est-à-dire, amélioration très-sensible, disparition de quelques plaques, puleur de celles restantes, mais pas de guérison complète, ce qui peut être attribué au manque d'eau qui a eu lieu pendant quinze jours, après lesquels elle n'a été reprise que pendant huit. Enfin, au bout de ces huit jours, la malade sort de l'hospice dans un état de santé bien amélioré, mais, avons-nous dit, non complétement rétablie.

OBSERVATION D'ECZÉMA LICHÉNOÏDE DES BRAS, DES PIEDS ET DU DOS DES MAINS. — Marie S..., âgée de 32 ans, de Selle-Barmontaire,

(1) Voir le n° 87 de la *Gazette des Hôpitaux* (du 23 juillet 1867).

lingère, d'un tempérament lymphatique, entre le 8 octobre 1866 à l'hospice, salle Sainte-Philomène, n° 1 ; elle est affectée d'un eczéma chronique des bras, des pieds et du dos des mains ; faible de constitution, elle a été réglée à 14 ans, mais très-irrégulièrement ; depuis l'âge de 15 ans, elle est leucorrhéique. Vers la même époque, apparaît un eczéma autour des poignets et sur la face antérieure des avant-bras. Elle n'a pas subi de traitement jusqu'en décembre 1864, et, dans cet intervalle, l'éruption semblait, dit la malade, prendre de l'extension et devenir plus intense, par suite de l'irrégularité des époques menstruelles.

En 1864, elle entre, le 15 décembre, à l'Antiquaille (salle Sainte-Marie), y reste quatre mois, pendant lesquels, sous l'influence d'un traitement approprié, l'éruption disparaît complétement. Trois mois après la sortie de la malade, réapparition de l'eczéma; nouveau traitement, succès incomplet. Vers la fin de 1865, extension de la maladie aux pieds. Traitement à la consultation gratuite par des pommades au goudron, des prises de soufre et d'arsenic. Persistance de la maladie. Enfin, en octobre 1866, Marie S... entre de nouveau à l'hospice pour être soumise au traitement suivant :

10 octobre. — Tisane dépurative — une cuillerée de sirop antiherpétique — pommade composée de magnésie, 1 gr., soufre, 0,50, onguent citrin et rosat, q. s. — Bains sulfureux.

24 octobre. — Purgation.

12 janvier 1867. — Pommade de la veuve Farnier.

Sous l'influence du traitement précédent, la maladie s'est légèrement améliorée aux bras, mais les pieds ne sont point modifiés.

16 janvier. — Suspension de prescriptions. — Traitement par l'eau de la Dominique (*intus et extra*), un verre matin et soir, ainsi que des compresses imbibées de cette eau sur les parties malades.

29 janvier. — Suspension du traitement faute d'eau. A ce moment, l'eczéma présente une amélioration considérable ; il a diminué d'un tiers de son étendue primitive, et ce qui reste est très-sensiblement modifié, l'épiderme complétement sec, présente à peine quelques squames ; il est légèrement violacé ; il n'y a ni douleur ni prurit, mais il faudrait encore plusieurs semaines de traitement pour compléter la guérison.

Quand au lichen, il n'y en a presque plus de traces sur les bras, et il a complétement disparu sur les pieds.

Après avoir manqué pendant 15 jours, l'eau est reprise le 10 février, pendant 8 jours environ, puis suspendue jusqu'au 2 mars, reprise à cette dernière époque. Le 25 mars, le pied gauche est en voie d'amélioration, et n'offre plus que quelques papules lichénoïdes, mais l'éruption du pied droit a subi une recrudescence. La peau est rouge, l'éruption eczémato-lichénoïde est assez confluente.

Sous l'influence de l'eau de la *Dominique*, reprise le 2 mars, avons-nous dit (*intus et extra*), on constate, le 15 avril, la disparition complète de toute éruption cutanée, soit aux jambes, soit aux bras, et le 25 avril, jour du départ de la malade, sa guérison ne s'était pas encore démentie.

Ces observations portent leurs enseignements, mais elles eussent donné de moins satisfaisants résultats, qu'il faudrait néanmoins convenir que le traitement des maladies de la peau, quand elles se relient à des affections constitutionnelles, souvent héréditaires, par un remède anti-diathésique et reconstituant, est le seul rationnel, et aussi le seul qui, allant détruire le mal dans les tissus, sans le chasser sur un organe, puisse faire éviter ces cruelles métastases qui, en quelques semaines, font quelquefois d'un dermatosique un phtisique, un sourd ou un amaurotique.

Quand aux syphilides, la question n'est pas encore jugée pour l'eau de la *Dominique*, et demande à de nouvelles observations la consécration de l'expérience. A Lyon, nous avons vu une dame guérir, en 50 jours, d'un eczéma syphilitique : observation publiée l'an dernier par la *Gazette des Hôpitaux*; mais nous avons échoué à Vals, chez un jeune homme envoyé à nos thermes par M. le docteur Dondedieu, d'Aigues-Vives (Hérault). Ce malade, il est vrai, se fatiguait beaucoup par de longues courses au soleil, et il partit au bout de 18 jours, alors que les taches syphilitiques commençaient à pâlir.

Il est à croire que nous eussions obtenu plus de succès par un traitement moins limité, favorisé par une plus grande modération dans les promenades et dans le régime, car l'*Escholiaste méd.*, journal de Lisbonne, rapportait, l'an dernier, l'exemple de deux militaires atteints de syphilis, ayant résisté aux agents mercuriaux et à l'iodure de potassium, qui furent guéris par l'arsenic donné à petites doses. On pourrait donc essayer l'eau de la source *Dominique*, quand les autres moyens n'auraient pas réussi.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

Évolution spontanée, dans un accouchement gémellaire

Par le docteur Faliu

Le 17 novembre dernier, vers onze heures et demie du soir, j'étais appelé, rue Babille, n° 3, près de Mme M., en travail d'enfant. Auprès de la malade était une sage-femme, de qui j'appris sommairement qu'après un travail de douze heures, qui n'avait rien offert de bien particulier, était né un premier enfant, médiocrement développé, grêle, mais plein de vie ; que vingt ou vingt-cinq minutes après la naissance de cet enfant, d'autres contractions avaient annoncé le début d'un nouveau travail, et que les difficultés qu'avait présentées ce second accouchement, l'avaient décidée à demander un médecin.

Il s'agissait, en effet, d'une présentation de l'épaule. L'expulsion du premier produit, venu par le sommet, avait eu lieu à huit heures et demie du soir ; c'est donc un peu avant neuf heures qu'avaient commencé à se faire sentir les douleurs de la dernière parturition de cette grossesse double.

A mon arrivée, la main, l'avant-bras et le coude pendaient hors de la vulve. Ces parties étaient violettes, froides et légèrement tuméfiées.

Avant tout autre soin, je cherchai à reconnaître dans quel état était l'enfant, et je m'assurai qu'il ne donnait plus aucun signe de vie. Je passai ensuite à l'examen de la femme et des parties qui se présentaient. La main pendante faisait elle-même le diagnostic de l'épaule ; c'était celle du côté gauche; le bras conduisait le doigt dans l'aisselle, et indiquait que la têtétait à droite ; le dos était donc en avant, et j'avais une présentation de l'épaule gauche en seconde position.

Quant aux parties maternelles, le doigt, arrivé à une certaine profondeur, était arrêté, de toutes parts, par le tronc du fœtus ; l'introduction de deux doigts rencontrait le même obstacle infranchissable : l'excavation était remplie par la portion fœtale à laquelle le détroit supérieur avait pu livrer passage. Ce toucher, sans déplacement de la femme, me fit l'impression d'une évolution spontanée en voie de se faire, mais cette idée ne se fixa pas dans mon esprit, Mme M. souffrait beaucoup encore, et, malgré l'énergie des contractions, aucun changement ne se faisait plus dans cet état de choses, depuis un temps que je ne puis préciser : le doigt ne sentait, en effet, pendant ces fortes douleurs, qu'une immobilité absolue du fœtus.

Je fis mettre la femme sur le bord du lit, je constatai encore l'arrêt complet de la progression du corps engagé, et, par le palper direct, j'acquis, de rechef, la certitude de la cessation des battements du cœur fœtal.

Ce toucher, plus minutieux que le premier, me permit de vérifier qu'une partie du tronc du fœtus était fortement engagée, qu'elle remplissait entièrement l'excavation, et qu'il était impossible de porter la main dans la matrice, même au prix de dégâts que la certitude de la vie de l'enfant n'aurait pu justifier. Cette exploration attentive me donna donc de nouveau la sensation d'un engagement plus considérable qu'on ne le trouve à aucune des présentations de l'épaule, où l'accouchement n'est rendu possible que par le déplacement ou la mutilation du fœtus. De plus, les parties génitales venaient d'être parcourues par un enfant de faible volume, il est vrai, mais qui, néanmoins, n'avait pu le traverser sans le dilater. Indépendamment de cet élargissement mécanique, ces parties me parurent avoir normalement une assez grande ampleur. Ajoutons enfin à ces conditions, favorables à l'évolution spontanée, la probabilité du peu de développement du second fœtus, l'on comprend que l'idée d'un accouchement par le tronc, spontané, ou au moins possible, devait se représenter à l'esprit.

Cependant, avant de tirer sur le bras pendant, ou de songer à un autre parti, je fis une nouvelle tentative pour arriver dans la matrice, dont les contractions semblaient commencer à faiblir ; la même impossibilité m'arrêta. Alors, sans retirer ma main, je poussai mes doigts avec précaution, entre le corps du fœtus et les parties maternelles, et j'exerçai, en arrière surtout, une pression mesurée, lente, mais assez grande, comme pour décrocher une masse fortement retenue par un faible obstacle : de nouveaux faits s'ajoutant à ceux que je possède me permettront peut-être, quelque jour, de prouver l'exactitude de cette expression.

Une contraction plus vigoureuse que les précédentes suivit cette manœuvre, dilata le périnée, ouvrit la vulve, à la commissure de laquelle parut un étroit ruban de peau, dont la pâleur contrastait beaucoup avec la nuance du membre précédent ; cette légère bande atteignit la largeur de deux travers de doigt ; la partie supérieure et latérale gauche de la poitrine du fœtus s'était dégagée, et le mouvement s'arrêta pendant un court repos utérin. De nouvelles contractions amenèrent successivement au dehors le reste du côté et le flanc de l'enfant ; la hanche gauche se montra à la commissure antérieure du périnée : l'extrémité pelvienne se dégagea suivie des cuisses, à un court intervalle. Les genoux arrivés à l'extérieur, il s'opéra un mouvement rapide, qui dégagea les deux jambes, en laissant les pieds dans les parties : ceux-ci se dégagèrent presque immédiatement après plus brusquement encore, et comme repoussés par la détente d'un ressort, mais non pas ensemble : le gauche sortit d'abord, et presque au même instant, le droit, dont la jambe était restée plus fléchie, et qui par conséquent était assez éloigné de son congénère.

Je dis que les parties fœtales, en se dégageant, venaient successivement se montrer à la commissure postérieure de la vulve ; cela n'est pas rigoureusement exact : toutes ces parties sont sorties dans une obliquité peu prononcée, mais manifeste : le dégagement s'est fait en réalité sur la cuisse gauche. Ce fait, surtout remarquable dans l'expulsion des pieds et des genoux, m'a beaucoup frappé, et cependant il est naturel ; car, quelle que soit la flexion du tronc, celui-ci ne peut point venir dans une direction antéro-postérieure parfaite : la direction oblique de la sortie du fœtus est déterminée par la nature, la forme et les dimensions du canal, d'une part ; et de l'autre, par la nature, le volume et la situation du corps qui doit le traverser.

Très-peu après l'expulsion de ces parties, qui étaient maintenant presque transversales de droite et de gauche, et que je soutenais depuis le commencement, le bras et l'épaule gauche franchirent la vulve ; l'épaule droite, masquée par le redressement du bras, fit de même.

Presque instantanément, le fœtus exécuta, dans mes mains, un mouvement de rotation rapide, de gauche à droite, espèce de mouvement de restitution qui amena le dos directement en avant, et plaça l'occiput derrière la symphise du pubis !

A ce moment, une circulaire très-lâche se montra autour du cou de l'enfant, le cordon ne donnait aucun battement. Je continuai de soutenir le corps du fœtus, pendant que la sage-femme s'empressait de couper cette circulaire cervicale, de laquelle il ne s'échappa pas une goutte de sang, et la tête et le bras droit furent extraits sans aucun effort et sans aucun retard.

Cette évolution, à partir de la première phase du dégagement, s'est faite avec une grande régularité, et avec une rapidité à laquelle l'intervention aurait peu ou rien ajouté, même, et surtout, au moment où elle pouvait s'exercer sur les membres inférieurs : on en jugera par la durée et l'emploi du temps que j'ai passé auprès de cette femme.

L'enfant était mort, comme on l'a vu. Sa peau était d'une grande pâleur, excepté à l'épaule et au membre supérieur gauche, dont la couleur cyanosée avait une limite supérieure diffuse, circonstance qui, avec le peu de volume de ces parties, prouvait que la constriction du col n'avait pas persisté fortement ni longtemps à la même place, et que l'engagement, ayant commencé promptement, la déclivité avait autant fait que la compression.

Malgré la certitude de cette mort, et du moment éloigné où elle devait avoir eu lieu, je fis tous les efforts possibles pour ranimer cet enfant. Je fus secondé avec beaucoup d'intelligence par la sage-femme ; mais c'est une résurrection qu'il aurait fallu opérer. Du reste, l'enfant aurait-il pu être rappelé à la vie, qu'il est fort douteux que le succès eût couronné nos longues tentatives. Dans la prévision de la possibilité d'une hémorrhagie, que pouvaient, en effet, faire craindre le volume énorme qu'avait pris le ventre dans cette grossesse, les douleurs d'un premier enfantement et les difficultés présentées, dont il était impossible alors de prévoir le terme, on avait laissé le feu s'éteindre, et ne comptant pas sur un cas aussi difficile et un résultat semblable, on manquait de linge, que le mari ne savait pas donner.

La respiration artificielle mettait en mouvement un grand nombre de mucosités, et produisait un gargouillement bruyant dans la poitrine de ce cadavre : le cœur n'a jamais donné un seul battement. J'ai pensé que, dans ce cas, la mort a dû être précoce et produite par la compression du cordon, pris entre la tête ou le cou du fœtus et la paroi du bassin.

Cet enfant était beaucoup plus beau que le premier-né : s'il n'avait pas le poids et les dimensions d'un fœtus à terme, il en approchait beaucoup.

La délivrance n'a rien offert d'extraordinaire.

Les deux placentas étaient entièrement distincts ; l'un d'eux se laissa extraire sans difficulté ; mais le second résista, quoique la matrice se fût convenablement rétractée : je dus l'abandonner et revenir à la charge jusqu'à trois fois pour le retirer. J'avais appris de l'accouchée que, dans ses couches antérieures, elle avait eu des coliques violentes, suivies de l'expulsion de caillots. Dans le but de vider la matrice du sang coagulé qu'elle pouvait contenir, autant que pour m'assurer qu'il n'y était resté aucun lambeau de membrane, et plus encore pour avoir la certitude que les tractions que j'avais dû exercer sur le cordon du dernier délivré ne l'avait pas renversée à un degré quelconque ; pour toutes ces raisons, j'introduisis la main dans l'organe ; j'ai eu ainsi l'occasion de corroborer ma première compression au sujet de la largeur des parties maternelles.

Quant à ce qui s'était passé avant mon arrivée, je ne l'ai pas su encore ; mais j'ai pu constater que la sage-femme est fort au fait des accouchements.

Avant une heure du matin, j'étais rentré chez moi.

Les suites de couches ont été des plus simples ; si Mme M. a gardé le lit un peu plus longtemps qu'après ses autres accouchements, c'est uniquement pour se conformer au conseil que je lui en ai donné. Elle a eu beaucoup moins de coliques, et celles-ci ont été entièrement modérées.

Mme M. a 28 ans ; elle a une apparence extérieure annonçant la force ; elle est d'une taille au-dessus de la moyenne, fortement musclée et bien proportionnée. Elle est cependant d'un tempérament lymphatique assez accentué. Elle a toussé pendant un an (de 18 à 19 ans), et un médecin a qualifié l'affection thoracique du nom de tuberculisation au premier degré, que son traitement avait guérie. Cependant cette femme, qui a toujours été bien réglée, et qui n'a jamais craché du sang, avait alors une expectoration abondante, et les crachats ne paraissent pas avoir présenté de caractère spécial.

Elle s'est mariée en décembre 1860 ; il y a six ans, par conséquent. Devenue enceinte presque aussitôt, elle est accouchée à terme, d'un enfant *assez long*, mais maigre, et portant autour du cou une anse peu serrée du cordon. Cet enfant mourait du croup deux mois après sa naissance, pendant qu'à peu près au même temps son père mourait de la poitrine.

Mme M. s'étant remariée, ne tarda pas à redevenir enceinte ; mais cette grossesse, qui était double, et *mâle*, dit-on, avorta à deux mois. Une autre grossesse commença peu après, et mena à terme un enfant volumineux, à grosse tête, qui vit encore, et qui ne fut expulsé qu'après un jour et demi de souffrances, tandis que le premier, beaucoup moins fort, quoique aussi grand, n'était né qu'après trois jours et demi de douleurs, dont celles des vingt-quatre dernières heures furent particulièrement violentes. Ce second fœtus avait aussi le cordon passé autour du cou ; mais cette circulaire était très-serrée ; on dut se hâter de la couper : l'enfant était déjà violet *et étouffait*.

De la longueur de ces accouchements, et du résultat du dernier, on doit induire que, si chez Mme M. le bassin est effectivement large, les parties molles offrent une assez grande résistance à la dilatation.

Mme M. ne nourrissant pas, contracta bientôt une nouvelle grossesse, qu'a terminée l'accouchement par le tronc, dont il vient d'être question : *J'ai presque toujours été enceinte ou en couches*, dit-elle.

Les dernières règles ont eu lieu le mardi gras, soit le 13 mars 1866. Des raisons très-particulières permettent à l'accouchée d'affirmer qu'elle a dû devenir grosse dix ou douze jours après. Le travail s'étant déclaré le 19 novembre, on voit que la grossesse n'était pas entièrement à terme, et qu'il lui manquait six à huit jours pour atteindre les neuf mois.

Cette gestation a été mauvaise. Le ventre avait pris des proportions si énormes, que celles-c ont de bonne heure fait naître la crainte d'une grossesse gémellaire. Les digestions sont devenues de plus en plus laborieuses ; les vomissements étaient fréquents, et arrivaient à la suite *d'une pituite*, c'est-à-dire d'un picotement au gosier qui provoquait la toux, que suivaient les nausées et les vomissements. Dans les matières vomies on reconnaissait quelquefois des aliments ingérés vingt-quatre heures auparavant. Cependant, la malade ne maigrissait pas beaucoup.

Un mois avant l'accouchement, les membres inférieurs de cette femme ont commencé à enfler ; ils sont devenus très-volumineux, mais aussitôt après le part, ils ont diminué de volume, et le retour vers l'état normal a été si rapide, que, deux jours après la délivrance, l'œdème avait entièrement disparu. J'ai cru remarquer l'infiltration transversale de la paroi inférieure du bas-ventre, sur laquelle M. Depaul insiste comme étant un symptôme fréquent dans les grossesses doubles. — Mme M. a peu senti remuer. Cette sensation n'a jamais été perçue au côté gauche, et elle a été très-faible à droite : le second enfant, plus fort, était probablement à droite, et les jumeaux étant très-serrés, le premier était réduit à l'immobilité.

Le 17 novembre, à huit heures du matin, débuta franchement le travail, qui marcha avec uniformité jusqu'à deux heures de l'après-midi, heure à laquelle rentra le mari. Mais, à ce moment, il se suspendit totalement, pour ne reprendre qu'après la sortie du mari qui, à son arrivée, avait cru ne pouvoir plus quitter sa femme. Quand il rentra de nouveau, l'accouchement était avancé, et se termina par la naissance d'un enfant, venu en présentation du sommet, grêle, mais vivace, et présentant un assez grand développement en longueur.

C'est peu de minutes après la sortie de cet enfant, que commença le

travail qui amena l'expulsion spontanée, par le tronc, d'un jumeau assez volumineux et privé de vie.

J'ajoute, comme dernier renseignement, que la mère de l'accouchée a eu sa première grossesse double et *mâle*. Et je ferai enfin cette singulière remarque, qu'à chacun des accouchements de sa fille, il y a eu enroulement du cordon autour du cou.

Sur un nouveau procédé de strabotomie

Par le Dr Liebreich.

(Lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 5 avril 1867.)

L'opération du strabisme a pour but de rétablir la vision binoculaire, ou au moins de faire disparaître une difformité disgracieuse. En déplaçant l'insertion d'un ou de plusieurs muscles à la sclérotique, elle change l'effet que les muscles exercent sur la rotation de l'œil. En reculant, par exemple, l'insertion du muscle droit interne, on diminue d'abord un peu la force de ce muscle, par des raisons simplement mécaniques, et l'on change surtout l'effet de sa contraction sur la position de la cornée, parce que cette dernière tourne d'autant plus en dehors que l'insertion du droit interne est plus reculée. Ce muscle trouve l'œil dans une autre position que lorsqu'il avait son insertion naturelle, et ce changement de position modifie la rotation de la cornée, à partir du commencement de la contraction du muscle jusqu'à son terme.

Par le procédé généralement adopté, on peut corriger, dans les cas de strabisme convergent concomittant, une déviation de 2''' à 2 1/2''' chez les adultes, de 2 1/2''' à 3''' chez les enfants. Il faut, au contraire, faire deux ou trois ténotomies, et davantage, si la déviation est plus forte.

Il est d'un grand avantage, pour la symétrie et l'unité des mouvements des deux yeux, de partager l'effet nécessaire en deux opérations, chacune de ces opérations étant successivement pratiquée sur les deux yeux, qu'il s'agisse de strabisme unilatéral ou de strabisme alternant. Les plus grands inconvénients, au contraire, résultent de la répétition de la ténotomie sur le même œil, surtout quand il s'agit de trois ou quatre opérations.

L'effet de cette opération répétée, qui ne peut pas être prévu, est tantôt nul, tantôt trop grand. Les adhérences, formées dans le champ de la première opération, rendent impossible une nouvelle ténotomie régulière. Il suffit de laisser persister le moindre reste de ces adhérences pour voir échouer entièrement la nouvelle tentative. Si, au contraire, pour détruire ces adhérences, on est obligé de faire une opération très-étendue, il en résulte souvent un excès d'effet, c'est-à-dire de la divergence avec diminution de la mobilité, l'enfoncement de la caroncule, la proéminence de l'œil, en un mot, tous les inconvénients de l'ancien procédé, délaissé depuis longtemps.

Le désir de remédier à ces difficultés par une modification du procédé opératoire m'a déterminé, il y a de cela deux ans, à faire des recherches sur la relation anatomique entre les muscles, la capsule de Ténon, la sclérotique, la conjonctive, la caroncule, etc.; et d'étudier, d'autre part, l'effet mécanique de la strabotomie.

Voici le résultat de ces recherches :

La capsule de Ténon qui enveloppe tout le globe de l'œil, sauf la cornée, se compose de deux moitiés essentiellement différentes. La moitié postérieure plus solide forme une cavité lisse, dans laquelle l'œil tourne comme la tête d'une articulation énarthrodiale. Les quatre muscles droits qui la perforent sont, au lieu même de la perforation, solidement unis à la capsule, de façon à ne pas pouvoir se déplacer, et cette union est rendue plus intime encore par des épanouissements de la capsule, qui partent de sa face externe et se dirigent vers la cavité orbitaire, en fournissant aux muscles les gaînes qui les entourent.

Par contre, il n'existe aucun épanouissement de la capsule se dirigeant vers sa cavité, et les muscles tout à fait à nus, à partir du point où ils ont perforé la capsule, sont recouverts par la moitié antérieure de celle-ci, et unis à elle avant de s'insérer à la sclérotique.

La moitié antérieure de la capsule forme ainsi le couvercle d'une coupe représentée par la moitié postérieure. Elle est beaucoup plus mince que cette dernière et difficile à étudier, surtout sur le cadavre, car elle perd beaucoup, après la mort, en épaisseur et en solidité.

Si l'on examine cette moitié, en partant du pôle antérieur de l'œil pour se diriger vers la périphérie, on la voit commencer par une ouverture circulaire répondant à la forme et à la grandeur de la cornée, et dont le bord est solidement fixé à la sclérotique. La conjonctive, la capsule et la sclérotique sont étroitement unies entre elles dans l'étendue d'une zone limitée, d'une part, par le bord de cornée, d'autre part, par la ligne fictive qui réunirait les insertions des quatre muscles droits. Ces conditions changent à la périphérie de cette zone. Là, les muscles se glissent entre la capsule et la sclérotique, et interrompent l'union de ces deux membranes, qui ne sont plus liées que par un tissu connectif irrégulier et lâche, c'est ce tissu qui a probablement provoqué la description des gaînes qui accompagneraient les muscles jusqu'à leurs insertions sur la sclérotique. Cette description, donnée par M. J. Guérin et reproduite encore dans la plupart des derniers traités d'ophthalmologie, est généralement admise et a même servi de base pour expliquer l'effet de la ténotomie et la différence qui existe entre l'ancien procédé et le procédé actuel. Pourtant cette description est erronée, ces gaînes n'existent pas. Les muscles sont, au contraire, comme nous l'avons déjà dit plus haut, tout à fait nus, du moment où ils entrent dans la capsule, et ce n'est que la moitié antérieure de la capsule qui adhère à la surface externe des extrémités antérieures des quatre muscles droits.

Cette partie de la capsule est réunie à la conjonctive et cette union est assez étroite jusqu'à une ligne irrégulièrement circulaire qui se dessine, pendant les mouvements excentriques de l'œil, au fond de l'enfoncement du sac conjonctival du côté vers lequel l'œil s'est dirigé. Si la conjonctive n'était pas adhérente à la capsule jusqu'à cette ligne, elle formerait à chaque mouvement excentrique de l'œil un prolapsus au lieu d'un enfoncement. La réunion de ces deux membranes est relâchée à partir de cette limite circulaire. Une partie du tissu cellulaire qui compose la moitié antérieure de la capsule se replie pour former le tissu sous-conjonctival des paupières. Une autre partie s'applique au bord de la moitié postérieure de la capsule, pour fermer la cavité. Il n'existe pas une transition directe entre les deux moitiés de la capsule. Le bord de la moitié postérieure se prolonge, au contraire, vers le bord orbitaire, formant, pour ainsi dire, un ligament suspenseur qui réunit la capsule et le bord de l'orbite.

Ce que nous venons de dire entraîne trois conséquences :

1° Les muscles droits ont une double réunion avec la capsule de Tenon ; la première fixe le muscle très-solidement dans la *capsule postérieure*, la seconde attache la surface externe de l'extrémité antérieure du muscle à la moitié antérieure de la capsule ;

2° La conjonctive attachée à la surface externe de la capsule, à partir du bord de la cornée jusqu'à la ligne circulaire indiquée plus haut, est par cette réunion en rapport avec les muscles;

3° La caroncule et le pli semi-lunaire reposent sur un ligament qui s'étend entre la capsule et le bord de l'orbite. Pendant que l'œil se dirige en dedans par une contraction du droit interne, cette même contraction exerce, d'une part, une tension sur le ligament qui supporte la caroncule et rapproche celle-ci de la paroi orbitaire, d'autre part, elle attire la capsule antérieure et avec elle la conjonctive et le bord externe de la caroncule dans un enfoncement qui empêche un prolapsus de la conjontive.

Il résulte du premier de ces trois points, pour le mécanisme de la strabotomie, qu'on n'obtient un déplacement de l'insertion du muscle qu'en déplaçant en même temps la partie de la capsule qui le recouvre, car c'est cette partie qui détermine la relation entre le muscle et la sclérotique, après la section du tendon. De sorte que, s'il était possible de couper l'insertion du tendon tout en laissant la capsule intacte, cette dernière obligerait le muscle de s'insérer à la même place et empêcherait de cette façon tout déplacement. Mais il n'est pas possible de faire une ténotomie sans intéresser la capsule, car au point où se pratique l'opération, muscle et capsule sont intimement unis. Dans la ténotomie sous-conjonctivale elle-même, tout en conservant la conjonctive, là où elle recouvre le muscle, on tranche la capsule tout le long de l'insertion musculaire. C'est précisément cette incision verticale de la capsule qui permet de déplacer en arrière la partie de la capsule antérieure qui recouvre le muscle, la partie de la capsule postérieure qui en fixe le ventre et avec cela, l'insertion même du muscle. On peut augmenter un peu le déplacement en agrandissant légèrement l'incision de la capsule, peu cependant, à raison de la circonstance que nous avons mentionnée sous le n° 2. L'union entre la conjonctive et la capsule empêche cette dernière de reculer, si l'on ne fait pas une incision dans la conjonctive de la même direction et de la même étendue que celle de la capsule. Une pareille incision, tout en permettant à la conjonctive, à la capsule et au muscle de se déplacer fortement en arrière amènerait la série d'inconvénients que nous avons indiqués et expliqués sous le n° 3.

En effet, la disposition qui relie entre eux le muscle, la capsule et la caroncule fait que après une large incision verticale de la conjonctive et de la capsule, le muscle dont le tendon est coupé, relève fortement en arrière la caroncule et le pli semi-lunaire. Il donne à ces parties pour le regard direct, la position qu'il n'occupe dans l'œil normal que pour l'extrême rotation de l'œil en dedans ; avec cela on voit se produire un écartement trop grand entre la caroncule et la cornée, ce qui donne à l'œil cette expression désagréable, caractéristique de l'ancien procédé.

Pour éviter ces inconvénients, tout en obtenant un effet plus grand que celui qu'on peut produire par la méthode actuellement en usage, j'ai imaginé le procédé suivant :

Ténotomie du droit interne.

Après avoir fait une petite incision dans la conjonctive, près de l'extrémité inférieure de l'insertion du tendon, je pénètre avec les ciseaux entre la capsule et la conjonctive ; je sépare soigneusement ces deux membranes jusqu'au pli semi-lunaire et je détache ce dernier ainsi que la caroncule, des parties sous-jacentes. De cette façon, la conjonctive et la caroncule sont devenues indépendantes du muscle et de cette partie de la capsule qui domine le déplacement. La section du tendon, qui, dans mon procédé, constitue le deuxième temps de l'opération, est exécutée de la façon habituelle. Le troisième temps consiste dans le débridement de l'incision capsulaire, dosée soigneusement, selon le besoin. De la grandeur de cette incision et de sa direction dépend le plus ou moins grand effet de l'opération.

Je ferme la plaie conjonctivale par une suture après avoir contrôlé l'effet immédiat de l'opération.

Le même procédé s'applique à la ténotomie du droit externe pour les cas de strabisme divergent. Il faut dans ces cas séparer la conjonctive de la capsule jusqu'à cette partie qui, pour le regard en dehors, se trouve au fond du sac conjonctival.

Les avantages essentiels de mon procédé sont les suivants : 1° une très-grande liberté et une très-grande latitude dans la façon de doser et de distribuer l'effet de la strabotomie ; 2° l'absence complète d'un enfoncement de la caroncule et de cicatrices comme la ténotomie habituelle en occasionne quelquefois ; 3° la possibilité de corriger les plus hauts degrés de strabisme par deux ténotomies et d'éviter, par conséquent, d'en faire plus d'une sur le même œil. Quant au premier de ces avantages, il permet de produire, selon le besoin, la correction de 2 1/2''', 2''' et moins comme par la ténotomie ordinaire ou d'augmenter l'effet jusqu'à la correction de 4''' et même de plus chez les adultes, de 5''' et plus chez les enfants. Cependant je ne propose nullement de corriger toujours par une seule ténotomie des strabismes aussi prononcés (c'est-à-dire de 4''' chez les adultes et de 5''' et plus chez les enfants); je préfère, de beaucoup, au contraire, distribuer l'effet sur les deux yeux d'après les règles indiquées par M. de Graefe. Ce n'est qu'exceptionnellement que je corrige une déviation aussi forte par une seule ténotomie et cela dans des cas où la mobilité de l'œil strabique a augmenté du côté nasal pendant que la fente palpébrale ne paraît pas plus ouverte que celle de l'autre œil. Si, par des circonstances accidentelles, à cause du départ de l'individu, par exemple, il n'est possible de faire qu'une fois l'opération, je préfère produire l'effet augmenté par mon procédé à l'opération simultanée des deux droits internes. Je me contente le plus souvent d'une seule ténotomie si la déviation ne dépasse pas 3''' chez les adultes ou 4''' chez les enfants. Quant au deuxième avantage : l'absence complète de l'enfoncement de la caroncule et d'une cicatrice conjonctivale, il distingue les résultats de mon procédé de tous ceux qu'on a obtenus jusqu'à présent.

La suture conjonctivale exigée pour ce résultat n'a jamais les moindres inconvénients. Il est essentiel de l'appliquer avec beaucoup de soin de façon à remettre la muqueuse dans sa position naturelle et à éviter chaque déplacement des bords de la plaie ; on peut même, en cas de besoin, appliquer plusieurs sutures, pourvu qu'on se serve d'aiguilles très-fines et de la soie la plus déliée.

J'attache la plus grande importance au troisième avantage : la possibilité de corriger les plus hauts degrés de strabisme par deux ténotomies et d'éviter, par conséquent, d'en faire plus d'une sur le même œil. J'espère que tous les opérateurs qui reconnaissent les grands inconvénients de la répétition de trois ou quatre ténotomies chez le même individu, adopteront mon procédé au moins pour les hauts degrés de déviation.

Il ne faudrait pas juger la méthode d'après l'effet immédiat qui diffère beaucoup de l'effet définitif de l'opération. La différence est beaucoup plus grande que dans la ténotomie ordinaire et c'est surtout la diminution de mobilité qui est très-grande immédiatement après l'application de mon procédé, surtout quand on a corrigé une très-grande déviation et qui, cependant, dans le résultat définitif, n'excède nullement celle qui est produite par une ténotomie ordinaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 5 avril 1867. — Présidence de M. Boys de Loury.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le président annonce à la Société que MM. Voisin, Aimé Martin et Worms ont obtenu des récompenses au concours de 1866, de l'Académie des sciences.

M. Loir, membre honoraire, fait hommage à la Société de son travail sur « l'Etat civil des nouveau-nés au point de vue de l'histoire, de l'hygiène et de la loi ; Paris, 1865. » 2e édition.

M. Forget insiste sur ce que M. Loir a tout fait dans cette question ; c'est lui qui l'a posée et résolue. Il n'a point obtenu la récompense qu'il méritait, et c'est à peine si son nom est cité aujourd'hui.

M. Worms propose de voter des remercîments à M. Loir, et il demande que la Société, en vertu de son caractère officiel, appelle l'attention de M. le Préfet de la Seine sur les travaux de M. Loir.

Cette proposition est adoptée par la Société.

ÉLECTIONS

— Le vote sur la candidature de M. Giraldès a lieu. M. Giraldès est élu membre titulaire de la Société à la majorité des suffrages.

RAPPORTS

M. Charrier lit un rapport sur la candidature de M. Gallard, et conclut favorablement à la nomination du candidat. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Aimé Martin lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Viennois, de Lyon, au titre de membre correspondant. Les conclusions sont favorables. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

LECTURE

M. Liebreich lit un mémoire sur un procédé nouveau de strabotomie. Il présente plusieurs personnes qu'il a opérées avec succès. (Voir plus haut.)

M. Motet fait hommage à la Société d'un mémoire sur le *Cauchemar* qu'il a publié dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Aimé Martin.

CORRESPONDANCE

A propos de l'ataxie locomotive.

A Monsieur le Directeur de la Gazette des Hôpitaux,

Monsieur le Directeur,

Dans l'historique qui accompagne l'observation d'anesthésie complète, unilatérale, sans ataxie locomotrice, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* des 20 et 23 juillet, j'ai remarqué une omission à laquelle je vous demande la permission de suppléer.

La question sur laquelle porte l'intérêt de cette observation se résume en les termes suivants :

L'ataxie locomotrice est-elle le résultat d'une abolition ou diminution de la sensibilité générale ou spéciale des téguments, de la sensibilité générale (sensibilité à la pression, à la section, à l'électricité), ou spéciale (sens musculaire, sentiment d'activité musculaire, conscience musculaire, etc.) des muscles ou de la sensibilité mixte (réunion de toutes ces sensibilités nettes ou confuses, dont aucun tissu des membres n'est dépourvu)?

Elle est ancienne, et, si je ne m'abuse, jugée. Dès 1863, je m'y attachai d'une façon toute particulière dans trois chapitres de l'ouvrage que j'ai publié sur l'ataxie locomotrice, et que l'Académie et la Faculté de Médecine ont toutes deux jugé favorablement. Depuis, dans les numéros des 11 et 25 mars 1865 de *l'Union médicale*, j'y suis revenu pour réfuter l'opinion opposée de M. Jaccoud.

Je montrai, à l'aide d'observations nombreuses et détaillées, que, dans un membre où l'ataxie existe parallèlement avec l'anesthésie cutanée ou l'anesthésie musculaire, il n'y a aucun rapport nécessaire entre le développement et l'intensité de l'un et l'autre symptôme. Puis, pour ne parler que des cas relatifs à la maladie, la sclérose spinale postérieure, où le symptôme se montre avec sa physionomie la mieux accentuée, je produisis 18 cas d'ataxie locomotrice sans la moindre trace d'anesthésie cutanée, dans la même région ou le même membre, et 22 sans la moindre trace d'anesthésie musculaire.

Pour l'anesthésie que j'appelle mixte, que M. Axenfeld désigne du nom d'anesthésie, et que le malade exprime par le mot engourdissement, la constatation en est si difficile, que je n'en donnai qu'un cas où elle fit défaut. Mais il était très-net, et depuis, j'en ai rencontré un second. Je fis voir ensuite que le résultat de la section des racines postérieures chez les animaux,

pratiquée en France et en Allemagne, était une sorte de paralysie, une inertie des mouvements, et non une excitation des mouvements analogue à l'ataxie locomotrice.

D'ailleurs, et ainsi que je l'ai développé, il n'est d'aucune nécessité que l'on invoque une forme quelconque d'anesthésie, comme l'ont fait MM. Brown-Séquard, Jaccoud, etc., pour expliquer la production du phénomène.

Dans la locomotion ordinaire, la volonté commande au début et à chaque modification du mouvement, la moelle coordonne, et la sensibilité périphérique n'intervient que lorsque la volonté se tait et pour entretenir automatiquement le mouvement commencé. Or, l'ataxie locomotrice est le désordre de la fonction de coordination ou pouvoir réflexe de la moelle. Elle se produit à chaque incitation venue du cerveau, à chaque nouvel effort du malade, et seulement dans ces conditions. Dès que les incitations de la volonté cessent, les mouvements convulsifs de l'ataxie s'arrêtent, les cliniciens le savent bien. La sensibilité périphérique est donc hors de cause, bien que son altération ne puisse qu'accroître le désordre.

Aussi ai-je été très-affirmatif lorsque, page 539 de l'ouvrage indiqué, j'ai ainsi conclu : « L'ataxie locomotrice ne dépend ni de l'anesthésie cutanée, ni de l'anesthésie musculaire, ni de l'anesthésie mixte. » Ceci entendu, je reconnais que l'intéressante observation de M. Martineau est l'heureuse contre-partie des miennes, et qu'en nous montrant l'ataxie locomotrice absente, lorsque l'anesthésie porte à la fois sur les téguments, les muscles, les os, etc., elle vient corroborer l'opinion que j'ai soutenue.

Veuillez agréer, etc. PAUL TOPINARD.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

120. Viger. — Considérations sur les maladies générales.
121. Bachelet. — Des abcès stercoraux.
122. Guiol. — Essai sur l'albuminurie syphilitique.
123. Pelvet. — Des anévrysmes du cœur.
124. Piettre. — Considérations sur l'os molaire et sur quelques affections qui peuvent l'atteindre.
125. Ladevèze. — Quelques considérations sur la gangrène clycoémique.
126. Blanc. — Du cancer, du col de l'utérus et de son ablation par la ligature extemporanée.
127. Guérin. — De l'emploi de l'alcool dans le traitement des blessures de guerre.
128. Coursages. — De l'entropion et de son traitement
129. Boyer. — De la théréhentine, son emploi dans quelques maladies.
130. Fontan — Eaux sulfureuses maturelles — de leurs effets physiologiques et de leurs principales applications thérapeutiques.
131. Monchet — Des affections secondaires du Choléra observées dans l'épidémie du 1866.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret impérial en date du 11 juillet 1867 :

M. Ehrmann, doyen et professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté de services.

M. Ehrmann est nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

— Par divers arrêtés ministériels :

Faculté de médecine de Strasbourg. M. Ehrmann, ancien doyen de la Faculté de médecin, de Strasbourg, est nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

M. Stoltz, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Ehrmann.

— L'Égypte présente un certain nombre de maladies qui, — sans lui être exclusivement propres, — se rencontrent rarement ailleurs. Une Société médicale d'observation vient de se créer à Alexandrie (Égypte).

Nous serons heureux de tenir nos lecteurs au courant des travaux de cette Société.

— Il sera ouvert, le 25 novembre prochain, 1867, à Grenoble, dans la salle du Conseil d'administration des hospices de cette ville, un concours :

1° A deux places de chirurgien titulaire ; 2° à deux places de médecin-adjoint ; 3° à deux places de chirurgien-adjoint.

S'adresser au secrétariat des hospices, de la ville de Grenoble pour les renseignements.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Goubert, si connu de tous les amis des sciences naturelles, par le dévouement avec lequel il dirigeait des excursions scientifiques.

— Des expériences anesthésiques avec le gaz protoxide d'azote, seront faite publiquement, lundi prochain, 29 juillet, à 8 h. précises du soir, devant la Société médicale du sixième arrondissement (Mairie de la place Saint-Sulpice), par Mister Colton.

Les membres de la Société invitent leurs autres confrères à assister à ces expériences.

— On demande un médecin pour la province, très-bonne place, Pour tous renseignements, s'adresser à M. Raffin, 3, rue Martel, Paris. Tous les jours avant midi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ;— à Genève, chez JULLIEN frères ;—pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

ETRETAT, vingt années d'expérience aux bains de mer, guide médical et hygienique aux bains de mer, par le docteur de MIRAMONT, médecin inspecteur des bains de mer d'Etretat, 1 vol. in-12, prix : 1 fr. 50. — Paris 1867. Adrien Delahaye.

Etude sur le traitement de la suette miliaire. avantage des bains tièdes, par le docteur BASTARD, un vol. in-8., prix : 4 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Médecine à l'Exposition universelle de 1867, guide catalogue publié par la Société médicale Allemande de Paris, 1 vol. in-18 de 80 pages, 1 fr. 50. — Paris, 1867. — GERMER-BAILLIÈRE.

Etude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et son traitement chirurgical, par le docteur Laskowski, Mémoire grand in-8, prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867. — Adrien Delahaye.

Essai sur l'emploi thérapheutique de l'alcool chez les enfants et en général sur le rôle de cet agent dans le traitement des maladies aiguës fébriles, par le docteur GINGEOT, ancien uinterne des hôpitaux de Paris, etc., 1 vol. in-8, prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Notes historiques et médicales sur l'établissement thermal de BOURBON-LANCY, in-8. de 40 pages, prix : 0 fr. 75. — Paris, 1867, I. B. Baillièri et fils.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Deux volumes in-8. Prix : 11 fr. — Paris, 1865. Adrien Delahaye.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur GARROD. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8 accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. avec un joli cartonnage en toile, 13 fr. Paris, 1867. — Chez Adrien Delahaye.

Traité pratique des maladies des yeux, par FANO, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 fig. et 20 dessins en chromolithographie. Prix : 17 fr. — Paris 1866, Adrien Delahaye.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par le Dr. CHASSAIGNAC. 2 vol. gr. in 8 compactes. Prix : 18 fr.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr. CHASSAIGNAC, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec huit planches, par M. de docteur CHASSAIGNAC. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr. E LE SOURD.

Paris. — Imp A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT — POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 29 JUILLET 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. — M. Matteuci vient de faire une communication fort importante sur certains effets que produisent les courants électriques en traversant les nerfs.

Pour rendre compte pleinement des résultats obtenus par lui, il aurait fallu exposer des lois et des principes de physique transcendante qui ne seraient point à leur place dans un journal de médecine.

Il nous a paru préférable d'en donner une idée sommaire en procédant par comparaison.

Lorsqu'on a fait passer dans un fil un courant électrique suivant une direction déterminée, si l'on interrompt ce courant, par cela même, il s'en produit un autre, momentané, qui suit la direction contraire. Le courant primitif, engendré par la pile, allait-il de gauche à droite dans le fil en question, le courant secondaire ira de droite à gauche. On pourrait dire que ce courant résulte de la résistance que le fil avait opposée au passage du courant primitif; que les dernières molécules électriques en mouvement, pour ainsi dire, se trouvent rejetées en arrière par une sorte de réaction, semblable à celle qui, sur un billard, amène le recul de la bille, ou à celle qui produit les ricochets à la surface de l'eau.

Mais, si le corps traversé contenait des liquides dont certaines molécules sont déjà dissociées, ou sur le point de l'être, par le passage du courant primitif, cet écartement des atomes produit l'effet de petits ressorts qui viendraient accroître la résistance, arrêter au passage une plus grande quantité de molécules électriques et prolonger le courant secondaire, en se détendant l'un après l'autre.

Bien entendu, cette interprétation ne doit pas se prendre à la lettre.

Scientifiquement, on ne doit pas ainsi matérialiser le courant, l'état électrique des molécules, et les actions chimiques primitives et secondaires : celles qui se font sous l'action du courant et qui l'affaiblissent, celles qui se font en sens contraire et le reproduisent, quand il a cessé.

Aussi n'est-ce point une formule que nous cherchons, mais une image qui, toute grossière qu'elle soit, donne au moins une idée des choses.

Venons-en maintenant aux expériences de M. Matteuci.

Antérieurement, ce savant avait démontré que tout corps ayant une structure capillaire et imbibée d'un liquide conducteur, une fois qu'il a été traversé par un courant électrique, est devenu dans tous ses points un électro-moteur secondaire. C'est-à-dire qu'il donne lieu pendant un certain temps à un courant, dont la direction est en sens contraire de celle du courant primitif, fourni par la pile. Pour obtenir et constater ces résultats, une pile de huit à dix petits éléments, un galvanomètre de 24 à 30,000 tours peuvent suffire.

Le fait intéressant surtout pour les physiologistes et pour les médecins, c'est que le nerf présente ces phénomènes avec une intensité et une persistance beaucoup plus grandes que tous les autres corps essayés à ce point de vue par M. Matteuci.

Tandis qu'avec les corps les mieux doués de polarités secondaires, il n'avait, toutes les autres conditions étant égales, qu'une déviation de 25 ou 30 degrés au plus à son galvanomètre, déviation cessant après quelques minutes ; avec le nerf sciatique d'un poulet, d'un lapin, d'une brebis, le courant secondaire poussait l'aiguille à 90 degrés et persistait à la tenir déviée de 15 à 20 degrés, même après plusieurs heures. Le nerf pris sur un animal mort depuis vingt-quatre heures et sur un animal tué avec le curare, le nerf qui a été dans un mélange frigorifique à — 10 ou — 12 degrés centigrades, qui a été dans l'eau chauffée à + 25 ou + 30 degrés centigrades, le nerf intègre et pris sur l'animal vivant, le nerf pris sur un animal tué avec les décharges d'un appareil d'induction, le nerf coupé et réuni ensuite par le contact, acquièrent dans tous ces cas le pouvoir électromoteur secondaire dans tous leurs points, et cela, en ne faisant passer le courant que pendant une fraction très-petite de seconde. Il n'y a qu'une manière d'enlever au nerf cette propriété : c'est de détruire sa structure ou par la compression, ou par la chaleur de l'eau bouillante. Pour détruire les polarités secondaires, une fois produites, il est également nécessaire de recourir à la chaleur ou à l'immersion dans l'eau chaude, ou à la compression.

Comme on le voit, il ne s'agit point là d'une propriété vitale, puisqu'elle existe dans le nerf mort, dans les tronçons de nerf réunis bout à bout.

C'est, pour ainsi dire, une propriété de structure intime, de disposition moléculaire ; et la compression la détruit, en modifiant cette structure, cette disposition.

Du reste, les actions chimiques y prennent bien une certaine part, comme il est facile de s'en assurer en prolongeant pendant deux ou trois heures le passage du courant fourni par la pile.

Alors on trouve que la moitié du nerf, la plus rapprochée du pôle positif, et surtout son extrémité par laquelle entre le courant, donne une réaction alcaline bien marquée, et cela même dans l'intérieur du nerf; l'autre moitié, celle tournée vers le pôle négatif, donne une réaction acide plus faible.

Mais tout ne se réduit point à de simples actions chimiques, car l'intensité du phénomène varie suivant le sens du courant primitif.

Si le courant secondaire est centrifuge, autrement dit *direct*, il est plus intense que ne le serait dans les mêmes circonstances un courant secondaire *inverse*, c'est-à-dire centripète. Aussi le courant de la pile, le courant primitif, doit-il être *inverse* pour produire le plus grand effet, car c'est alors qu'il donne naissance au courant secondaire direct.

Les alcalis faibles augmentent l'excitabilité du nerf, les acides les diminuent. M. de Humboldt l'avait dit, et M. Matteuci l'a vérifié. Mais les conséquences qu'il déduit de cette observation ne nous ont point paru bien rigoureuses.

— Chose curieuse! l'éther endort la sensitive ; il la rend insensible à toute excitation : sous l'influence de l'anesthésie, si nous pouvons nous exprimer ainsi, les pétioles de cette plante deviennent complétement incapables de tout mouvement provoqué; mais les mouvements lents, spontanés, qui constituent leur oscillation quotidienne n'en continuent pas moins comme à l'ordinaire.

Voici les dernières conclusions du travail que M. P. Bert vient d'adresser sur ce sujet.

« Les mouvements spontanés reconnaissent pour phénomène antérieur une modification dans l'afflux du liquide que contient le parenchyme des renflements. Les mouvements provocables n'ont pu être encore rapportés à une cause prochaine.

» La sensitive se rapproche des êtres animés par la présence d'éléments qui transmettent les excitations (faisceaux fibro-vasculaires) et déterminent le mouvement (cellules des renflements); elle leur ressemble encore par ce fait, que l'excitabilité n'appartient chez elle qu'aux éléments doués de motricité ou de transmissibilité. Pour obtenir un mouvement, en effet, il faut irriter ou les faisceaux fibro-vasculaires, ou les renflements basilaires.

» Elle s'en éloigne par l'absence d'éléments contractiles et par les rapports anatomiques et fonctionnels directs qu'affectent ses éléments excitables, transmetteurs et excitateurs, avec ses éléments moteurs. Il n'y a, en effet, rien chez elle qui ressemble à des centres nerveux intermédiaires entre l'excitation extérieure et le mouvement.

» L'action des anesthésiques éloigne la sensitive des animaux au lieu de la rapprocher d'eux. »

Hôpitaux. — Nous avons déjà parlé précédemment d'une femme qui était entrée dans le service de M. Richet pour une tumeur de l'arrière-bouche. Avant de songer à l'opérer, M. Richet a voulu tenter l'action de l'iodure de potassium, et cette malade allait déjà mieux au bout de quelques jours.

Aujourd'hui la tumeur est extrêmement réduite ; la malade peut avaler et parler sans difficulté.

A ce sujet, M. Richet rapportait le cas d'un autre malade qu'il avait vu en consultation très-récemment. Chez ce malade on trouvait deux tumeurs qui siégeaient, l'une sur la langue, l'autre sur une partie correspondante du voile du palais. Ces deux tumeurs se touchaient par leurs faces. M. Richet, en les examinant, ne voulut pas croire à des tumeurs épithéliales ou cancéreuses, à des tumeurs de mauvaise nature. Leurs surfaces lui semblaient trop lisses ; en les pressant on n'en faisait sortir aucun liquide. D'ailleurs elles se correspondaient, comme les plaques muqueuses des lèvres, où l'une est produite par l'inoculation de l'autre. M. Richet conclut que ces tumeurs étaient sans doute syphilitiques. Le médecin qui avait provoqué la consultation, très-compétent en fait de syphilis, était d'un avis tout à fait contraire. En interrogeant le malade, on ne pouvait pas découvrir d'antécédent bien net.

Cependant on administra l'iodure de potassium, et après quelques jours les tumeurs diminuèrent d'une manière tellement sensible que le malade voulut sortir de l'hôpital.

Ceci me rappelle un autre fait dont j'ai été témoin, à l'Hôtel-Dieu, il peut y avoir une dizaine d'années.

Un sergent de ville était entré dans le service de Jobert (de Lamballe), pour une tumeur de la clavicule. Le professeur était en vacance, et un agrégé très-instruit le remplaçait. Cette tumeur était fluctuante sur certains points ; le malade disait n'avoir jamais eu d'autre accident vénérien, que dix-sept ans auparavant, un chancre, qui aurait disparu en quelques jours : jamais, du reste, ni éruption, ni mal de gorge, ni douleurs nocturnes.

Le chef de service crut à une nécrose de la clavicule, et il se disposait à exciser cet os, lorsque revint Jobert (de Lamballe). Malgré l'ancienneté du chancre, malgré l'absence d'antécédent bien net, celui-ci reconnut une périostite syphilitique et fit administrer l'iodure de potassium à hautes doses. En un temps très-court, la guérison complète fut obtenue.

Il est bon de se rappeler de pareils exemples, car ils peuvent empêcher de faire des opérations inutiles. Quelque douteuse que soit la syphilis, il faut d'abord la supposer.

— Un homme avait eu le gros orteil écrasé par le pied d'un cheval. Quelques jours après il entra à l'hôpital des Cliniques. Les mouvements de l'articulation qui unit les phalanges était très-douloureux, et en les produisant on percevait des frottements rudes, une sensation presque analogue à celle que produiraient des noix glissant les unes sur les autres. On pouvait croire l'articulation compromise à tout jamais.

Cependant M. Houel qui avait observé, avec M. Nélaton, plusieurs faits semblables, espéra obtenir une guérison complète, sans ankylose. Il fit immobiliser cet orteil par un appareil inamovible. Nous assistâmes avant-hier à la levée de cet appareil. L'articulation était mobile, indolente, et les frottements avaient presque complètement disparu.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. JACCOUD.

Abcès du foie. — Ponctions multiples. — Pleurésie suppurée. Autopsie.

(Observation recueillie par M. Georges DIEULAFOY, interne du service.)

Le 2 du mois de mars, le nommé S....., âgé de trente-cinq ans, exerçant la profession de boulanger, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, dans le service de M. Jaccoud. L'amaigrissement du malade, sa teinte jaune sale, qui tient le milieu entre la couleur due au cancer et l'aspect que donne l'intoxication palustre, font penser d'abord à l'existence d'une cachexie.

Ce qu'on peut saisir de plus net, d'après les renseignements que donne le malade, c'est que, jouissant habituellement d'une bonne santé, il n'est arrêté que depuis deux mois seulement. Ses forces ont notablement diminué ; une diarrhée, peu inquiétante du reste, ne le quitte pas, et tous les jours, à peu près à la même heure, vers midi, il est pris d'un accès de fièvre, dans lequel les frissons ont la plus large part.

Comme hérédité, rien d'important à signaler ; comme antécédents, notons une légère atteinte de choléra, pendant l'épidémie de 1866.

Les différents viscères sont examinés avec soin. Le thorax est bien conformé, les poumons paraissent sains, la rate n'est pas hypertrophiée, le foie seul est un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

Les urines sont traitées par divers réactifs ; on n'y trouve ni sucre, ni albumine, ni matières colorantes de la bile.

Basé sur de tels signes, le diagnostic dut rester en suspens ; on s'en tint aux indications, et instituant la médication des symptômes, on donna contre la diarrhée 5 grammes de bismuth, avec une dose égale de craie préparée, et contre les accès fébriles quotidiens, 6 grammes de quinquina dans du café noir.

Dès le lendemain, les accidents étaient modifiés ; la médication fut répétée trois jours de suite ; les frissons disparurent, et la diarrhée s'arrêta.

Toutefois, il était évident qu'on avait combattu les symptômes, mais qu'on n'avait pas déraciné le mal. Quinze jours se passèrent ; l'appétit était mauvais, le pouls faible, la teinte cachectique se prononçait, l'amaigrissement faisait des progrès, des frissons reparaissaient de loin en loin, et un réseau de veines sous-cutanées se dessinait dans la région du foie, qui devenait plus saillante.

L'idée d'un cancer hépatique se présenta, et pendant quelques jours, un peu à regret, mais faute de mieux, on s'en tint à ce diagnostic.

2 avril. Le volume du foie a fait des progrès, on remarque surtout une saillie située dans un espace compris entre la septième et la dixième côte d'une part, et d'autre part entre les lignes axillaire et

mammaire prolongées. La matité totale commence en haut, au niveau de la cinquième côte, et ne s'arrête qu'à deux travers de doigt au-dessous des côtes flottantes.

8 avril. La région hépatique n'est pas douloureuse, le réseau veineux superficiel est très-caractérisé; les dernières côtes refoulées, placées dans la situation qu'elles occupent au moment d'une forte inspiration, tiennent les espaces intercostaux constamment élargis, de sorte qu'en pressant à ce niveau, on éprouve sous les doigts comme une sensation de fluctuation profonde et mal caractérisée.

Alors, tenant compte de l'accroissement rapide de cette tumeur qui se formait sous nos yeux, de la diarrhée qui se montrait par moments, des frissons du début, on s'arrêta à cette idée, qu'il y avait en ce point une tumeur liquide, purulente ou en voie de purulence, et une ponction exploratrice fut décidée pour le lendemain.

9 avril. La ponction, au moyen d'un trocart capillaire, est faite dans le huitième espace intercostal, à égale distance des lignes axillaire et mammaire prolongées, et aussitôt on voit s'écouler quelques gouttes d'un liquide louche, dans lequel le microscope décèle la présence de globules de pus.

Dès ce moment le diagnostic était confirmé. On retire le trocart, en ayant soin de refouler les parois, pour éviter le contact du liquide avec le péritoine, et une compresse graduée, appliquée sur la piqûre, est maintenue au moyen d'un bandage de corps.

Il n'y avait pas dix minutes que cette ponction avait été faite, que le malade fut pris de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, dans l'épaule droite, dans le bras et la main du même côté, comme on l'observe dans certains accès de colique hépatique, et dans les blessures de la face convexe du foie, suivant Boyer.

Presque en même temps survint une paralysie à peu près complète du bras et de la main, la douleur abdominale augmenta, le pouls s'éleva à 100 pulsations par minute; une péritonite était imminente, et quoique, suivant toute apparence, elle dût rester limitée, on appliqua pendant six heures des vessies de glace sur le ventre, et le malade prit 25 centigrammes d'extrait thébaïque.

La nuit fut bonne. Le lendemain, les douleurs et autres accidents avaient à peu près disparu.

La ponction exploratrice avait confirmé le diagnostic. La tumeur était liquide et de nature purulente; mais le problème n'était résolu qu'à moitié. Avions-nous affaire à un abcès, à un kyste hydatique transformé, à un kyste multiloculaire? On ne pouvait rien affirmer; ce qu'il y avait de certain, c'est que quelle que fût la cause de la collection, l'indication était la même, il fallait donner issue au liquide, et s'opposer à sa reproduction.

C'était le moment de provoquer des adhérences, soit au moyen de l'acupuncture multiple, soit au moyen de la potasse caustique; mais dans quel point les établir? Le foie, et c'était sans doute la partie saine de l'organe, ne débordait les fausses côtes que de deux travers de doigt, mauvais endroit, à coup sûr, pour placer un cautère. Le point le plus saillant de la tumeur était situé au niveau des septième et huitième côtes, mais pour si élargi que soit un espace intercostal (on le voit quand on pratique une thoracentèse), il n'offre jamais beaucoup d'espace à l'opérateur, et en appliquant un caustique à ce niveau, on avait à compter avec les côtes, les vaisseaux et le nerf.

Restaient, comme dernière ressource, les ponctions capillaires sans adhérences préalables; mais l'essai de la veille était peu encourageant, et cependant il fallait prendre un parti.

Comptant sur les adhérences, quoique faibles, établies par la ponction exploratrice, M. Jaccoud, le 13 avril, en pratiqua une seconde, un peu en arrière de la première. Afin d'éviter un retrait trop considérable du viscère, on arrêta l'écoulement à 80 grammes; le liquide était purulent, d'odeur fétide, sans traces d'échinocoques. Aucun accident ne suivit cette opération.

15 avril. Nouvelle ponction; après 100 grammes de liquide, on retire l'instrument.

21 avril. On se sert d'un trocart un peu plus gros; 160 grammes de liquide s'écoulent. On pratique une injection iodée de 100 gram.

22 avril. Les espaces intercostaux sont moins larges, la tumeur est moins volumineuse; le malade mange avec assez d'appétit; une amélioration notable se manifeste: on entrevoit la possibilité d'une guérison.

Le 24. Ponction, 100 grammes de liquide; injection, 100 gram.

On constate au-dessous du sternum une tumeur du volume d'une noix, sans fluctuation, sans matité, et comme le malade porte déjà deux hernies, l'une inguinale droite, l'autre ombilicale, on suppose que la tumeur nouvelle n'est autre chose qu'une hernie de la ligne blanche.

Le 25. Des symptômes d'un autre genre se présentent: la nuit a été agitée, le pouls est à 110; le malade tousse, il est oppressé, et il se plaint d'une douleur située au-dessous du mamelon droit. Dans le cas actuel, une perforation du côté de la plèvre était à redouter, le murmure respiratoire était fort affaibli à la base du poumon; on était en droit de s'attendre à des accidents terribles. Il n'en fut rien; ces troubles disparurent en trente-six heures, sauf une dyspnée qui tous les jours devint plus prononcée, et une matité qui envahit à droite la base du thorax. On avait craint une perforation, il n'y eut qu'une pleurésie avec adhérences. Mais quelques frissons paraissaient çà et là. La diarrhée était toujours imminente, et chez un sujet en puissance de la diathèse purulente, la pleurésie devait revêtir le caractère purulent.

Le 3 mai, une nouvelle ponction, faite toujours au même niveau, donne issue à 150 grammes de liquide; la tumeur se vide jusqu'à la dernière goutte, et le trocart, qu'on pouvait d'abord enfoncer complétement sans rencontrer la paroi opposée de la poche, est arrêté maintenant par une surface résistante, ce qui semble indiquer un retrait de ces parois.

Tandis qu'une amélioration semble se manifester du côté du foie, la lésion pleuro-pulmonaire s'aggrave: le malade maigrit, une toux continuelle le fatigue, l'appétit est complétement perdu, l'œdème des deux jambes a envahi le côté droit de l'abdomen et du thorax, le poumon droit respire à peine, il y a du souffle et de la matité surtout à la base.

Plusieurs ponctions suivies d'injections sont encore faites dans le courant du mois. Le 28, deux petites fistules s'établissent naturellement, et le liquide purulent s'écoule goutte à goutte, et d'une manière continue, le long des parois du thorax.

1er juin. Le malade a eu du délire pendant la nuit, l'oppression augmente.

2 juin. Mort à quatre heures du matin.

Autopsie. — Le foie, augmenté de volume, est le siége d'adhérences nombreuses avec le diaphragme et avec la paroi thoracique. On peut compter une douzaine de cicatrices de la grosseur d'une tête d'épingle, suites des ponctions capillaires; ces cicatrices se détachent en blanc sur le tissu de l'organe. Au niveau de la grosse tubérosité et dans sa partie la plus externe, est une poche du volume d'une orange, sans cloisons à l'intérieur, sans transformation des parois, qui sont partout limitées par le tissu hépatique, n'ayant plus qu'un demi-centimètre d'épaisseur sur toute la partie externe de la tumeur. Une incision donne issue à 200 grammes de pus; il est évident qu'on a sous les yeux un abcès du foie.

Dans la cavité thoracique, du côté droit, le poumon est refoulé et aplati contre la colonne vertébrale; la plèvre, considérablement épaissie et tapissée de fausses membranes, forme une sorte de kyste rempli de pus et reposant sur le diaphragme, qui ne présente pas de perforation apparente.

Le cœur est repoussé à gauche; le péricarde épaissi, siége d'une péricardite, contient 100 grammes de sérosité purulente.

Les autres organes sont sains; on ne trouve nulle part ni tubercule ni abcès métastatique.

Cette observation n'est pas destinée à mettre en relief l'efficacité de la médication, puisque le malade a fini par succomber, mais la clinique n'a pas seulement pour but d'enregistrer des succès, et l'histoire de cet homme me paraît intéressante à plus d'un titre.

Nous voyons, une fois de plus, qu'une ponction capillaire pratiquée au niveau du foie, alors même qu'elle est faite avec le plus grand soin, peut entraîner des accidents considérables du côté du péritoine; en pareille circonstance, et avant la ponction capillaire, il serait peut-être avantageux d'introduire une ou deux aiguilles à acupuncture, destinées à établir des adhérences, et laissées en place quelques heures, suivant les conseils de Trousseau.

D'après l'observation, il est évident que les parois de l'abcès, avaient déjà subi un mouvement de retrait, et l'oblitération complète de la cavité était possible, si deux complications des plus graves n'étaient venues se jeter à la traverse. D'où l'on peut conclure que les ponctions multiples, sans canule à demeure, suivies d'injections iodées, constituent un traitement rationnel et efficace, dans les maladies de cette espèce.

ÉTUDE

Sur l'Hydropisie enkystée de l'ovaire, et son traitement chirurgical (1),

Par M. le Docteur S. Laskowski.

Conclusions. — Les kystes de l'ovaire se développent, dans l'immense majorité des cas, à l'âge de 20 à 45 ans.

C'est une affection qui, laissée à elle-même, entraînera inévitablement la mort de la malade dans l'espace de sept à huit ans en moyenne.

Le traitement thérapeutique et les ponctions simples sont inefficaces pour guérir radicalement le kyste ovarique.

Les ponctions suivies d'injection iodée, loin d'être si dangereuses qu'on le croyait autrefois, peuvent, dans des cas particuliers, produire la guérison définitive.

Les injections iodées peuvent guérir radicalement des kystes à contenu séreux; elles sont inefficaces si les kystes sont multiloculaires, aréolaires et à contenu gélatineux et filant.

L'ovariotomie n'est pas une opération plus dangereuse que les autres opérations graves, comme amputation ou désarticulation de la cuisse, ligature des grosses artères, ou bien l'opération césarienne.

Elle doit être tentée toutes les fois que les autres moyens ont échoué.

SUETTE MILIAIRE

Avantages des bains tièdes (1).

Par M. le Docteur Bastard

La suette miliaire est une fièvre exanthématique épidémique, une toxémie, toujours et partout identique à elle-même, de nature essentiellement asthénique; compliquant d'autres maladies beaucoup plus souvent qu'elle n'est compliquée par elles, et se comportant dans ce cas-là, comme si elle était seule; tuant toujours par elle-même à la suite des troubles nerveux qui la caractérisent; contre-indiquant tous les moyens débilitants directs: émissions sanguines, évacuants répétés, sulfate de quinine; et paraissant réclamer, dans les cas graves, l'emploi répété des bains tièdes, et, en général, l'usage du bouillon et du vin.

(1) Un vol. in-8, Paris 1867. Adrien Delahaye.
(1) In-8; Paris, 1867, Adrien Delahaye.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 juillet 1867. — Présidence de M. Hérard.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Au sujet de la trachéotomie.

M. BOURDILLAT, interne du service de M. Bergeron, lit un mémoire, où il donne l'analyse de seize trachéotomies qu'il a pratiquées pour le croup à l'hôpital Sainte-Eugénie, et qui ont été suivies dix fois de succès, c'est-à-dire dans une proportion de 63 guérisons pour 100. M. Bourdillat, tout en faisant la part d'une série heureuse probable, attribue une grande importance au procédé opératoire qu'il met en usage, et qui, par sa rapidité d'exécution, lui permet d'éviter les hémorrhagies, qu'il regarde avec raison comme particulièrement funestes pour la marche ultérieure de la maladie. Ce procédé consiste à inciser en deux temps successifs tous les tissus placés en avant de la trachée, puis ce conduit lui-même. Pour cela, après avoir reconnu, comme dans la méthode ordinaire, la position exacte du cartilage cricoïde et de la trachée et l'épaisseur probable des tissus, il plonge l'instrument à une profondeur d'un centimètre environ, exactement sur la ligne médiane et à la partie supérieure du conduit. Ce premier temps suffit généralement à mettre à nu la trachée. Il ne reste plus qu'à la ponctionner à sa partie supérieure, en se servant de son index gauche comme guide, et à donner d'emblée l'ouverture suffisante à la trachée. M. Bourdillat donne même plusieurs observations où il a pratiqué ainsi la trachéotomie, en un seul temps: une ponction suivie d'une incision. — Une série de recherches sur le calibre de la trachée aux divers âges et sur l'épaisseur des tissus à traverser, ont convaincu l'auteur qu'en s'en tenant à la profondeur maximum qu'il indique, on ne court aucun risque de léser la paroi postérieure, jusqu'à deux ans et au dessus. En effet la distance qui sépare cette paroi de la face antérieure du conduit aérien est de sept millimètres à deux ans, et elle augmente de un millimètre environ par année, jusqu'à l'âge de sept ans. Or, en ajoutant à ces nombres l'épaisseur des parties molles, qui, sur le vivant, n'étaient jamais moindre de cinq à dix millimètres, on voit que dans les cas les plus défavorables, la pointe de l'instrument est encore éloignée de plusieurs millimètres de la paroi postérieure de la trachée.

Les avantages de ce procédé sont d'exposer moins à l'hémorrhagie, qui, à conditions égales, doit être d'autant moindre que l'ouverture de la trachée, cet hémostatique par excellence, est plus rapidement obtenue. Il donne une plaie plus petite et plus régulière et une cicatrice moins étendue. Le parallélisme exact des plaies trachéale et cutanée est aussi moins favorable à la production de l'emphysème. Enfin il est d'une facilité d'exécution qui est loin de se rencontrer toujours dans la méthode lente.

M. Bourdillat termine ces considérations par la statistique des trachéotomies pratiquées dans ces huit dernières années à l'hôpital Sainte-Eugénie. Il fait remarquer la progression sans cesse croissante des succès pendant cette période, et il en conclut à une connaissance plus approfondie de la maladie, à l'emploi d'une thérapeutique plus rationnelle, à des soins consécutifs mieux entendus.

Voici, du reste, ces statistiques, avec la proportion des guérisons obtenues:

	Opérations.	Guérisons.	
En 1865	55	8	soit 12 p. 100
1861	76	13	17 »
1862	111	22	19 »
1863	112	34	30 »
1364	121	15	12 »
1865	147	46	31 »
1866	129	45	35 »
1867 (1re sem.)	62	25	40 »

Suite de la discussion sur la trachéotomie.

M. DUMONT-PALLIER. Si je prends la parole dans cette discussion, c'est pour rappeler que M. Trousseau avait parfaitement élucidé cette question de la trachéotomie. Dans ses leçons cliniques, il cite plusieurs exemples de trachéotomies heureuses, pratiquées chez des enfants qui n'avaient pas deux ans. A ces exemples on pourrait ajouter ceux qu'a publiés M. Laborde dans la *Gazette Hebdomadaire*, 1862, tome IX, il s'agit de quatre enfants ayant 22, 23, 29 et 22 mois et qui ont guéri tous les quatre après la trachéotomie. Le troisième fut atteint de rougeole et il y échappa. Du reste Trousseau avait bien vu que ni la crainte de la rougeole, ni celle de la scarlatine n'était une contre-indication. J'ajouterai ni celle de la variole, bien que je ne connaisse point d'exemple de guérison obtenue malgré la survenance de cette affection éruptive à la suite de la diphthérie. L'infection générale, l'engorgement ganglionnaire surtout chez les adultes sont à mes yeux les seules contre-indications formelles, et telle était l'opinion de Trousseau.

M. ISAMBERT. En venant apporter devant la Société un fait à joindre à d'autres faits, j'étais loin d'espérer que ce fait ferait naître une discussion aussi instructive. C'est cette discussion dont je vais résumer en ce moment les résultats. Au fond, je suis en communion d'idées avec la grande majorité de mes confrères, et je constate avec plaisir que, depuis une dizaine d'années, la question a fait un grand pas. On ne conteste plus l'utilité ni les indications de la trachéotomie, on la pratique plus souvent, et les objections qu'on a faites ne s'adressent point à l'opération considérée en elle-même.

Je vais répondre en quelques mots à ces objections. M. Peter s'est demandé si j'avais eu affaire à un vrai croup. Il a rappelé que je n'avais pas vu de fausses membranes dans l'arrière-bouche, qu'aucune fausse membrane ne fut non plus émise par l'ouverture de la trachée. Le fait est vrai; mais, si je n'ai pas vu les fausses membranes pharyngiennes, un autre les a vues, et cet autre est un confrère distingué que je connais depuis longtemps, et que je sais être particulièrement compétent.

D'ailleurs, il existait des signes qui ne pouvaient tromper: le sifflement croupal, le caractère éteint de la voix et de la toux, la respiration abdominale, diaphragmatique, la marche croissante de la suffocation.

M. Peter rapporte que sur deux cents cas de croup, il a toujours trouvé des fausses membranes dans l'arrière-bouche; mais telle n'était pas l'opinion d'un maître, dont le nom fait autorité en pareille matière, M. Trousseau. Ce qu'il appelait croup d'emblée, croup intérieur, était justement le croup dans lequel on ne trouvait pas de fausses membranes dans le pharynx. Vous venez d'entendre un jeune confrère, qui, dans une statistique fort bien faite, vous a mentionné un grand nombre de cas de croup sans fausses membranes.

Du reste, alors même que nous aurions commis, ce que je ne crois pas, une erreur de diagnostic, l'observation que je vous ai lue n'en était pas moins bonne à recueillir, car elle montre l'innocuité de l'opération sur les enfants très-jeunes, ce qui était contesté.

M. Archambaud m'a reproché d'avoir opéré un peu vite, un peu tôt, de n'avoir pas attendu qu'il y eût une opportunité réelle; mais si l'on veut bien se rappeler que cet enfant avait le croup depuis trois jours lorsque je le vis, et que je différai; que le lendemain matin je différai encore, malgré l'oppression de plus en plus grande; que lorsque je fis enfin la trachéotomie, la suffocation depuis dix heures était croissante, on conviendra que l'opération était urgente quand je la fis.

Je regrette que M. Archambaud ait continué à diviser le croup en trois périodes. Dans cette division, la première période est celle du catarrhe; mais, admise par les uns, elle est repoussée par les autres, et ces derniers ne comptent que deux périodes. La seconde période s'étend de l'apparition des fausses membranes et des premiers accès de suffocation, jusqu'au moment où la suffocation devient croissante.

C'est là une distinction fictive, car les fausses membranes et la suffocation existant dans l'une et dans l'autre, il n'y a pas entre elles une séparation qui puisse motiver une division en périodes.

Le mot période, en pathologie, doit avoir un sens déterminé : il s'applique parfaitement à chacun des actes morbides qui composent une fièvre grave, et qui diffèrent profondément les uns des autres. Dans les fièvres, la scène change à chaque période ; dans le croup, elle ne varie pas ; c'est une affection qui suit sa marche progressivement, s'aggravant de jour en jour, sans modification profonde dans les phénomènes pathologiques. Je repousse donc cette division en périodes, qui a fait toute la confusion lors de la discussion académique.

Lorsque le croup est reconnu, il faut opérer ; il n'y a jamais aucune espèce d'avantage à attendre. M. Archambaud vous a dit lui-même que si parfois il a fait l'opération très-tard, c'est qu'il avait la main forcée. Du reste, même lorsqu'on arrive à la période ultime, il ne faut pas voir dans l'état très-grave de l'enfant une contre-indication absolue. Il n'y a pas de contre-indication absolue. J'ai eu deux succès chez des enfants que j'avais opérés en pleine scarlatine.

Au sujet de la scarlatine, l'opinion de Trousseau a varié. Ainsi, lorsqu'une fois docteur, je suivais ses leçons cliniques, je l'entendis professer que l'angine scarlatineuse n'avait aucun inconvénient, qu'elle n'amenait jamais le croup. Or je venais à l'instant même de voir un enfant mourir d'un croup parfaitement caractérisé dans le cours d'une scarlatine. Quelques jours après, Trousseau lui-même opérait la fille d'un notaire, chez laquelle la scarlatine s'était terminée par le croup, et chez elle la trachéotomie n'empêcha pas la mort.

En résumé, je suis complétement d'accord avec ceux de nos collègues qui ont établi qu'il n'existait pas de contre-indication absolue. Il faut tenir compte de l'état général, du génie morbide ; puis c'est la conscience du médecin qui doit décider la question. En un mot, on n'a pas, pour guider sa conduite, des considérations autres que dans la plupart des maladies.

Pour le procédé opératoire, il n'y a non plus rien d'absolu. Le choix dépend des circonstances. J'ai employé chez ma malade le procédé de Chassaignac ; mais j'emploie plus souvent la méthode ordinaire. Cependant je dois répéter que, dans certaines circonstances, ce procédé offre des avantages : lorsque, par exemple, on n'a pas d'aides, ou pas d'aides intelligents, lorsque l'on opère la nuit, et qu'on ne peut pas se faire éclairer par un grand nombre de lumières, comme je le fis une fois. Dans ces cas, la dissection lente et minutieuse, conseillée par Trousseau, devient presque impossible. Chez les très-jeunes petits enfants, la brièveté du cou doit faire désirer d'opérer le plus haut possible, car les vaisseaux sont d'autant moins obliques. Quant aux perforations de l'œsophage par le procédé Chassaignac, je n'en ai jamais vu. D'ailleurs, on a pour limiter la perforation, une fois la trachée ouverte, la sensation du vide, bien plus nette ici que pour la saignée.

Je le répète, je n'ai jamais vu cette perforation de l'œsophage dans au moins 24 opérations sur le vivant, au moins 50 sur le cadavre. Mais c'est arrivé, me dit-on, entre les mains d'un chirurgien. Je crois que la trachéotomie est en général beaucoup mieux faite par une main médicale. Les chirurgiens ont été longtemps avant d'accepter cette opération, et souvent encore ils la dédaignent. Du reste, la perforation de l'œsophage, le plus souvent, a été produite lorsqu'on employait la méthode ordinaire.

J'énumérerai encore, comme avantages du procédé de Chassaignac, ceux de ne pas produire l'emphysème qui, dans une dissection lente, résulte souvent de petites perforations inaperçues de la trachée, de donner une plaie plus nette qui guérit plus vite, d'exposer moins à un phlegmon.

Du reste, le mode opératoire est une question d'art. Chacun choisit ce qui lui convient. Le dissentiment n'existe que sur des nuances ; nous sommes d'accord sur les faits.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Acéphalocyste du foie et des poumons.

M. FÉRÉOL. Les pièces que je présente à la Société se rapportent à une affection des plus rares ; on n'en connaît encore que cinq observations, toutes recueillies en Allemagne, la dernière par Virchow. Il n'y a rien sur ce sujet dans les grands ouvrages classiques de Cruveilhier et de Lebert.

Le malade dont il s'agit, et dont je veux dire seulement quelques mots, parce que mon interne doit en faire le sujet de sa thèse et que je ne veux pas la déflorer, ce malade avait été antérieurement dans le service de M. Guibout, à Saint-Louis. Il s'y trouvait depuis quelques mois, lorsque ce service fut fermé ; alors il passa dans le mien. Il avait de 35 à 40 ans, et était malade depuis fort longtemps. Il ne présentait pas d'ictère, mais avait un teint cachectique et offrait une ascite considérable. Le foie ne débordait pas les fausses côtes. M. Guibout et moi, nous crûmes à une cirrhose, bien que le malade n'accusât aucun antécédent alcoolique. M. Guibout fit deux ponctions, j'en fis trois ou quatre qui fournirent un liquide purement ascitique. Les digestions n'étaient pas très-mauvaises au début.

Cet homme était Bavarois d'origine ; il habitait la France depuis douze ou treize ans ; mais comme, dans les observations de cette même maladie qu'on a recueillies en Allemagne, on note une fois une durée de onze ans, une autre fois de cinq ou six ans, il est possible qu'il ait pris dans son pays l'origine de son mal.

Dans le courant de décembre 1866 il était entré à l'Hôtel-Dieu, où l'on avait prononcé, nous dit-il, le mot de tuberculose ; cependant on ne trouvait rien de caractéristique à l'auscultation. Je dois ajouter qu'il n'offrait pas ces alternatives de constipation et de diarrhée qui sont la règle dans la cirrhose.

A l'autopsie, on trouva que le foie n'était pas très-augmenté de volume ; le lobe droit seul était atteint ; il y avait sur la convexité de ce côté surtout des adhérences multiples et solides avec le diaphragme ; au centre, une tumeur considérable, dont le centre ramolli contenait un pus jaunâtre, et d'où partait de tous côtés de nombreux diverticulum. Le canal cholédoque était libre. En examinant le tissu du foie, on lui trouvait d'abord de grandes analogies avec un tissu tuberculeux ; mais en pressant ce tissu autour de la tumeur, on en faisait sortir une matière gélatineuse, rappelant l'aspect colloïde de certains cancers. Le poumon présentait une tumeur analogue, également pleine d'une matière comme colloïde. A l'examen microscopique, on découvrit dans cette substance des membranes plissées qui présentèrent la structure caractéristique de l'échinocoque, mais pas de crochets.

Chez le malade observé par Virchow, il existait une hypertrophie de la rate ; chez le nôtre, nous n'avons trouvé rien de semblable.

Je le répète, le tissu qui entoure la principale tumeur du foie ressemble d'une manière frappante à un tissu tuberculeux. Mais l'est-il en effet ? y a-t-il eu développement de tubercule autour des échinocoques ? c'est une question qui n'est point résolue, et que MM. Ranvier et Cornil étudient.

L'absence de crochets ne rend pas douteux le diagnostic. Pour MM. Davaine, Cornil et Ranvier, la présence des membranes plissées est caractéristique. On avait désigné ces échinocoques sans crochets par le nom de stériles ; ce terme est mal choisi, car, comme on peut le voir sur cette tumeur, où il en existe des milliers, ils sont très-prolifiques. Comment se reproduisent-ils ? est-ce par gemmation ? pourrait l'admettre. Ainsi les acephalocystes auraient deux modes de prolifération. 1° endogène, lorsqu'une vésicule mère s'entourerait d'une coque absente ici, et lorsque la membrane intérieure contiendrait les jeunes qui se développeraient en dedans d'elle ; 2° exogène. Déjà, en 1832, Kuhn admettait ces deux modes, et disait que la reproduction des échinocoques endogènes chez l'homme était le plus souvent exogène chez le bœuf.

Dans ce cas la vésicule mère produirait un bourgeonnement extérieur qui serait comprimé par le kyste, et ne pourrait prendre un développement complet. Je donne cette explication pour ce qu'elle vaut ; mais je ferai remarquer que dans notre tumeur les canaux qui contiennent ces acéphalogistes communiquent tous entre eux ; c'est une grappe creusée dans les tissus ; ainsi il est probable qu'il s'est fait une multiplication par bourgeonnement.

M. ISAMBERT. Je demanderai à M. Féreol s'il n'a jamais observé d'ictère ni trouvé de fluctuation à la surface du foie.

M. FÉRÉOL. Jamais.

M. ISAMBERT. Je posais cette question parce que j'ai vu un malade qui a passé déjà dans plusieurs services, et qui pourrait bien être atteint d'une affection de ce genre. Mais il est ictérique.

M. POTAIN. N'existe-t-il pas dans ce cas des kystes semblables sur le péritoine ?

M. FÉRÉOL. Je n'ai d'abord pas bien examiné, et j'ai trouvé sur le péritoine quelques petites granulations qui m'ont paru de nature graisseuse. En y réfléchissant, je ne crois pas qu'il y ait eu là d'échinocoques.

M. POTAIN. J'ai trouvé dans une autopsie, avec des kystes du foie et du poumon, des hydatides dans le péritoine. Ces hydatides n'avaient aucun crochet ; mais les membranes plissées offraient une structure caractéristique. Elles n'étaient pas dans la cavité du péritoine, mais dans l'épaisseur de cette membrane ; comment y étaient-elles venues ? ce peut être difficilement par les vaisseaux, car les plus petites étaient grosses comme des têtes d'épingles.

M. FÉRÉOL. M. Davaine m'a raconté un cas identique, et il m'en a montré les pièces, qui figurent dans sa collection. Les hydatides étaient bien continues pour la plupart dans l'épaisseur du péritoine, mais on pouvait voir comment, dans certains cas, elles s'en isolent et s'en détachent. Quelques-unes étaient pédiculisées et flottantes, d'autres libres dans la cavité. Frieriech a prétendu qu'en pareil cas les acéphalocystes progressent par les vaisseaux lymphatiques ; mais cette explication est peu satisfaisante, car alors arrivant dans le canal thoracique, et transportées dans le cœur et les poumons, elles s'y rencontreraient plus souvent que dans le foie, et c'est tout le contraire qui se produit. M. Davaine pense qu'elles pénètrent directement en traversant les tuniques de l'intestin, car on sait que ce sont des tœnias modifiés ; peut-être les vaisseaux joueraient-ils dans leur transport un certain rôle.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1867. — Présidence de M. Marjolin.

La Séance est ouverte à 3 heures et demie.

Le procès-verbal de la Séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal :

M. TRÉLAT revient sur l'observation citée par M. Tarnier, il montre un dessin, lit divers passages et conclut que la tumeur n'était pas un spina-bifida, mais bien un kyste du périnée sans communication avec le canal rachidien. Dans un mémoire publié par M. W. Braune, ajoute M. Trélat, on peut étudier toutes les variétés de tumeurs périnéales. On en trouve qui ressemblent beaucoup à celle décrite par M. Depaul ; ces tumeurs sont désignées sous les noms de sarcômes, de cysto-sarcômes, etc. Le travail de M. Braune démontre que tous les organes contenus dans le bassin peuvent donner lieu à des tumeurs congénitales, mais on ne trouve pas, dans ce travail si complet, un seul exemple de spina-bifida ayant le siége occupé par la tumeur que nous a présentée M. Depaul.

M. TARNIER fait remarquer que certains passages de l'observation qu'il a citée sont de nature à faire admettre, quoique avec réserve, que la tumeur était constituée par un spina-bifida.

On lit, par exemple : « Le kyste est fermé de toutes parts ; la » partie inférieure de la région sacrée est close par une toile peu » dense, ce qui ferait supposer qu'il a existé une communication » entre la tumeur et le canal rachidien à une époque moins avancée » de la maladie. » On trouve encore en faveur de l'existence d'un spina-bifida les détails suivants : « La moelle s'arrêtait entre la neuvième et la dixième vertèbre dorsale, mais les nerfs de la queue de cheval étaient très-fins, comme interrompus et il était difficile d'en suivre les principales divisions. »

M. TRÉLAT. Il est à craindre que la discussion n'aboutisse pas ; la question en litige est celle-ci : Existe-t-il des spina-bifida occupant le périnée et correspondant à la pointe du coccyx A elle seule l'observation de M. Tarnier ne peut résoudre la question, je serais donc d'avis que l'on restât dans le doute.

M. Verneuil et M. Tarnier échangent quelques mots à l'occasion de la situation exacte de la queue de cheval.

M. IRALDÈS. Je croyais jusqu'ici à l'existence des spina-bifida occupant la région sacro-périnéale. Il y a dans le travail de Braune une figure qui démontre la continuité qui existait entre les enveloppes de la moelle et un kyste du périnée. Tout récemment, à l'hôpital de Saint-Georges, à Londres, une tumeur périnéale a été ponctionnée chez une femme adulte ; l'opérée est morte de tétanos et l'autopsie a démontré qu'il existait une communication entre la tumeur liquide du périnée et le canal rachidien. Il y a un grand nombre de variétés dans les spina-bifida et en dehors des faits que je viens de citer rien ne répugne théoriquement à admettre l'existence d'un spina sacro-périnéal. J'ajouterai que j'ai présenté à la Société, il y a plusieurs mois, un enfant qui portait une tumeur énorme du périnée, se détachant de la pointe du coccyx et contenant un liquide brun.

M. DEPAUL. Je suis peu disposé à admettre l'existence du spina-bifida dans une région aussi éloignée du canal rachidien. Les arguments que l'on a invoqués jusqu'ici me paraissent peu concluants : tout spina-bifida suppose l'ouverture du canal rachidien, l'écartement des lames vertébrales, or, dans le fait en litige, il est dit que les os sont bien conformés. J'ai vu un grand nombre de spina-bifida, mais jamais ils n'occupaient une région aussi déclive. La tumeur dont a parlé M. Tarnier n'était autre chose qu'un kyste, mais rien ne démontre que ce fût un spina-bifida isolé du canal rachidien.

Dans le fait que j'ai relaté ici, l'intérêt était de déterminer s'il s'agissait d'une tumeur provenant de la moelle et même des nerfs et renfermant des médullocytes ou d'une tumeur fibro-plastique.

M. VERNEUIL. Il me semble qu'il faut élever quelques doutes sur la nature exacte des faits que nous a cités M. Giraldès. Nous devons engager notre collègue à se livrer au même travail de vérification qu'a exécuté M. Tarnier relativement au fait qu'il citait dans la dernière séance.

M. GIRALDÈS. L'observation que j'ai citée est parfaitement authentique et je pense que je n'aurai pas de peine à en retrouver d'autres. Si l'on veut admettre comme nécessaire l'écartement des lames vertébrales pour constituer un spina-bifida, il devient difficile de classer un bon nombre de tumeurs liquides qui communiquent avec la cavité arachnoïdienne par un pédicule plus ou moins étroit. Il suffit d'admettre une hydropisie de la partie inférieure du canal médullaire pour comprendre la formation d'une tumeur qui se dirigera vers le périnée à travers l'échancrure inférieure du sacrum.

M. TRÉLAT. M. Giraldès a raison lorsqu'il dit que l'atlas de Braune renferme un cas de spina-bifida correspondant à la terminaison du canal rachidien, mais il n'existe pas de tumeur périnéale appendue à la pointe du coccyx et constituée par un spina-bifida.

En acceptant l'hypothèse d'une hydropisie de la partie inférieure du canal formé par les enveloppes de la moelle on n'aurait point de tumeur périnéale, mais bien une sorte de queue épaisse se prolongeant dans la direction du rachis.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bec-de-lièvre double, compliqué de saillie de l'os incisif.

M. MARJOLIN présente un enfant de quatre ans, entièrement défiguré par un bec-de-lièvre double, avec une saillie très-considérable du lobule médian et de l'os incisif. Il est inutile de revenir sur la question si souvent débattue au sein de la Société de chirurgie, sur l'opportunité des opérations faites très-peu de temps après la naissance ou à une époque un peu plus reculée, lorsque les enfants ont atteint quelques mois ; il y a d'ailleurs une grande différence, au point de vue des conséquences, chez les enfants opérés en ville ou à l'hôpital. Dans le cas actuel, il est certain que l'on a attendu trop tard, ce qui a permis à la difformité d'augmenter.

Maintenant, dans un cas aussi complexe, faut-il faire toute l'opération, dans la même séance. ou commencer d'abord par l'extirpation du tubercule médian, puis, lorsque l'hémorrhagie ne serait plus à craindre, réunir les lèvres, en se servant de la partie cutanée moyenne pour faire la sous-cloison ?

M. GIRALDÈS. Ce que j'ai à dire peut se diviser en deux parties : la première se rattache aux indications de l'opération, la seconde au procédé opératoire.

1° L'opération du bec-de-lièvre est relativement innocente et je crois que les accidents dépendent le plus souvent de ce que l'enfant est mal constitué, de ce qu'il est mal nourri, en un mot de ce qu'il est dans de mauvaises conditions. Les auteurs de chirurgie n'ont point assez tenu compte de ces diverses circonstances et c'est pourquoi la plupart des statistiques touchant la léthalité de l'opération du bec-de-lièvre sont sans valeur. Il faut distinguer : s'il s'agit d'un enfant bien constitué, appartenant à une famille aisée ; le bec-de-lièvre étant aussi compliqué qu'il l'est dans le cas actuel, je n'hésite pas à déclarer qu'il faut opérer de suite après la naissance.

La réunion des parties molles favorise le rapprochement de la fente palatine. La difformité fait horreur aux gens du monde et les petits malades, quand ils grandissent, sont honteux de leur malformation ; ce sont là autant de raisons pour opérer dès la naissance.

A l'hôpital, les opérations du bec-de-lièvre compliqué entraîneraient la mort des enfants à cause des mauvaises conditions dans lesquelles ces derniers se trouvent.

2° Je suis partisan de faire l'opération en une seule séance. Quant au tubercule médian, je ne l'inciserai point, je n'emploirai pas non plus le procédé de Blandin, car, lorsqu'on a enlevé un triangle au dépens du vomer, le tubercule médian s'abaisse et se trouve situé bien au-dessous des arcades dentaires qui sont elles-mêmes très-atrophiées.

Dans le cas actuel, j'enlèverais des couches successives, ce serait une sorte d'évidement du lobule médian afin d'en laisser le plus possible. J'ai abandonné l'idée de disséquer deux lambeaux fibro-muqueux pour les suturer ensuite au-devant de la section de l'os incisif. Quant aux parties molles j'emploierais un procédé différent de celui que M. Marjolin se propose d'exécuter ; mon procédé qui m'a déjà procuré plusieurs succès, se trouve décrit dans la thèse de M. Thévenin.

M. VERNEUIL. Dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, j'ai adopté le principe des opérations en deux temps. Dans le premier, je resèque le tubercule osseux et je refais la sous-cloison avec la partie médiane de la lèvre supérieure appendue au bout du nez ; dans le second, je réunis les deux moitiés de la lèvre et les soude par un point de suture à la sous-cloison reconstituée.

J'agis de la sorte pour plusieurs raisons : d'abord le traumatisme est moins étendu, l'opération moins longue et la perte de sang moins

considérable ; on sait, en effet, que la réparation complète en une seule séance exige beaucoup de temps, qu'il s'écoule beaucoup de sang au niveau de la section du tubercule osseux, et par suite du décollement des parties latérales de la lèvre et de l'avivement, d'où résulte pour les enfants, surtout s'ils sont très-jeunes, un épuisement qui peut être funeste.

La réparation en une seule séance entraîne encore un autre péril, dont on ne parle peut-être pas assez. Je veux parler de la suffocation dans les heures qui suivent l'opération.

Il y a quelques années, je lus dans un journal américain le fait d'un jeune enfant mort subitement quelques heures après l'opération du bec-de-lièvre. On attribuait la mort à ce que la réunion, ayant simultanément fermé les narines et la lèvre supérieure, l'introduction de l'air était devenue impossible ; cette interprétation me paraissait singulière, mais j'eus bientôt l'occasion d'en vérifier l'exactitude.

J'opérai, dans la clientèle de mon ami le docteur Letorsay, un enfant, âgé de deux mois, atteint de bec de lièvre double avec saillie de l'os incisif. Après avoir reséqué ce dernier, je fis d'abord la sous-cloison avec le tubercule labial. Celui-ci était assez volumineux, aussi dus-je en exciser sur chaque bord une languette de quelques millimètres, sans quoi la cloison eut été difforme par sa trop grande largeur. Aussitôt après, je réunis par trois points de suture les deux moitiés de la lèvre ; la traction exercée sur celle-ci rapprocha en même temps de la ligne médiane les ailes du nez qui, de cette façon, vinrent s'appliquer sur les bords de la nouvelle sous-cloison. Ceci eut pour résultat l'occlusion complète des narines. L'ouverture comprise entre les deux moitiés de la lèvre supérieure disparut également par le fait de la réunion.

La restauration était satisfaisante et la respiration parut d'abord se faire sans difficultés, parce que l'enfant criait sous l'influence de la douleur ; lorsque les cris cessèrent, la suffocation survint. J'écartai les lèvres, l'enfant s'agita et respira de nouveau : mais le calme se rétablissant, les mouvements respiratoires se suspendirent de nouveau. Le phénomène s'étant reproduit plusieurs fois, j'en reconnus la cause. Quand l'enfant criait, il ouvrait la bouche en écartant les deux mâchoires et par conséquent les lèvres ; quand les cris cessaient, les deux lèvres se rapprochaient et l'entrée de l'air était suspendue, l'enfant n'ayant pas l'instinct d'écarter les deux mâchoires pour effectuer l'inspiration.

Nous recommandâmes à la mère de maintenir la bouche entr'ouverte artificiellement à l'aide du manche d'une cuiller, ce qui rétablissait aussitôt la respiration ; mais, ayant réfléchi que la précaution pouvait être négligée, que la mère pouvait s'endormir, que le maintien du corps étranger pouvait avoir des inconvénients, je crus plus prudent de rouvrir les narines en coupant les fils qui tenaient la sous-cloison. Le petit lambeau resta donc flottant au bout du nez.

Quelques semaines plus tard, M. Letorsay l'aviva à sa face profonde, ainsi que la partie correspondante du bord inférieur du vomer, et reconstitua de la sorte une sous-cloison convenable.

Je profiterai de cette occasion pour signaler une modification que j'ai apportée à l'extirpation du tubercule osseux. Au lieu de sectionner au même niveau et l'os et la muqueuse qui le recouvre, je conserve celle-ci et me contente d'énucléer le tubercule à l'aide d'un instrument mousse que je fais agir entre l'os et le périoste. Je donnerai une description plus complète de ce petit procédé.

M. GIRALDÈS. Ce que vient de dire M. Verneuil prouve une fois de plus les inconvénients qui surgissent lorsqu'on ferme le nez des opérés du bec-de-lièvre ; le petit lambeau qui se trouve au bout du nez est insuffisant pour reconstituer la sous-cloison ; il ne peut être utilisé dans cette restauration qu'en entraînant l'inconvénient de voir le nez se porter beaucoup trop en arrière. Quant au procédé de décortication du lobule médian, je le trouve très-ingénieux et je l'emploierais à l'occasion.

M. MARJOLIN. J'ai peine à croire que dans le cas actuel on puisse conserver l'os incisif. En énucléant le tubercule médian, ainsi que l'a indiqué M. Verneuil, il y aurait peut-être moins d'hémorrhagie et alors l'opération pourrait s'exécuter complétement en une seule fois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire DOLBEAU

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

132. Meunier. — Etude sur l'affection vermineuse.
133. Saintorens. — Du pemphigus aigu.
134. Boussac. — Essai sur une variété d'abcès des parois thoraciques.
135. Okinczic. — De la plique polonaise.
136. Fernando Pirès Ferreira. — De l'opération de la cataracte, par l'extraction linéaire scléroticale.
137. Trandafiresco. — Le varicocèle et son traitement.
138. Ricoux. — De l'intermittence, du cachet spécial qu'elle imprime à la constitution médicale des pays à fièvres.
139. Fageret. — Du tabac, son influence sur la respiration et la circulation.
140. Gandil. — De la cirrhose alcoolique.
141. Hobon. — Du traitement de l'empyème purulent par le drainage chirurgical.
142. Prince. — De la rétinite albuminurique.
143. Carret. — Diagnostic de la fièvre typhoïde à son début, et de l'influence de cette maladie sur la grossesse.
144. Ganahl. — Considérations sur la superfétation.
145. Laskowski. — Etude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgical.
146. Gingeot. — Essai sur l'emploi thérapeutique de l'alcool chez les enfants et en général sur le rôle de cet agent dans le traitement des maladies aiguës fébriles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 juillet 1867, M. Lesueur, chirurgien principal de la marine en retraite, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 27 juillet ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Laugier, médecin de 1re classe de la marine ; Echalier, Pougny et Lemoyne, médecins de 2e classe de la marine.

— Plusieurs erreurs typographiques se sont glissées dans l'article *Présentation de l'épaule* inséré dans notre dernier numéro. Nous signalerons particulièrement les suivantes : « Aucune des présentations. Lisez aucune *période* des présentations. — Membre précédent, lisez, membre *procident* — compression, lisez *impression*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Médecine à l'Exposition universelle de 1867, guide catalogue publié par la Société médicale Allemande de Paris, 1 vol. in-18 de 80 pages, 1 fr. 50. — Paris, 1867. — GERMER-BAILLIÈRE.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Deux volumes in-8. Prix : 11 fr. — Paris, 1865. Adrien Delahaye.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur GARROD. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8 accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. avec un joli cartonnage en toile, 13 fr. Paris, 1867. — Chez Adrien Delahaye.

Traité pratique des maladies des yeux, par FANO, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris 1866, Adrien Delahaye.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par le Dr. CHASSAIGNAC. 2 vol. gr. in 8 compacts. Prix : 18 fr.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr. CHASSAIGNAC, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec huit planches, par M. de docteur CHASSAIGNAC. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr. E LE SOURD.

Paris. — Imp A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 31 JUILLET 1867.

Sur la Séance de l'Académie de médecine

La discussion sur la vaccination animale a été ouverte. M. Husson est venu communiquer à l'Académie une statistique sur toutes les vaccinations et revaccinations pratiquées dans les hôpitaux de Paris avec le cow-pox de M. Lanoix.

Puis la séance s'est terminée par une lecture sur la gomme ammoniaque, dont le nom se trouve changé en celui de gomme armoniaque.

Nous n'aurions donc qu'à renvoyer nos lecteurs au compte rendu, si M. Gosselin n'avait présenté, à propos de son rapport sur le mémoire de M. Demarquay, une brochure de nature à faire modifier les conclusions de ce rapport.

Nous venons de lire avec intérêt cette brochure de M. Mougeot, datée de 1865.

Nous y avons trouvé, non point en germe, mais dans son développement complet, la théorie de M. Roussin sur l'absorption des corps solides. M. Mougeot a écrit la formule : *Corpora non agunt, si soluta.*

Lui aussi, il attribue aux corps gras naturels la propriété d'empêcher l'adhérence des liquides et leur pénétration dans l'intérieur des follicules, ou petits conduits glandulaires, dans tout ce qu'Erasmus Wilson vient de nommer élégamment « surface occulte de la peau. »

Lui aussi repousse la glycérine comme excipient, parce qu'elle ne peut pas se combiner avec les graisses.

Lui aussi préconise l'usage des pommades ou des substances pulvérulentes, et cela pour les mêmes motifs qu'a présentés M. Roussin.

Nous tenons donc à signaler cette grande similitude.

Le reste de cette brochure contient des vues moins originales : les expériences de Dutrochet sur l'exosmose et l'endosmose, celle de Graham sur ce qu'il a nommé la dialyse, les observations de plusieurs sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle les différents corps traversent les substances poreuses ou les membranes, y sont exposées et commentées. M. Mougeot s'est assuré sur les grenouilles que de tous les sels essayés par lui, c'étaient l'iodure de potassium et le prussiate de potasse qui s'absorbaient le plus facilement.

Du reste, disons le bien, tous ces phénomènes, soit osmotiques, soit dialytiques, ne sont point encore assez bien connus. Parfois la direction des courants et leur intensité semblent tenir en grande partie à la nature de la membrane ou du corps poreux qu'ils traversent.

La loi formulée par Graham et suivant laquelle les substances semblables à la gélatine, les substances dites colloïdes ne traverseraient point une paroi dialytique, tandis que les corps cristalloïdes la traverseraient, cette loi, dis-je est contestée comme peu exacte par M. Tardieu, dans son récent ouvrage sur l'*empoisonnement*.

Dans un mélange intime, on voit que les premières traversent souvent à la longue, et que les corps cristallisables ou cristalloïdes traversent mal et ne s'en dégagent pas toujours d'une manière nette.

Ainsi la distinction établie par Graham ne serait point aussi absolue qu'on le croyait d'abord ; et maintenant une des principales objections qu'on puisse adresser au mémoire de M. Demarquay, sur l'absorption à la surface des plaies, n'a plus aujourd'hui toute la force qu'elle aurait eue quelques années plus tôt.

La brochure de M. Mougeot, en rappelant les travaux de Graham, soulève des questions douteuses ; mais elle ne peut contribuer à les résoudre.

Dr Victor Revillout.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. XAVIER GALEZOWSKI

Leçons sur le strabisme, son étiologie, le diagnostic et son traitement

Parmi les affections oculaires qui ont été le mieux étudiées dans ces derniers temps, et pour le traitement desquelles on a obtenu les plus beaux succès, le strabisme occupe, incontestablement, le premier rang. Ces progrès sont dus en grande partie aux études de l'étiologie de l'affection ; à la définition exacte des indications et des contre-indications de l'opération ; enfin, aux perfectionnements apportés dans les méthodes opératoires elles-mêmes. L'Angleterre et la France, la Hollande et l'Allemagne ont contribué successivement par leurs travaux à ce progrès. En France, l'opération de la strabotomie a obtenu de justes succès, grâce aux perfectionnements apportés à la méthode opératoire par Boyer, Velpeau, Jules Guérin, ainsi qu'aux études anatomiques de MM. Richet, Sappey, etc. D'après le relevé statistique de M. Lenoir (thèse de concours 1850), la proportion des succès de l'opération était, à cette époque, de sept sur dix. Les travaux de MM. Bonnet, Velpeau, Bérard, Lenoir, etc., ont achevé, comme disent justement Gosselin et Denonvilliers, de la vulgariser (1).

Or, on comprend difficilement comment on pourrait la considérer comme morte, et demander sa « *résurrection en France* » (2).

Avant de vous donner une idée exacte du strabisme, permettez-moi d'entrer dans quelques explications physiologiques de la vision binoculaire, explication qui nous permettra ensuite de mieux comprendre le phénomène de la diplopie accompagnant le strabisme.

Dans les circonstances normales, tout objet est vu simple avec les deux yeux, malgré la formation de deux images sur les deux rétines. Ces images occupent dans ce cas les points identiques ou symétriques des deux rétines. Cette condition se trouve remplie constamment et pour les objets placés à toutes les distances, au moyen de convergence mutuelle de deux axes optiques et de leur intersection au point de l'objet fixé.

En admettant que la convergence des deux axes optiques ne se fasse pas régulièrement, et qu'il y ait un défaut d'harmonie dans les mouvements des yeux, on aura pour résultat une vue double, *diplopie*, et une déviation de l'œil en dedans ou en dehors de la ligne médiane. Cette déviation constitue le *strabisme* (de στρέφω, je tourne). Pour M. Donders (3), le strabisme est une déviation des yeux, par suite de laquelle les deux taches jaunes reçoivent simultanément l'impression d'objets différents. L'œil étant, en effet, dévié, la macula ne se trouve pas vis-à-vis de l'objet fixé et reçoit l'impression d'un objet quelconque, tandis que l'objet que l'on regarde produit son image sur une partie plus ou moins éloignée de la macula. De là la diplopie.

La déviation de l'œil peut être quelquefois fixe et rester dans une position anormale, soit qu'on veuille regarder d'un ou de deux yeux à la fois. Dans d'autres cas, la puissance motrice de l'œil strabique, pris isolément, n'est point abolie ni même altérée, et il peut à volonté être dirigé dans tous les sens. Mais, dès que les deux yeux veulent regarder ensemble, il se produit aussitôt une contraction disproportionnée des muscles de l'œil malade qui amène le strabisme. Dans le premier cas, c'est de strabismes paralytiques qu'il s'agit, accompagnés d'une perte des fonctions musculaires, tandis que dans l'autre il n'y a qu'un défaut d'équilibre dans la tension moyenne des muscles de l'œil. C'est à cette dernière forme qu'on a l'habitude de réserver la dénomination de *strabisme*, et on rapporte la première forme à la classe des paralysies des muscles de l'œil.

Le strabisme ne peut donc constituer par lui-même une maladie à part, il n'est que le symptôme d'affections très-variées.

En étudiant en effet l'étiologie du strabisme, on trouve qu'il peut être occasionné par des causes excessivement variées. Tantôt ce sont les causes optiques, ou l'affaiblissement de la faculté visuelle qui font loucher un œil. M. Donders a démontré que le strabisme convergent est le plus souvent dû à l'hypermétropie, et que la myopie exagérée dans un œil peut occasionner le strabisme divergent. M. J. Guérin a décrit des strabismes optiques causés par des opacités de la cornée et du cristallin. De mon côté, j'ai eu l'occasion de constater que les altérations de la macula, et diverses autres amblyopies et amauroses anciennes, donnait lieu au strabisme divergent. MM. Gosselin et Denonvilliers décrivent le strabisme fixe, dans lequel l'œil dévié est invariablement fixé dans une position anormale par quelque adhérence avec la paroi de l'orbite ou à la paupière. Enfin, il y a des strabismes dépendant d'une paralysie complète ou incomplète de la troisième, quatrième ou de la sixième paire.

Prenant pour point de départ ces différents groupes étiologiques, il nous semble rationnel de diviser tous les strabismes en trois classes : *A.* strabisme optique ou actif (concomitant des Allemands); *B.* strabisme paralytique et *C.* strabisme mécanique.

Au point de vue de forme de déviation, il y a des *strabismes convergents* lorsque c'est en dedans que l'œil est dévié ; *strabismes divergents*, quand il est tourné en dehors ; *strabisme supérieur* et *inférieur* et des *strabismes intermédiaires*. Les trois dernières formes sont très-rares et n'ont pas besoin d'être étudiées à part.

A. *Strabisme optique*

C'est M. J. Guérin qui a le premier donné cette dénomination à une variété de strabisme, qui, absent pendant la vue distraite, se montre pendant le regard attentif, et qui est caractérisé par la disjonction des axes visuel et oculaire. Avec les nouvelles études étiologiques de MM. Donders et Giraud-Teulon, la définition de M. Guérin n'a pu être maintenue.

Pour moi, un strabisme optique est produit par un défaut de réfraction ou une altération des membranes de l'œil, qui affaiblit la vision et empêche que celui-ci se dirige simultanément avec l'œil sain sur un point donné.

Le strabisme optique (actif ou concomitant) peut être reconnu de la manière suivante : 1° Lorsque le malade regarde en face de lui, il n'y a qu'un seul œil qui conserve cette direction, l'autre pendant ce temps est caché dans l'angle interne (strabisme convergent) ou externe (strabisme divergent). La déviation qu'exécute l'œil dévié s'appelle *déviation primitive*. 2° Si l'on couvre l'œil sain avec un verre blanc dépoli, ce qui permet de surveiller ses mouvements, et si on fait fixer un objet avec l'œil malade, on remarque que l'œil sain a suivi la même direction qu'avait suivie préalablement l'œil malade. Ce mouvement est appelé *déviation secondaire*. 3° La mobilité de l'œil qui louche prise à part, n'est nullement abolie; il peut au contraire exécuter tous ses mouvements avec facilité.

Ce dernier phénomène prouve que les muscles de l'œil malade ne sont point raccourcis, comme on l'a prétendu pendant longtemps; il n'y a dans le strabisme qu'une irrégularité dans la somme de tension et de contraction musculaire des deux yeux. Cette absence de l'équilibre dans les contractions musculaires se produit graduellement et pendant de longues années, c'est pourquoi il est excessivement difficile de le corriger à l'aide d'un exercice quelconque, dont l'usage est habituellement abandonné au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Quant à l'insertion anormale du muscle, je crois qu'il ne faut l'accepter que sous toute réserve. Depuis que l'on connaît par les études de M. Donders que le strabisme n'est que symptomatique d'un défaut de réfraction, on comprend comment les muscles peuvent par une contraction prolongée amener le strabisme; l'attache au contraire du muscle n'a pas besoin pour cela d'être changée.

Les défauts de réfraction, tels que l'hypermétropie ou la myopie sont toujours congénitaux, c'est pourquoi le strabisme tend aussi à se former dès la plus tendre enfance. Le strabisme convergent se remarque, en effet, dès l'âge de trois ou quatre ans, époque où l'enfant cherche à distinguer et à voir les objets qui l'entourent. Et comme à cette même époque les enfants sont prédisposés à des crises convulsives accompagnées de contractions spasmodiques des muscles de l'œil ou de paralysies passagères de ces mêmes muscles, on croit habituellement que le strabisme dont les enfants sont atteints plus tard, n'est que la conséquence des convulsions. Rien n'est plus faux que cette opinion ; mes propres investigations m'ont démontré que parmi les enfants qui louchent, il y en a beaucoup qui n'ont jamais eu d'attaques convulsives.

Le strabisme optique peut être simple, lorsqu'il n'y a qu'un seul œil qui est dévié, l'autre conservant toujours la direction normale. Mais lorque chaque œil devient successivement strabique, selon que l'on porte l'objet de préférence à gauche ou à droite, il y a alors *strabisme double alternatif*. Pour le reconnaître, dit M. Desmarres, « il suffit de placer un objet dans » la ligne médiane, à une distance, par exemple, de quarante » centimètres; puis, la tête du malade étant immobile, de porter cet objet à droite ou à gauche, pendant que l'on fixe l'œil » qui le regarde. En supposant que l'œil gauche fixe l'objet, et » que celui-ci soit porté à gauche, l'œil ne pouvant pas se » diriger assez à gauche, est immédiatement remplacé par l'œil » droit et devient immobile (1). »

Degrés du strabisme. Selon les degrés variés de déviation les auteurs ont cherché de tout temps à diviser les strabismes en différentes classes. Ainsi on a décrit le strabisme léger, ap-

(1) Denonvilliers et Gosselin. *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1855, p. 847.

(2) *Lettre de M. Graefe à M. Mabea. Union médicale*, 16 avril 1867.

(3) Donders. Mémoire sur la pathogénie du strabisme (*Ann. d'oculist.*, t. L, p. 205).

(1) Desmarres, *Traité des mal. des yeux*. Paris, 1858. T. III.

pelé par Buffon *faux trait de la vue*, le *strabisme terrible*, etc. Mais ces divisions ne pouvaient avoir d'utilité réelle pour le traitement. La nouvelle école, a réalisé sous ce rapport un progrès incontestable en introduisant la *mensuration du strabisme* dans la pratique chirurgicale. On se sert pour cela des différents strabomètres ; les uns sont en forme de compas, les autres en petites plaques semi-lunaires, divisées en millimètres. En approchant cet instrument de l'œil sain et de l'œil malade, on compare les divisions qui correspondent aux centres de deux pupilles, et par la différence de ces mesures on juge du degré de déviation de l'œil qui louche.

Traitement du strabisme. La nature du strabisme étant déterminée, ainsi que le degré de déviation, on doit chercher à corriger cette difformité. C'est en allongeant le muscle contracté et reportant son attache en arrière par la ténotomie que l'on obtient la correction du strabisme. Mais le muscle détaché peut être reculé un peu plus ou un peu moins en arrière, et on se demande s'il y a possibilité de calculer le degré de correction. L'expérience nous enseigne qu'on peut reculer un muscle en arrière à volonté, en faisant subir à l'opération des modifications nécessaires.

Mais pour cela il est indispensable de connaître en détails l'anatomie des muscles de l'œil, de ses attaches et des rapports qu'ils ont avec l'aponévrose orbito-oculaire ou la capsule de Tenon. Et ici je ne puis mieux faire que de vous renvoyer à l'excellent ouvrage de M. le professeur Richet, intitulé : *Anatomie médico-chirurgicale*, où se trouve exposée, avec la plus grande précision, cette partie importante de l'anatomie de l'œil.

M. Richet a démontré que les muscles droits doivent être considérés comme ayant trois insertions, deux fixes et une mobile. Des deux insertions fixes, l'une est à la partie postérieure de l'orbite, l'autre en avant, au point où se fixe le tendon orbitaire ; l'insertion mobile est sur le point d'attache du tendon sur la sclérotique. « Il importe, dit M. Richet, de ne pas détacher les insertions antérieures des muscles à l'orbite, et si » après la section du tendon oculaire, on s'aperçoit que l'œil » conserve sa position vicieuse, il faut dénuder la sclérotique » d'avant en arrière, pour détruire les brides fibreuses que l'on » rencontre à peu près constamment entre elle et le feuillet oculaire de l'aponévrose, et qui jouent dans la production de la difformité, un rôle passif et secondaire, il est vrai, mais des plus » importants cependant pour le rétablissement des fonctions. » Comme on voit, M. Richet trouve la cause d'insuccès de la ténotomie dans les adhérences profondes, c'est pourquoi en détachant la capsule sur une plus ou moins grande étendue, on peut exagérer ou atténuer l'effet de l'opération.

A quel âge faut-il opérer ? Beaucoup de chirurgiens prescrivent de ne pas opérer avant l'âge de huit à dix ans. Si cependant on se rappelle, dit justement M. Fano, que la déviation prolongée amène un affaiblissement de la rétine, et que parmi les enfants il en est qui sont pleins de courage et de résignation avant l'âge de huit ans, tandis que d'autres plus âgés sont intraitables, pour toutes raisons, on devrait faire cette opération vers l'âge de cinq ou six ans.

Voici quelques indications pratiques que l'on doit suivre dans l'application de la ténotomie.

1° Dans le strabisme de 3 à 4 millimètres, on peut se contenter de faire une simple section du tendon du muscle ;

2° Dans le strabisme de 5 à 6 millimètres, il faut ouvrir plus largement l'aponévrose et débrider largement le tissu sous-conjonctival ;

3° Si l'on veut obtenir un effet de plus de 6 millimètres, on doit faire deux opérations à époques différentes sur le même muscle, ou, ce qui est plus efficace, inciser, d'après le conseil de M. Richet, très-largement l'aponévrose au-dessus et au-dessous du muscle, en portant les ciseaux soit plus profondément en arrière, soit latéralement pour rompre toutes les adhérences existant entre le muscle et la capsule ;

4° La correction que l'on obtient est de deux sortes : *immédiate*, que l'on constate séance tenante, et *définitive*, que l'on ne peut définir qu'au bout d'un certain temps et lorsque la cicatrisation s'est faite ;

5° Lorsque l'effet immédiat de l'opération est trop grand on peut le diminuer *a*) en faisant : une suture conjonctivale et saisissant pour cela une forte portion de la conjonctive ; *b*) en immobilisant les yeux après l'opération par l'application d'un bandage compressif; *c*) en forçant le malade à regarder du côté de la déviation primitive.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE
par M. E. Koeberlé

Obs. XXVIII. — *Ovariotomie pratiquée le 4 août 1866. — Guérison.*

Madame M..., de Bucharest (Valachie), âgée de 27 ans, très-amaigrie, mais d'une très-forte constitution, très-brune, ayant toujours joui d'une bonne santé, s'est aperçue de l'augmentation de volume de son ventre vers la fin de l'année 1864. Bientôt après survinrent des douleurs, une hémorrhagie utérine fort abondante et une péritonite très-grave. A partir de cette époque, le ventre grossit rapidement. Une année environ après l'apparition de la tumeur abdominale, qui consistait en un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, avec une grande loge prédominante, la malade fut ponctionnée pour la première fois, à Vienne, par M. Braun. Le ventre s'affaissa complétement. Le soulagement fut de courte durée.

(1) Fano, *Traité pratique des maladies des yeux*. Paris, 1866, t. II, p. 648.

Trois mois après cette première ponction, on en fit une deuxième, puis une troisième également au bout de trois mois. Une quatrième ponction dut être faite à deux mois d'intervalle seulement; enfin, un mois après cette dernière opération, lorsque l'on pratiqua l'ovariotomie, le ventre avait repris un volume égal à celui qu'il avait eu avant la ponction. Les quatre ponctions avaient été faites ainsi dans un espace de neuf mois, à des intervalles de plus en plus rapprochés. Après chaque ponction, le volume du ventre restait de plus en plus considérable. La malade s'était affaiblie et était devenue fort anémique. Des adhérences existaient à toute l'étendue de la paroi abdominale, et l'on devait s'attendre à des adhérences profondes. L'ovariotomie était le seul moyen de salut, mais le pronostic était très-grave.

L'opération eut lieu le 4 août 1866, en présence de MM. Caternault, Gerhard, Herrenschmidt, Munch et Kien.

La tumeur fut mise à découvert par une incision de 18 centimètres. Ses principales loges furent ensuite ponctionnées. Les adhérences déjà très-vasculaires qui existaient à la paroi abdominale ayant été séparées, le kyste put être en partie attiré au dehors. L'épiploon, l'intestin grêle, le gros intestin, l'appendice vermiculaire, qui adhéraient à toute sa surface postérieure, furent peu à peu détachés. D'autres adhérences retenaient encore la tumeur ovarique à la matrice et dans l'excavation pelvienne. Ces adhérences furent également séparées. Heureusement on ne fut obligé d'appliquer qu'une seule ligature sur la partie postérieure du ligament large du côté gauche. L'hémorrhagie s'arrêta spontanément sur toute l'étendue de la surface traumatique et ne donna lieu qu'à une perte de 500 grammes de sang. Le kyste provenait de l'ovaire gauche. Le pédicule en était très-court. Une ligature de fil de fer l'étreignit à l'aide d'un serre-nœud, près de l'angle de la matrice. L'ovaire droit était normal. La cavité abdominale ayant été débarrassée des caillots sanguins et épongée dans toutes les directions, l'épiploon et les intestins furent convenablement disposés, l'air contenu dans le creux épigastrique fut expulsé, et l'on opéra la réunion de la plaie avec quatre points de suture profonde et six points de suture superficielle. Un tube de verre de 12 centimètres de longueur fut placé à côté du pédicule, dans l'angle inférieur de l'incision jusque dans le cul-de-sac recto-vaginal. La ligature appliquée sur le ligament large, qui était placée à 8 centimètres de profondeur, fut ramenée à côté du serre-nœud, qui plongeait également dans la cavité péritonéale. La durée de l'opération a été d'une heure et demie. Le poids de la tumeur ovarique avec le liquide qu'elle renfermait a été de 17 kilogrammes et demi.

Dans le courant de la soirée qui suivit l'opération, on retira du bassin 250 grammes de sérosité sanguinolente par aspiration, à l'aide d'une sonde introduite à travers le tube de verre dans l'excavation pelvienne. Pendant quatre à cinq jours, il y eut encore un écoulement de sérosité, en même temps que l'opérée présenta les symptômes d'une légère péritonite pelvienne. La faiblesse était très-considérable durant les premiers jours qui suivirent l'opération ; mais la stimulation alcoolique releva assez rapidement les forces. Dès le lendemain, l'état était très-satisfaisant. Comme il ne survint aucun vomissement chloroformique, Madame M... put prendre, dès le deuxième jour, un peu de nourriture. Le quatrième jour, il y eut des évacuations alvines. La ligature appliquée sur un vaisseau d'un ligament large tomba vers la fin du troisième jour. Les parties mortifiées du pédicule se détachèrent le douzième jour. Le vingtième jour, la plaie a été complétement cicatrisée. Les forces étaient revenues. Les périodes menstruelles reprirent leur cours normal. Madame M... prit rapidement de l'embonpoint, et depuis sa santé n'a rien laissé à désirer.

Remarques. Malgré la gravité extraordinaire de cette opération, les suites en ont été presque insignifiantes. Les adhérences étaient générales; la durée de l'opération a été assez longue; l'hémorrhagie a été très-abondante pour une malade affaiblie ; la cavité péritonéale et les viscères qu'elle renferme ont dû être épongés et nettoyés de toutes parts ; le pédicule était très-court ; une ligature et le serre-nœud plongeaient dans la cavité péritonéale ; il s'est produit un épanchement séro-sanguin assez abondant après l'opération. Toutes ces circonstances étaient défavorables et devaient bientôt amener la septicémie et la péritonite putride. Ces accidents ont pu être conjurés par l'extraction et par l'écoulement libre du sang et de la sérosité. Ces liquides n'étant pas restés stagnants et n'ayant pu s'accumuler, n'ont pu se décomposer et étendre ensuite au loin leurs principes irritants et éminemment septiques. La péritonite simple et circonscrite dans des limites restreintes, la péritonite pelvienne surtout, qu'il est aisé de traiter par le drainage et de localiser ainsi dans les opérations d'ovariotomie, ne sont pas des accidents mortels. Les épanchements de liquides qui se forment insidieusement après l'ovariotomie, dans les parties déclives des fosses iliaques et de l'excavation pelvienne, pendant le décubitus horizontal, sont ordinairement le point de départ de la septicémie et de la péritonite générale. Il est essentiel d'évacuer, d'extraire ces liquides, afin de prévenir leur diffusion et leur décomposition. Les épanchements de sang, de sérosité, d'albumine, sont rapidement résorbés, lorsqu'ils sont peu abondants; mais, lorsque ces liquides ont été exposés au contact prolongé de l'air et qu'ils ont subi par là un commencement de décomposition ou de fermentation, pour peu qu'ils soient abondants et qu'ils restent stagnants, ils deviennent putrides et empoisonnent le sang dans l'espace de quelques heures.

Dans l'observation précédente, l'heureux résultat de l'opération doit être attribué en grande partie aux soins consécutifs. L'attitude demi-assise donnée à l'opérée après l'opération, pour favoriser autant que possible l'écoulement des liquides dans l'excavation pelvienne ; l'extraction des liquides épanchés à des intervalles rapprochés; le maintien du libre écoulement de la sérosité exsudée pendant la période inflammatoire de la péritonite pelvienne ; l'usage du perchlorure de fer dont j'ai l'habitude d'imprégner les parties mortifiées du pédicule pour s'opposer momentanément à sa décomposition jusqu'à ce qu'il se soit formé des adhérences dans son voisinage, etc., tels sont les principaux moyens qui me paraissent pouvoir être invoqués, indépendamment des procédés opératoires et de la résistance vitale de la malade.

ULCÉRATION SYPHILITIQUE GUÉRIE PAR LE MERCURE
Par le Dr Fleury (de Langon)

Lorsque les fondements de la science sont attaqués par un amour effréné des nouveautés, les amis sincères et désintéressés de la science peuvent être émus.

Tel est le sentiment que nous inspirent certaines opinions qui ont été exprimées à la Société de chirurgie dans la discussion actuelle sur la syphilis.

Dans les temps modernes, les savants ont pris à cœur de vérifier et de contrôler toutes les notions qui avaient cours dans la science, et les noms illustres de Descartes et de Bacon sont invoqués à l'appui de ce procédé philosophique.

Les plus brillantes conquêtes ont couronné l'application de ces procédés vraiment scientifiques; mais, dans cette tendance à faire table rase de toutes les opinions reçues, il y a une limite qui ne saurait être franchie.

Elle l'a été quelquefois cependant, et notamment lorsqu'une de nos plus pures illustrations chirurgicales, Malgaigne, a mis en doute l'efficacité de la médication révulsive.

Elle est franchie surtout, en ce moment, lorsqu'on veut nier l'influence héroïque et salutaire du mercure contre la syphilis.

Heureusement, la vérité est une, et pour la faire triompher contre ses amis un instant égarés, il suffit de les rappeler aux principes qu'ils invoquent eux-mêmes.

Les adversaires du mercure pèchent, en effet, dans leurs prétentions scientifiques, contre un des principes établis par Descartes, je veux dire par l'énumération incomplète.

En effet, une énumération plus complète les aurait convaincus de l'erreur où ils sont tombés.

On pouvait croire, cependant, que pour les réfuter, l'on serait dispensé désormais de compter les faits qui établissent l'efficacité du mercure contre la syphilis.

S'il en est besoin, je vais en fournir un qui doit satisfaire les esprits les plus difficiles. Je le copie sur mes notes.

Le 26 avril 1854, un homme âgé de 30 ans vient me consulter pour un ulcère à la jambe.

Cet homme est cantonnier sur les grandes routes ; et, il y a un an, il a reçu sur la jambe un éclat de pierre qui a déterminé une plaie contuse et un ulcère consécutif qui s'est agrandi progressivement.

Cet ulcère occupe, en avant, la moitié inférieure de la jambe gauche et les trois quarts de sa circonférence. Il est formé par une surface d'une couleur rouge cuivrée, qui n'est que la réunion d'un grand nombre de petits ulcères de forme ronde qui se confondent en se touchant, et qui forment autant de dépressions profondes, en sorte que la surface de l'ulcère paraît comme si elle était criblée de trous larges et profonds. Un certain nombre de ces excavations sont réunies à celles qui les avoisinent par des ponts cutanés qui les transforment en clapiers dans lesquels séjourne une suppuration fétide et abondante. Cet ulcère est le siége de douleurs spontanées, ou dues à la fatigue, et ses bords présentent la même teinte rouge cuivrée.

Le malade a été soumis aux traitements topiques les plus variés et qui semblaient les plus rationnels, entre autres aux applications de bandelettes de diachylon, selon la méthode de Baynton, si efficace contre les ulcères simples, mais ces traitements n'ont pas été suivis de succès, parce que le diagnostic exact n'a pas encore été établi.

Cet ulcère a paru incurable ; il met cet homme dans l'impossibilité de continuer sa profession, l'abondance de la suppuration épuise le malade, et celui-ci paraît disposé à subir l'amputation de la jambe, qui lui a été proposée.

A l'aspect de la plaie je reconnais une ulcération syphilitique, bien qu'elle ne soit accompagnée d'aucun autre accident spécifique local ou général. J'interroge le malade, dans ce sens, et j'apprends qu'à l'âge de vingt-trois ans, il a eu un chancre induré à la verge, suivi d'une adénopathie indolente multiple, d'ulcérations au pharynx, de céphalalgie nocturne, de chute des cheveux, etc. Ces accidents ont été combattus par la liqueur de Van-Swiéten, une cuillerée, matin et soir, pendant quinze jours, et par cinquante pilules dont il ne peut pas m'indiquer la composition. Ce traitement insuffisant a, sans doute, prévenu le développement des accidents consécutifs.

Depuis sept ans, il n'a pas vu se développer de nouveaux symptômes inquiétants, je note seulement qu'il y a huit mois, sa femme a fait un avortement qui est peut-être symptomatique de l'infection syphilitique du fœtus.

A partir de ce jour, 26 avril, cet ulcère grave changea de face, et, si je ne m'abuse, on peut attribuer ce changement au traitement suivant, qui est celui de M. Ricord : le malade prit tous les jours trois verres de décoction de feuilles de saponaire, et, dans chaque verre, une cuillerée de sirop de Cuisinier ; le soir, une pilule de protoiodure de mercure préparée selon cette formule : protoiodure de mercure et thridace, *aa*, 3 grammes; extrait thébaïque, 1 gramme; conserve de roses, 6 grammes ; pour 60 pilules. — Localement, cérat et position élevée.

5 mai : une pilule, matin et soir.

17 mai : trois pilules par jour.

Dès le 2 juin, une transformation complète s'est opérée, toute la surface de l'ulcération s'est élevée, s'est couverte d'îlots de cicatrices, et il ne reste plus que deux ulcérations d'un centimètre de diamètre chacune.

19 juin, il existe des décollements qui forment des clapiers, autour de ces ulcérations, au fond desquels le pus s'accumule ; je les incise. J'ouvre également une ou deux collections purulentes closes sous-cutanées, sans varier le pansement local.

10 juillet, incision de nouveaux clapiers qui forment autant de petits ulcères très-profonds.

7 août, la guérison est complète. Il n'y a plus trace de cet ulcère vaste, profond, rougeâtre. A la place qu'il occupait on voit un tissu

de cicatrice solide, et le malade peut reprendre sa profession ; il protégera seulement sa jambe, par une plaque de cuir, contre les contusions auxquelles elle est exposée.

Il continua l'usage du protoiodure de mercure à la dose de deux pilules par jour pendant un mois, et, en diminuant progressivement, à la dose d'une pilule par jour encore pendant un mois. Après ce temps, il cessa tout traitement, et jouit d'une bonne santé.

Voici donc, chez un syphilitique, un ulcère rebelle à des traitements institués par des médecins, instruits d'ailleurs, mais qui n'en avaient pas découvert la nature spécifique ; et cet ulcère guérit promptement et sûrement par un traitement mercuriel à l'exclusion de toute autre médication. Ce fait se présente avec des conditions de simplicité et d'exactitude telles que la vérité en sort triomphante et évidente.

Faudra-t-il donc que l'esprit de nouveautés oblige encore les observateurs de reproduire et d'énumérer des faits semblables (et on peut les compter par milliers) ? Ce sera recommencer une besogne assez ingrate, car elle a déjà été faite, et y consacrer du temps que l'on peut regretter.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 juillet. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

1° M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Ussat (Ariége), par M. le docteur Bertillon ; d'Audinac (Ariége), par M. le docteur Delioux ; de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Charmasson de Puylaval ; de Castéra-Verduzon (Gers), par M. le docteur Matet (Commission des eaux minérales).

2° M. le Préfet de la Seine adresse une carte hydraulique du département de la Seine, dressée par M. Delesse, ingénieur en chef.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Desormeaux, Chassaignac et Giraldès, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

2° Une note de M. le docteur Bouyer (de Saint-Pierre de Fursac), sur un procédé pour convertir le lait de vache en lait de femme pour l'alimentation des enfants, à propos du lait artificiel de M. Liébig (Commission de l'hygiène des nouveau-nés).

3° De nouvelles observations de choléra, recueillies sur des malades traités par l'alcoolature d'aconit, durant l'épidémie de 1866, par M. le docteur Cramoisy (Commission du choléra).

4° Une lettre en anglais de M. Baines sur le lait artificiel de Liébig (Commission des nouveau-nés).

A propos du procès-verbal, **M. WURTZ** donne communication d'une lettre de M. Liébig, dans laquelle l'éminent chimiste signale à l'Académie l'erreur considérable qui s'est glissée dans la traduction française de son ouvrage de chimie organique. Dans cette traduction, les chiffres qui se rapportaient à l'analyse du lait d'une femme saine ont été transposés, et donnés comme représentant le lait d'une femme malade. Ainsi s'explique l'erreur de M. Poggiale, qui s'en référait à l'édition française. S'il eût consulté l'édition originale, l'édition allemande, il y aurait vu que l'analyse de Haidlen se rapportait au lait d'une femme saine. M. Liébig espère que cette explication mettra fin au malentendu, et à la discussion qui s'en est suivie.

M. POGGIALE. Le *Traité de Chimie organique* de M. Liébig a été traduit en français par un chimiste éminent, Charles Gerhardt, l'ami et l'élève de M. Liébig. Gerhardt connaissait la langue allemande aussi bien que la langue française ; il avait pris une part très-active à la rédaction de cet ouvrage, et y avait même apporté, nous apprend M. Liébig, de nombreuses et importantes améliorations. Aucune traduction ne pouvait donc inspirer plus de confiance que celle-là.

Cependant il paraît que Gerhardt s'est trompé, et que, suivant l'édition allemande, le lait analysé par M. Haidlen provenait d'une femme robuste et jouissant d'une bonne santé, tandis que d'après l'édition française, il provenait d'une femme malade. Mais cela ne prouve qu'une chose, c'est que nous avons raison tous les deux, M. Liébig et moi.

Il importe de faire remarquer que ce fait n'a absolument aucune importance au point de vue de la discussion actuelle, puisque j'ai accepté le résultat de l'analyse de M. Haidlen, que je l'ai considérée comme bonne, et que j'ai supposé même que le lait qu'il avait analysé avait été fourni par une femme jouissant d'une santé parfaite. C'est ainsi qu'en prenant pour base cette analyse et celle de M. Boussingault, j'ai établi d'une manière incontestable que le rapport entre les éléments plastiques et les éléments respiratoires convertis en matière amylacée, est comme 10 à 27, suivant l'analyse de M. Boussingault, et comme 10 à 38, d'après celle de M. Haidlen. J'ai fait voir, d'un autre côté, que, pour le lait de vache, ce rapport est comme 10 à 39, et non comme 10 à 30, ainsi que le veut M. Liébig.

La préparation du lait artificiel est donc basée sur des données incertaines ; aussi avons-nous reconnu qu'il diffère entièrement du lait naturel. Je ne parle pas de la substitution de l'amidon au beurre, des quantités d'eau souvent considérables ajoutées au lait commercial, dont M. Liébig est obligé de se servir, de l'emploi du lait écrémé, etc., circonstances qui rendent très-variable la composition du lait artificiel. J'ai suffisamment insisté sur ces inconvénients.

J'espère que cette discussion est terminée, et que nous n'aurons plus à y revenir. La question du lait artificiel est jugée, au moins en France.

M. BÉCLARD offre à l'Académie la 4e édition du *Nouveau Compendium médical*, par M. le docteur A. Bossu.

M. GOSSELIN présente 1°, de la part de M. le docteur Mougeot, une brochure sur *l'absorption et particulièrement l'absorption cutanée*.

Les expériences de M. Demarquay deviennent beaucoup moins concluantes, a dit M. Gosselin, si le sel dont il s'est servi, l'iodure de potassium, se distingue des autres sels en ce qu'il est absorbé beaucoup plus vite, et si les sels en général peuvent être absorbés alors que des matières organiques ne le seraient pas.

2° De la part de M. le docteur Lebert (de Nogent), un travail manuscrit sur l'oblitération du col utérin pendant la grossesse, et les obstacles qu'elle oppose à l'accouchement.

M. VELPEAU présente, de la part de M. Boinet, un livre intitulé : *Traité des maladies de l'ovaire.*

M. ROBINET dépose sur le bureau, de la part de M. Mayet, une brochure intitulée : *Recherches hydrologiques sur l'établissement de Château-Gontier.*

M. BRIQUET présente à l'Académie un tableau des décès cholériques observés dans la ville de Pesth (Hongrie), pendant l'épidémie de 1867, par M. le docteur Fornay.

M. le docteur Scoutetten (de Metz), membre correspondant, met sous les yeux de l'Académie : 1° des lithographies représentant diverses sortes de sondes et de spéculums trouvés dans les fouilles d'Herculanum et de Pompéies, et recueillies dans le musée de Naples ; 2° la photographie d'une peinture murale provenant de Pompéies, et figurant une opération chirurgicale pratiquée sur Enée, durant la guerre de Troie.

Discussion sur la vaccination animale.

M. DEPAUL donne une nouvelle lecture des conclusions de son rapport qui doivent servir de base à cette discussion.

M. JULES GUÉRIN demande que tous les documents et correspondances relatifs à cette question, et adressés à la commission antérieurement ou postérieurement à ce rapport, soient déposés au secrétariat de l'Académie.

M. DEPAUL fait remarquer qu'il existe des documents de deux espèces bien distinctes ; les uns, adressés à l'Académie, sont, pour la plupart, imprimés, ou sans importance, comme des demandes de vaccin ; les autres font partie de correspondances personnelles à M. Depaul, échangées entre lui et des médecins de province.

Les premiers sont à la disposition de tout le monde ; quant aux seconds, M. Depaul ne croit pas devoir les faire connaître pour le moment.

M. GUÉRIN n'a pas eu l'intention de soulever une question personnelle à M. Depaul. Il s'est placé à un point de vue très-général. Il ne voit pas qu'il y ait à faire aucune distinction.

Il demande à ce qu'il n'y ait point ici de secret, point de division. Que tous les faits soient mis à la disposition de tous. Il sait positivement qu'on a continué à communiquer les résultats d'expériences à la commission après son rapport. Il désire donc que ces expériences soient connues, afin que l'on puisse arriver à la vérité académique et scientifique.

M. LE PRÉSIDENT déclare que l'incident est clos, et que tous les documents concernant la vaccination animale seront mis à la disposition de tous les membres, sauf, bien entendu, les lettres adressées personnellement à M. Depaul.

M. HUSSON. Si j'ai demandé la parole au moment où s'ouvre la discussion sur la vaccination animale, ce n'est pas que j'aie l'intention d'examiner, encore moins de contester les conclusions du rapport de la commission dont notre savant collègue, M. le docteur Depaul est l'organe. Je laisse ce soin à d'autres plus compétents que moi.

Je veux seulement indiquer à l'Académie une lacune que j'ai cru apercevoir dans le rapport qui lui est transmis, lui signaler des faits qui ont leur importance, et appuyer d'un exemple, selon moi décisif, le conseil donné par la commission pour encourager l'organisation dans les grandes villes du service de vaccination animale.

L'expérience que la commission a faite porte seulement sur 611 vaccinations pratiquées avec le cow pox. Ces faits suffisent sans doute pour justifier les conclusions proposées ; mais j'espère pouvoir mettre à la disposition de l'Académie les résultats des vaccinations et revaccinations beaucoup plus nombreuses, opérées dans les hôpitaux de Paris pendant l'espace de 15 mois, et qui atteignent le chiffre de 9,316. Les expériences ainsi faites ont une valeur scientifique incontestable, et elles fournissent, je crois, un appui très-sérieux à la proposition du rapport, à savoir : qu'il serait avantageux et toujours facile de créer, à peu de frais, des services de vaccination animale, partout où des ressources modestes pourraient leur être consacrées. Si le vaccin pris directement sur la vache a toute l'efficacité du vaccin transmis de bras à bras, on ne doit pas hésiter, en effet, à s'en servir, puisqu'il est un préservatif sûr contre l'inoculation des virus contagieux, et qu'une fois la méthode adoptée sur plusieurs points, il sera presque toujours aisé de s'en procurer partout abondamment.

Mais, avant de communiquer à l'Académie les résultats obtenus dans les hôpitaux de la capitale, je rappellerai les précédents de la question.

Dans son rapport sur les vaccinations faites en 1854, l'Académie de médecine avait recommandé, à titre de mesure prophylactique, la pratique ordinaire des revaccinations. Dès cette époque, mon honorable prédécesseur prit des dispositions pour imprimer une nouvelle impulsion aux vaccinations et revaccinations, qui étaient déjà en usage dans les hôpitaux, et notamment à la Pitié, depuis 1817.

Le service nouveau eut pour résultat d'augmenter considérablement le service des revaccinations, et, en même temps, celui des vaccinations.

En 1853, les vaccinations n'avaient été pratiquées dans les hôpitaux que sur 45 adultes et 579 enfants. En 1854, les vaccinations d'enfants sont quatre fois plus nombreuses, elles atteignent le chiffre de 2,366, les revaccinations sont doublées et portées à 1,134 ; elles atteignent, l'année suivante, le chiffre de 1,371. Mais bientôt les nombres annuels des revaccinations s'affaiblissent et descendent à 83 en 1862, 95 en 1863, 90 en 1864. Quant aux vaccinations d'enfants, elles se maintiennent encore à des chiffres assez élevés, 2,952 en 1862, 2,462 en 1863, 2,629 en 1864.

Quelle fut la cause de cet abandon des revaccinations d'adultes ? Il y en eut plusieurs sans doute ; mais la principale doit être rapportée à la difficulté de se procurer régulièrement et avec abondance les quantités de vaccin nécessaires.

Cette situation était l'objet de nos préoccupations, lorsque, dans le cours de 1864, je reçus la visite d'un jeune médecin de Paris, M. le Dr Lanoix, qui me communiqua le projet qu'il avait conçu de se rendre à Naples, où la vaccination animale est pratiquée depuis longtemps, afin de ramener en France une génisse inoculée, d'organiser un service à Paris, et de propager ainsi en France le nouveau mode de vaccination. J'encourageai M. le Dr Lanoix dans son projet, et je l'engageai à le communiquer à M. le Dr Depaul. Je crois pouvoir dire que notre honorable et très-savant collègue accorda à M. le Dr Lanoix les mêmes encouragements.

Lorsque ce médecin fut de retour à Paris avec sa génisse inoculée, je m'entendis avec lui pour mettre à la disposition des hôpitaux, en y faisant conduire les génisses, le vaccin nécessaire au service des vaccinations, et je dois dire que M. le Dr Lanoix se prêta, avec un désintéressement qui l'honore, à des arrangements qui exigeaient à la fois de nombreux déplacements et de notables dépenses.

L'essai commencé en 1865 fit reprendre l'usage des revaccinations qui, tombées à 90 en 1864, s'élevèrent à la fin de cette année 1865 à 681. L'impulsion s'étendit aussi aux vaccinations d'enfants qui, de 2,629, chiffre de 1864, s'élevèrent à 3,762.

Mais c'est surtout à partir de janvier 1866 que l'expérience acquise et des arrangements meilleurs assurèrent l'exactitude de la plupart des personnes chargées de concourir à la désignation des sujets et aux vaccinations, et permirent de donner au service un développement plus normal. Aussi, dans l'espace de 15 mois, du 1er janvier 1866 au 31 mars 1867, le nombre des vaccinations pratiquées dans les hôpitaux de Paris avec le cowpox pris sur les génisses de M. Lanoix, amenées périodiquement dans chaque hôpital, a-t-il été de 9,316, se répartissant ainsi : adultes hommes 1,392 ; adultes femmes 2,475 ; enfants 5,449. Dans ce nombre ne sont point comprises 803 vaccinations pratiquées à l'hôpital des Enfants assistés ; ces enfants partaient aussitôt pour les départements et l'administration n'était pas renseignée suffisamment sur l'effet des vaccinations.

Les résultats généraux obtenus, si nous considérons l'ensemble des opérations, sont les suivants :

3,589	vaccinations réussies, ou	38,53 p. 100.	
4,576	— non réussies, ou	49,12	—
1,151	— douteuses, ou	12,35	—

Tout le monde sait que dans un certain nombre de vaccinations pratiquées, la proportion des opérations réussies ou non réussies varie suivant l'âge des opérés ; les conditions ne sont pas les mêmes pour l'adulte et pour l'enfant, et c'est ce que vont confirmer les nouvelles proportions qui suivent.

Hommes. — Le nombre des vaccinations pratiquées sur les malades adultes du sexe masculin a été, comme on l'a vu plus haut, de 1,392, se divisant ainsi qu'il suit :

Opérations réussies	229	ou 16,45 p. 100.	
— non réussies	999	ou 71,77	—
— douteuses	164	ou 11,78	—

c'est-à dire que le nombre des vaccinations réussies a été extrêmement limité.

Femmes. — Sur les 2,475 vaccinations pratiquées sur les femmes, on compte :

Opérations réussies	430	ou 17,37 p. 100.	
— non réussies	1,842	ou 74,42	—
— douteuses	203	ou 8,21	—

Soit, comme pour les hommes, une proportion assez faible d'opérations réussies.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'indépendamment des effets de l'âge et souvent d'une première vaccination, l'état de maladie et aussi la nature des affections paraissent avoir chez les adultes une certaine part d'influence négative sur le succès des vaccinations.

Enfants. — Si des adultes nous passons aux enfants les résultats se modifient sensiblement, comme on va le voir.

Sur un nombre de 5,449 vaccinations pratiquées sur les enfants, nous trouvons :

opérations réussies	2.930	ou 53.77	p. 100.
non réussies	1.735	ou 31.84	p. 100.
douteuses	784	ou 14.39	p. 100.

Ici pour plus de la moitié des opérés les résultats sont pleinement satisfaisants ; encore faut-il observer qu'un certain nombre d'enfants classés aux résultats non réussis ou douteux, ont quitté l'hôpital avant qu'un examen définitif ait permis de se prononcer en toute connaissance de cause ; la proportion de 53,77 p. 100 nous paraît donc être au-dessous de la vérité.

Comparons maintenant les résultats des vaccinations pratiquées avec le cow-pox de M. Lanoix et ceux que le rapport a constatés pour les vaccinations pratiquées à l'Académie de médecine, soit avec du vaccin pris directement sur les génisses, soit avec du vaccin pris de bras à bras.

Pour les enfants vaccinés dans les hôpitaux, la proportion des opérations réussies est, disons-nous, de 53,77 p. 100, elle est de 61, 82 p. 100 pour les enfants vaccinés avec le cow-pox à l'Académie, et de 60,53 p. 100, chiffre sensiblement le même, pour les enfants vaccinés à l'Académie, de bras à bras.

Ainsi les résultats obtenus dans les hôpitaux par le cow-pox diffèrent à peine de ceux qui ont été relevés dans les expériences suivies à l'Académie de médecine. Si les vaccinations pratiquées dans les hôpitaux avaient été observées avec le même soin que l'ont été les vaccinations faites sous la surveillance de la commission académique, je suis convaincu que l'écart de 8,05 p. 100 existant entre les deux résultats eût été encore moins sensible.

Il m'a paru utile de faire connaître à l'Académie les faits que j'ai précédemment exposés ; ils viennent à l'appui des conclusions du rapport qui vous est soumis, et je pense que la commission ne me saura pas mauvais gré de les avoir produits publiquement. Il me semble qu'aujourd'hui la vaccination animale a pris droit de cité. De très-nombreuses vaccinations ou revaccinations par le cow-pox ont été pratiquées avec succès dans les établissements publics importants, en outre de celles qui s'appliquent dans les hôpitaux (1). De plus, depuis près de trois ans, la plupart des familles parisiennes ont eu recours à ce mode d'inoculation, pour se prémunir contre des dangers qui sont loin d'être imaginaires. C'est là, d'après l'avis d'hommes éclairés, et si l'on interroge l'opinion exprimée par la commission académique elle-même, un résultat heureux. Il est dû, en partie du moins, aux efforts faits par M. le docteur Lanoix depuis 1864, pour introduire en France le nouveau mode de vaccination, et je n'hésite

(1) M. Lanoix a pratiqué 9,112 vaccinations, dont 4,678 dans des établissements publics. Il a en outre fourni 12,000 tubes de vaccin pour des hôpitaux et 6,000 tubes pour d'autres destinataires. Pour l'ensemble de ses services, y compris le vaccin fourni aux hôpitaux, M. Lanoix a dû inoculer 400 génisses.

pas à l'en louer ici, car j'éprouve pour mon compte un besoin de justice auquel, je n'en doute pas, l'Académie s'associera.

COMMUNICATION

Sur la gomme armoniaque.

M. D. de Savignac lit un mémoire sur la *gomme armoniaque*, son histoire naturelle, ses propriétés thérapeutiques et son meilleur mode d'administration. Il croit devoir rappeler à l'attention ce médicament employé dès la plus haute antiquité, et tombé injustement en désuétude. Il propose d'en modifier le nom spécifique en adoptant le mot *armoniaque*, employés d'ailleurs par beaucoup d'anciens auteurs, et qui différencierait nominalement la gomme-résine en question de l'*ammoniaque*. Il constate que ses propriétés physiologiques sont peu prononcées ; que ses effets thérapeutiques, au contraire, sont très-appréciables, et se traduisent particulièrement par des modifications remarquables du côté des membranes muqueuses, dont il tend à réprimer les sécrétions pathologiques. L'auteur recommande en conséquence ce médicament contre les bronchites aiguës et chroniques, les catarrhes pulmonaires, l'asthme, la bronchorrée, la laryngite chronique ; il peut incidemment modifier les catarrhes de la muqueuse génito-urinaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 avril 1867. — Présidence de M. Boys de Loury.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

ÉLECTIONS.

Le scrutin est ouvert sur les candidatures de MM. Viennois et Gallard. MM. Viennois et Gallard ayant réuni la majorité des suffrages, sont nommés, le premier, membre correspondant, et le second titulaire de la Société de Médecine de Paris.

RAPPORT ET DISCUSSION.

M. FORGET donne lecture de son rapport sur le mémoire présenté par M. Dolbeau, à l'appui de sa candidature. Il conclut à l'admission de M. Dolbeau et à l'impression de son travail dans les bulletins de la Société.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. VOISIN demande la parole au sujet du rapport de M. Forget. Il fait la remarque que M. Dolbeau a ponctionné la tumeur avec un très-gros trocart, sans prendre de précautions spéciales après cette ponction, et le lendemain sont apparus des phénomènes que l'on doit attribuer à un commencement d'infection putride. On aurait pu, selon M. Voisin, mettre le malade à l'abri de ces accidents, en suivant la méthode de Récamier qui, après avoir ponctionné les tumeurs siégeant dans cette région avec un trocart beaucoup plus petit, faisait élever le bassin et maintenait autant que possible les parties malades dans l'eau ou, du moins, faisait faire sur elles des lotions d'eau froide souvent répétées.

M. FORGET dit que la tumeur contenant des hydatides, elle devait être ouverte assez largement pour leur donner passage. Quant à l'eau froide, il semble difficile d'y maintenir le malade et l'application de ce système, si elle était possible, ne serait pas sans danger, au point de vue du refroidissement et des accidents qu'il peut entraîner.

M. CHARRIER. M. Dolbeau a répondu d'avance aux objections de M. Voisin au sujet de l'ouverture plus ou moins large de la tumeur puisqu'il a constaté que, chaque fois que la ponction a été trop petite dans un cas semblable, le malade a succombé.

A propos de la gangrène du scrotum qu'on attribue à une infection putride qui eût entraîné vraisemblablement la mort du malade, ne pourrait-elle pas être plutôt expliquée par une embolie?

M. LABBÉ se range à l'avis de M. Dolbeau et de M. Forget ; s'il y a lieu de faire de larges ouvertures, c'est dans un cas semblable.

Quant à ce procédé de Récamier, dont a parlé M. Voisin, et qui consiste à maintenir dans l'eau les parties malades, il est bien difficile à comprendre et il paraît être d'une application tout à fait impossible. A propos de l'idée d'embolie émise par M. Charrier, il semble à M. Labbé qu'on a en général un peu abusé de cette hypothèse dans ces dernières années, et il cite, à l'appui de cette opinion, le cas bien connu d'un médecin célèbre qui fut atteint, l'hiver passé, d'une affection des parois abdominales qu'on n'hésita pas à baptiser du nom de gangrène et dont on attribua la cause à une embolie ; il s'agissait tout simplement d'une brûlure au second degré. Dans le cas présent d'ailleurs, s'il s'agissait d'embolie, dans quelle artère aurait-elle eu lieu pour provoquer une gangrène du scrotum? L'avis de M. Labbé est qu'on ne peut recourir à cette interprétation.

M. GROS, à l'occasion du fait cité par M. Labbé et concernant un médecin célèbre de Paris chez lequel on a diagnostiqué à tort une gangrène des parois abdominales causée par une embolie, dit que des cas de ce genre peuvent cependant être observés. Il donne en ce moment des soins à une dame âgée de quatre-vingt dix-sept ans, chez laquelle il a constaté une gangrène partielle et limitée de la peau du ventre. Les accidents ont commencé par quelques points sur lesquels il a étendu du collodion. La mortification a continué et aujourd'hui il y a deux énormes plaies sphacélées ressemblant à des brûlures au troisième degré. En l'absence de tout signe de diabète, ne peut-on pas croire, dans ce cas, à l'obstruction de quelque artériole, d'autant plus qu'on observait en même temps quelques symptômes cérébraux et un point gangrené à l'orteil, paraissant indiquer d'autres obstructions artérielles concommittantes.

M. GIRALDÈS croit que l'on doit ouvrir largement les kystes hydatiques du bassin, car les ponctions capillaires sont souvent suivies d'accidents inflammatoires. M. Dolbeau a voulu mettre le kyste à nu, dans sa poche, et le faire se ratatiner ; cette pratique a été très-sage. Quant à l'emploi de l'eau attribuée à Récamier, M. Giraldès ne se souvient pas d'avoir vu rien de semblable dans les hôpitaux d'adultes ; il estime que cette méthode serait difficilement praticable et qu'elle pourrait même être dangereuse.

M. VOISIN dit qu'il n'a rien voulu établir d'une manière formelle ; il s'est contenté de demander l'avis des chirurgiens et d'appeler leur attention sur une méthode qui lui semble offrir des avantages. Souvent les opérations les plus simples pratiquées dans ces régions offrent de graves dangers ; ainsi, dans le cas de tumeurs dues à l'accumulation des menstrues par imperforation de l'hymen, on doit, sans aucun doute, ouvrir ces tumeurs, et cette ouverture expose la malade à des accidents quelquefois mortels. N'y a-t-il donc rien à faire pour empêcher ces accidents?

M. FORGET. M. Davaine dit qu'il a vu Roux faire une opération dans un cas semblable à celui que nous a présenté M. Dolbeau. Il ouvrit largement le kyste qui se vida et il remplit la poche de charpie ; le succès fut obtenu par ce moyen. Toutes les fois, au contraire, qu'on a ponctionné timidement, M. Forget a vu survenir des accidents qui ont presque toujours entraîné la mort ; il cite, à l'appui, deux cas de sa pratique qu'il observa le premier avec M. Nélaton, le second avec Jobert (de Lamballe) les ponctions presque capillaires qui furent pratiquées, furent suivies d'accidents terribles.

M. GIRALDÈS a vu Roux opérer aussi un cas de ce genre à la Charité ; après l'ouverture très-large du kyste, il retira l'hydatide tremblotante, plus grosse qu'un œuf de dinde.

Selon M. Giraldès, les ponctions déterminent, il est vrai, des accidents, mais il croit ces accidents moins fréquents que ne l'a dit M. Forget. Il a actuellement dans son service, à l'hôpital des Enfants une jeune fille qui a été ponctionnée trois fois sans accidents ; en revanche, il a observé à l'hôpital Saint-Louis un cas de tumeur hydatique de l'épaule qu'il a ponctionnée, et la ponction a été suivie d'accidents qui ont compromis la vie du malade. M. Voisin parlait de rétentions menstruelles et d'hématocèles ; ces affections ne peuvent en aucune façon être comparées aux hydatides et le chirurgien ne peut pas adopter, pour des cas si différentes, une règle de conduite uniforme.

Le secrétaire annuel, Dr Aimé MARTIN.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 2 août, Ordre du jour : Discussion sur les fistules urinaires ; — Discussion sur l'ovariotomie.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeurs de l'arrière-bouche guéries par les iodures.

Nous avons parlé de tumeurs de l'arrière-bouche, prises pour des cancers, et guérissant rapidement par l'usage de l'iodure de potassium.

M. Jules Castiaux, ancien chef de clinique chirurgicale à l'École de Lille, nous adresse l'énoncé suivant d'un autre fait semblable, observé par lui :

« Permettez-moi de joindre à celles que vous avez déjà publiées, l'observation suivante, recueillie à Lille, en 1863, dans le service de M. Parise, dont j'étais chef de clinique.

» François P..., âgé de 43 ans, accuse une gêne considérable de la déglutition ; il ne peut avaler que des aliments liquides. Il parle avec difficulté, à peine entendons-nous le son de sa voix. Sa respiration est très-embarrassée. Tout indique une compression du côté du larynx.

» L'examen du fond de la gorge nous fait voir une tumeur considérable occupant la partie la plus reculée de la voûte palatine, tout le voile du palais et ses piliers, ainsi que la paroi postérieure du pharynx.

» La tumeur est dure au toucher et présente quelques bosselures. Aucun des ganglions du cou n'est engorgé.

» Le malade fait remonter le début de tous ces accidents à quelques semaines, ce qui paraît tout à fait impossible et est regardé comme inexac.

» Interrogé sur ses antécédents, il nous déclare ne jamais avoir eu de chancre, mais seulement une chaudepisse.

» Le diagnostic fut : tumeur cancéreuse très-avancée et devant faire périr le malade dans un bref délai. Toute opération était jugée impossible.

» A tout hasard, M. Parise administra l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour.

» Trois jours après son entrée à l'hôpital, le malade est déjà notablement soulagé. L'amélioration continue chaque jour, la tumeur diminue de volume, la voix revient, les aliments solides peuvent passer, et ce malade, entré dans le service le 9 octobre, en sortit le 20 du même mois, *complétement guéri*, après dix-sept jours de traitement.

» Ce fait, joint à ceux déjà relatés par vous, montre une fois de plus combien le diagnostic est difficile en pareil cas.

» Ici tout était fait pour induire le chirurgien en erreur. L'aspect, la consistance de la tumeur indiquaient un cancer.

» Sans doute l'absence de ganglions engorgés paraissait étrange avec une tumeur aussi avancée. Mais on sait très-bien que le cancer de la mamelle, par exemple, n'est pas constamment accompagné d'ulcérations ganglionnaires.

» De plus, le sujet de cette observation nous affirmait bien n'avoir jamais eu d'autre accident qu'une blennorrhagie; mais, en matière d'étiologie, les malades nous induisent trop souvent en erreur pour que, sur leur simple affirmation, nous rejettions d'emblée l'idée de syphilis.

» Cependant on peut voir avec quelle étonnante rapidité la guérison a été effectuée par l'iodure de potassium; nous avons sous les yeux cette observation recueillie avec le plus grand soin, et nous en pouvons garantir l'exactitude. »

C'est donc maintenant un devoir pour tout praticien d'essayer d'abord l'action des iodures, lorsqu'il se trouve en présence de tumeurs du voile du palais ou de l'arrière-bouche.

Cette conclusion des faits que nous avons rapportés, et dont nous pourrions grossir le nombre, car on nous en a raconté d'autres, est parfaitement légitime.

Mais celle qui consisterait à affirmer d'une manière absolue la nature syphilitique de toutes les tumeurs en question, le serait-elle également ?

Non, sans doute.

Le vieil adage : « Naturam morborum curationes ostendunt, » cet adage, si souvent invoqué par Galien et, ajoutons-le, par les médecins de tous les siècles, ne deviendra vrai que dans un temps encore éloigné : lorsque l'action des médicaments sera complétement connue dans son mécanisme, ou tout au moins dans ses limites.

Jusqu'alors, il pourrait conduire à des erreurs étranges, bien que paraissant appuyées sur des observations exactes en elles-mêmes.

Par exemple, l'école de Broussais, tout en regardant les alcooliques comme des substances incendiaires dont l'effet était pernicieux dans les maladies inflammatoires, avait très-bien vu que cette règle cessait d'être exacte lorsque le malade était un ivrogne endurci.

Elle admettait donc, par exception, l'utilité des alcooliques contre l'ataxie résultant d'un alcoolisme chronique; mais exclusivement dans ce cas. On eût alors conclu, d'après le traitement, à l'ivrognerie habituelle de tout pneumonique soulagé par l'eau-de-vie ou la potion de Todd.

Aujourd'hui, ces médicaments sont employés avec avantage même dans les maladies aiguës fébriles des petites filles, comme on en peut voir plusieurs exemples dans la thèse récente de M. Gingeot.

Les déductions basées sur la thérapeutique ont donc un caractère douteux.

Le rapprochement de ces deux faits : d'une part, l'efficacité bien reconnue, incontestable, de l'iodure de potassium contre certains accidents tertiaires de la syphilis ; et, d'autre part, l'action semblable du même sel contre les tumeurs en question de l'arrière-gorge, peut bien faire naître une présomption sur leur nature, mais rien de plus.

La preuve ne peut s'acquérir que par des moyens tout différents : par l'étude de ces tumeurs longtemps continuée à ce point de vue, par l'examen comparatif de leurs antécédents, de leurs apparences et qualités physiques, de leur développement, de leur évolution, et, le plus souvent possible, de leurs éléments histologiques.

Il n'y a pas encore longtemps qu'on a décrit, pour la première fois, des tumeurs du voile du palais, constituées exclusivement par une hyperplasie d'éléments glandulaires. Doit-on toujours les considérer comme malignes ? Ne sont-elles jamais susceptibles d'être modifiées par les iodures, comme le sont si rapidement certaines espèces de goîtres, et bien d'autres tumeurs qui n'ont rien de syphilitique ? Ne nous hâtons pas d'affirmer. Les affirmations prématurées sont plus dangereuses pour la science que la mise en question de vérités certaines ; car on cherche à sortir du doute, et l'on y parvient souvent très-vite ; tandis qu'on s'endort avec complaisance dans les convictions les plus erronées.

De l'Asphyxie.

Pour que les progrès de la science soient continus, on doit avoir présentes à l'esprit, non-seulement les découvertes du jour, mais celles de la veille. Il ne faut pas oublier trop vite ce qu'on a d'abord applaudi.

Ces réflexions nous sont inspirées par la lecture d'un travail récent sur l'anesthésie, où, parmi les moyens qu'on peut mettre en usage pour ranimer la respiration, on n'a pas même mentionné les cautérisations au fer rouge sur le devant de la poitrine, ni l'excitation des pectoraux.

Si les procédés mécaniques ont pu réussir quelquefois à faire entrer l'air dans les poumons, si l'on a pu faire cesser l'asphyxie par l'élévation et l'abaissement alternatifs des bras, ou, comme on l'a dernièrement indiqué, seulement des épaules directement saisies, ou par la rotation du corps sur le ventre et sur les côtés, suivant la méthode de Marschall Hall, ou par des pressions méthodiques sur les côtés de la poitrine, dont on met en jeu l'élasticité, ou, enfin, par l'insufflation dans la trachée ou dans la bouche, il faut avouer que dans les cas graves on voit très-souvent échouer tous ces essais de respiration véritablement artificielle.

Selon l'état rigide ou flasque des divers muscles, les mouvements des bras et des épaules, les changements de situation du corps peuvent, ou non, dilater la poitrine.

L'insufflation, en faisant porter sur les vésicules pulmonaires toute la force mise en usage, n'est pas toujours sans inconvénients.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes considéré principalement au point de vue du diagnostic et du traitement médical et chirurgical avec un appendice sur les *Maladies du vagin et de la vulve*, par A. COURTY, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. — 1 très-fort vol. grand in-8° de 1,100 pages, et 240 fig. intercalées dans le texte, cartonné à l'anglaise. — Prix, 16 fr. — A la librairie de P. ASSELIN, place de l'École-de-Médecine.

Le livre de M. Courty, qui ne compte encore que quelques mois d'existence n'a déjà plus à faire sa réputation. Elle est légitimement et solidement établie. L'appréciation que nous donnons aujourd'hui, a tout au moins le défaut d'être tardive ; nous ne voulons cependant pas perdre l'occasion de parler d'une des meilleures productions de la littérature médicale française.

La gynécologie, science toute contemporaine, est déjà parvenue à un haut degré de perfectionnement. Les progrès rapides qu'elle a accomplis, sont encore un des résultats de la féconde application de la méthode scientifique de l'école moderne, acceptant pour base principale et la plus sûre de la médecine pratique, l'anatomie et la physiologie normales, l'anatomie et la physiologie pathologiques.

M. Courty se hâte, dans son excellente introduction, de le reconnaître et de le proclamer ; il lui est bien facile de montrer ce que doivent aux découvertes, aux perfectionnements remarquables et rapides de ces sciences, l'étude desm aladies de l'utérus et de ses annexes.

L'influence des méthodes physiques d'exploration a trop de puissance sur le diagnostic, pour que l'on ne puisse signaler avec M. Courty, la découverte et la vulgarisation du spéculum, comme ayant contribué aux progrès de la branche de la pathologie qu'il étudie dans son livre. Mais de combien l'importance de ce procédé d'exploration n'est-elle pas dépassée, par exemple, par l'influence de la démonstration du rapport existant entre la menstruation et l'ovulation spontanée ? A cette magnifique découverte, il convient de rattacher d'ailleurs de nombreux travaux embryogéniques et histologiques, entrepris sous cette influence ; parmi ces travaux nous citerons le mémoire publié en 1845, par M. Courty lui-même, sur l'œuf et son développement dans l'espèce humaine. Ce travail n'a pas été sans doute, sans influence sur la direction des études qui nous valent aujourd'hui le *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes.*

M. Courty s'est attaché dans son introduction, sinon à analyser, au moins à faire connaître dans leur esprit, à apprécier la valeur des travaux publiés en France et à l'étranger sur la gynécologie. Ce chapitre est des plus intéressants, et montre, comme tous ceux de l'ouvrage, que l'auteur a su puiser à toutes les sources d'instruction, et de renseignements.

Il n'entrait pas dans le plan de son ouvrage, mais il eût été curieux de montrer comment le progrès avait souvent dévié de sa route faute de connaissances anatomiques et physiologiques suffisantes. On est en effet étonné lorsque l'on étudie dans son ensemble tout ce qui se rapporte à l'histoire des maladies de l'utérus et de ses annexes, de voir combien sont récentes les études, nous pouvons dire pour plusieurs points, les découvertes anatomiques et physiologiques. Le traitement des déviations de l'utérus est imaginé, appliqué, préconisé avant que l'anatomie n'ait appris quelle est en définitive la position de l'utérus. Le cathétérisme de la matrice est institué avant que l'étude du canal utérin et de ses dimensions n'ait été entreprise ; les injections intra-utérines pratiquées avant que l'on se fût rigoureusement rendu compte de la capacité des cavités de l'utérus. N'avons-nous pas vu l'existence d'un sphincter musculaire de l'orifice interne mise en doute par les anatomistes les plus autorisés, avant que les dissections récentes de MM. Hélie et Chenantais n'en aient clairement démontré l'existence, et alors qu'il est chaque jour donné aux accoucheurs d'en apprécier la contractilité quelque fois redoutable.

L'étude des maladies de l'utérus ne saurait en effet reposer que sur l'ensemble le plus large des connaissances afférentes au sujet, précédés, bien entendu des connaissances générales. Nous sommes en effet de l'avis de M. Courty, « la spécialité est le plus bas degré de l'art lorsqu'elle n'est pas fécondée par les connaissances générales ; elle en est la perfection lorsqu'elle est le couronnement de la science. »

Mais nous ne saurions partager la manière de voir du chirurgien de Montpellier, si, comme il semble l'indiquer, le gynécologiste ne devait trouver dans l'étude des accouchements que les notions relatives à la grossesse, au mécanisme du travail et aux suites de couches. Il est trop démontré par l'étude même des affections utérines, que l'origine du plus grand nombre peut légitimement reconnaître pour point de départ, la grossesse, l'accouchement, ou ses suites, pour ne pas admettre que les connaissances les plus approfondies sur ce sujet ne soient nécessaires à tout gynécologiste. Nous ne saurions évidemment réclamer que l'étude si étendue des accouchements figurât dans un traité des maladies de l'utérus ; mais l'exemple récemment fourni par Fletwood Churchill, de Dublin, qui a donné largement place dans son *Traité à l'étude des principales complications des couches* nous paraît bon à suivre.

Nous rappelions, il n'y a qu'un instant, l'influence de la découverte et de la vulgarisation du spéculum sur les progrès de la gynécologie, et, tout en reconnaissant les services que l'on est en droit d'attendre de ce moyen d'exploration, nous formulions presque immédiatement des réserves.

Nous sommes ici pleinement et depuis longtemps de l'avis de M. Courty, et nous avons été en particulier trop souvent mis en garde par l'enseignement de M. Velpeau, sur l'inutilité ou l'insuffisance du spéculum dans bien des cas, pour ne pas applaudir à ce qu'a si bien dit l'auteur à ce sujet.

« A mesure que l'usage du spéculum s'est répandu, dit M. Courty, l'habitude du toucher s'est restreinte de plus en plus, et celui-ci a évidemment été sacrifié à celui-là ; de sorte qu'à mesure qu'on croyait acquérir plus de certitude dans le diagnostic des maladies de la matrice, on se trouvait visiblement réduit à la constatation de celles qui peuvent se développer sur un champ très-limité de cet organe. J'ai vu tant de femmes atteintes de maladies utérines ou péri-utérines

Et, quant aux pressions sur le thorax, elles ne sont efficaces que dans certaines limites.

Depuis les travaux de M. Faure, la question a fait un grand pas.

On ne se borne plus à introduire artificiellement de l'air dans les poumons : par le jeu des actions réflexes, on cherche à provoquer de pleines inspirations, dont le mécanisme soit normal.

L'année dernière, j'ai eu l'occasion d'appliquer ces nouveaux principes dans les circonstances suivantes :

Dans mon voisinage habitait une famille noble dont le chef, autrefois fort riche, s'était ruiné dans des entreprises industrielles. Son fils unique, sorti ingénieur de l'Ecole Polytechnique, avait accepté les propositions d'une compagnie qui se fondait, et était allé en Espagne étudier des mines de charbons.

Les promesses de la compagnie n'étaient pas remplies exactement, l'argent n'arrivait pas aux époques fixées ; et comme les malheureux parents s'étaient endettés pour fournir la somme nécessaire à leur fils au moment du départ, on vint un jour saisir leurs meubles.

Madame de S... était d'origine espagnole, d'une extrême fierté. Elle était seule à la maison lorsque l'huissier s'y présenta vers huit heures du matin pour l'avertir de la saisie prochaine.

A cette nouvelle, elle prit une bouteille qui contenait à peu près deux onces de laudanum, ferma les portes à double tour, et, dans sa cuisine, ayant rempli un grand réchaud de charbons ardents, elle se mit auprès, résolue à boire le laudanum quand elle se sentirait sur le point de tomber.

Une heure plus tard, le mari, voulant rentrer, plein d'inquiétude, enfonça les portes, et il trouva sa femme étendue près du réchaud, violacée et blafarde, ne donnant plus signe de vie.

Je fus au nombre des médecins qu'on courut chercher.

Je commençai, comme il est de règle en pareil cas, par presser à la fois sur l'abdomen et sur les côtes, de manière à vider, autant que possible, les poumons, de l'air vicié qu'ils contenaient.

Puis, par un mouvement rapide, en cessant de presser, je percutai violemment du bout des doigts le haut de la poitrine, sur les pectoraux, ne craignant pas, du reste, de déchirer la peau avec mes ongles.

En agissant ainsi, j'avais un double but : je désirais faire contracter les pectoraux par l'effet du choc ; comme, dans ses belles expériences, Brown-Sequard a fait contracter, en les frappant avec un corps dur, longtemps après la mort, les muscles d'un cadavre. Je voulais aussi, s'il était possible, par l'excitation des nerfs sensitifs de cette région, produire un mouvement reflexe.

Je réussis, en ce sens qu'il entra une certaine quantité d'air dans les poumons.

J'entretins ainsi, pendant deux heures, un semblant de respiration, par des pressions et par des chocs alternatifs ; mais la face restait oujours celle d'une morte, gonflée et violacée par places, comme après la suffocation, les yeux éteints, la bouche entr'ouverte, écumeuse, les traits immobiles. Le pouls, à peine perceptible à l'un des bras, ne l'était nullement à l'autre ; l'insenbilité des membres était complète, et l'effet des manœuvres que j'employais toujours, semblait de moins en moins marqué.

Après deux heures de ces tentatives, je restais seul de médecin ; et c'est alors que, voyant la vie près de s'éteindre tout à fait, je me fis apporter une paire de pincettes chauffées au rouge.

Je pratiquai d'abord deux cautérisations, une sur chacun des côtés de la poitrine, et je m'aperçus que les inspirations redevenaient plus fortes lorsque j'irritais avec mes ongles le fond des plaies ainsi formées. Lorsque ces points ne semblèrent plus sensibles ou à peu près, je posai le fer rouge un peu plus loin, et ainsi de suite. J'étais horriblement fatigué. Enfin la malade eut un vomissement cinq heures après le commencement de ces manœuvres.

En ce moment on m'apporta une machine d'induction dont je me servis pour exciter à l'aide du balai électrique les plaies produites par le fer rouge. L'effet en fut très-remarquable ; les yeux s'ouvrirent au grand large, et la main se porta lentement vers les narines, sous lesquelles j'avais placé un peu d'acide acétique pur. Ces mouvements étaient automatiques. La main retomba aussitôt que je cessai l'excitation, et je ne pus y découvrir la moindre trace de sensibilité en la pinçant, la déchirant, ou y passant le balai électrique. Il en fut de même pour le bras. J'ai noté ce fait, parce qu'il est curieux de voir les membres se mouvoir sous l'influence d'une excitation des régions pectorales, alors qu'ils sont eux-mêmes tout à fait insensibles.

Pour abréger mon récit, je dirai que cette malade fut cautérisée dix-neuf fois de chaque côté, de telle sorte qu'il ne restait plus de place libre entre les plaies. A quatre heures et demie du soir, elle fut vue par M. l'abbé Moignot ; il y avait alors près de huit heures que j'étais près d'elle, et elle n'avait pas donné signe de connaissance ; il fallait toujours entretenir la respiration de la même manière. Un peu plus tard eut lieu le premier mouvement volontaire ; mais la connaissance ne revint, la respiration ne fut tranquille, je ne pus quitter la malade qu'à neuf heures du soir, plus de douze heures après l'asphyxie.

Les plaies guérirent vite et sans douleur.

Dès le premier jour, il y eut une croute épaisse qui recouvrait toute la région et sous laquelle se fit la cicatrice. Cette indolence tenait-elle à ce que la sensibilité locale avait été épuisée ? Je le crois, car la même malade se plaignit d'un sinapisme qui était resté un peu longtemps sous les mollets.

N'est-il pas permis d'affirmer qu'avec tout autre procédé on n'aurait pas pu ranimer la vie, compromise à la fois par l'acide carbonique, peut-être l'oxyde de carbone, et par une dose effrayante de laudanum ?

Cette malade serait morte, si les travaux de M. Faure ne m'eussent point été connus.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES. — M. Paul Dauvé.

Luxation incomplète de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. Mydriase binoculaire se déclarant au moment de l'accident et cessant trois jours après.

En 1851, MM. Budge et Waller adressèrent à l'Institut un mémoire tendant à prouver que les fibres rayonnées de l'iris étaient sous l'influence du grand sympathique, et que la portion cervicale de ce nerf recevait cette influence par l'entremise de filets nerveux partant de la région de la moelle épinière comprise entre la première paire cervicale et la sixième dorsale inclusivement.

Pour Wharton Jones, ces fibres nerveuses partent de la moelle, au niveau de la dernière vertèbre cervicale et des deux premières dorsales. Voici du reste comment le savant ophthalmologiste d'University-College résume les conditions des mouvements de l'iris (1) : « Lorsque la pupille a son diamètre moyen, l'iris est dans un état de relâchement. La contraction et la dilatation de la pupille sont, l'une et l'autre, des manifestations d'un état actif, des fibres circulaires dans le premier cas, des fibres radiées dans le second. Les fibres circulaires de l'iris, qui, par leurs contractions resserrent la pupille, doivent leur contractilité au nerf de la troisième paire, tandis que les fibres rayonnantes, par l'action desquelles la pupille se dilate, doivent leur contractilité aux fibres nerveuses qui partent de la moelle épinière, au niveau de la dernière vertèbre cervicale et des deux premières dorsales. Ces fibres traversent les nerfs spinaux correspondants et la portion cervicale du grand sympathique, et communiquent avec les nerfs ciliaires par l'intermédiaire de la branche ophthalmique de la cinquième paire et de ses anastomoses avec le plexus carotidien. » C'est au moyen des vivisections que Budge et Waller ont pu démontrer l'influence de leur région cilio-spinale sur les fibres radiées de l'iris. Si l'on coupe le grand sympathique dans la région du cou d'un chien, on amène d'abord une dilatation temporaire de la pupille, causée par l'irritation nerveuse produite au moment de la section, et ensuite une contraction permanente due à la contractilité isolée des fibres circulaires, les fibres radiées se trouvant paralysées par le fait même de la section des nerfs qui les animent. Ces différents effets physiologiques trouvent une application claire dans la théorie des mouvements de l'iris adoptée par Wharton Jones.

Le traumatisme accidentel de la région cilio-spinale de la moelle, ou plutôt des fibres nerveuses qui en naissent, ne pourrait-il produire des effets physiologiques semblables à ceux que le traumatisme expérimental fait naître à la suite de la section de la portion cervicale du grand sympathique, ou, pour parler d'une façon plus précise, une entorse, une luxation, une fracture des dernières vertèbres cervicales, peuvent-elles, dans certains cas exceptionnels, exercer une influence sur les mouvements de dilatation ou de contraction de l'iris ?

L'observation suivante semble répondre à cette question d'une manière affirmative :

Le nommé V..., du 9e dragons, robuste et sanguin, entre à l'hôpital militaire de Versailles, le 30 avril 1867, avec un billet portant au diagnostic : « Luxation de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. » Le blessé vient de tomber dans les escaliers du quartier. Il prétend s'être tordu le cou, et assure avoir nettement perçu un bruit de craquement. Il n'a pas perdu connaissance, il a pu marcher après l'accident et s'est rendu à pied à l'hôpital. Pas de symptômes de paralysie du côté des membres, ni du côté des sphincters anal et vésical. Le malade marche la tête penchée en avant et la face légèrement inclinée à gauche. Il ne peut relever la tête lui-même, mais il est facile, sans efforts violents, de la ramener dans une bonne position. L'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale est très-proéminente. A son niveau, je note de l'empâtement et de la rougeur. Je ne perçois pas de mobilité anormale, mais la pression cause une douleur vive qui s'irradie dans les deux ou trois dernières vertèbres cervicales. La distance qui sépare les apophyses épineuses de la sixième et de la septième vertèbre paraît exagérée, surtout pendant la flexion forcée de la tête, et l'épine de la sixième est légèrement déplacée vers la droite, de sorte que la ligne de la colonne vertébrale dessine une légère courbure à gauche, au niveau de l'épine de la septième cervicale. Comme il est facile de ramener la tête dans sa position normale, il ne saurait y avoir luxation complète ; dans ce cas, l'apophyse articulaire de la sixième vertèbre serait accrochée en avant de l'apophyse articulaire de la septième, et la réduction présenterait de plus grandes difficultés. L'absence de crépitation et de mobilité ne permet pas de croire à une fracture de l'apophyse épineuse ou des lames vertébrales. Je diagnostique une luxation incomplète de la sixième cervicale sur la septième, ou plutôt une entorse ayant son maximum de lésion dans l'articulation des deux apophyses articulaires droites. Le déplacement temporaire a eu lieu au point où les luxations sont le plus fréquentes, car on doit se rappeler que, sur quarante luxations traumatiques du rachis, M. Richet en a trouvé cinq de la quatrième sur la cinquième cervicale, onze de la cinquième sur la sixième, douze de la sixième sur la septième, et deux seulement de la septième sur la première dorsale ; point dans la région dorsale, et huit entre la sixième dorsale et la deuxième lombaire (1).

Nous avons sous les yeux une luxation incomplète ou plutôt une entorse produite par la flexion forcée de la tête sur le cou. Mais la flexion n'a pas été assez complète pour que l'apophyse articulaire su-

(1) *Traité pratique des maladies des yeux*, Wharton Jones et Foucher, p. 468. Paris, 1862.

(1) *Des luxations traumatiques du rachis*, Richet. Paris, 1851.

---

graves, complétement méconnues par des médecins qui les avaient examinées au spéculum, que je ne saurais trop mettre les praticiens en garde contre le délaissement du toucher, procédé d'investigation dont le spéculum ne doit jamais que contrôler et compléter les données.»

On ne saurait, en effet, trop insister sur la prééminence du toucher sur tout autre moyen d'exploration. Le toucher seul peut en effet suffire dans bien des cas, jamais une exploration pratiquée avec le spéculum ne pourra complétement renseigner.

M. Courty ne s'élève pas seulement contre l'emploi irrationnel du spéculum indistinctement appliqué pour résoudre tous les problèmes de diagnostic. Il s'élève avec non moins de raison contre la banalité et l'uniformité du choix et de l'application des moyens thérapeutiques. Il faut évidemment appliquer à chaque maladie les moyens de traitement qui lui conviennent ; il est donc indispensable de se bien rendre compte des espèces et des variétés morbides qu'offre la pathologie utérine. « C'est le trait le plus caractéristique des progrès faits à notre époque par la pathologie utérine, que cette tendance à distinguer les unes des autres par leurs symptômes, leurs altérations matérielles et leur nature, les diverses maladies de cet organe, comme on distingue les unes des autres les différentes maladies du poumon ou du cœur. L'application la plus directe et la plus pratique de cette distinction nosologique est, sans contredit, l'indication générale de varier le traitement suivant les cas, et de distinguer les indications spéciales qui naissent de la distinction même des diverses maladies utérines. »

Les médecins, vraiment dignes de ce nom, suivent, il faut le reconnaître, la voie indiquée par les progrès que vient de signaler l'auteur. Mais combien d'exemples encore de ces diagnostics imparfaits, basés sur l'inspection où l'exploration d'une partie de l'organe ; combien d'exemples de cautérisations très-répétées, mais peu variées, ou de tout autre moyen très-patiemment et très-longuement mis en œuvre contre des lésions insignifiantes, qui n'ont souvent d'autre importance que celle de pouvoir être aisément découvertes par le spéculum, et facilement touchées par le crayon de nitrate d'argent.

Le professeur de Montpellier signale, à côté de l'abus du spéculum, les inconvénients trop réels de pansements trop fréquemment répétés ; on ne saurait lire avec trop de profit les réflexions judicieuses et pratiques faites par l'auteur sur ce sujet. Tous les points relatifs au traitement sont d'ailleurs étudiés avec toute autorité et les chapitres généraux de l'ouvrage ne sont pas ceux qui sont appelés à rendre le moins de services.

Il est cependant un moyen d'exploration dont nous reconnaissons toute la valeur, mais qui nous paraît être un peu trop hardiment généralisé par M. Courty, nous voulons parler de la sonde utérine. Ainsi, l'inflammation récente ou ancienne du corps de l'utérus ou de ses annexes constituerait, selon nous, une contre-indication aux explorations intra-utérines. Il est juste de reconnaître que lorsque M. Courty indique les renseignements que peut fournir le cathétérisme utérin dans la métrite, il dénonce immédiatement les inconvénients ou les dangers qui pourraient résulter de son emploi en semblables circonstances. Mais je serais disposé à dire avec M. le professeur Pajot, dans le remarquable travail qu'il a consacré à l'examen du livre de M. Courty (*Archives gén. de Méd.*, février 1867) que l'usage du cathétérisme utérin dans la métrite aiguë me paraît tout à fait condamnable.

Puisque nous sommes conduit au chapitre de la métrite, d'ailleurs si judicieusement traité, nous y relèverons une opinion déjà émise par notre cher et regretté maître Aran.

Comme ce médecin éminent, M. Courty est disposé à mettre sur le compte de l'inflammation les oblitérations partielles où complètes que l'on observe au niveau de l'isthme de l'utérus. Pour nous qui, après un bien grand nombre d'examens cadavériques, n'avons jamais rencontré ces oblitérations, — souvent suivies de distension de la cavité du corps par un mucus transparent ou par du sang, ainsi que le remarque M. Courty, — pour nous, dis-je, qui n'avons jamais rencontré cette lésion qu'après la ménopause ou dans la vieillesse, et surtout chez les très-vieilles femmes, nous croyons encore que ces adhérences sont le fait de la tendance manifeste à l'isolement, à la séparation incomplète, ou complète des cavités du corps et du col qui se manifeste après la cessation des fonctions de l'utérus ; et, par conséquent, nous ne saurions y voir les conséquences d'un travail inflammatoire. La métrite s'observe en effet dans l'âge moyen de la femme, pendant la période d'activité utérine.

Nous ne saurions insister plus longtemps sur ce point de détail, et les limites que nous devons nous imposer, ne nous permettront pas non plus d'aborder les chapitres particuliers du livre de M. Courty.

Nous nous sommes attaché à faire ressortir, dans ces quelques pages, quelques-uns des faits généraux exposés dans l'ouvrage qui nous fournit le sujet de cet article ; nous aurions surtout désiré en bien montrer l'esprit scientifique élevé et l'importance pratique.

Nous ne pouvons, cependant, ne pas signaler comme entièrement originale la partie du traité consacrée à l'étude des kystes de l'ovaire et de leur traitement. C'est un excellent chapitre de chirurgie, qui a de plus le mérite d'être le premier qui ait été inséré sur ce sujet dans un traité dogmatique, publié dans notre pays. Dans l'appendice consacré aux maladies de la vulve et du vagin, le chapitre consacré à l'étude de la fistule vésico-vaginale et de ses moyens de traitement, doit encore être indiqué parmi les plus importants.

En nous résumant, nous dirons que le *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes* a été écrit par un médecin expérimenté, un chirurgien habile et hardi, un anatomiste et un physiologiste exercé, et que de cette heureuse collaboration résumée dans la personne de l'auteur est sorti un ouvrage destiné à prendre rang parmi nos meilleurs et nos plus utiles classiques.

Toujours fidèle à son épigraphe : « La précision du diagnostic et l'opportunité du traitement sont les seuls garants du succès dans la pratique, » l'auteur a su donner, d'une manière précise et opportune, tous les renseignements que peut fournir une érudition, qui, pour quiconque est au courant des travaux publiés sur la matière, est évidemment de première main, c'est-à-dire puisée aux sources ellesmêmes.

F. Guyon.

périeure, en glissant sur l'inférieure, ne vint à la dépasser et à s'accrocher au-devant d'elle ; aussi le déplacement est peu marqué ; encore n'est-il que temporaire, et suffit-il, pour le corriger, de fixer la tête dans la position verticale. C'est, du reste, la seule indication que je suivis dans le traitement. Après avoir lutté par une application de vingt sangsues contre la douleur et le gonflement, j'appliquai le lendemain un bandage extenseur de la tête, analogue au bandage classique appelé en huit postérieur de la tête et des aisselles ; je plaçai une large planche sous le matelas du malade, j'enlevai toute espèce d'oreiller et je fis appuyer sur un traversin un peu épais, non pas la tête, mais le cou du blessé. Cet appareil et cette position soulagèrent immédiatement notre homme. En interrogeant le malade le jour de son entrée sur les symptômes nerveux observés habituellement dans de semblables lésions, je fus frappé par deux symptômes curieux.

V... éprouvait à la base de la nuque, sur les épaules et dans les régions sous-claviculaires, jusqu'aux seins, une sensation de cuisson douloureuse. Dans toute cette région la sensibilité était exagérée, il y avait hypéresthésie. On constatait même une faible rougeur de tout le tissu cutané.

La vision nous fournissait le second symptôme intéressant. Avant son accident, notre blessé jouissait d'une vue normale. Depuis sa chute, sa vue était moins nette, il y avait confusion, multiplication et coloration des objets rapprochés, enfin tous les phénomènes habituellement perçus par l'œil accidentellement dilaté par l'atropine. Je fus frappé de l'extrême dilatation des deux pupilles ; le malade m'assura qu'il n'avait jamais rien éprouvé du côté des yeux, et que l'éblouissement dont il se plaignait ne datait que du moment de son accident. Inutile de dire qu'il n'avait pas été, les jours précédents, soumis à un examen ophthalmoscopique, et qu'il n'avait subi aucune friction belladonée. En l'absence de toute contusion du cuir chevelu qui aurait pu me donner l'idée d'une mydriase, suite de commotion cérébrale, et sur l'affirmation du malade, qui m'assurait n'avoir rien éprouvé du côté du cerveau, je pensai de suite à une mydriase par excitation du centre cilio-spinal de Budge, et j'en fis part à mes aides, et surtout à M. O. Durant, médecin fort instruit, que je priai de vouloir bien examiner notre malade avec le plus grand soin, afin de nous assurer du plus ou moins de fondement de mes suppositions. L'occlusion des paupières et l'obscurité n'augmentaient pas la mydriase. La lumière vive succédant à l'obscurité ne contractait que très-faiblement la pupille. Je ne pus me procurer de fève de Calabar. Comme les deux pupilles étaient également dilatées, je n'avais pas à renouveler l'expérience recommandée par M. Lacronique (1) pour reconnaître la simulation, expérience qui consiste à vivement éclairer l'œil sain, dans le cas d'amaurose, l'iris malade se contracte comme le sain par synergie d'action, et Wharton Jones (2) explique ce phénomène par ce fait que chaque nerf optique a une racine de chaque côté du cerveau, et que chacun peut ainsi être en rapport avec les deux nerfs oculo-moteurs.

La vision étant plus nette dans un demi-jour et avec les verres convexes, j'écarte l'idée d'amaurose. Du reste, je me propose d'examiner le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, aussitôt que le malade pourra se lever.

Cette mydriase était-elle habituelle, était-elle accidentelle ? A défaut de renseignements précis fournis par le malade, je devais attendre tout éclaircissement de l'avenir. Mais, en supposant, ce qui était probable, que l'affection datât de l'accident, quelle pouvait en être la cause ? Etait-ce une paralysie des fibres circulaires ou un excès de contractilité des fibres radiées ?

La paralysie des fibres circulaires peut venir d'une lésion des nerfs ciliaires ou des branches qui les fournissent avant ou après leur entrée dans le globe oculaire. Avant leur entrée dans le globe oculaire, il peut y avoir paralysie du nerf moteur oculaire commun, ou de la branche seulement du petit oblique, mais, dans ces deux cas, il y aura ou chute de la paupière supérieure et strabisme externe, ou abolition des mouvements de rotation alternative du globe oculaire autour de son axe antéro-postérieur. Mon blessé ne présentait aucune de ces complications.

Quand la paralysie des fibres circulaires tient à la lésion des nerfs ciliaires dans le globe oculaire, elle est due aux altérations des membranes internes que l'ophthalmoscope permet de constater, telles que : hyperémie rétino-choroïdienne, exsudats choroïdiens syphilitiques ou autres, apoplexie rétinienne, etc. Les antécédents de notre blessé excluaient toutes ces causes. La mydriase succédait-elle à une commotion, suite de la chute ? Le blessé n'avait pas perdu connaissance, il n'était pas tombé d'un lieu élevé, l'entorse s'était produite plutôt par torsion que par contusion. Toutes ces causes étant écartées, il ne restait plus que l'hypothèse d'une mydriase due à la contraction spasmodique des fibres rayonnantes de l'iris, dont l'action l'emportait sur celle des fibres circulaires, et il fallait rechercher s'il n'y avait pas lésion des filets nerveux qui influencent les fibres radiées, c'est-à-dire lésion des fibres nerveuses qui traversent la portion cervicale du grand sympathique après leur émergence de la moelle entre la sixième vertèbre cervicale et la troisième dorsale. C'est par l'irritation du grand sympathique que s'explique la mydriase produite par les vers intestinaux, les matières fécales durcies et les maladies du tube digestif. Nous ne pouvons admettre ces dernières causes d'irritation chez notre malade, et il ne nous reste plus qu'à rattacher cette mydriase à une irritation des fibres nerveuses parties du centre cilio-spinal, irritation produite par les différents traumatismes de l'entorse de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. N'est-ce pas aussi à l'irritation produite par ce traumatisme sur les branches spinales postérieures à leur point d'émergence qu'il faut attribuer ce sentiment de cuisson, cette hyperesthésie de la peau de la nuque, des épaules et des régions sous-claviculaires ? Je dois avouer que ce dernier symptôme m'a conduit à l'explication du premier. En effet, à la suite d'une contusion, d'une distension ou d'un traumatisme nerveux quelconque, le phénomène le plus ordinairement observé est la paralysie, et dans le cas qui nous occupe, la paralysie des fibres radiées aurait dû nous donner un myosis au lieu d'une mydriase. Mais j'ai dû supposer la lésion nerveuse modérée, et la comparer plutôt à une dilacération partielle cause d'excitation, qu'à une déchirure complète cause de paralysie. Enfin puisque l'hyperesthésie cutanée ne pouvait tenir qu'à l'irritation des paires spinales postérieures, il était permis d'admettre les mêmes causes d'irritation pour les fibres nerveuses du centre de Budge. Avec cette hypothèse, le symptôme mydriase ne devait être que temporaire ; c'est ce qui advint.

Une dernière explication de cette dilatation pupillaire, mais moins acceptable, serait la suivante : le traumatisme des fibres cilio-spinales, et par elles du grand sympathique et des nerfs vaso-moteurs de l'œil, peut amener la paralysie des parois de ces vaisseaux, et partant leur congestion ; en pressant sur les nerfs ciliaires intra-oculaires, les vaisseaux congestionnés amènent la paralysie des fibres circulaires de l'iris, et par la même raison la dilatation irienne. La mydriase serait alors l'effet de la paralysie des fibres circulaires, au lieu d'être occasionnée par l'irritation des fibres rayonnées. Cette congestion des vaisseaux de l'œil, à la suite de la section du grand sympathique au cou des chiens, a été rapportée dans un article de Wharton Jones, sur l'état du sang et des vaisseaux ; mais Donders, en répétant les mêmes expériences et en examinant le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, n'a reconnu aucun changement dans les vaisseaux de la rétine ou de la choroïde (1). Je ne remarquai non plus rien d'anormal dans l'œil de V..., quand je le soumis à l'examen ophthalmoscopique, mais je dois avouer qu'au jour de cet examen la mydriase avait complétement disparu.

Le 5 avril, vingt-quatre heures après l'application des vingt sangsues, la mydriase était moins développée, et les douleurs des épaules moins intenses.

Le 6 avril, à la visite du matin, les deux symptômes avaient disparu. Les pupilles exposées au soleil étaient fortement contractées. Je fis placer le malade dans l'obscurité ; elles se dilatèrent à peine, et j'eus pendant deux jours un myosis succédant à une mydriase. Le 8, la vision était nette et les pupilles, modérément dilatées, se contractaient bien à la lumière.

L'hyperesthésie de la peau, des épaules et de la partie supérieure de la poitrine, a fait place à des douleurs musculaires limitées à la région cervico-dorsale.

Le 10 mai, le bandage fut enlevé, et le malade put se lever et maintenir la tête droite sans la moindre gêne. Cependant, la pression sur la vertèbre proéminente causait encore quelque douleur, et parfois cette douleur était aiguë pendant les mouvements de flexion et de latéralité de la colonne cervicale. J'appliquai un vésicatoire à ce niveau, et, le 1er juin, vingt-sept jours après, mon malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

La mydriase était-elle un effet de l'entorse cervicale ? Je n'oserais l'affirmer. Etait-ce une simple coïncidence ? Rien n'autorise à le croire. Il faudrait plus d'une observation pour faire accepter ce symptôme dans les lésions traumatiques de la colonne cervicale. Quoiqu'il en soit, j'ai cru intéressant de rapporter ce fait et de soumettre au lecteur l'explication que j'ai cru pouvoir en donner.

(1) Ouvrage cité, p. 472.

(2) *Recueil de médecine militaire*, tome X, 3e série, 1863, p. 313.

(1) *Trans. med. chirur.* XXXVIe vol., p. 401, Wharton Jones.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 17 juillet 1867. — Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Réclamation. M. le Dr Leroux, chirurgien de l'hôpital civil de Versailles, adresse une lettre dans laquelle il proteste avec une certaine vivacité contre une phrase prononcée par M. Lefort, dans la séance du 26 juin (voir *Gazette des Hôpitaux*, 13 juillet, p. 327, 3me colonne).

M. Lefort, abordant la question de l'emploi du bichromate de potasse comme antisyphilitique, et après avoir emprunté au rapport de M. Dolbeau quelques passages d'une conversation relative à cet agent et datant de 1863, ajoute : « Je n'aurais rien à en dire si M. Leroux, » dans une communication toute récente à la Société, n'avait semblé » annoncer comme une nouveauté toute personnelle, l'usage du bi- » chromate de potasse contre la syphilis. »

M. Leroux s'est ému de cette phrase qui, suivant lui, impliquerait qu'il a voulu s'approprier un fait qui ne lui appartient pas.

Jamais il n'a eu cette prétention, on ne la trouve exprimée ni dans le texte, ni dans l'esprit de sa communication à la Société de chirurgie, ni dans la thèse de son élève et ami, M. de Bonnefoux (7 août 1866), thèse faite précisément sous les auspices de M. Leroux et dans laquelle la question historique est traitée.

Ne voyant pas où M. Lefort a trouvé matière à une telle supposition, M. Leroux espère que notre collègue voudra bien lui-même reconnaître son erreur.

A l'occasion du procès-verbal, **M. GUERSANT** déclare qu'il a opéré anciennement un enfant âgé de deux ans et demi qui portait un bec-de-lièvre analogue à celui qui a été présenté par M. Marjolin. Je me suis bien trouvé, dit M. Guersant, d'enlever l'os incisif et de reconstituer la sous-cloison avec la peau du lobule médian. J'ai obtenu un très-beau succès avec ce procédé qui appartient en définitif à Dupuytren.

M. GIRALDES informe la Société qu'elle vient de perdre un de ses membres associé étranger. Sir William Lawrens est mort le 5 juillet dernier, à l'âge de 84 ans.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL soumet à l'examen de la Société un malade qu'il croit atteint de varices des réseaux lymphatiques superficiels. Il dépose sur le bureau l'observation suivante :

Eléphantiasis lymphatique du scrotum et des cuisses.

M. VERNEUIL présente un malade atteint de gonflement chronique avec induration et hyperthrophie cutanée du scrotum, des régions inguinales et des deux cuisses jusqu'au-dessous des genoux. La peau épaissie est recouverte çà et là de saillies arrondies, fermes au toucher, sessiles, peu vasculaires, dont les unes sont manifestement dues à l'hypertrophie des papilles, et dont les autres renferment certainement des dilatations ampulliformes des vaisseaux lymphatiques excoriées dans la marche par le frottement des vêtements ou piquées à leur sommet avec la pointe d'une aiguille, ces dernières laissent suinter en quantité variable, mais quelquefois très-abondante, un liquide citrin, légèrement visqueux, transparent, semblable à une légère solution de gomme. Dans le pli inguinal gauche, au centre d'un empâtement diffus, on observe deux ou trois saillies molles, violacées, fluctuantes, recouvertes d'une petite croûte et qui, à la chute de celle-ci laissent également écouler une grande quantité de liquide semblable au précédent.

Le malade n'a jamais quitté Paris ; l'affection a débuté il y a deux ans, sans cause connue, par des douleurs assez violentes et un gonflement inflammatoire. A plusieurs reprises, il y a eu des recrudescences qui ont exigé le repos prolongé au lit, et qui ont toujours amené une augmentation du mal. On ne découvre nulle trace de dilatation variqueuse ni d'œdème ; les deux pieds et le bas des jambes sont à l'état normal, le gonflement tend à s'accroître progressivement de haut en bas, le repos seul suffit, en quelques jours, pour diminuer la tuméfaction d'un tiers environ.

A première vue, l'état du scrotum et des cuisses rappelle les caractères de l'éléphantiasis des Arabes, mais un examen plus attentif fait rejeter cette hypothèse ; car, outre que cette affection est très-rare sous notre latitude, dans le cas actuel on ne constate ni l'hypertrophie extrême de la peau, ni l'envahissement des pieds, tandis qu'en revanche les dilatations lymphatiques sont des plus évidentes.

Suivant M. Verneuil, il s'agit ici d'une variété tout à fait spéciale d'hypertrophie cutanée qu'il convient de rattacher à la dilatation des vaisseaux lymphatiques superficiels. Déjà l'on connaît trois formes de varices lymphatiques :

1° La dilatation des canaux intra-ganglionnaires et des gros troncs qui en sortent pour pénétrer dans l'abdomen, comme dans le cas d'anévrysme ;

2° La dilatation des troncs principaux sous-cutanés ;

3° La dilatation des réseaux les plus superficiels.

Sans doute, il s'agit ici d'une quatrième forme compliquée d'hypertrophie du derme et du tissu conjonctif sus-aponévrotique ; on peut à la rigueur conserver à cette affection le nom générique d'éléphantiasis, en prenant pour base l'aspect extérieur. Mais il faut alors la distinguer des autres formes anatomiques de l'éléphantiasis, c'est-à-dire : 1° de l'éléphantiasis des Arabes ; 2° de l'éléphantiasis variqueux ; 3° de l'éléphantiasis dû à l'hypertrophie isolée du tissu conjonctif sous-cutané sans altération notable de la peau, lésion bien décrite récemment par M. Guyot (de Lyon), et qui se rapproche de l'affection décrite par Valentine Mott, sous le nom de *pachydermocèle.*

M. DEMARQUAY. Je voudrais savoir si l'analyse du liquide a été faite ; j'admets bien qu'il y a ici dilatation des vaisseaux lymphatiques, mais il y a en plus un empâtement considérable des tissus qui appartient à l'éléphantiasis. Je ne puis admettre qu'il s'agisse d'une dilatation des réseaux superficiels ; la quantité de liquide qui s'est écoulé était relativement peu considérable ; enfin, ce même liquide ne sortait pas par jets, ainsi que cela s'observe dans les varices des réseaux lymphatiques superficiels. En résumé, si l'on admet dans le cas particulier qu'il y ait dilatation des lymphatiques, ce n'est point là la partie essentielle du mal, car il s'agit bien évidemment d'un éléphantiasis.

M. TRÉLAT. Je partage complétement l'opinion de M. Demarquay. Je ne vois chez le malade qui nous est présenté aucun des caractères établissant l'existence de varices superficielles ou profondes des lymphatiques du membre inférieur.

Lorsqu'il s'agit du réseau superficiel, le mal est ordinairement limité, l'écoulement du liquide est considérable et il se fait par jets. Lorsqu'au contraire il est question d'une dilatation des réseaux profonds, on trouve une tumeur circonscrite plus ou moins étendue, sans altération de la peau. Le diagnostic se fait alors avec les hernies, les lipomes, mais jamais on n'a songé à confondre ces maladies avec l'éléphantiasis. Dans le cas actuel, il s'agit d'une affection très-étendue, les tissus sont indurés et si, par places, on rencontre quelques dilatations lymphatiques, on trouve aussi des hypertrophies papillaires. Pour moi, il s'agit ici d'une variété d'éléphantiasis.

M. PERRIN. Je partage l'avis de nos deux collègues ; le malade est atteint d'une variété d'éléphantiasis. Je me fonde, pour émettre cette opinion : 1° sur la grande étendue du mal ; 2° sur son apparition simultanée dans les deux membres ; 3° sur sa progression de bas en haut. A côté de tous ces signes on trouve un symptôme qui démontre l'existence de varices lymphatiques, c'est la grande quantité de liquide qui s'est écoulé à plusieurs reprises. J'admets un éléphantiasis de nature peu connue, avec altération des lymphatiques.

M. PANAS. J'ai vu deux malades présentant un développement des bourses pouvant faire admettre la dilatation des réseaux lymphatiques superficiels ; les malades n'avaient aucune espèce d'analogie avec celui qui nous est présenté. Chez le premier, la maladie était très-évidente, une simple piqûre produisait un jet de liquide légèrement opalin comme celui de l'hydrocèle spermatique.

Chez mon second malade, il s'agissait d'un gonflement du scrotum survenu à la suite d'une balanite : la ponction donna issue à un liquide légèrement louche, mais le microscope n'a pu déterminer s'il s'agissait de la lymphe ou d'une sérosité inflammatoire. M. Nélaton a pensé qu'il existait dans ce cas variété d'éléphantiasis. Chez mon malade, la compression a paru être de quelque utilité, mais je l'ai perdu de vue avant sa guérison complète.

M. DESPRÈS. Il est possible de nous entendre. Il y a chez le malade de M. Verneuil à la fois éléphantiasis et varices lymphatiques. Cela est connu en Allemagne et en Angleterre. J'ai trouvé la mention de maladies semblables dans le *Traité des tumeurs* de M. Virchow récemment traduit, et dans le seizième volume des *Transactions* de la Société pathologique de Londres, année 1866, sous le titre de *tumeur fibro-aréolaire avec varices lymphatiques*, observation de M. Carr Jackson. On rencontre, dans ce dernier recueil, l'histoire d'un jeune homme de 17 ans, d'une constitution lymphatique, qui, à la suite d'abcès de la paroi abdominale et des aines, a eu, après des poussées inflammatoires successives, une tuméfaction de toute la peau de la région interne de la cuisse. Sur cette partie on remarquait des dilatations variqueuses des vaisseaux lymphatiques, formant de petites tumeurs grosses comme de fortes têtes d'épingle. A la ponction, ces petites tumeurs ont donné issue à un liquide transparent et qui se coagulait. A l'examen microscopique, ce liquide a présenté tous les caractères de la lymphe.

Il y a un autre fait de ce genre dans les *Medico-chirurgical transactions* de Londres, pour l'année 1862, et cette fois, c'est le scrotum

qui est envahi par l'éléphantiasis et les varices. Le fait est publié avec un dessin dans un article de M. V. Carter, sur la coïncidence de l'urine chyleuse avec les lésions des lymphatiques.

En somme, je trouve chez le malade qui nous est présenté un éléphantiasis dans ses premières périodes et sur lequel il existe, non plus des dilatations des vaisseaux lymphatiques, semblables à celles qui ont été vues par Beau, M. Lebert et M. Trélat, mais bien des dilatations avec hypertrophie telles qu'on en rencontre sur les veines dans les tumeurs hypertrophiques et cancéreuses.

Je me hâte d'ajouter que les travaux allemands et anglais sur l'éléphantiasis et ses relations avec un trouble de la circulation lymphatique, ont eu pour origine les mémoires français de Alard en 1810 et 1824.

M. VERNEUIL. Je tiens compte des observations qui viennent de m'être présentées; je reste convaincu que nous sommes en présence d'une affection mal décrite, mais dont l'aspect est véritablement spécial.

J'admettrais volontiers une quatrième variété de dilatations lymphathiques avec hyperplasie des tissus voisins, en un mot, quelque chose de comparable à ce qui s'observe pour les varices proprement dites des membres inférieurs.

M. TRÉLAT. Nous sommes à peu près tous d'accord ; toute la question litigieuse est relative à la pathogénie de cette singulière affection. L'éléphantiasis est-il la conséquence d'une maladie des lymphatiques ; ou bien la dilatation des vaisseaux est-elle consécutive au développement des membres ? Il faut rester dans le doute, mais il y aurait grand intérêt à suivre le malade.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fracture de la clavicule chez un vieillard, avec conservation des parties molles et sans déplacement.

M. GUÉRIN présente une pièce pathologique et dépose l'observation suivante :

Les fractures de la clavicule sont, le plus souvent, si faciles à reconnaître qu'on peut, en quelque sorte, les diagnostiquer à distance, sans rechercher la crépitation et la mobilité. Elles s'accompagnent, dans l'immense majorité des cas, d'un déplacement auquel les appareils les mieux entendus ne remédient qu'incomplétement.

Il existe pourtant dans la science un certain nombre de faits qui prouvent que le contraire peut être observé. Tout le monde sait, en effet, que chez les enfants on voit souvent des fractures sans déplacement, par suite de la conservation du périoste qui maintient les deux fragments bout à bout, sans que rien d'appréciable à la vue se produise; mais ces faits sont très-rares chez l'adulte, plus rares encore chez le vieillard. C'est à cause de cette rareté que j'ai tenu à vous présenter la clavicule d'un homme de 60 ans, qui a succombé dans mon service à une pneumonie, peu de jours après l'accident qui avait produit la fracture de cet os.

Cet homme, nommé Jean Viguier, entra salle Saint-Augustin, le 26 juin dernier, se plaignant d'une douleur qu'il ressentait vers le milieu de la clavicule, mais qui n'était pas assez vive pour s'opposer aux mouvements du bras. M. Olivier, un de mes internes, m'a remis la note suivante, qui indique suffisamment, quoique brièvement, l'état du malade : « Point de déformation de l'épaule, pas d'ecchymose ; la région claviculaire n'est pas déformée ; il n'y a pas de sang épanché. » En faisant exécuter au bras quelques mouvements et appliquant la main sur la clavicule, M. Guérin perçoit une crépitation fine que l'on reproduit difficilement, et il diagnostique : une fracture de la clavicule, avec conservation du périoste et sans déplacement.

En suivant le trajet de l'os, il trouve, vers son tiers interne, un point douloureux qui est, suivant lui, le siége de la fracture.

Le malade ayant été admis à l'hôpital, la crépitation put être reproduite, et M. Guérin affirma qu'elle était indépendante des surfaces articulaires qui, par leur frottement, produisent parfois un bruit semblable.

Le 1[er] juillet, le malade se plaignit d'oppression, et l'on reconnut une pneumonie, à laquelle il succomba quatre jours après.

La clavicule a été enlevée avec le muscle sous-clavier ; vous voyez qu'en l'appliquant sur une table, on peut exercer sur elle, de haut en bas, une pression presque violente sans la faire céder, tandis que si on relève ses deux extrémités en appuyant sur la partie moyenne, on constate une mobilité très-appréciable à un centimètre en dehors du faisceau claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien. C'est dans ce sens seulement que l'on parvient à séparer les fragments l'un de l'autre, car on les presse d'avant en arrière sans parvenir à les mouvoir isolément et sans produire la crépitation.

Cette immobilité des fragments, qui ne cesse que lorsque les extrémités de la clavicule sont soulevées, explique comment j'ai pu donner lieu à la crépitation, en faisant mouvoir le bras plus facilement qu'en pressant les fragments de haut en bas, ou d'avant en arrière.

En examinant avec soin cette clavicule, on reconnaît qu'elle est fracturée un peu obliquement de dedans en dehors et de haut en bas, de sorte que le biseau du fragment interne est inférieur à celui de l'externe ; ce qui explique comment le muscle sterno-cléido-mastoïdien, dont j'ai démontré ailleurs l'action sur le fragment interne de la clavicule fracturée, est impuissant à produire le déplacement ordinaire.

On voit aussi que le périoste et les autres parties molles qui entourent l'os sont restées parfaitement intactes.

M. DEMARQUAY. Blandin insistait sur les difficultés du diagnostic des fractures de la clavicule, et les observations démontrent la réalité de ce que vient d'avancer M. Guérin.

M. MARJOLIN. Lorsque le diagnostic est difficile, on peut avoir recours à un signe qui a été indiqué par Robert : on engage le malade à se soulever sur les deux poignets, et pendant qu'il fait effort, la main appliquée sur la clavicule perçoit très-aisément la crépitation.

M. GUÉRIN a eu raison de dire qu'on observe chez les enfants des fractures de clavicule sans déplacement; il est juste d'ajouter que, chez les jeunes sujets, cette variété constitue encore l'exception.

Une courte discussion s'engage entre **MM. GUÉRIN, DEMARQUAY** et **MARJOLIN** sur l'utilité et sur les inconvénients que peut présenter la recherche du signe indiqué par Robert, dans les cas de fracture douteuse de la clavicule. **M. GUÉRIN** rappelle ses travaux sur les différentes causes qui s'opposent à la consolidation rectiligne des fractures de la clavicule.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 Juillet M. Boubé, vétérinaire en premier, a été nommé Chevalier de la Légion d'Honneur.

— La société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance *Mercredi 7 Août*, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie nº 20 — Voici son ordre du jour 1º De l'influence de l'air pendant la grossesse et l'acouchement, par M. le D[r] Kaufmann. — 2º Des paralysies des muscles de l'œil et de leur diagnostic par M. le D[r] Galezwoski. — 3º Sur la pleuro-pneumonie rhumatismale, par M. le D[r] Domerc. — 4º Des maladies régnantes, par les Membres de la Société.

— A céder, et non pas à vendre, clientèle médicale d'un bon rapport, à 36 lieues de Paris. Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le docteur Landry, 122, rue du Bac.

— On demande un médecin pour la province, très-bonne place. Pour tous les renseignements, s'adresser à M. Raffin, 3, rue Martel, Paris. Tous les jours avant midi.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur GARROD. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8 accompagné de figures et de planches coloriées. Prix : 12 fr. avec un joli cartonnage en toile, 13 fr. Paris, 1867. — Chez Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E LE SOURD

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

Sociétés savantes et Hôpitaux

PARIS, 4 AOUT 1867.

Société médico-chirurgicale de Londres. — Nous avons déjà parlé d'un rapport, présenté à cette Société par MM. Lane et Gascoyen, sur les syphilisations pratiquées à Londres, tant par M. Boeck que par eux. Ce rapport a été suivi d'une discussion d'autant plus vive qu'il remet en question les doctrines dualistes actuellement dominantes en Angleterre comme en France.

En effet, si MM. Gascoyen et Lane repoussent la syphilisation comme méthode thérapeutique, ils en admettent le premier principe : en ce sens qu'ils admettent la nature vénérienne du chancre mou et l'inoculabilité du chancre induré sur un sujet déjà syphilitique : toutes choses incompatibles avec les doctrines dualistes pures.

On sait, en effet, que pour les dualistes il y a deux espèces de chancres, l'un syphilitique et l'autre non.

Le chancre non syphilitique, le chancre mou, essentiellement inoculable, se reproduit sans incubation, d'abord par une vésicule, qui se transforme rapidement en ulcération. C'est un accident tout local dont la sphère d'action ne s'étend pas au delà d'un premier groupe de ganglions; il y fait naître assez souvent une adénite aiguë, suppurative, un ou plusieurs *bubons*. Ce chancre n'a aucun rapport avec la vérole constitutionnelle, et c'est pourquoi il s'inocule sur une personne syphilisée comme sur un individu vierge de syphilis.

Au contraire, le chancre induré, celui qui donne la vérole, infecte toute l'économie ; il ne paraît localement qu'à la suite d'une incubation plus ou moins longue; et, lorsqu'il paraît, celui qui le porte peut être déjà regardé comme syphilitique. Ce chancre, suivant les dualistes les plus avancés, ne serait jamais inoculable sur un vénérien.

Suivant d'autres, il pourrait encore s'inoculer dans des cas très-rares ; mais alors il perdrait sa forme et revêtirait à peu près celle d'un chancre mou, tout en conservant sa nature intime. En un mot, le *faux chancre mou*, produit par l'inoculation d'un chancre induré sur un sujet en puissance de vérole, ferait naître un chancre induré sur un sujet vierge de syphilis, et lui transmettrait la maladie constitutionnelle.

Mais, je le répète, les dualistes purs vont beaucoup plus loin. Ils nient absolument l'inoculabilité du chancre infectant sur un sujet infecté déjà, et ils expliquent par la supposition d'un chancre mixte, par exemple d'un chancre induré inoculé par le virus d'un chancre mou, les quelques résultats positifs obtenus par l'inoculation d'un chancre induré.

Or, suivant une idée commune à tous les syphilisateurs en général, MM. Boeck, Gascoyen et Lane inoculèrent indifféremment le chancre mou et le chancre induré, comme accidents syphilitiques. Le récit de ces expériences contenait des propositions qui ne pouvaient passer sans controverse.

En voici un extrait :

« La matière employée pour inoculation fut prise tantôt sur un chancre induré, tantôt sur un chancre mou ; mais celle du chancre induré était préférée, car M. Boeck la trouve plus efficace, plus rapide dans son action générale, et moins irritante localement. Il y eut une grande différence dans l'inoculabilité de ces matières. Celle du chancre mou produisit des pustules *généralement*, mais non d'une manière invariable ; tant s'en faut. Notre expérience tendrait à démontrer qu'il existe certaines conditions dont le résultat est de faire échouer presque toujours; quelques unes de ces conditions tiennent aux personnes inoculées, quelques autres au pus lui-même.

« L'examen des cas détaillés dans notre rapport montre qu'on a grandement exagéré l'inoculabilité du chancre mou, et sa capacité de reproduction.

» Dans deux cas seulement une série d'inoculations put atteindre la vingtième génération, chiffre assez élevé, il est vrai, mais presque égalé par quelques-unes des séries d'inoculations obtenues originairement avec la matière d'un chancre induré ; nous pouvons en outre signaler de nombreux exemples dans lesquels la matière d'un chancre mou, spécialement choisie, ne produisit rien,

» Quand nous avons pris la matière d'un chancre induré, nous sommes arrivés rarement à produire des pustules, sans avoir d'abord stimulé le chancre par une irritation locale, de manière à rendre purulente sa sécrétion ordinairement séreuse. La matière fut alors promptement inoculable, passa à travers une longue série d'inoculations, et fut transferable d'un individu à un autre.

» Nous avons la ferme conviction que si l'inoculabilité des deux espèces de chancre n'est pas la même, cela tient uniquement au caractère différent de leur sécrétion habituelle ; car, dès qu'on faisait sécréter au chancre induré un pus semblable à celui du chancre mou, cette matière était inoculable. Cinq chancres classiquement indurés, choisis avec soin dans ce but, et rendus suppurants par l'application de poudre de sabine, ou par des onctions irritantes, ont fourni une matière qui fut employée pour les syphilisations subséquentes. Dans deux cas, ces chancres furent inoculés avec succès sur les porteurs. Un d'eux, malade du service de M. Walter Coulson, avait alors une roséole bien marquée, et l'autre a eu depuis des accidents secondaires.

... « Deux fois, après que la matière empruntée à toute autre source eut depuis quelques temps cessé d'être efficace, on inocula la sécrétion d'un chancre phagédénique commençant, et dans les deux cas on obtint une ulcération phagédénique qui prit une grande étendue. »

Ces derniers faits sont remarquables, comme étant en contradiction avec l'idée qu'on se fait aujourd'hui du phagédénisme.

On n'attribue point le phagédénisme au virus qui produit le chancre, mais plutôt à des conditions inhérentes à l'individu qui le subit. Ainsi on admet que tout chancre, y compris le chancre induré, peut devenir phagédénique dans certains cas, bien que ce soit le chancre mou qui présente le plus souvent cette grave complication.

Mais si les doctrines dominantes ne font pas une place à part au phagédénisme, qu'elles rattachent également aux deux virus, il n'en est pas de même de M. Boeck.

Le célèbre syphiliographe de Christiania est toujours uniciste Pour lui tous les chancres dépendent de la vérole ; mais le virus, au fond toujours le même, peut présenter une puissance, une intensité plus ou moins grande. S'il est, pour ainsi dire, à l'état suraigu, le chancre qu'il produit sera phagédénique ; un peu moins aigu, mais l'étant encore, il donnera naissance au chancre mou. Enfin, s'il est beaucoup plus faible, on aura le chancre induré. Ce dernier pourra infecter presque toujours l'économie, parce que son virus affaibli sera reçu par les lymphatiques, sans provoquer presque de réaction ; tandisque le virus plus puissant du chancre mou enflammera par son contact les lymphatiques, et, s'il les atteint, les ganglions les plus rapprochés ; ce qui lui fermera les seules voies par lesquelles il eût pénétré plus avant.

Il nous a semblé bon de rappeler ici la théorie de M. Boeck au moment où on la discute en Angleterre.

Un syphiliographe distingué, M. Henry Lee, a contesté la portée réelle des faits observés par MM. Gascoyen et Lane. Il n'a pas réussi, comme M. Boeck, dans une expérience qu'il a faite avec le même pus provenant d'un chancre induré.

Les résultats positifs annoncés ont pu tenir, dit-il, à ce que les lancettes avaient servi pour inoculer en même temps des chancres mous, à ce qu'on les essuyait toujours sur le même linge, ou bien encore à ce que le même sujet portait des chancres des deux espèces.

Comme autre objection, M. Lee a présenté une observation remarquable.

Par l'inoculation de pus ordinaire, pris sur un enfant, il a produit, sur un sujet syphilitique, une pustule qui persistait encore après quatorze jours, entourée d'une auréole rouge, et parfaitement semblable à celles qu'on obtient par l'inoculation de chancres suppurants.

Après quelques observations de M. le docteur Drysdale, admirateur de Boeck, M. Coulson est venu répondre à M. Lee. Dans une série d'inoculations qu'il a faite avec la matière du chancre induré, en inoculant trois fois par jour, suivant la méthode de M. Boeck, il a obtenu un résultat partiel, après trois semaines : et il ne croit pas que les piqûres aient pu se trouver inoculées avec le pus de chancres mous qui ne siégeaient pas au même bras. D'ailleurs, pour éviter toute chance d'erreur, dans trois autres cas, il s'est servi d'une fine aiguille à cataracte. Il a réussi dans le second, au bout de quatre jours ; il a échoué dans les deux autres. En somme, tout en considérant l'inoculation du chancre induré comme possible, il ne la croit pas aussi facile que l'indiquerait le rapport.

Nous ne résumerons pas la suite de cette discussion. D'après elle, il nous a paru que les doctrines unicistes relevaient la tête en Angleterre.

Hôpitaux. On s'exagère généralement le temps nécessaire pour produire la consolidation d'une fracture. On laisse trop longtemps les bandages et l'on maintient une immobilité qui peut finir par compromettre les fonctions du membre brisé. M. Velpeau insistait sur ce point en nous montrant plusieurs malades, dont un avait été guéri, en douze jours, d'une fracture de la clavicule, un autre, en moins de trois semaines, d'une fracture de l'humérus. Les cals étaient parfaitement solides, et les appareils furent enlevés.

DU VENIN DE LA VIPÈRE

Le venin de la vipère, et sous ce nom nous désignons celui des trois vipères européennes (le Péliade, l'Aspic et l'Ammodyle), ressemble, quand il est frais, à l'huile d'amandes douces ; il est presque incolore ou très-légèrement jaunâtre. Son odeur est nulle, à moins qu'il ne soit altéré ; et, quoique Mead ait écrit que l'action de ce poison est corrosive pour la muqueuse buccale, il est, comme l'affirme l'abbé Fontana, à peu près sans goût; nous n'avons même pas trouvé, malgré le dire de Troja, qu'il laissât sur la langue un sentiment d'astriction et de stupeur.

Le venin du serpent à lunettes ou *cobra de capello* (*Noja tripudians* Merrem) est grisâtre, et celui du Fer de lance (*Bothrops lanceolatus* Wagler), transparent. Celui des crotales est, d'après le beau travail de Weir Mitchell (*Researches upon the venom of the Ratlesnake*), émeraude pâle, ou jaune très-clair. Ce dernier offre les plus grandes ressemblances avec le venin de la vipère ; il a pareillement la consistance d'une solution de gomme ; il ne possède ni odeur, ni saveur, et, malgré le dire de Jeter, ne produit point la desquammation de la langue. Il nous servira donc d'excellent terme de comparaison.

Notre regretté maître Moquin-Tandon, dans ses éléments de *Zoologie médicale*, évalue, à 7 centigrammes par crochet, le venin que, par la pression de la glande, on peut faire rendre à une grosse vipère. En somme, une grosse vipère posséderait près de 15 centigrammes de poison. Ce chiffre dépasse celui de 10 centigrammes indiqué par Fontana ; les vipères, toutefois, lorsqu'elles frappent, ne perdent à chaque blessure qu'une partie de leur venin. Les serpents à sonnettes de forte taille ont au moins 75 centigrammes de venin par crochet, et en perdent trois ou quatre gouttes à chaque fois qu'ils s'élancent sur leur ennemi.

L'examen microscopique ne fait découvrir, dans le venin frais, qu'un liquide homogène où nage parfois quelques rares cellules détachées de l'épithélium pavimenteux de la glande, ou de son conduit. A l'état sec, il ne présente aucune cristallisation, mais seulement des fissures irrégulières dans sa masse.

Contrairement au curare (1), qui présente avec les venins la plus grande analogie, mais dont le principe actif, la *curarine*, a une alcalinité très-marquée, le liquide qu'inoculent les serpents, du moins celui de la vipère, est manifestement neutre. Mead l'avait d'abord dit acide, il le reconnut plus tard sans action sur les réactifs colorés. Il

(1) Le *curare* ou *woorara* est une préparation dont se servent les sauvages de l'Amazone et de l'Orénoque, pour empoisonner leurs armes. Comme les venins, il est un poison violent dans les plaies et n'a aucune action quand on l'ingère dans le tube digestif. Les Indiens mangent les animaux qu'ils ont percés de leurs flèches empoisonnées par le curare.

Le mode de préparation de cette substance est enveloppé de bien des mystères. Les vieilles qui la fabriquent, s'entourent de l'appareil de la sorcellerie et se retirent pour cela au fond des bois. La légende veut qu'elles meurent à la fin de leur cuisine infernale.

Le curare des Ticuñas, Arecuñas et peuples voisins, paraît être un extrait aqueux de l'écorce de diverses plantes : en particulier des *Strychnos toxifera*, *S. Cogens* et *S. Castelnœana* et du *Rouhamon curare* (voir l'excellente thèse de M. E. Bureau, *De la famille des Loganiacées et des plantes qu'elle fournit à la médecine*). — Paris, 1856.

On y ajouterait, disent les voyageurs, des crochets broyés de serpents et diverses autres substances vénimeuses.

La *curarine*, principe actif du curare est un véritable alcaloïde. Existe-t-elle dans les lianes avant la préparation du poison, ou résulte-t-elle du mélange des substances et en particulier de l'introduction des venins dans l'extrait? C'est un fait non élucidé. Le Dr D. Brainard (*Essay on a new method of treating serpent bite.* — Chicago, 1854) considère le curare comme du venin de serpent renfermé dans un extrait gommeux de diverses lianes; mais un certain nombre des phénomènes produits par l'inoculation du poison des Ticuñas diffèrent totalement de ceux que développent les venins des ophidiens.

Certaines peuplades sauvages, dans l'Amérique du Sud, emploient, en place de curare, de véritables venins, ainsi le liquide acide des glandes cutanées de crapauds.

Le docteur Johnston de Saint-Louis, qui a fait les campagnes du Texas et du nouveau Mexique, affirme que le poison des flèches des Indiens du Rio-Grande n'est autre que le venin des serpents à sonnettes.

Les Gaulois avaient, sans doute, une recette analogue à en juger par cette phrase de Celse : *Venenum serpentis, ut* QUÆDAM *etiam* VENATORIA VENENA QUIBUS GALLI PRÆCIPUE UTUNTUR, *non gustu sed in vulnere nocent* (C. Celsi : *de re medica*, lib. V, cap. II, sect. XII).

La légende des flèches d'Hercule, trempées dans le sang de l'Hydre de Lerne, montre combien est vieille dans l'ancien monde, cette méthode d'empoisonner les armes à l'aide des venins.

— M. Guéneau de Mussy vient d'expérimenter l'action de l'iode dans l'albuminurie. Chez un premier malade, la maladie de Bright durait déjà depuis plusieurs mois; il existait une anasarque considérable, l'albumine était si abondante dans les urines que celles-ci se coagulaient presque, par l'acide nitrique ou la chaleur. Diverses médications avaient été essayées sans succès.

M. Guéneau de Mussy fit administrer deux fois par jour quatre gouttes de teinture d'iode, qui, suivant une méthode que nous avons indiquée, étaient avalées aussitôt versées dans de l'eau de riz.

L'amélioration fut très-rapide. L'anasarque disparut, l'albumine diminua considérablement. Cet homme se considéra comme guéri, et voulut sortir de l'hôpital.

Un autre malade, encore en observation, était atteint seulement depuis quelques jours, lorsqu'on prescrivit la teinture d'iode. Dès les premières doses une diurèse assez abondante se produisit, l'œdème des membres inférieurs alla en diminuant.

Comme la teinture d'iode amenait un peu de diarrhée et des coliques, on ajouta à chaque dose deux gouttes de teinture thébaïque, et elle fut dès lors très-bien supportée.

Si la guérison se complète, nous en avertirons nos lecteurs.

— Le sulfate de soude cristallisé, réduit en poudre fine et instillé dans l'œil, semble fondre de plus en plus les taies anciennes de la cornée, chez cette malade de l'Hôtel-Dieu que nous avons mentionnée plusieurs fois.

— Ceux qui désirent étudier l'hystérie sous toutes ses formes trouveront des malades intéressantes dans le service de M. Lasègue, à l'hôpital Necker. Ils y verront une pauvre fille, autrefois hystérique au plus haut point, et qui cessa de l'être lorsque se déclara la phthisie pulmonaire dont elle va mourir. Les autres cas demanderaient trop de détails pour aujourd'hui.

Dr Victor Revillout.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par le mercure et l'iodure de potassium.

I

C'est une science bien incomplète encore que la science médicale, et il est souverainement triste et presque aussi humiliant de voir où nous en sommes après vingt siècles d'observations, de recherches et de méditations. Nulle base vraiment solide, — aucun critérium certain, — des discussions interminables, — des affirmations prématurées, — des négations ridicules, — des théories, aussitôt abandonnées et bientôt reprises presque sans modifications, — toujours le même cercle parcouru et à peine élargi de loin en loin par quelque grand génie; — tel est le bilan d'une des sciences les plus importantes et les plus utiles.

Triste résultat assurément et bien fait pour décourager quiconque n'aurait pas la conviction que tout cela tient, non pas seulement à la difficulté extrême du sujet, mais surtout à une méthode d'observation mauvaise et impuissante, antiscientifique principalement, et qu'il est grand temps d'abandonner pour en prendre une meilleure et plus certaine. Les hommes qui suivent attentivement le mouvement médical, voient poindre cette méthode nouvelle et prennent courage, non pas que les résultats obtenus soient bien grands, mais parce qu'ils prévoient et pressentent d'immenses résultats.

Je ne sais si la lumière se fera bientôt du côté des maladies syphilitiques, ou, pour généraliser davantage, du côté des maladies virulentes et contagieuses. La chose ne me paraît pas impossible, et les discussions récentes de la Société de chirurgie ne prouvent pas le contraire, bien qu'elles aient surabondamment prouvé que les maladies syphilitiques sont encore bien mal connues; bien qu'elles aient également prouvé que, sur ce point, les vérités sont prises à rebours, même par d'excellents esprits ou par des hommes très-jeunes et n'ayant pas une suffisante expérience. — Il est triste de penser que sur un point, clair pour nous jusqu'à l'évidence, on puisse rencontrer des opinions si diverses, diamétralement opposées; qu'il faille sans cesse reprendre des démonstrations certaines, et rétablir des vérités, selon nous, incontestables, et qu'on soit, en quelque sorte, condamné, dans l'intérêt des malades, à recommencer éternellement un véritable travail de Pénélope.

Il y a environ dix ans, dans ce même journal, je commençais ainsi un mémoire sur le traitement de la vérole :

« Il est inutile d'établir ici que la vérole confirmée ne peut être guérie que par les préparations mercurielles et iodurées; il n'est pas de médecin instruit qui ne s'en soit maintes fois assuré.

« Aussi n'est-ce point de cela qu'il s'agit, et je n'ai pas pris la plume pour prouver que les seuls médicaments réellement antisyphilitiques sont le mercure et l'iodure de potassium; je veux établir qu'il ne s'agit pas seulement de connaître les noms de ces médicaments pour savoir les manier convenablement, et que l'on ne doit pas toujours inévitablement guérir la vérole parce qu'on aura fait prendre au malade, sans méthode et sans jugement, une plus ou moins forte dose de préparations antisyphilitiques : je veux surtout essayer de donner quelques règles pour l'emploi de ces préparations. »

A quelles préoccupations répondais-je dans ces lignes? Je n'en sais trop rien aujourd'hui; mais, à coup sûr, je ne m'attendais pas alors que du sein même d'une société savante, mais un peu trop jeune et trop militante, sortirait bientôt une protestation contre l'utilité des mercuriaux, et que je serais forcé de traiter à nouveau une question que je croyais si bien résolue. — Je vais reprendre, en quelque sorte, mon même travail, en le modifiant un peu, en le complétant sur certains points, sauf à renvoyer le lecteur à mon mémoire primitif, quand il me paraîtra superflu d'entrer dans des détails sur certains points suffisamment élucidés.

Nous ne nous condamnerions pas à cette besogne fastidieuse, si nous ne la regardions comme absolument nécessaire. Mais, il faut bien le reconnaître, la discussion de la Société de Chirurgie a eu un retentissement fâcheux et sur le corps médical, troublé dans ses croyances, indécis, hésitant et ne sachant au juste quel parti prendre, — et sur le public surtout.

La plupart des malades ont une véritable horreur du mercure; ils savent très-bien que ce médicament offre certains dangers, et ils pensent que la main, même la plus habile, ne saurait les éviter; ils mettent volontiers sur le compte du remède tous les accidents produits par la vérole, et que le mercure n'a pas pu conjurer; enfin, ils ont entendu dire que la vérole se guérissait sans mercure, et ils se refusent obstinément à prendre ce terrible médicament. J'en ai déjà vu qui s'appuient sur les opinions de tel ou tel membre de la Société de Chirurgie pour repousser toute médication hydrargirique. — Il est fâcheux que de telles idées, car elles sont fausses et nuisibles, se répandent parmi les malades, et il nous a paru nécessaire de réagir, autant qu'il dépend de nous, contre de semblables croyances.

Il est évident que le mercure doit être manié avec une certaine prudence, par des praticiens habiles et expérimentés; que, dans ces conditions, c'est un médicament à peu près inoffensif; que, s'il peut, dans des cas fort rares, donner lieu à des accidents, rien n'est plus facile que de les conjurer rapidement aujourd'hui; — mais il est tout aussi évident que le mercure est le seul remède efficace à opposer aux manifestations syphilitiques, et que, dans presque tous les cas, il est souverainement utile.

Quand M. Després nous dit que le mercure ne guérit pas la vérole, qu'il est un médicament inerte et même dangereux; que cette maladie se guérit toute seule et qu'il suffit d'aider *la bonne nature* par les toniques et un bon régime, M. Després ne prouve, selon nous, qu'une chose, c'est qu'il n'a pas suffisamment étudié la vérole et les préparations mercurielles, et qu'il s'est beaucoup trop hâté de conclure. — Son grand argument repose sur la statistique.

Certes, nous sommes des premiers à reconnaître l'utilité et l'importance de la statistique en médecine, mais à la condition expresse qu'elle soit bien établie, sur des données certaines, avec des éléments bien déterminés et bien coordonnés; à la condition également que cette statistique ne soit point prématurée et puisse démontrer quelque chose. Ce n'est assurément pas le cas de la première statistique dressée par M. le docteur Després.

Le travail de ce distingué confrère pèche par bien des points et un homme longuement versé dans l'étude de la syphilis se serait bien gardé de publier une statistique aussi prématurée. Celle de M. Després va du 24 février 1866 au 23 février 1867, c'est-à-dire qu'elle comprend une seule année; en sorte que, fût-elle de la plus complète exactitude, elle ne prouverait absolument rien, car il se pourrait faire tout simplement qu'il y eût là tels ou tels rapprochements fortuits, quelques coïncidences, etc. Que M. Després continue ce travail pendant une dizaine d'années; nous verrons alors.

Mais l'exactitude de cette statistique, de ces chiffres *qui ne sauraient se passionner* (il est vrai que les auteurs se passionnent pour eux, ce qui revient à peu près au même), cette exactitude n'est qu'apparente. M. Després conclut à l'inutilité du traitement mercuriel par le nombre des récidives pendant une année, nombre plus grand après le traitement mercuriel que lorsque la maladie est abandonnée à elle-même. Ainsi une seule année d'observations, un seul service d'hôpital dans lequel les malades reviennent ou ne reviennent pas, si le mal reparaît, et, sur ces données, M. Després se croit en droit de conclure et d'affirmer l'inutilité du traitement mercuriel. — Nous sommes plus difficile que M. Després et déclarons très-franchement que nous ne tenons aucun compte d'une statistique ainsi établie.

Le jeune chirurgien de l'Ourcine a sans doute compris toute la valeur de cette objection et il a dressé à l'hôpital Saint-Louis, et dans divers services, des statistiques nouvelles servant à corroborer son opinion première. Nous n'en parlerons pas, car elles ont été contestées immédiatement, et par qui? justement par les médecins dans le service desquels elles ont été recueillies et qui en tirent une conclusion tout opposée à celle de M. Després.

Au demeurant les opinions du chirurgien de l'Ourcine ne sont pas nouvelles et tout le monde sait qu'elles furent celles de Broussais et après lui de l'École du Val-de-Grâce, représentée surtout par Desruelles et Richond des Brus. Elles furent également adoptées par un très-grand nombre de médecins, non pas seulement en France, mais dans la plupart des États de l'Europe. La lumière cependant ne tarda pas à se faire; des résultats déplorables ouvrirent les yeux aux hommes de bonne foi et l'on revint assez vite aux mercuriaux, seuls médicaments réellement efficaces contre les accidents syphilitiques.

Et cependant, à diverses époques, on a essayé de remplacer le mercure par de prétendus succédanés, aussi vantés qu'impuissants. Les uns ont guéri la vérole par les simples seulement et à l'aide de tisanes végétales dont la composition restait habituellement un secret. Le traitement par l'oxygène et les substances oxygénées, par le chlore et les acides végétaux eut, en France, en Angleterre et ailleurs, un succès prodigieux qui ne cessa que le jour où l'on s'aperçut que les prétendus vérolés guéris n'avaient jamais eu la vérole. Tout le succès du fameux Rob Laffecteur repose sur cette idée fausse que la syphilis peut se guérir sans mercure. Aujourd'hui, c'est le tour du *bichromate de potasse*, préconisé par M. Leroux, de Versailles, dans les cas où le mercure est impuissant et dans ceux où les malades ne peuvent pas le supporter. Nous n'avons pas expérimenté le nouveau médicament et n'en pouvons rien dire. *A priori*, nous pensons cependant que le bichromate de potasse ne doit valoir ni plus, ni moins que les autres remèdes vantés au détriment des préparations hydrargiriques.

Entre les médecins qui déclarent le mercure toujours inutile et ceux qui le préconisent comme un spécifique de la vérole, viennent se placer ceux qui tantôt l'administrent et tantôt ne l'administrent pas, selon les cas ou selon la nature des accidents. Parmi ces derniers, celui dont l'autorité se conteste le moins est M. Diday, de Lyon. Aussi nous semble-t-il indispensable de discuter, en ce moment, le mode de traitement qu'il préconise.

Et, d'abord, M. Diday ne donne pas le mercure contre la vérole, ni même indistinctement contre tous les accidents secon-

---

avait parfaitement observé dans les deux cas; le venin du réservoir rougit faiblement le papier de tournesol, mais le liquide buccal ramène ce papier au bleu, neutralisant l'acidité du venin. Chez les crotales, qui sécrètent une quantité énorme de poison, le liquide recueilli au sortir de la dent rougit toujours un peu le tournesol, tandis que sa neutralisation est complète chez la vipère. Cette acidité du venin ne tient point à un principe particulier, et n'a aucune influence sur son action toxique, elle est due simplement aux phosphates qu'il renferme.

Desséchée, la liqueur vénéneuse prend l'aspect d'une gomme, quoiqu'elle n'en ait pas la composition chimique, et s'écaille comme un vernis.

Elle peut se garder quelque temps avec toutes ses propriétés, dans les conditions où l'on conserve le virus vaccinal; un des meilleurs tubes, dans ce cas, est la dent même du serpent. Ce n'est donc pas sans crainte qu'on manie ces crochets, même longtemps après la mort du reptile.

La chaleur fait boursouffler le venin, qui ne prend feu que lorsqu'il est carbonisé. Lorsqu'on le prive d'air et qu'on le place dans un tube capillaire fermé aux deux bouts, il supporte sans s'altérer des températures très-éloignées. Le docteur Weir Mitchell a tué des pigeons avec des solutions de venin de crotale, placées dans un mélange réfrigérant de 3° Fahr. (— 12° c.), ou portées à la température de l'eau bouillante.

A l'état sec, les acides puissants ne font que diviser le venin en le transformant en pâte liquide. L'acide azotique le colore en jaune, à cause des substances protéiques qu'il contient. En solution aqueuse, les acides azotique, chlorhydrique et sulfurique précipitent d'abord le venin qui se redissout dans un excès d'acide. Le précipité est blanc, mais il brunit un peu avec l'acide sulfurique, ce qui indique un commencement d'altération. L'acide tannique précipite abondamment le venin; ce précipité blanc est redissous dans l'ammoniaque. La plupart des acides végétaux ne dissolvent point le venin lorsqu'il est sec, et ne le précipitent pas de ses solutions.

La solution iodo-iodurée le précipite pour le redissoudre dans un excès de réactif.

Il est insoluble dans l'alcool concentré, les alcalis et les huiles.

Il se mêle au contraire partiellement à l'alcool étendu; il est, en grande partie, soluble dans l'eau froide dont il trouble très-légèrement la transparence et où il s'altère à la longue. L'eau bouillante le dissout complétement.

Ces conditions de solubilité expliquent des expériences au premier abord contradictoires. L'abbé Délalande a tué un grand nombre de petits oiseaux et de pigeons avec des crochets de vipères et de péliades ayant macéré depuis plusieurs années dans de l'alcool à titre assez élevé et chacun a pu répéter ces expériences. D'autres observateurs ont été moins heureux pour avoir opéré avec des crochets plongés depuis trop longtemps dans de l'alcool affaibli. Le danger des dents de crotale et de certains autres serpents étrangers, fait que souvent on les lave à grande eau pour en enlever le poison, avant de les envoyer aux naturalistes; les expériences tentées avec ces crochets sont alors sans effet. Une autre cause de résultat négatif des inoculations pratiquées avec les crochets seuls tient à ce que, parfois chez les serpents morts d'une manière violente, la glande et le réservoir contiennent du sang, et que dans ces conditions le venin est profondément altéré.

La liqueur toxique résiste, au contraire, à un commencement de putréfaction. Les expériences du docteur W. Mitchell ont démontré que, pour le crotale du moins, la présence de moisissures et même le développement de vibrioniens ne fait pas nécessairement perdre au venin ses propriétés.

Sous l'influence de l'air humide, les venins subissent cependant à la longue la décomposition ammoniacale, et tout principe actif se détruit, quoique moins promptement que celui des virus.

Le prince de Canino, Lucien Bonaparte, a le premier donné une analyse du venin de la vipère, et y a signalé une substance particulière dans laquelle paraît résider sa puissance. Il l'appelle *vipérine* ou *échidnine*.

Le premier mot, dans le cours de ce travail, aura un sens restreint au principe actif du venin de la vipère, tandis que le mot échidnine sera pris dans un sens général et s'appliquera aux principes actifs des venins de tous les serpents dangereux.

Voici le résumé de l'analyse du venin de la vipère, publiée par le savant italien dans *la Gazetta toscana delle scienzie medico-physice* (1843, p. 169).

Le venin se compose des substances suivantes en solution dans de l'eau :

1° D'un principe albumineux représentant dans ce liquide la ptya-

daires. Il choisit les cas, administrant ici le mercure, et là, au contraire, laissant agir la nature. Le chancre induré n'est pas non plus une indication suffisante du traitement mercuriel; il faut, pour qu'il recoure à ce traitement, que la nature et le caractère de l'induration lui apprennent d'abord que la vérole sera grave, et alors il administre le remède vers la quatrième semaine et avant l'apparition de la roséole. Nous avons protesté et nous protestons encore contre une semblable interprétation du chancre induré, de sa nature, de son importance au point de vue de la syphilis secondaire. — Mais pourquoi M. Diday traite-t-il dès la quatrième semaine et avant l'apparition de la roséole? Le chancre induré est donc déjà la vérole? Alors, pourquoi attendre? Ou bien le mercure agit-il contre la vérole, avant même qu'elle ne se soit manifestée? Cela ne paraît pas être l'opinion de M. Diday. Est-ce donc simplement de l'empirisme? En ce cas, il nous semble que M. Diday tient bien peu de compte des leçons de l'expérience.

Le médecin de Lyon a adopté un mode tout nouveau de traitement et qui ne nous paraît ni rationnel ni empirique; pour nous, il nous semble reposer entièrement sur la fantaisie. M. Diday administre le mercure, à dose modérée, et pendant un temps fort court; il donne tous les jours à l'intérieur 15 centigrammes de proto-iodure et fait faire, le soir, une friction avec l'onguent napolitain. Au bout de huit ou dix jours survient un peu de gingivite; on arrête alors le traitement, sauf à y revenir, s'il y a lieu. Dans tous les cas, on n'y revient pas si l'accident syphilitique a disparu.

Ainsi M. Diday s'attaque à l'accident, nullement à la diathèse qu'il n'admet d'ailleurs que chez les malades qui ont des manifestations tertiaires.

Nous différons encore ici d'avis avec M. Diday, et nous répéterons qu'il nous semble bien difficile d'admettre qu'un médicament, capable de guérir les accidents successifs d'une diathèse, soit absolument impuissant contre cette diathèse elle-même. — Mais, passons condamnation sur ce point; pourquoi M. Diday donne-t-il quelquefois le mercure, après un chancre induré, avant l'apparition de la roséole syphilitique? Nous avouons, pour notre part, ne plus comprendre et nous laisserons à de plus avisés le soin d'accorder deux points qui nous semblent diamétralement opposés.

Je comprends M. Després niant l'action des mercuriaux, je ne comprends pas M. Diday et sa thérapeutique. Comment peut agir le médicament pris à l'intérieur, s'il agit? Evidemment et seulement par une action spéciale sur le sang et sur l'économie, générale, puisqu'il guérit de la sorte des manifestations extérieures, telles que les syphilides; le mercure semble donc agir comme un véritable spécifique et il peut être considéré comme une sorte de contre-poison. Or, ce médicament, qui agit par le sang contre les accidents manifestés de la vérole, cesserait d'agir au moment juste où ces accidents sont guéris, il n'aurait plus aucune action sur le sang pour empêcher l'évolution postérieure de la vérole! Il ferait ainsi son choix et prendrait, de son chef, son heure et son moment! — Il nous est impossible de souscrire à cette façon d'interpréter les faits, et le parallèle, que M. Diday a tracé entre le parasitisme et l'action du virus syphilitique, nous a prouvé que M. Diday est un esprit fort ingénieux, mais il n'a nullement modifié notre manière de voir.

Nous n'admettons pas qu'on puisse à l'avance, non pas toujours, mais même dans le plus petit nombre de cas, déterminer l'intensité et la gravité d'une vérole constitutionnelle; — nous nions que le chancre induré, soit par son étendue, soit par sa nature, puisse aider à établir le degré de gravité de la vérole constitutionnelle; — et, quant à ce traitement à bâtons rompus, qui consiste uniquement à blanchir le malade tant bien que mal, à éteindre pour quelques jours à peine, ou pour quelques semaines, les accidents actuels de la syphilis, nous déclarons ne pouvoir le comprendre, et nous ne saurions nous élever assez énergiquement contre lui. — Les médecins, qui agiraient selon les preceptes de M. Diday, ressembleraient, selon nous, à des pompiers qui, chargés d'éteindre un violent incendie, se retireraient dès qu'ils ne verraient plus de flammes, laissant ainsi couver sous la cendre un feu destiné à se rallumer bientôt et à causer de nouveaux ravages.

(A suivre.) Dr H. Montanier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Rétrécissement de l'œsophage causé par un cancroïde à cellules pavimenteuses et à globes épidermiques. — Hypertrophie du cœur. — Endocardite valvulaire chronique de la valvule mitrale. — Athérome de l'aorte. — Pneumonie.

(Observation recueillie par le Dr V. Cornil, chef de clinique.)

Le nommé J..., âgé de 68 ans, bouquiniste, entre, le 2 novembre, dans le service de M. le professeur Bouillaud, au nº 15 de la salle Saint-Jean-de-Dieu.

Ce malade, qui n'a aucun antécédent héréditaire, dit n'avoir jamais été atteint d'affection fébrile intense; il n'a jamais eu de rhumatisme ni d'accidents syphilitiques. Depuis dix-sept ans qu'il est marchand de livres sur le quai, exposé à toutes les variations de l'air, au vent et à la pluie, il s'est enrhumé plusieurs fois, mais pas de façon à s'aliter.

Depuis trois mois, il a éprouvé de la gêne dans la déglutition des aliments, et il a ressenti comme une barre au cou, au niveau du larynx. Depuis un mois environ, ces accidents se sont aggravés de telle sorte, qu'il ne peut ingérer que de la soupe bien trempée et du vin. Le pain ne peut passer que lorsqu'il est ramolli et bien imbibé de graisse. La viande et les légumes sont rendus par la rumination et non par le vomissement, aussitôt qu'il les a avalés et tels qu'il les a pris, sans qu'ils soient en rien modifiés. Lorsqu'il a rendu ces aliments, les mouvements de régurgitation qu'il fait déterminent des efforts de vomissement, et il vomit alors seulement du mucus glaireux.

Depuis ce temps le malade s'est affaibli, il est essoufflé lorsqu'il marche et qu'il monte les escaliers, il entend des bourdonnements dans les oreilles.

État actuel (2 novembre). La face est congestionnée. Les lèvres ont une teinte un peu violacée, les conjonctives sont jaunâtres, ce qui est dû à un dépôt de graisse; le malade est robuste et d'un embonpoint ordinaire, bien qu'il ait maigri depuis le début de sa maladie. Les chevilles et la partie inférieure des jambes sont œdématiées, assez légèrement pour que le malade ne s'en fût pas encore aperçu.

Le thorax est assez bien conformé; l'articulation sterno-claviculaire droite est un peu subluxée en avant.

La percussion du thorax en avant fait entendre une sonorité exagérée d'une façon générale, sauf dans la moitié droite du sternum, au niveau du deuxième espace intercostal. L'auscultation du poumon révèle des râles vibrants, des ronflements bronchiques disséminés des deux côtés, en avant et en arrière.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal en dehors du mamelon. On entend à l'auscultation du cœur un bruit de souffle doux, au premier temps, qui se perçoit à la pointe et à la base, ainsi que le long de l'aorte.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni matière colorante de la bile.

3 novembre (examen fait par M. Potain). Le pouls est de moyenne intensité, vide dans l'intervalle de la pulsation. 64 puls. à la minute.

La palpation du cœur ne fait percevoir ni impulsion forte ni vibration anormale. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal en dehors du mamelon. Le premier bruit est mal frappé, sourd; le second est éclatant et métallique. Bruit de souffle doux qui commence avec le premier temps et se prolonge dans le petit silence. Ce souffle, dont le maximum est à la base, s'entend tout le long de la carotide. La matité précordiale est grande verticalement, moindre transversalement, mais la moitié droite du sternum donne une submatité bien manifeste.

Les battements du pouls sont isochrones aux deux radiales.

Le larynx est mobile; la région du cou n'est nulle part douloureuse à la palpation, bien que le malade accuse une sensation de barre au niveau du larynx.

5 novembre. L'examen laryngoscopique ne fait rien apercevoir d'anormal. Les lèvres de la glotte sont un peu plus larges à gauche qu'à droite, mais la glotte n'est pas déviée, non plus que la trachée.

On fait plusieurs fois avaler au malade des aliments solides, et on observe ce qu'il avait décrit lui-même, c'est-à-dire l'impossibilité de leur passage, leur rejet immédiat suivi de vomissements composés de mucus stomacal.

20 novembre. On note une diminution du son très-évidente à la percussion de la partie supérieure et antérieure du thorax à droite, sous la clavicule. Il existe là de gros râles muqueux à timbre éclatant, se passant à l'inspiration et à l'expiration; au niveau de la troisième côte, près du sternum, ils sont mélangés à une respiration soufflante.

21 novembre. Le malade a été en proie, pendant la nuit dernière, à un accès de suffocation. Il est pâle et la figure porte l'empreinte d'une extrême fatigue.

22 novembre. On l'a trouvé mort dans son lit à cinq heures du matin.

L'examen avec la sonde œsophagienne n'a pas été fait.

Autopsie faite le 23 novembre à 9 heures du matin.

Cœur. Le cœur, très-volumineux, offre à sa surface plusieurs plaques fibreuses; pas d'adhérences du péricarde ni d'épanchement notable dans cette séreuse. C'est surtout sur les parois du ventricule gauche que porte l'hypertrophie. L'aorte est suffisante ainsi que l'artère pulmonaire. La valvule mitrale présente dans son épaisseur plusieurs plaques jaunâtres, minces et dures; il n'y a pas d'ulcération à leur niveau. Les valvules aortiques sont normales, mais il existe sur toute l'aorte ascendante, à la crosse, et dans l'aorte ventrale, des foyers athéromateux nombreux et ulcérés versant à la surface de l'artère une bouillie blanchâtre.

Poumons. Le poumon droit est hépatisé et dur dans une assez grande partie du lobe supérieur. Dans la portion antérieure, et spécialement au bord tranchant, il existe une hépatisation jointe à de la friabilité; des parties séparées plongent au fond de l'eau; la surface de section en est lisse, à peine grenue et rouge. Par le raclage, on y obtient un liquide trouble, épais et rougeâtre. A côté de cette portion hépatisée, il existe plusieurs noyaux plus petits de pneumonie dans ce même lobe supérieur. Les artères pulmonaires sont libres. Les bronches de seconde et troisième division sont partiellement dures et cassantes. L'examen microscopique ultérieur y a montré une calcification des cartilages bronchiques périphérique aux capsules cartilagineuses. La trachée et les bronches sont couvertes de mucopus. Le larynx est normal.

Œsophage. A l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'œsophage, on voit, avant d'ouvrir ce conduit, qu'il est le siége d'un rétrécissement pouvant admettre seulement la dernière phalange du petit doigt (12 millimètres de diamètre). Après l'ouverture du canal, on aperçoit, au point rétréci, une ulcération longue de 7 centimètres, annulaire, blanchâtre, mammelonnée, irrégulière et couverte de suc laiteux à sa surface. Les bords de cette ulcération sont festonnés et saillants, et sur ces bords, à la limite de l'ulcération, on voit s'arrêter brusquement le revêtement épithélial de la muqueuse normale; les plis longitudinaux de la muqueuse cessent aussi au niveau du bord festonné précédent, et on n'en voit aucune trace sur le fond de l'ulcération. L'œsophage est dilaté au-dessus de l'obstacle.

La portion malade comprend toute l'épaisseur des tuniques œsophagiennes, qui sont notablement épaissies et indurées à son niveau. Sur une section de ces parois altérées, on obtient par le raclage, aussi bien à la partie externe qu'auprès de la muqueuse, un suc laiteux et grumeleux abondant. On peut facilement isoler l'œsophage des parties voisines, excepté au point où ce conduit est en rapport avec l'aorte. Là, le tissu cellulaire périaortique est dur, d'une épaisseur de 2 millimètres; il crie sous le scalpel; il est semi-transparent et ne donne pas de suc au raclage. (L'examen microscopique de ce tissu a montré qu'il était uniquement fibreux.)

L'estomac est petit, revenu sur lui-même, et sa surface est traversée par des arborisations vasculaires; sur plusieurs points il existe un piqueté rouge.

L'intestin grêle est également rétréci et sans lésions.

Le foie présente, sur une coupe, une congestion très-intense du centre des îlots, et une coloration grise de leur périphérie (foie noix de muscade).

La rate est dure, petite, présentant sur une section une surface plane, rouge, sur laquelle il est facile de voir de nombreux tractus fibreux et épais. Il est difficile d'enfoncer l'ongle dans son tissu induré, et par la pression elle ne donne pas de boue splénique.

Les reins sont petits; leur capsule est adhérente et épaissie; leur surface est irrégulière, granuleuse et chagrinée sur toute leur étendue. Sur une section du rein, la substance corticale est atrophiée, étroite et semi-transparente. La substance tubuleuse, également atrophiée, est rouge. Les artérioles du rein sont épaissies; elles apparaissent à l'œil nu comme des lignes fibreuses. La substance rénale tout entière est dure et sclérosée.

A l'examen microscopique du rein, on n'a noté aucune lésion des

---

line de la salive normale, mais ayant toutes autres réactions physiologiques: c'est la *vipérine*;

2º D'albumine et de mucus;

3º D'une substance soluble dans l'alcool;

4º D'une matière colorante jaune;

5º D'une matière grasse;

6º De sels analogues à ceux de la salive (phosphates et chlorures).

M. Cl. Bernard dit que certains auteurs ont considéré le sulfocyanure de potassium comme la cause des effets mystérieux du venin de la vipère. Ce sel si vénéneux existe, chose étrange, dans la salive normale de plusieurs animaux et même de l'homme, *mais nous n'en avons pas retrouvé de traces dans les solutions de venin:* le sulfate de sesquioxyde de fer n'y produit point le précipité rouge caractéristique du sulfocyanure.

Les recherches si remarquables de Bonaparte ont fait bonne justice de ces suppositions hasardées, et la découverte de la *vipérine*, rapprochant jusqu'à un certain point le venin du curare et des poisons végétaux, a jeté une lumière nouvelle sur son mode d'action. Malheureusement, ce que l'on sait de la vipérine est encore bien incomplet; son analyse élémentaire n'est pas faite. Elle paraît agir par catalyse, comme les ferments dont elle se rapproche chimiquement; mais les mots: catalyse, force catalytique, force de présence, tout en exprimant des phénomènes qui ont entre eux les plus grands rapports, ne sont guère qu'un aveu de l'impuissance de la science pour les expliquer.

La vipérine est, à dose égale, plus dangereuse que le venin; elle est, toutefois, plus active dans son véhicule naturel que dans tout autre.

On l'obtient en coagulant le venin par une grande quantité d'alcool. La partie du venin, restée sur le filtre après plusieurs lavages alcooliques, est reprise par l'eau distillée qui dissout la vipérine; l'évaporation la laisse comme résidu, l'éther lui enlève alors la matière grasse et la substance colorante; enfin, l'eau fortement acidulée et froide, puis l'alcool la débarrassent des sels qu'elle peut encore contenir.

Cette échidnine ainsi obtenue est un vernis gommeux se présentant sous forme d'écailles semblables à celle de l'acide tannique. C'est une substance sans grandes propriétés chimiques. Elle ne se rapproche point des bases organiques, quoiqu'elle contienne de l'azote et soit quaternaire. C'est une substance neutre du groupe de l'albumine, et, comme elle, facilement putrescible.

La parotide toxigène offre donc une sécrétion, au premier abord, presque identique avec la sécrétion salivaire, mais le liquide pris dans le conduit est dans le premier cas acide ou neutre, et alcalin dans le second; de plus, le principe spécial du venin ne développe pas, comme la ptyaline, de fermentation sucrée dans les solutions d'amidon maintenues à une douce chaleur; enfin, comme troisième caractère différentiel, la sécrétion de la salive est rapide et presque continue; la sécrétion du venin est, au contraire, assez lente. Un fragment de parotide bien lavé *intus* et *extra*, puis essuyé avec soin, fournit encore, par macération ou décoction légère, un principe capable de transformer l'amidon en glycose; une glande de serpent venimeux des plus puissants, traitée de la même façon par M. W. Mitchell, ne donna pas lieu à la formation d'une dose de poison capable de tuer un colibri.

Cette lenteur de la sécrétion venimeuse explique pourquoi les blessures d'un serpent, qui vient de mordre plusieurs fois de suite, sont moins dangereuses que les premières et à la fin même inoffensives.

(A suivre.) Dr Viaud Grandmarais,

Professeur-suppléant à l'École de médecine de Nantes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Adde Margras, de Nancy, docteur en médecine à Paris. 2e édition, chez Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine. Prix: 3 fr. 50 c.

Nouveau compendium médical à l'usage des médecins praticiens, divisé en trois parties: 1º pathologie générale; 2º dictionnaire de pathologie interne; 3º dictionnaire de thérapeutique; par le docteur Antonin Bossu. 4e édition, augmentée d'un supplément où sont relatés les progrès de la science. Paris, 1867, un vol. in-12. Prix: 7 fr.

La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, par le professeur Garrod. Ouvrage traduit par le docteur Ollivier et annoté par le docteur Charcot. Un fort volume in-8 accompagné de figures et de planches coloriées. Prix: 12 fr. avec un joli cartonnage en toile, 13 fr. Paris, 1867. Adrien Delahaye.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Deux volumes in-8. Prix: 11 fr. — Paris, 1865. Adrien Delahaye.

cellules épithéliales des tubuli ; seulement les parois des artérioles rénales sont épaissies et présentent une certaine opacité, bien qu'elles ne renferment pas de granulations graisseuses ; les artérioles apparaissent comme des tubes à parois rigides.

LA VESSIE et le PANCRÉAS sont normaux.

LES VEINES crurales ne contiennent pas de concrétions fibrineuses.

La tumeur de l'œsophage a été examinée avec soin, et voici quel a été le résultat des recherches faites à ce sujet. Par la dissection du nerf pneumo-gastrique, nous avons reconnu qu'il était facilement isolable et normal dans tout son trajet. Autour de la portion malade de l'œsophage, les ganglions bronchiques étaient gros et de couleur ardoisée, mais ils ne fournissaient pas de suc laiteux par le raclage, et leur structure était conservée normale.

L'examen microscopique du suc laiteux et grumeleux, abondant, obtenu sur la coupe des parois de l'œsophage induré, a montré de grandes cellules pavimenteuses ou sphériques, munies de noyaux et de nucléoles volumineux. Il était fréquent de rencontrer de ces cellules contenant deux, trois ou un plus grand nombre de noyaux. Ces derniers, ovoïdes ou sphériques, mesuraient 9 millimètres en moyenne. Les grumeaux, visibles à l'œil nu, n'étaient autres que des globes épidermiques composés de cellules d'épithélium corné, aplaties, avec un noyau plus ou moins atrophié et disposées concentriquement les unes autour des autres, de façon à constituer un globe.

Après que la pièce eut durci dans l'acide chromique, nous en avons fait des sections minces dans divers sens. Les sections transversales, perpendiculaires à la surface de l'œsophage, faites au point ulcéré et comprenant toute l'épaisseur de la néo-formation, nous ont montré à la surface des papilles vasculaires, petites et libres, présentant çà et là à leur surface des cellules. Un peu plus profondément, ces papilles se continuaient avec des tractus fibro-musculaires, séparés les uns des autres par des amas de cellules d'épithélium pavimenteux présentant de distance en distance des globes épidermiques et affectant dans leur disposition générale les formes les plus variées, de longs cylindres ou de sphères, ou de terminaisons en doigt de gant. On rencontrait aussi ces productions épithéliales dans les couches musculaires les plus extérieures de l'œsophage, dont les faisceaux était séparés par elles.

Les coupes longitudinales, pratiquées sur la partie ulcérée, donnaient les mêmes résultats.

Nous avons étudié le bord de l'ulcération sur des coupes longitudinales étendues, comprenant également toute l'épaisseur des tuniques œsophagiennes et intéressant à la fois la muqueuse normale et le rebord de la partie ulcérée. Sur ces sections minces, l'épithélium pavimenteux, à couches stratifiées de la muqueuse saine, était soulevé au bord de l'ulcération par l'épaisseur plus grande du tissu conjonctif sous-épithélial, et l'épithélium s'arrêtait là brusquement. Au-dessous, dans le tissu conjonctif, existaient, sur la portion saine, de distance en distance, des glandes en grappe. Nous avons rencontré souvent de ces glandes altérées au bord même de l'ulcération, et voici quels étaient les changements subis par ces glandes : leurs culs-de-sac étaient plus volumineux et distendus par des cellules d'épithélium pavimenteux les remplissant complétement ; les parois hyalines des culs-de-sac avaient en partie disparu, et on trouvait tous les intermédiaires entre des culs-de-sac normaux et des alvéoles de cancroïdes remplis de cellules d'épithélium pavimenteux et limités seulement par le tissu conjonctif environnant. Dans plusieurs préparations, nous avons vu de véritables kystes ayant jusqu'à 5 et 8 dixièmes de millimètre de diamètre, et formés évidemment par la distension d'un cul-de-sac glandulaire.

En résumé, un homme de 68 ans, atteint de lésions chroniques du cœur et d'athérome artériel dont on ne peut préciser l'origine, est affecté de rétrécissement de l'œsophage. Une pneumonie développée dans les derniers jours de la vie amène rapidement la terminaison fatale chez cet individu affaibli par une alimentation insuffisante et miné sourdement par des lésions organiques du système circulatoire. L'autopsie révèle les altérations profondes des organes (foie, rate, reins, etc.) qu'on trouve presque toujours dans les affections chroniques du cœur et un cancroïde de l'œsophage.

L'examen clinique de ce malade était difficile : il y avait deux lésions principales à diagnostiquer, indépendantes l'une de l'autre, au cœur et au tube digestif. Le souffle doux qu'on entendait, surtout à la base du cœur, et qui retentissait également dans les vaisseaux du cou aurait pu être regardé comme anémique, surtout en tenant compte de l'alimentation insuffisante du malade ; mais ici, les claquements valvulaires n'étaient pas normaux ; le premier claquement était sourd, ce qui était en rapport avec les plaques athéromateuses de la valvule mitrale, et le second claquement valvulaire était éclatant, métallique. En nous faisant percevoir cette modification du deuxième bruit, notre savant maître, M. Bouillaud, nous annonçait les altérations athéromateuses de la naissance de l'aorte, qui ont été vérifiées à l'autopsie. En présence de ces données de l'auscultation et de l'hypertrophie cardiaque révélée par la percussion et le déplacement en dehors de la pointe du cœur, on ne pouvait que diagnostiquer une lésion organique et non une anémie simple.

L'obstacle à l'entrée des aliments dans l'estomac avait fait diagnostiquer un rétrécissement de l'œsophage, mais on ignorait sa nature pendant la vie du malade. L'examen à l'aide des sondes n'a pu être fait pendant la courte durée de son séjour à l'hôpital, à cause des lenteurs administratives ; le cathétérisme œsophagien n'aurait eu, du reste, qu'une bien minime utilité dans ce cas.

L'autopsie nous a montré la véritable nature de ce rétrécissement ; les détails histologiques dans lesquels nous venons d'entrer nous dispensent d'y insister davantage, et il est bien prouvé par eux qu'il s'agissait d'un cancroïde à cellules pavimenteuses et à globes épidermiques. Les altérations des glandes acineuses de l'œsophage à la limite de la tumeur, leur participation à sa formation sont ici exactement du même ordre que celles des glandes sudoripares et sébacées dans les cancroïdes cutanés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 août 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Sabatier, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Manès, Guillemart, Aubin, Jean, Orabona, médecins de 1re classe de la marine ; Gaston, médecin de 2e classe de la marine ; Letessier, Pietri et Monestier, médecins auxiliaires de 2e classe.

— Par arrêté ministériel en date du 27 juillet 1867 :

M. le docteur Hamelin est nommé chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier (emploi nouveau).

M. le docteur Peulevé est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et de cliniques médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Traité pratique des maladies des yeux, par FANO, professeur agr. à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 fig. et 20 dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 fr. — Paris 1866, Adrien Delahaye.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr. CHASSAIGNAC, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, in-8 avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec huit planches, par M. de docteur CHASSAIGNAC. — Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr. E. LE SOURD

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 93. — JEUDI 8 AOUT 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 8 AOUT 1867. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 7 AOUT 1867.

Sur la Séance de l'Académie de Médecine

La discussion sur la vaccination animale ne s'est point encore engagée à fond. M. Guérin a remis son discours à la prochaine séance.

On a écouté un mémoire de M. Verneuil, candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

M. Verneuil propose le tamponnement préalable des fosses nasales, dans toutes les opérations qui intéressent ces cavités. Il y trouve le grand avantage de mettre obstacle à l'écoulement du sang dans l'arrière-bouche : ce qui permet d'endormir le malade, et de l'opérer dans le décubitus dorsal, sans craindre de le voir étouffé par la pénétration du sang dans le larynx, ou épuisé par une hémorrhagie qui passerait inaperçue.

M. Verneuil, en pareil cas, attribue à l'anesthésie une action véritablement hémostatique; car elle fait cesser la douleur, les cris, les efforts, et tous ces mouvements réflexes qui congestionnent le visage.

Pour que le sommeil chloroformique ait ces résultats, il faut évidemment qu'il soit poussé très-loin ; car autrement l'inhalation même du chloroforme pourrait amener les efforts, l'expectoration, les mouvements désordonnés et violents qu'on veut éviter.

Il faut endormir jusqu'à complète résolution ; comme le font, du reste, dans l'opération de la cataracte, un certain nombre d'ophthalmologistes. Or, on ne voit pas qu'ils aient souvent à se repentir de cette pratique.

M. Verneuil s'est demandé jusqu'à quel point il était l'inventeur de la méthode qu'il proposait.

Une observation de M. Fournier, qu'il a trouvée dans ce journal, était étrangère à la question ; et il a vainement cherché les détails d'une opération pratiquée par M. Gosselin, et mentionnée incidemment dans une thèse.

Ces détails ont été donnés dans la *Gazette des Hôpitaux*, (année 1856, 12 avril, p. 175), sous ce titre : *Hôpital Cochin*— M. Gosselin. — *Polypes saignants orbito-naso-maxillaires. — Opération.*

Il s'agit d'une malade, âgée de trente-huit ans, entrée le 9 juillet 1855 à l'hôpital Cochin, opérée le 25 juillet.

Dès le début, qui remontait à sept ans, le caractère le plus saillant et le plus grave de l'affection, avait été une extrême tendance aux hémorrhagies, et l'imminence d'une hémorrhagie était encore la principale difficulté de l'opération ; aussi se résolut-on à découvrir largement la tumeur, dans le double but de l'enlever complétement et surtout de faciliter l'emploi immédiat des moyens hémostatiques.

On obtura donc l'orifice postérieur des fosses nasales par un gros tampon de charpie, aussitôt que cette opération devint possible : c'est-à-dire, après qu'on eût découvert le polype et qu'on en eût arraché une partie. Ce tamponnement, qui rendit plus facile le reste de l'opération, fut conservé en place pendant une trentaine d'heures. La perte de sang fut peu considérable, grâce à la précaution qu'on prit de faire suivre chaque coup de bistouri donné dans la tumeur d'un attouchement avec la charpie imbibée de perchlorure de fer.

On voit que c'est à peine si cette observation contient en germe la méthode préconisée par M. Verneuil.

M. Gosselin a pratiqué le tamponnement de l'arrière narine avant d'achever une opération difficile qui intéressait les fosses nasales. Comme M. Verneuil, il voulait ainsi empêcher l'écoulement du sang dans le pharynx. Mais il n'a point endormi la malade : il agissait sous la pression de circonstances particulières, qui ne se sont point représentées, et il ne songait nullement à ériger en méthode générale le procédé qui lui avait réussi.

Cette opération n'enlève donc rien au mérite de M. Verneuil, alors même qu'il en serait resté dans son esprit une impression vague, qui eût contribué à fixer son attention sur ce sujet.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GOSSELIN

Dermo-synovite ulcéreuse au niveau d'un durillon plantaire, dite mal plantaire perforant. Remarques sur la marche et l'étiologie de la maladie, à propos d'un malade atteint de cette affection.

(Leçon recueillie par M. Pozzi, externe du service)

Le malade n° 44 de la salle Saint Louis me fournit aujourd'hui l'occasion de vous présenter quelques remarques sur une singulière affection dont le mécanisme ne me paraît pas avoir été encore suffisamment indiqué.

C'est un homme de cinquante ans, ouvrier teinturier d'apparence vigoureuse. Depuis longues années, dit-il, il est incommodé de durillons sous le gros orteil de chaque pied. Il y a six mois, la gêne qu'il en ressentait est devenue une véritable douleur, en même temps une petite ouverture s'est formée au centre des durillons, et a laissé écouler du pus. Cet orifice s'est peu à peu agrandi ; mais comme la douleur que la marche causait au malade était très-supportable, il a continué d'aller et de venir. Une poussée inflammatoire survenue, ces derniers jours, le force seule à venir réclamer nos soins. Voici ce qu'il nous présente. Au pied gauche, qui est le moins atteint, se trouve une petite solution de continuité sur la face plantaire du gros orteil. Tout autour on sent, par la palpation, une induration considérable de l'épiderme et du derme. En excisant à l'aide des ciseaux courbes toutes les parties mortifiées, nous avons mis à découvert une surface ulcérée à fond grisâtre et humide, plutôt par le fait de sérosité que de pus. Le stylet ne m'a fait du reste découvrir ni décollement circulaire des parties molles, ni dénudation osseuse. Pas de crépitation de l'articulation.

Au pied droit, nous observons les mêmes lésions, mais bien plus prononcées ; elles correspondent, pour ainsi dire, à une phase plus avancée de la maladie. Nous trouvons en effet, au fond de l'ulcération une phalange, la deuxième, dénudée. De plus le gros orteil, qui présente une coloration érythémateuse est uniformément gonflé, et affecte cette forme cylindrique qui se rencontre surtout quand le squelette et plus spécialement encore l'articulation sont compromis. Vous n'avez donc pas été surpris de trouver, en lui imprimant des mouvements, une crépitation et une mobilité indiquant la disparition des cartilages diarthrodiaux et le relâchement des ligaments, phénomènes qui accompagnent habituellement la suppuration des petites articulations.

Quel nom assigner à cette maladie ? Pendant longtemps elle n'a pas eu d'histoire spéciale dans les traités de chirurgie. On la comprenait dans la description de la carie et des tumeurs blanches. Ce n'est que depuis peu d'années qu'on a trouvé de la différence entre elle et ses affections, tant sous le rapport de l'étiologie que sous celui du pronostic et du traitement. En 1837, Lenoir publiait dans la *Presse médicale* un travail sur « *Les bourses muqueuses sous-cutanées de la plante du pied et sur leur inflammation.* » Il y faisait connaître l'existence de trois bourses synoviales sous-cutanées normales, dont l'inflammation suppurative pouvait se propager aux os et aux articulations voisines, et laissait pressentir, sans le formuler catégoriquement, que les bourses synoviales accidentelles développées sous les durillons pouvaient se comporter de la même façon. Depuis lui, les auteurs d'anatomie chirurgicale n'ont pas manqué de signaler, outre les bourses synoviales normales de Lenoir, des bourses accidentelles formées au-dessous des durillons. Plus tard, en 1852, la *Gazette des Hôpitaux* a publié une leçon de M. Nélaton sur une « affection singulière des os du pied; » *singulière* en effet, puisque malgré les lésions parfois considérables qui la caractérisent, malgré la dénudation d'une étendue plus ou moins grande du squelette du pied, le repos seul, aidé de soins de propreté, suffit souvent pour amener une apparente mais peu durable guérison.

A peu près à la même époque (1852) M. Vésigné (d'Abbeville) publiait quatre observations de la maladie qui nous occupe. Il lui donnait le nom de « mal plantaire perforant, » voulant ainsi indiquer son caractère le plus frappant, qui est de détruire de plus en plus profondément, tant qu'un traitement convenable n'a pas arrêté ses progrès. Cette dénomination a été depuis lors, généralement adoptée, surtout après la publication des thèses justement remarquées de MM. les docteurs Leplat et Delsol. Est-ce à dire qu'on ne puisse en trouver de meilleure? Il faut au moins l'essayer, car le mot de mal perforant, d'un côté semble indiquer une ulcération du pied de part en part, qui n'existe pas dans ces cas, et d'un autre côté, elle ne fait pas assez connaître le point de départ anatomique et la nature du mal.

C'est ce que va justifier un coup d'œil rapide jeté sur les caractères et les variétés de cette affection.

Quand on peut assister au début, on observe simplement une inflammation *interépidermo-dermique*; le derme est épaissi; entre lui et l'épiderme existe parfois un peu de liquide séro-sanguinolent. Telle est la première *phase* de l'affection.

Mais bientôt, le sujet continuant à marcher, l'inflammation fait des progrès et gagne la bourse synoviale normale ou accidentelle sous-jacente ; celle-ci devient le siége d'un véritable hygroma aigu, suppure, et s'ouvre par un orifice qui reste fistuleux. C'est la seconde phase.

Si alors le malade continue à manquer de soins et à marcher, l'inflammation devient ulcérative en même temps que suppurative ; une partie du durillon s'ulcère, au-dessous de lui,

---

DU VENIN DE LA VIPÈRE
(*Fin*)

La vipérine est remarquable par la manière dont elle conserve ses propriétés, malgré son mélange avec un grand nombre d'agents chimiques.

Mêlée avec de l'alcool ou de l'ammoniaque, et inoculée ainsi, elle est presque aussi active que si elle était pure.

D'après le docteur Weir Mitchell, la *crotaline* ou échidnine des crotales conserve sa puissance après un mélange de quelques minutes, soit avec de l'acide sulfurique, soit avec de l'acide chlorhydrique, soit avec de l'acide nitrique, de l'eau chlorée, de la soude ou de la potasse caustique, de l'iode tant en solution alcoolique qu'en solution iodurée, du nitrate d'argent, etc.

Quand l'antidote était vénéneux, on avait soin, après le contact de quelques minutes, de le neutraliser avant l'inoculation, de peur que la mort n'arrivât par toute autre cause toxique que le venin. Dans les expériences faites avec le tannin ou l'iode, le savant expérimentateur américain a constaté que les symptômes d'empoisonnement locaux sont presque nuls, mais que la manifestation des accidents généraux n'est point entravée (1).

N'est-ce pas à la fois une chose curieuse et décourageante qu'une pareille résistance opposée aux moyens destructeurs, par une substance qui ne paraît agir sur les organismes vivants qu'en se décomposant ?

La vipérine est soluble dans l'eau froide ou chaude, teint, comme toutes les substances protéiques, le bioxyde de cuivre hydraté en violet, et n'est pas précipitée de sa solution aqueuse par l'acétate de plomb.

Comme la ptyaline et la pepsine, dont sa composition se rapproche, elle n'a que des réactions chimiques à peu près nulles, tandis que ses réactions vitales sont énergiques.

En contact avec des tissus morts, la vipérine n'y produit aucune modification. Elle est pareillement à peu près sans action sur les membres palpitants séparés par l'amputation. A la longue, il survient des phénomènes de diffluence et de décomposition ammoniacale, peut-être un peu plus prompts que si la vipérine n'avait pas été employée, mais ceci tient à sa putrescibilité.

Nous ne lui connaissons aucune action sur la végétation.

Gilman a raconté les choses les plus étranges relativement aux effets produits sur les plantes par l'inoculation du venin des serpents à sonnettes.

D'après le docteur Salisbury, plus modéré dans ses affirmations, des lilas et de jeunes marronniers d'Inde auraient pu être empoisonnés par le venin des crotales ou rattlesnakes. Les expériences de M. Weir Mitchell le laissent dans l'incertitude à ce sujet ; ce qu'il peut toutefois affirmer, c'est que les végétaux supérieurs ne germent point dans une solution de venin de crotale, et que leurs graines s'y putréfient.

On a écrit, puis nié l'action liquéfiante du venin des ophidiens sur le sang, et la modification isomérique qu'il fait subir à la fibrine.

Mélangés avec du sang tiré de la veine, les venins y produisent immédiatement une coagulation, mais le caillot mollasse sans consistance se redissout dans les vingt-quatre heures. Les échidnines ont donc un effet réel sur la diffluence de la fibrine, mais effet qui n'est pas immédiat.

En cas de mort par les symptômes primitifs *(empoisonnement suraigu)*, on ne trouve dans le sang aucune modification appréciable jus-

(1) Voici comment procède le Dr Weir Mitchell, pour obtenir la *crotaline* (*Researches upon the venom of the rattlesnaske*, p. 37.) Il traite le venin des serpents à sonnettes, quelle que soit l'espèce, par de l'eau bouillante. Il en résulte un précipité blanc non vénéneux (albumine et mucus), et un liquide opalin toxique. La solution aqueuse décantée est reprise par l'alcool, nouveau précipité blanc, très-vénéneux, tandis que le liquide ne l'est plus. Ce nouveau précipité est lavé à trois ou quatre fois par de l'alcool rectifié. Du couleur jaune pâle, il est alors parfaitement neutre et contient de l'azote ; les divers lavages précédents l'ont débarrassé de la petite quantité de sels qu'il contenait ; l'éther lui enlève un peu de matière grasse et de substances colorantes jaune et verte. Dans cet état de pureté, la crotaline est fort ressemblante, sinon identique, à la vipérine.

En résumé, le venin des crotales se compose donc :

1° D'une substance albuminoïde non coagulable à 212° Fahr. (100° Ce) : la *crotaline*.

2° De substances albuminoïdes coagulables à la température de l'eau bouillante.

3° De matières colorantes vertes et jaunes.

4° De trace de matières grasses.

5° De sels chlorures et phosphates (en particulier de phosphate ammoniaco-magnésien).

6° D'eau, comme toujours servant de véhicule.

la synoviale s'épaissit, devient fongueuse, se détruit en partie, au lieu d'une fistule, c'est un ulcère dermo-synovial. Le malade persistant à se négliger, l'inflammation se propage aux parties plus profondes ; elle passe de la synoviale sous-cutanée au périoste et à la synoviale articulaire, qui n'est pas loin. Ceux-ci se détruisent partiellement par le travail d'ulcération lente qui accompagnant l'ulcération dermo-synoviale, et correspondant tantôt aux phalanges tantôt à l'articulation métatarso-phalangienne, selon la place qu'occupait le durillon, point de départ de la phlegmasie suppurative et ulcéreuse.

Tels sont les caractères anatomo-physiologiques de la maladie.

Résumons maintenant les caractères cliniques ; ce sont :

1° La persistance et la marche progressive du mal tant que celui qui en est atteint ne garde pas le repos dans la position horizontale ;

2° L'absence de douleurs, si ce n'est quand se développe une poussée inflammatoire aiguë ce qui arrive de loin en loin.

3° La guérison assez rapide, et de la poussée inflammatoire et de la maladie, par le simple repos horizontal et les soins de propreté, même quand il y a dénudation de la phalange, même quand l'articulation est déjà un peu compromise, sans être trop désorganisée.

4° Enfin la récidive très-prompte chez les sujets qui s'exposent de nouveau aux causes premières de l'affection. Ce dernier point est capital et on ne saurait trop y insister. Ceux d'entre vous qui suivent le service depuis quelque temps savent que nous avons de ces malades que j'appelle des habitués. Ils sont déjà venus une, deux, trois fois, se faire soigner.

La guérison a été chaque fois obtenue ; mais à peine sortis de l'hôpital, ces malades ont repris leurs occupations habituelles, se sont exposés aux fatigues, malgré nos recommandations. Aussi ne tardent-ils pas à venir réclamer de nouveau nos soins.

Vous le voyez, d'après ce rapide tableau où je me suis contenté de vous tracer les traits les plus saillants de cette maladie, il est difficile de trouver un nom qui joigne à la concision le mérite de rappeler ces caractères à l'esprit.

Je propose la dénomination de *Dermo-synovite ulcéreuse au niveau d'un durillon*, qui me paraît préférable à celle de *mal plantaire perforant*. Elle indique mieux en effet, les lésions anatomiques, la marche et l'étiologie.

Quelques remarques en finissant à propos de cette dernière.

La présence du durillon, si elle est la cause la plus frappante du mal, n'est cependant pas la seule que nous puissions découvrir. Il en est d'autres qui jouent un rôle tout aussi important. C'est d'abord l'action persistante de la cause initiale du durillon lui-même ; je veux parler de la station verticale habituelle ou très-prolongée. Elle agit, on le comprend, d'autant plus que les sujets sont d'une stature plus haute et d'une corpulence plus développée ; aussi avons-nous remarqué que presque tous nos malades étaient des hommes grands, forts et solides chez qui la peau de la plante du pied, puis l'ulcération consécutive à un premier accès d'inflammation, avaient été soumis à une pression considérable. Ne perdez pas de vue d'ailleurs que cette cause devient encore plus puissante lorsque les malades sont obligés, par leur profession, de soulever et de porter de lourds fardeaux ; la charge que supportent les pieds en est d'autant accrue.

On a signalé, au moins pour certains cas, une autre cause locale. MM. Péan et Morel-Lavallée ont disséqué des pieds atteints du mal plantaire et, y ont rencontré dans les parois artérielles des concrétions athéromateuses et calcaires, d'où devait résulter un trouble circulatoire. Toutefois il est une considération qui me semble amoindrir l'importance de ce fait comme explication de la maladie. C'est la facilité et la promptitude avec laquelle la cicatrisation est obtenue, pendant les premiers temps au moins, à la suite du simple repos. Si le trouble circulatoire avait une réelle influence dans la production du mal, on ne voit pas comment il n'aurait pas pour effet de porter obstacle à la guérison, aussi bien dans la position horizontale que dans la position verticale du sujet. Sans doute je ne serais pas éloigné d'admettre comme pour les ulcères des jambes, quelque gêne de la circulation, soit artérielle, soit veineuse, mais je n'ai à cet égard aucun document positif.

Nous venons de parler des causes *locales*. Y a-t-il aussi des causes *générales*, analogues à celles qui amènent habituellement les ulcères sur divers points de l'économie ? Peut-on en particulier faire intervenir les scrofules, le scorbut, la syphilis ? Cela ne nous paraît pas probable. Vous remarquerez, en effet, que l'affection qui nous occupe ne se développe guère que chez des ouvriers travaillant debout toute la journée, et atteignant ou ayant dépassé la cinquantaine. Or, pour qu'on puisse arriver à cet âge dans les professions fatigantes auxquelles ils appartiennent presque tous, il faut que la constitution n'ait pas subi l'influence de ces causes générales, ou du moins en ait triomphé.

Cependant, je crois pouvoir vous signaler des causes de cet ordre. D'abord ce sont les habitudes alcooliques. Je les ai constatées chez la plupart des malades, et il suffit d'examiner et d'observer un peu celui qui est le sujet de cette leçon, pour n'avoir, en ce qui le concerne, aucun doute à cet égard.

En second lieu, je vous indiquerai l'âge. Ce n'est guère avant quarante-cinq ou cinquante ans que paraît l'affection dont je vous entretiens.

Je me résume donc pour l'étiologie en vous disant : le mal plantaire perforant, dermo-synovite ulcéreuse propagée tôt ou tard au squelette, est une maladie du déclin de l'âge adulte qui a pour cause locale la station verticale prolongée, la fatigue, et pour cause générale une certaine disposition amenée tout à la fois par l'âge et par les habitudes alcooliques.

Ai-je besoin, après ce que je vous ai dit précédemment, de vous parler du pronostic que nous portons concernant notre malade ? malgré les lésions profondes et en apparence sérieuses qu'il nous présente, nous ne doutons pas que la guérison ne survienne promptement, et cela presque sans autre traitement que le repos. On lui fera pendant quelques jours des pansements au cérat, puis à l'alcool au tiers, et dans quelques semaines notre malade sortira guéri ; nous lui recommanderons alors d'éviter les excès alcooliques, la marche ou la station verticale trop prolongée. Mais, je suis certain que ses goûts et les nécessités de sa profession l'empêcheront de se conformer à nos conseils, et que dans quelques mois, il reviendra nous trouver avec des lésions analogues à celle, qu'il nous présente maintenant. Peut-être même seront-elles encore plus sérieuses. Car si, comme je le disais tout à l'heure, nous voyons l'ostéo-arthrite consécutive guérir momentanément quand les désordres ne sont pas trop grands, nous voyons aussi quelquefois la suppuration entretenue longtemps par la nécrose et la séparation complète d'une des extrémités articulaires ou d'une phalange entière.

Alors la guérison n'a lieu que très-tardivement, après l'expulsion du séquestre. C'est la dernière phase de la maladie et elle nous oblige quelquefois à des amputations.

Le malade qui était entré le 26 avril est sorti guéri le 16 mai. Tout était cicatrisé ; il restait seulement de la crépitation dans les articulations du gros orteil droit.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 août 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret en date du 31 juillet, par lequel est approuvée l'élection de M. Mialhe, dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Pétroz, décédé.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre du ministre et du décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. Mialhe prend place au milieu de ses collègues.

M. le Ministre de la guerre adresse à l'Académie les neuf feuilles composant la trentième livraison de la carte de France au 1/800,000e.

M. le Ministre de l'Agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Patizon, sur le service médical des eaux minérales de Vittel, pendant l'année 1865.

2° Une étude d'hydrologie ancienne, par le même auteur (Commission des eaux minérales.)

3° Une lettre de M. le Préfet de Lot-et-Garonne, contenant des documents rectificatifs, relatifs au tableau des vaccinations pratiquées dans ce département pendant l'année 1866 (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres par lesquelles M. Demarquay et Foucher se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

2° Une lettre écrite en allemand, par M. Henke, bijoutier, qui propose la benzine comme remède contre le choléra.

Le mémoire présenté à la dernière séance, par M. Gosselin, au nom de M. Lebert, sur l'*Oblitération du col de l'utérus*, est renvoyé à l'examen de M. Jacquemier.

Le mémoire de M. le docteur Mahier, intitulé : *Recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gontier*, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Robinet et Vernois.

M. ROBINET offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur Clermont de Lyon, un volume intitulé *Recueil d'observations physiologiques et cliniques sur les eaux minérales de Vals* (Ardèche), contenant une note géologique et paléontologique sur Vals et ses environs, par M. le docteur Jourdan, doyen de la Faculté des sciences de Lyon.

M. CERISE présente, 1° de la part de M. le docteur Morel (de Saint-Yon), une brochure sur l'*Hérédité morbide et progressive*.

2° De la part de M. Cazenave de la Roche, un livre intitulé *Dix-sept années de pratique aux Eaux-Bonnes*.

3° De la part de M. le docteur Miramon, médecin-inspecteur des bains de mer d'Étretat, une brochure intitulée, *Vingt années d'expériences aux bains de mer*.

4° De la part de M. Urrado Thommasi, un ouvrage sur le choléra de Palerme, en 1856.

5° De la part de M. le docteur Raniero Bellini, une étude clinique et médico-légale sur les empoisonnements produits par les serpents de Pharaon.

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. le docteur Daudé (de Marvejoles), un traité de l'érysipèle épidémique qui, sous forme de mémoire moins étendu, a été couronné par l'Académie de médecine.

M. BOUCHARDAT dépose sur le bureau, une note de M. Rigolot sur un nouveau mode de préparation des sinapismes.

M. DEPAUL, présente de la part de M. le docteur Lempereur, une brochure sur « les altérations subies dans le sein de la mère par les fœtus qui y sont morts. »

M. JOLY offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur Lourano (de Lisbonne), une brochure intitulée *De l'influence du tabac à fumer sur les maladies des yeux*.

M. BROCA dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Magitot, deux brochures, dont l'une traite des « altérations de tissus dans la carie dentaire, » et dont l'autre est intitulée, *Recherches ethnologique et statistiques sur la carie dentaire*.

COMMUNICATION.

De l'écoulement sanguin dans certaines opérations pratiquées sur la face et des moyens propres à en atténuer les inconvénients.

M. VERNEUIL. Lorsqu'on opère sur la langue, les mâchoires, les joues, les lèvres, les fosses nasales, le sang qui coule à profusion remplit la bouche ou le nez et tombe dans le pharynx ; il provoque des mouvements d'expiration et des nausées qui interrompent à plusieurs reprises l'opération et en retardent l'achèvement. Parfois il pénètre dans les voies aériennes et occasionne des quintes de toux, voire même des accès de suffocation ; de plus, il masque la voie que doivent suivre les instruments, et par là se trouvent compromises la perfection et la rapidité de l'opération. Enfin, l'abondance menaçante de l'hémorrhagie impose souvent à l'opérateur une rapidité funeste.

Ce n'est pas tout encore : le sang qui s'écoule dans la gorge en quantité quelquefois considérable et qu'on ne peut apprécier, le sang, dis-je, est dégluti, et s'accumule dans l'estomac ; alors tantôt il est rejeté par le vomissement dans les heures qui suivent, tantôt il est lentement et laborieusement absorbé, mais dans les deux cas il fatigue extrêmement les voies digestives.

On évite tant bien que mal l'écoulement sanguin dans le pharynx en opérant le malade assis ; mais cette attitude, outre quelle est fatigante pour le patient et moins commode pour l'opérateur, favorise la syncope et par suite ne permet pas l'anesthésie complète.

---

qu'ici par nos moyens chimiques ; si la terminaison fatale n'est arrivée que sous l'influence des accidents secondaires *(empoisonnement subaigu)*, le sang reste diffluent, ou ne présente que quelques caillots mollasses et sans consistance. Faits remarquables, rapprochant l'action des venins de celle des grandes affections miasmatiques, telles que la fièvre jaune.

Les globules, dit le docteur D. Brainard. s'altèrent au contact du venin, ils deviennent dentelés sur les bords et perdent la faculté de se réunir en pile comme des pièces de monnaie. La dentelure des bords des globules ne survient qu'après un mélange prolongé du venin et du sang, et se présente rarement à l'autopsie, même en cas de mort par le serpent à sonnettes.

Quant à la perte de la faculté de se réunir en pile que présentent les globules dans le sang mêlé de venin, ceci tient à un phénomène purement physique, à la consistance gommeuse du venin, qui, dans ce cas, agit comme l'eau fortement sucrée que l'on mêle au sang, lorsque l'on veut étudier individuellement les globules sous le microscope.

La couleur noire du sang des animaux, morts par les blessures de vipères, est un phénomène d'asphyxie.

Le sang mêlé de venin, au sortir de la veine, s'oxygénise au contraire comme s'il était pur de mélange.

L'action du venin sur les animaux vivants est d'autant plus puissante que leur calorification naturelle est plus grande. Aussi, est-ce surtout chez les oiseaux qu'il a sa plus grande puissance. Les colibris et les oiseaux-mouches offrent aux savants américains les réactifs vitaux les plus sensibles pour les doses infinitésimales de venin.

Le poison des ophidiens a, au contraire, peu d'action et agit avec une extrême lenteur chez les animaux à sang froid. Les conditions sont un peu plus favorables à ses effets, si l'on élève artificiellement la température de l'animal que l'on fait blesser. Quelques vertébrés inférieurs, la couleuvre et l'orvet, ne paraissent pas souffrir du venin de la vipère. Les grenouilles, peu sensibles à ce liquide, sont au contraire d'excellents animaux d'expérience pour l'empoisonnement chronique par le venin des crotales, et encore faut-il employer des doses énormes de venin. Les platycerques ou serpents d'eau offrent ici une curieuse exception : leur venin, contrairement à ce que nous venons de dire de celui des autres ophidiens, a une action énergique sur les poissons et les autres animaux à sang froid, dont ils font leur proie habituelle.

L'inoculation du venin par l'animal qui le produit (de *l'auto-inoculation*, pour se servir d'un terme mis à la mode par les syphiliographes) ne paraît pas exister. Tel a été pour Fontana le résultat de ses nombreuses expériences. Il en a toujours été ainsi dans les nôtres. Nous avons, M. l'abbé Gicquiau et moi, fait mordre en avril dernier une vipère-aspic grise, de moyenne grosseur, d'abord par elle-même, puis deux fois par un très-fort aspic rouge à venin éprouvé ; l'animal, laissé sans nourriture dans un panier et surveillé avec soin, vit encore après plus de trois mois. Il ne nous a présenté d'autres symptômes qu'un peu moins de force dans son venin, et un moineau blessé par lui ne meurt qu'au bout d'un quart d'heure.

Sans cette innocuité, la moindre éraillure de la bouche serait cause de mort pour les serpents venimeux, tandis qu'on peut leur blesser la gueule, en les forçant de serrer les mâchoires sur des morceaux de verres brisés, sans qu'ils présentent de phénomènes d'intoxication.

MM. Mangild et C. Bernard ont cependant vu succomber des vipères à leurs propres morsures, et accusent ceux qui ne croient pas à l'auto-inoculation d'avoir observé légèrement et méconnu un empoisonnement, parce qu'il a été lent à se produire. M. W. Mitchell dit aussi que le venin des serpents à sonnettes à forte dose est vénéneux pour l'animal lui-même, *sauf dans les plaies de la muqueuse buccale*.

Il ne faut pas confondre des effets de traumatisme simple avec ceux d'une véritable intoxication. M. A. Duméril rapporte que, dans une lutte survenue entre deux échidnées heurtantes, un des individus succomba. A l'autopsie on trouva qu'un des crocs de son adversaire avait perforé le cerveau ; ici, la cause traumatique est évidente. On sait, d'autre part, combien les serpents venimeux supportent peu la captivité ; maltraités ou trop souvent irrités, ils meurent en cage au bout d'un temps assez court.

Les expériences du docteur Guyon (*Comptes rendus de l'Institut*, t. III, juillet 1861) viennent à l'appui de ce que nous venons de dire contre l'auto-inoculation des venins. Elles ont démontré l'innocuité du venin pour le serpent qui le produit, sur le bothrops lancéolé, le céraste d'Égypte, l'échidnée mauritanique, l'échidnée à queue noire, le trigonocéphale piscivore, etc. Il a pareillement obtenu des résultats négatifs en faisant mordre une de ces espèces de serpents par une autre.

On a essayé d'atténuer ces inconvénients en ce qui concerne l'anesthésie :

1° On endort le patient au début, pour les incisions superficielles; mais si l'opération est longue, la sensibilité est revenue longtemps avant la fin.

2° La crainte de l'hémorrhagie a fait mettre en usage la cautérisation, la ligature lente, où extemporanée, l'écrasement linéaire, le galvano-caustique, la ligature préliminaire des artères; mais ces procédés ne sont pas toujours applicables.

J'ai cherché de mon côté à empêcher l'écoulement du sang dans le pharynx et à procurer au malade le bénéfice de l'anesthésie complète dans les trois circonstances suivantes : 1° dans les opérations n'intéressant que les fosses nasales;

2° Dans celles qui portent seulement sur les parois de la bouche;

3° Dans les mutilations plus graves qui atteignent simultanément les cavités nasale et buccale.

Dans le premier cas, je fais à l'avance le tamponnement postérieur des fosses nasales.

Dans le deuxième, je réserve, pour les dernières, les incisions qui pénètrent dans la bouche.

Dans le troisième, j'associe les deux précautions précédentes.

J'ai agi ainsi onze fois : dans cinq cas il s'agissait de tumeurs de l'aile du nez, des fosses nasales ou des cavités qui en dépendent; quatre fois j'avais affaire à des tumeurs des lèvres, des joues ou du plancher buccal. Dans les deux derniers cas, l'os maxillaire supérieur était envahi, ainsi que la voûte palatine, et j'ai dû faire la résection de cette dernière dans une assez grande étendue.

Dans les deux résections partielles de la mâchoire et de la voûte palatine, j'ai tiré le meilleur parti du tamponnement; j'ai pu, sans la moindre préoccupation, employer le chloroforme et éviter l'entrée de l'air dans la gorge pendant les 9/10 de la durée de l'opération, résultat qui n'est pas à dédaigner. Toutefois, je reconnais que, pour l'extirpation totale du maxillaire supérieur, le procédé laisse encore à désirer et nécessite de nouvelles études d'amphithéâtre.

Dix fois sur onze, les suites de l'opération ont été d'une extrême simplicité; la onzième opération, pratiquée dans les conditions les plus défavorables, s'est terminée par la mort le neuvième jour.

Voici l'analyse des cas dans lesquels j'ai pratiqué le tamponnement :

Obs. 1, 2. — *Épithélioma papillaire de la face interne de l'aile du nez. — Extirpation. — Récidive. — Seconde opération sacrifiant toute la moitié de l'orifice nasal. — Tamponnement de l'arrière-narine dans les deux opérations.* — Un homme de 60 ans entra dans mon service au mois d'octobre dernier pour une tumeur, datant de quelques semaines, implantée dans la narine, près de l'orifice, et proéminant au dehors; la peau extérieure était saine.

Je pratiquai le tamponnement, administrai le chloroforme, fis une incision préliminaire dans le sillon naso-génial, depuis la commissure postérieure de la narine jusqu'à la rencontre de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Puis je renversai le lambeau sur la ligne médiane, et extirpai la tumeur ainsi découverte en respectant la peau, autrement dit en dédoublant l'aile du nez.

Enfin, je rappliquai en place le lambeau dédoublé et le fixai par quelques points de suture.

Grâce au tamponnement, l'écoulement de sang assez considérable se fit directement au dehors, et ne fut point gênant.

L'opération faite, le tampon fut retiré à l'aide du fil buccal.

Les suites immédiates furent très-simples; mais le mal récidiva, et, quelques semaines après, je dus recommencer l'opération, en incisant largement cette fois la face latérale du nez. Le tampon se dérangea pendant l'opération, et le malade, bien qu'endormi, fit un mouvement d'expuition et rejeta un peu de sang, mais il suffit de tirer fortement sur le fil nasal pour remettre le tampon en place.

Obs. 3. — *Adénome des glandes de la pituitaire occupant la partie supérieure et antérieure de la fosse nasale gauche. — Ouverture de cette cavité par la voie géniale. — Tamponnement. — Extirpation facile.* — Une femme de 65 ans présentait, au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur et de l'os unguis, une tumeur qui avait été prise longtemps pour une tumeur lacrymale, mais qui avait une origine beaucoup plus profonde. Avant d'endormir la malade, je fis le tamponnement postérieur et antérieur de la fosse nasale que je devais ouvrir.

Puis j'abordai la tumeur par une incision en Y, pratiquée dans les régions sous-orbitaire et nasale, sans intéresser la cavité buccale. L'opération fut longue. La malade était profondément endormie, dans le décubitus dorsal, la face légèrement inclinée sur le côté malade. Aussi le sang s'écoula-t-il sur la joue, ne gênant les manœuvres en aucune façon.

Le tampon postérieur fut retiré par la bouche au bout de quelques heures. Les suites furent très-simples et le rétablissement rapide.

Obs. 4. — *Épithélioma de la paupière inférieure, datant de deux ans, ayant envahi la joue, la face latérale du nez, la conjonctive, la paupière supérieure, pénétrant dans l'orbite, la fosse nasale, le sinus maxillaire. — Extirpation.* — (Ce fait a été publié, en 1863, dans la thèse de M. Pugliose *sur les adénomes des fosses nasales.*)

Mme D..., 34 ans, était atteinte d'un épithélioma qui avait débuté par la paupière supérieure, et qui, irrité par des cautérisations incomplètes et des injections d'acide acétique, avait fini par envahir tous les tissus environnants.

Je commençai par faire le tamponnement postérieur de la fosse nasale. Le tampon fut assez gênant pour la malade et provoqua l'expuition de mucosités abondantes, même pendant le sommeil.

J'enlevai d'abord une large plaque de parties molles comprenant la joue, la moitié du nez, les deux paupières et le globe de l'œil.

Puis, avec la pince de Liston, le davier, le ciseau et le maillet, je rongeai successivement la branche montante, l'os propre du nez, l'apophyse orbitaire interne, la paroi interne de l'orbite, une grande partie de la masse latérale de l'ethmoïde et de l'os malaire, le plancher de l'orbite, les parois antérieure et externe du sinus maxillaire et la grande moitié du cornet inférieur. Tout cela se fit lentement, mais sûrement, car le sommeil était profond et l'hémorrhagie médiocre. Le fer rouge fut promené sur plusieurs points de cette immense plaie qui fut remplie de charpie et recouverte d'eau alcoolisée froide.

Le tampon avait été retiré à la fin de l'opération; les suites furent d'une simplicité remarquable. Mais j'ai appris depuis qu'il y avait eu une récidive qui nécessita une nouvelle opération, pratiquée par M. Bastien.

Obs. 5. — *Cancer volumineux à marche rapide de la mâchoire supérieure. — Pénétration dans l'orbite, la fosse nasale et le cul-de-sac géno-gingival. — Tamponnement de l'arrière-narine et de la perforation buccale. — Suites immédiates bénignes. — Mort par érysipèle le neuvième jour.* — Un homme de 48 ans était atteint d'une tumeur qui avait débuté, 4 mois auparavant, occupant la fosse sous-orbitaire et avait pris le volume du poing, occupant tout l'espace entre le sourcil et la lèvre inférieure, le dos du nez et la région parotidienne; le tégument qui la recouvrait était profondément altéré. Son centre ramolli renferme une cavité qui communique avec la fosse nasale et le vestibule de la bouche par une perforation du cul-de-sac gingival, au niveau de la première grosse molaire. L'arcade alvéolaire et les dents sont indemnes.

Je crus devoir chloroformer avant le tamponnement, espérant que l'écartement des mâchoires serait plus facile, n'étant plus douloureux. Mais je créai ainsi des difficultés considérables et faillis plus d'une fois être mordu en essayant d'écarter les mâchoires.

En outre, je m'aperçus que, pour être efficace, le tamponnement devait être très-méthodiquement exécuté.

En effet le tampon, de forme cylindrique, appliqué contre l'orifice elliptique de la fosse nasale, laissait libre un petit espace par lequel l'air put pénétrer dans la narine et le sang dans le pharynx. Aussitôt le malade, parfaitement endormi et immobile jusque-là, s'agita; le pouls devint rapide et irrégulier; la respiration se suspendit. Je me hâtai de boucher l'ouverture d'abord avec mon doigt, puis avec un petit bourdonnet de charpie, et je percutai la région épigastrique pour réveiller les mouvements respiratoires.

L'écoulement de sang fut peu considérable, ce qui tint en partie à la précaution prise de lier au fur et à mesure les vaisseaux ouverts et de comprimer successivement avec de la charpie tous les points où l'instrument n'agissait pas; mais la cause principale de cette économie de sang doit-être attribuée à l'anesthésie.

J'avais pu déjà me convaincre dans une opération antérieure, que la douleur, l'agitation, les cris du malade, amenaient la turgescence de la face, et activaient l'hémorrhagie; tandis que l'anesthésie diminuait l'écoulement sanguin, et faisait pâlir l'opéré. D'où cette conclusion : « l'anesthésie dans les opérations sur la face n'est point seulement agréable au malade; elle lui est très utile, en diminuant beaucoup la perte de sang. »

La pénétration du sang dans la gorge agit comme les efforts et les cris; elle provoque l'expectoration, les nausées, le vomissement, la gêne croissante des mouvements respiratoires, parfois la suffocation.

D'où cette autre conclusion : « le tamponnement arrête l'hémorrhagie indirectement, en permettant l'administration du chloroforme et directement, par la suppression des mouvements réflexes qui font affluer le sang au visage.

J'ai recherché si d'autres, avant moi, avaient employé les procédés que je propose, et voici ce que j'ai trouvé.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 16 octobre 1862, page 472, M. Edouard Fournier raconte que pour enlever un polype muqueux il le ramena en avant à l'aide d'un bourdonnet de charpie, introduit dans l'arrière-narine, à l'aide de la sonde de Bellòc, comme lorsqu'on pratique le tamponnement des fosses nasales.

Mais d'abord cette opération avait un but particulier, qui n'était pas d'empêcher l'hémorrhagie; et comme d'ailleurs j'avais pratiqué, le 12 mars de la même année, et publié le 15 avril, cette opération, à laquelle j'avais songé depuis longtemps, la seule comparaison des dates prouve que je n'ai pu imiter M. Edouard Fournier.

M. Puglio se parlant incidemment de la manœuvre en question, dit à la page 12 de sa thèse : « L'idée de ce tamponnement est de date récente. M. Gosselin l'a appliqué déjà; mais nous ne saurions dire quel fut l'opérateur qui l'a proposé le premier. »

Je n'ai pu retrouver la trace du fait de M. Gosselin. J'ignore donc s'il est antérieur au 12 mars 1862. M. Gosselin pourra nous en instruire.

Aux cinq faits précédents, j'en pourrais joindre encore deux autres où j'ai pratiqué également le tamponnement préalable; mais ils sont beaucoup plus compliqués, car il a fallu ouvrir largement la cavité buccale. J'en ferai l'objet d'un autre mémoire.

Je termine en posant les conclusions suivantes :

1° Réservé jusqu'à nos jours à l'arrêt des hémorrhagies nasales graves, le tamponnement postérieur doit compter désormais parmi les opérations préliminaires et les procédés de l'hémostase opératoire.

2° Il rend de signalés services dans les opérations sanglantes pratiquées sur l'auvent nasal, l'intérieur des fosses nasales, le sinus maxillaire, les parties élevées de la mâchoire supérieure; dans tous les cas, en un mot, où le sang menace de s'introduire dans le pharynx.

3° Il prévient absolument cette introduction tant que la voûte palatine est respectée; mais alors même qu'il devient nécessaire d'entamer cette dernière, il doit être encore appliqué dans le premie temps de l'opération.

4° En supprimant l'écoulement sanguin postérieur et les actions réflexes qui en résultent, le tamponnement donne au chirurgien une grande sécurité et permet d'agir sûrement, lentement, sans crainte d'une hémorrhagie d'ailleurs facile à dominer.

5° Il rend possible l'anesthésie complète pendant toute la durée de l'opération.

6° Cette anesthésie elle-même est très-favorable à l'opéré, non-seulement parce qu'elle abolit la douleur, mais encore parce qu'en supprimant toutes les causes de congestion subite de la face, elle diminue par là l'écoulement du sang veineux à la surface de la plaie.

7° Autant que possible le tamponnement doit être fait avant l'administration du chloroforme, parce que le concours du malade est utile. La douleur qu'occasionne cette petite opération est d'ordinaire assez médiocre, et bientôt dissipée d'ailleurs par les exhalations qui suivent.

8° Avant de procéder à l'opération, il faut s'assurer de l'occlusion complète de l'arrière-narine, si l'on veut en obtenir le bénéfice. Aussitôt l'extirpation faite et dès que la plaie cesse de fournir du sang, le tampon doit être retiré, sa présence après le réveil générait le malade sans avantage sérieux.

9° Si la cloison était perforée, ou si l'opération devait intéresser les deux fosses nasales, il faudrait faire le double tamponnement.

10° L'occlusion de l'arrière-narine pourrait être faite par l'ouverture antérieure, si l'aile du nez était détruite et s'il s'agissait par exemple de rhinoplastie.

Suite de la discussion. — Vaccination animale.

M. DEPAUL. J'ai d'abord à adresser des remerciements à M. Husson sur les documents qu'il a communiqués à l'Académie dans la dernière séance; il me les avait déjà fournis antérieurement, et ce n'est pas ma faute, si je n'ai pas pu m'en servir; mais la Commission avait décidé qu'il ne serait pas fait mention dans le rapport d'autre chose que des résultats des vaccinations pratiquées à l'Académie.

Si donc je n'ai pas parlé des expériences poursuivies dans les hôpitaux, ce n'était pas faute de les connaître. Déjà en 1865, dans mon rapport sur les vaccinations pratiquées en 1864, après avoir rappelé que je fus le premier à employer le cowpox de la genisse ramenée par M. Lanoix, j'ajoutais que M. Husson, qu'on est toujours sûr de

---

Les venins introduits dans le tube digestif n'y exercent point d'action toxique; de nombreuses expériences, même sur l'homme, l'ont démontré.

Les pigeons et les lapins morts entre nos mains, par suite de blessures de vipère, ont presque tous été mangés, et cela, sans inconvénient pour les personnes qui s'en sont nourris.

Les venins n'agissent que par inoculation : *non gustu sed in vulnere nocent.* Leur simple application sur la peau ou une muqueuse non cutanée, est sans effet. Il faut, dans les expériences, en excepter la muqueuse pulmonaire dont la faculté d'absorption a une activité toute spéciale, à cause de ses conditions anatomiques.

Le venin injecté dans la jugulaire cause la mort avec des convulsions et des marques d'inflammation vers le poumon et vers le tube digestif; mis en contact avec le sang, à l'aide du réseau capillaire, il manifeste immédiatement de proche en proche son action de ferment, comme on le voit nettement dans les formes subaiguës : *la vipérine est donc un poison du sang,* et son mode d'action sur ce liquide la rapproche de certains poisons septiques; elle cause, comme eux, une inflammation au point d'inoculation, ce qui n'a pas lieu pour le curare. Elle est aussi un *poison des nerfs* : dans les cas de mort suraiguë, l'altération du sang est nulle en apparence; le venin, du reste, introduit dans l'économie, donne lieu à des phénomènes d'hyposthénisation, quelquefois même, quoique plus rarement, à des symptômes ataxiques. Après la mort, la raideur cadavérique se manifeste promptement, puis les muscles perdent rapidement leur contractilité sous l'influence des agents physiques et chimiques. Le cœur est *l'ultimum moriens*, et la respiration artificielle lui permet de battre encore quelques instants.

Au point atteint par le crochet, les muscles blessés présentent une ecchymose, sont ramollis, et leurs fibres, désagrégées, se trouvent réduites à un état granuleux.

L'élimination de la vipérine ou de ses transformations dans l'économie paraît se faire comme celle de l'urée dans l'empoisonnement urémique, par le tube digestif et particulièrement par l'estomac. Dans les cas de morsures de vipère, il y a presque toujours, en effet, des nausées et des vomissements, parfois aussi de la diarrhée. Avec ces symptômes existe une douleur épigastrique souvent très-vive. Existe-t-il des substances particulières dans l'urine des blessés, du glycose, de l'albumine? Aucune recherche n'a été faite dans ce sens; et cependant les Grecs attribuaient la cause du diabète à la morsure de la *dipsade*, qui paraît être une de nos vipères. Il faudrait, pour ce genre d'expérience, choisir des chiens ou autres animaux chez lesquels le venin n'eût pas une action trop prompte et nécessairement mortelle.

L'action de ferment du venin introduit pendant la vie se poursuit après la mort. La putréfaction du cadavre est rapide; ce qui, du reste, a lieu toutes les fois que la rigidité cadavérique a été nulle ou de courte durée.

Les effets du venin des solénoglyphes, tant vipériens que crotaliens, sont à peu près identiques, à l'intensité près, et cette intensité est non-seulement en rapport avec la quantité de poison que sécrète l'animal, mais elle varie aussi suivant l'espèce de serpent. Ce que nous savons des protéroglyphes conocerques, et en particulier des najas, nous portent aussi à rapprocher leur venin de celui des vipères.

Lorsque la blessure est due à un serpent puissant, les symptômes sont indéfiniment plus graves, mais de même nature. On observe alors des congestions viscérales (surtout la double pneumonie) de l'ictère et même des suffusions sanguines vers diverses muqueuses; la victime est souvent comme foudroyée.

Malgré ses propriétés puissantes et malgré l'inflammation qu'il produit au point d'inoculation, le venin de la vipère est généralement peu douloureux au moment de la blessure, contrairement à celui des arachnides qui cause une douleur si poignante.

Il agit en quantité pondérale comme les poisons cristallisables, bien différent en cela des virus qui, se multipliant sur place, agissent à dose infiniment petite.

Fontana admettait difficilement la mort de l'homme par les vipères; car, pour lui, la vipère n'aurait que 10 centigrammes de poison et n'en verserait que 2 centigrammes par piqûre. Il avait calculé que le venin, agissant en proportion inverse de la masse de l'animal blessé, il en faudrait au moins 15 centigrammes pour tuer un adulte dans un état de santé normale. La mort ne surviendrait donc chez l'homme que dans les cas de blessures multiples, et surtout dans les cas de blessures par plusieurs vipères.

Nous avons malheureusement démontré par de nombreux faits cliniques (*Études médicales sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure*, Nantes, 1860) l'inanité de cette opinion toute théorique du savant physicien toscan, sans cependant que notre statistique puisse servir d'appui aux opinions des pessimistes.

Dr Viaud Grandmarais,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes.

trouver bien disposé lorsqu'il s'agit d'une mesure utile aux malades, s'était empressé d'organiser un service spécial. M. Husson avait eu la bonté de me demander mon avis, et, fort des expériences que j'avais déjà faites, j'ai pu lui garantir qu'aucun accident ne pouvait résulter de l'inoculation du cowpox.

Quant aux tableaux statistiques que M. Husson a communiqués à la dernière séance, nous sommes un peu en désaccord. Je crois que dans les hôpitaux les résultats ont été plus encourageants que M. Husson ne l'annonce; et ici, à l'Académie, nous avons obtenu beaucoup mieux. Il y a des erreurs matérielles dont je n'accuse point M. Husson, mais les bureaux, car nous savons tous comment se font les statistiques.

Ainsi, dans le chiffre des vaccinations pratiquées sur des enfants, on a fait entrer celles qui ont eu lieu à l'hôpital Sainte-Eugénie et l'hôpital des Enfants-Malades. Mais ce sont là des revaccinations, et non point des vaccinations, car les enfants admis à ces deux hôpitaux ayant plus de deux ans, ont presque tous été vaccinés. En écartant les revaccinations, les résultats se trouveraient singulièrement améliorés.

Je ne puis admettre non plus les chiffres que M. Husson donne comme représentant les succès obtenus à l'Académie; il y a là une erreur de calcul que l'on s'explique très-bien, mais qu'il faut rectifier.

J'ai vacciné à l'Académie 681 enfants, dont 206 ne se sont pas représentés et n'ont pu être retrouvés à domicile pour diverses causes. Que faut-il faire de ces 206 enfants? Faut-il les comprendre dans le chiffre sur lequel on établira la proportion des succès, comme l'a fait M. Husson? Non, sans doute, car ce chiffre ne représente rien. C'est un élément variable dont il est impossible de tenir compte. On ne sait absolument rien sur les résultats obtenus chez ces enfants. On peut seulement supposer que la proportion des succès a été chez eux à peu près la même que dans les faits qui sont connus, si elle n'est pas plus élevée, car il y aurait plutôt présomption de succès chez ceux qui ne reviennent pas.

En déduisant, comme on doit le faire, ces 206 enfants, on trouve 88, 7 0/0 de succès sur toutes les vaccinations pratiquées à l'Académie; et encore ce chiffre est-il trop faible, car il comprend les expériences faites avec du cowpox déjà trop vieux. En se mettant dans les conditions les meilleures, en employant le cowpox pris du 3e au 6e jour, on a 98,2 succès sur cent vaccinations. Voilà le vrai chiffre.

Dans des expériences que j'avais faits dans mon service, antérieurement à mon rapport, j'avais vacciné de bras à bras 294 enfants, et le nombre des succès s'élevait à 51 pour cent; sur 116 enfants vaccinés avec le cowpox, j'avais obtenu une proportion un peu plus élevée, 61,57 0/0. Ces chiffres sont minimes; mais il ne faut pas oublier que j'opérais sur des enfants qui venaient de naître; or, plus l'enfant est jeune et plus on a d'échecs; c'est chose bien connue.

M. Guérin. Je désire écarter un incident introduit par insinuation dans le discours de M. Depaul. Il est vrai que la Commission a décidé qu'on ne parlerait pas des expériences étrangères à l'Académie; mais voici dans quelles circonstances a été prise cette décision.

M. Depaul avait introduit dans son rapport la statistique de M. Danet et autres documents très-favorables à la vaccination animale. J'ai demandé que tous les documents favorables ou défavorables fussent introduits ou écartés. Il n'y avait là aucune question personnelle à M. Depaul. Je ne veux pas être considéré comme un adversaire de M. Depaul, et je désire qu'il n'y ait pas la moindre apparence d'aigreur entre nous.

M. HUSSON. J'ai pu, en effet, me tromper en ce qui touche les enfants, et compter, comme vaccinations, des revaccinations. Je m'en assurerai.

Quant à l'autre erreur signalée par M. Depaul, ce n'est point une erreur de chiffres, mais une manière de compter les faits. J'ai considéré comme douteux, soit à l'Académie, soit dans les hôpitaux, les résultats qui n'ont pas été bien connus, parce qu'on a perdu de vue les malades. En écartant ces cas douteux dans les hôpitaux, j'aurai sans doute une proportion ascendante. Je vais étudier ces questions, et je ferai part à l'Académie des résultats de cet examen.

M. DEPAUL. Je regrette que M. Guérin se soit reconnu lorsque je ne le désignais pas. Du reste, je peux lui affirmer que je serai parfaitement calme.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de candidature.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
pendant l'année 1867.

147. Chaulet. De l'alimentation au point de vue de l'équivalence des forces.
148. Bonnal. Recherches sur la forme dysentérique de la fièvre intermittente simple.
149. Benni. Recherches sur quelques points de la gangrène spontanée.
150. Rousseau. Considérations étiologiques sur la métrorrhagie.
151. Péchedimaldji. Des névralgies congestives.
152. Anger. Des tumeurs lymphatiques (adénolymphocèles).
153. Vanuxeem. De l'avortement médical.
154. Mariani. De la glycosurie ou diabète sucré.
155. Dudon. De l'urétrotomie externe.
156. Lauvinerie. Des plaies par armes à feu.
157. Bouyé. Du traitement de la coxalgie.
158. Moreau. De la nature du goître exophthalmique.
159. Sémérie. Des symptômes intellectuels de la folie.
160. Sacasa. Des tumeurs du sein au point de vue du diagnostic différentiel et du traitement.
161. Gaudeffroy. De l'emploi de l'iodure de potassium dans le tremblement mercuriel et la paralysie saturnine.
162. Lempereur. Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel.

SOUSCRIPTION
pour la veuve d'un médecin et ses cinq enfants.

Liste précédente.	963 25
Un médecin anonyme.	10
TOTAL. . . .	973 25

Par arrêté de M. le Préfet de la Seine, en date du 24 juillet 1867, M. le docteur Louis de Séré a été nommé inspecteur titulaire du service de la vérification des décès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Traitement des affections cutanées par les Eaux minérales et principalement par les eaux de Saint-Christau, — par le Dr E. TILLOT, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées). In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, A. COCCOZ.

Traité de thérapeutique de la Coxalgie, — par le Dr PHILIPEAU (de Lyon). 1 vol. in-8° de 500 pages avec figures dans le texte. Prix : 8 fr. Paris, 1867, F. Savy.

Sur la guérison d'un cancer de l'utérus. Lettre à M. le Dr DIDAY, par FAUCONNET. In-8° de 39 pages. Prix : 75 cent. Paris, 1867, F. Savy.

Manuel pratique de l'Art des Accouchements, par le Dr E. VERRIER, professeur libre d'accouchements. 1 vol. in-18 de 500 pages avec 87 gravures, la plupart tirées du *Traité complet d'accouchements*, de M. JOULIN. Prix : 6 fr. Paris, 1867, F. Savy.

Anatomie synoptique ou Résumé complet d'anatomie descriptive du corps humain, par le Dr MASSE. 1 vol. in-18 de 116 pages (extrait de la nouvelle édition du Petit Atlas complet d'anatomie descriptive du même auteur). Prix : 2 fr. Paris, 1867, F. Savy.

Le Directeur, Dr. E. LE SOURD.

Paris. — Imp, A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

M. Le professeur Lassègue nous adresse la lettre suivante.

« Monsieur et très-honoré confrère,

» Des élèves et des amis de Trousseau ont eu la pensée de consacrer à sa mémoire un monument qui restât comme le témoignage de leur gratitude ou de leur affection.

» Trousseau avait voulu, par une décision formelle, que ses funérailles eussent lieu sans faste et sans solennité, et que son corps fût déposé dans le caveau de la famille. Élever un monument sur sa tombe, c'eût été presque contrevenir à cette volonté dernière.

» Il leur a paru plus conforme aux sentiments du maître, de faire exécuter un buste en marbre, qui serait placé dans la salle des actes de la Faculté de médecine, et d'ouvrir une souscription pour que tous pussent s'associer à ce pieux hommage.

» J'ai compté que vous voudriez bien nous aider de votre amical concours et recevoir les cotisations qui seront centralisées entre les mains de M. Asselin, éditeur, place de l'École de Médecine.

» Votre bien affectionné, C. LASSÉGUE.

» L'exécution du buste sera confiée à M. Geoffroy Dechaume. Les listes de souscription seront closes le 1er décembre prochain. »

L'appel qui nous est fait sera entendu de nos confrères.

Trousseau n'a pas été seulement une des plus grandes figures médicales de notre temps, il a été un professeur incomparable, et il est bien peu de nous qui n'ayons eu à nous louer de ses savantes leçons.

La Gazette des hôpitaux s'est faite l'écho de son amphithéâtre, et nos lecteurs savent avec qu'elle fidélité. nous avons reproduit son précieux ensei gnement.

Que tous nos confrères se réunissent donc à nous pour proclamer publiquement leurs sentiments envers cette grande mémoire. Nos villes et nos campagnent sont peuplées des anciens élèves de Trousseau. Que les bourses modestes ne craignent point d'envoyer une offrande modeste ; *un franc* du praticien de campagne a plus de valeur que le *louis* du médecin des villes Nous serions heureux de voir tous nos confrères s'associer à cette manifestation si digne du maître que nous pleurons.

Qui sait si le buste ue sera pas statue ?

La souscription est ouverte.

Dr E. Le Sourd.

1re LISTE

La *Gazette des Hôpitaux*. . . . . 100 fr.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvre typhoïde chez un enfant de deux ans et demi

Mardi dernier nous avons assisté à l'autopsie d'un jeune enfant, mort de fièvre typhoïde dans le service de M. Roger.

Ses parents lui avaient attribué au moins deux ans et demi, lorsqu'il l'ont apporté ; mais comme il faut avoir deux ans pour être admis à l'hôpital des enfants malades, les parents vieillissent souvent ceux qui sont plus jeunes, et il faut avoir peu de foi dans leur assertion.

Le fait est que le petit malade n'avait encore que seize dents, ce qui ne permet guère de lui attribuer plus de deux ans et demi au maximum.

La fièvre typhoïde est très-rare à cet âge. Entre deux et trois ans, MM. Rillet et Barthez l'ont rencontrée trois fois dans les 98 observations sur lesquelles se base leur statistique des fièvres typhoïdes chez les enfants; et dans les tableaux de M. Barrier, qui comprennent les faits précédents, avec d'autres, on ne trouve encore que quatre faits de ce genre sur trois-cent-onze.

Chez le malade dont il s'agit, cette affection avait présenté une marche très-insolite. Trois jours avant d'entrer à l'hôpital, il semblait encore assez bien portant, pour que ses parents l'envoyassent à l'asile, comme à l'ordinaire.

Né avec une imperforation de l'anus, pour laquelle il avait été opéré à l'hôpital, il avait toujours eu de la diarrhée. Aussi n'avait-on pas remarqué de modification dans l'état de ses garde-robes. Il avait été pris subitement de symptômes graves, qui furent rapportés à une méningite, lorsqu'il fut reçu le samedi matin vers onze heures.

La visite était déjà terminée; et le lendemain, dimanche, M. Roger ne fit que traverser les salles. La mort eut lieu dans la nuit suivante.

Ainsi l'enfant mourut sans avoir pu être examiné à fond, et les renseignements recueillis sur la stupeur qu'il présentait, sur les cris qu'il poussait la nuit principalement, etc., avaient fait croire à une méningite tuberculeuse. Mais à l'autopsie les méninges ne présentaient qu'un peu d'injection, particulièrement du côté gauche. Aucune granulation nulle part. Les poumons, également congestionnés, étaient sains du reste, et ne contenaient pas de tubercules ; les ganglions bronchiques étaient tout à fait à l'état normal.

Toutes les lésions siégeaient dans l'abdomen.

Les ganglions mésentériques étaient énormes, plusieurs dépassaient le volume d'un œuf de pigeon, ils formaient une masse plus grosse que le poing.

L'intestin grêle, plein de lombrics, n'était ulcéré nulle part; mais les plaques de Peyer et les follicules isolés, hypertrophiés, faisaient un relief de plus d'un millimètre ; quelques plaques avaient les dimensions d'une pièce de deux francs, et même plus ; on en compta vingt-sept. Le cœcum et toute la partie supérieure du gros intestin étaient très-injectés, d'un rouge livide, teinte qui diminuait à mesure qu'on descendait plus bas. La rate et le foie semblaient un peu plus gros qu'à l'état normal ; sans être ramollis d'une manière sensible.

Il s'agissait donc bien d'une fièvre typhoïde, presque encore au début, puisqu'il n'existait pas d'ulcération intestinale, mais parfaitement caractérisée, et qui avait produit la mort en quelques jours.

Si l'on n'eût point trouvé l'hypertrophie des ganglions mésentériques, la congestion des méninges, du cerveau et des poumons ; si les symptômes généraux n'eussent point été si brusques dans leur apparition, si graves et si rapides dans leur marche, etc., l'hypertrophie des glandes de Peyer, sans ulcération, n'eût pas suffi pour établir le diagnostic : car cette hypertrophie se rencontre parfois dans les entérites chroniques des petits enfants.

Mais le doute était impossible, et l'on doit réunir ce fait aux autres semblables déjà connus.

De l'étiologie des accidents qui compliquent les traumatismes.

Parmi les questions que doit aborder le congrès médical, une des plus importantes, sans doute, est celle-ci : « Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales. »

Il s'agit, non pas de décrire ces accidents, trop bien connus, grâce à leur fréquence; mais d'établir leur étiologie, ou d'étudier au moins les circonstances qui les multiplient et les aggravent.

Depuis quelque temps il s'est formé, sur ce sujet, plus d'une théorie bien caractérisée, qui vont se trouver en présence. Disons quelques mots des plus modernes.

L'idée d'attribuer ces phénomènes à des altérations d'abord toutes locales, était trop séduisante par sa simplicité pour tarder longtemps à être émise.

Dès lors il s'est formé deux camps : 1o celui des localisateurs qui dirigent toute leur attention sur le traumatisme, les plaies, les sécrétions qui en résultent ; 2° celui des médecins qui cherchent des influences générales, contagieuses, épidémiques, capables d'agir sur l'économie, par elles-même, d'une manière directe.

Pour les premiers, il était important de trouver des explications qui cadrassent avec les notions fournies par les sciences exactes; et comme les idées courantes sur les fermentations et décompositions, n'ont pas toujours été les mêmes, ces explications ont varié.

A la théorie qui attribuait un rôle capital à l'oxygène dans les transformations organiques, nous devons les travaux d'un esprit ingénieux, qui a fait entrer dans la pratique une méthode, excellente lorsqu'elle est applicable, la méthode sous-cutanée.

La question pour M. Guérin, serait actuellement d'étendre le bénéfice de cette méthode à des opérations qui se font en plein air.

L'oxygène est pour lui le principal danger. Il veut donc l'écarter à l'aide d'un appareil qui vienne s'appliquer à la surface des plaies, et le pompe en faisant le vide.

Mais l'oxygène n'a plus le privilège d'effrayer autant qu'autrefois.

On a vu son contact être très-innocent pour la surface du péritoine, qui s'y trouvait largement exposée dans certaines ovariotomies. On a même appris, non sans étonnement, que les chirurgiens les plus heureux dans les opérations de ce genre, passaient en revue, pour ainsi dire, toute l'étendue de la séreuse, sans craindre de la mettre à l'air, pour enlever le sang et les liquides dont elle pourrait être souillée.

En même temps, M. Pasteur trouvait des germes organiques, comme causes efficientes des décompositions et fermentations qu'il étudiait.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'accouchements, par le Dr JOULIN.
(F. Savy, éditeur, 24, rue Hautefeuille.)

Enfin le voilà terminé ce livre si impatiemment attendu, si malicieusement critiqué ; ah, messieurs les critiques, vous devriez, au moins, admirer la rapidité avec laquelle ce monument de la science obstétricale a été conçu, exécuté et mené à bonne fin.

Nul n'est prophète en son pays.

Pourquoi donc Joulin y aurait-il droit de cité ? Il n'est pas jusqu'à des élèves, justiciables un jour ou l'autre de ce maître, qui n'aient sonné l'hallali. O sainte Confraternité ! l'autre jour, un de mes anciens condisciples, médecin assez répandu d'ailleurs, mais nullement soucieux des luttes du concours, me disait (mettre une sourdine à la clé) : « Comment as-tu pu analyser le livre de J...? il y a trois ans qu'il s'occupe d'accouchements et ses articles de bibliographie sont pleins d'erreurs. » D'abord il y a plus de trois que, etc.; ensuite y eût-il moins de trois ans, que cela ne changerait rien au mérite de son œuvre : *La valeur n'attend pas le nombre des années.* Quant aux citations bibliographiques, j'en ai bien vérifié une centaine que j'ai toutes trouvées exactes. Je ne répondrais pas, cependant, que, dans le grand nombre de celles qui out été données, il ne se soit glissé quelque erreur, *errare humanum est;* mais si l'on réfléchit que ces seuls articles de bibliographie, sur des sujets si variés, constitueraient un volume capable de faire sortir un simple praticien de son obscurité, si l'on réfléchit à ce qu'il a fallu de patience et de bouquins pour enrichir ainsi un livre classique, et si enfin on entrevoit l'immense service que peuvent rendre aux élèves et aux publicistes de la presse médicale ces nombreuses citations, on leur passera bien quelque chose ; eh bien ! . *

Va, Joulin, console-toi, si les tiens te renient, je puis te dire qu'à l'étranger on tient compte de tes travaux, et pour ne citer qu'un homme des plus compétents, le professeur Wasseige, de Liége, que j'ai vu pendant mon récent voyage. Son avis est que le seul livre d'accouchements bien fait qui existe en France, est celui de
J'en demande pardon aux autres auteurs; ce n'est pas moi qui parle ; et, pour le dire franchement, j'ai trouvé la cote un peu haute, et j'ai craint pour la modestie de mon confrère, c'est pour cela que je ne le lui avais pas encore dit. Mais les trois fascicules, qui complètent cet ouvrage, répondent-ils à ce que nous en avons déjà analysé ? Entrons dans le cœur de la question :

Le premier comprend la dystocie. Tout ce cinquième livre contient de fort bonnes choses ; la dystocie maternelle présente une division par obstacles très-philosophique. Nous recommandons aussi au lecteur la dystocie fœtale, sur laquelle l'auteur a déjà acquis une grande compétence en défendant sa thèse de concours. Ce que je reproche à cette partie du livre, c'est de confondre avec la dystocie l'accouchement prématuré, l'accouchement retardé, l'avortement, certains cas de pathologie du fœtus ou des annexes.

Le mot dystocie, en effet, formé de Δὶς, difficilement, et Τὸκος accouchement, ne doit comporter que l'obstacle, la difficulté. Le danger est plutôt du ressort de la pathologie, à moins d'appeler l'ensemble de cette partie de la science, *les accouchements difficiles* et dangereux, comme le fait le professeur Pajot. Et encore trouverait-on à peine, dans ce rapprochement, le cadre nécessaire pour y placer l'accouchement prématuré ou retardé, la rougeole du fœtus, la placentite, que M. Joulin a acceptée après quelques justes hésitations, etc. Peut-être aurait-il mieux fait de laisser un point de doute au sujet de l'inflammation du placenta.

Dans le deuxième fascicule, qui comprend les opérations, j'ai trouvé que l'auteur ne s'était pas étendu proportionnellement au développement général de l'ouvrage. Il semble qu'il avait hâte d'arriver à la fin, de ne pas dépasser un certain nombre de pages, bref, il ne taille pas en plein drap ; cependant, pour être juste, il faut dire que ce qu'il perd en étendue, il le gagne en clarté. D'ailleurs, cette partie même du livre contient peut-être des recherches plus méritoires et plus utiles à la science que le fascicule précédent ; ainsi, nous citerons une précieuse statistique sur la version, sur le forceps, et principalement le chapitre sur l'emploi de la force en obstétrique, qui est rempli d'expériences faites avec un appareil à tractions, muni d'un dynamomètre.

Au milieu d'une foule d'excellentes planches qui rehaussent la valeur de l'ouvrage, on remarque l'aide-forceps (fig. 135), que la position actuelle de l'auteur fera enfin sortir du repos où il dormait injustement depuis son invention. Il y a aussi (fig. 138) un bassin

Les germes organiques remplacèrent l'oxygène dans les craintes des chirurgiens, et l'acide phénique fût à la mode.

Déjà, depuis longtemps, on s'était demandé comment des liquides putrescibles se conservaient bien dans des vases qu'on recouvrait simplement de ouate, et où par conséquent l'oxygène pénétrait.

Pour les chimistes, une petite théorie qui se rattachait à celle de l'ozone, avait fait comprendre cette action du coton cardé sur l'oxygène; et les chirurgiens avaient employé le coton cardé sur les plaies et sur les brûlures, comme empêchant les oxydations.

Ainsi chaque théorie, même fausse, peut être utile, lorsqu'elle se base sur l'observation.

Les faits qui lui ont donné naissance n'en sont pas moins vrais, pour être mal interprétés; et dans le nombre des conséquences qu'on en tire, il peut y en avoir qui découlent de ces faits eux-mêmes directement, et qui resteront.

Aujourd'hui on expliquerait cette action du coton cardé comme celle de l'acide phénique : l'un retient dans ses mailles les germes organiques, l'autre empêche leur développement.

Un professeur de l'école de Glascow, M. Joseph Lister, vient de publier, dans *la Lancette*, la suite d'un travail commencé depuis longtemps, et où il propose une nouvelle méthode pour traiter les fractures compliquées, les abcès, etc.

Cette méthode consiste à recouvrir les plaies d'acide phénique plus ou moins dilué, et parfois mélangé à de l'huile de lin. M. Lister, sans cesse préoccupé des ferments contenus dans l'air, ne fait pas une incision, une ponction, une exploration, sans tremper d'abord ses instruments dans un de ces mélanges, et il fait écouler le pus sous des pièces de pansement, placées à l'avance et phéniquées; il prépare de même à l'acide phénique les mèches dont il se sert pour maintenir béantes les ouvertures pratiquées. Avec ces précautions, dit-il, il voit les abcès par congestion se guérir eux-mêmes, sans accidents; la suppuration est bientôt tarie, la sérosité qui la remplace n'est pas abondante, et la poche se cicatrise avec une rapidité singulière.

Dans nos hôpitaux, il n'est pas rare qu'on applique des pansements à l'acide phénique. Nous avons dit précédemment quelle est à ce sujet la pratique de M. Maisonneuve.

Mais ce chirurgien emploie surtout l'acide phénique comme désinfectant, et comme léger excitant de la surface sur laquelle il le place. Il ne lui attribue du reste aucun mérite particulier par rapport aux germes; et souvent il préfère le vin aromatique, ou la teinture d'arnica.

La théorie de M. Maisonneuve se rapproche des précédentes; mais elle n'est précisément ni l'une ni l'autre.

Ce n'est point l'oxydation ou la fermentation des liquides secrétés que M. Maisonneuve craint surtout : c'est leur mort. Pour lui, les liquides de l'organisme sont sans inconvénients, tant qu'ils restent vivants, c'est-à-dire tant qu'ils font partie intégrante du corps humain, étant enfermés dans les tissus, sans communication possible avec le dehors. Mais aussitôt qu'ils sont versés sur une surface qui peut être considérée comme extérieure, sur une plaie dont on a voulu rapprocher les lèvres, aussi bien que dans un abcès dont l'ouverture reste béante, ces liquides meurent, et par cela même ils deviennent poisons dangereux.

Tous les accidents généraux qui peuvent compliquer les traumatismes, seraient exclusivement causés par l'absorption de ces liquides morts, et pourront être évités si on leur donne un libre écoulement, si on prévoit leur stagnation sur les surfaces qui les secrètent.

Dans cette théorie, peu importe qu'on opère ici ou ailleurs : à la campagne, dans une ville, dans un hôpital, quelque grand qu'il soit; partout on pourra éviter les érysipèles, la pyohémie, etc., à l'aide des mêmes précautions. M. Maisonneuve n'admet pas que la réunion immédiate, comme méthode chirurgicale, puisse réussir plus souvent dans telle ville que dans telle autre, à Montpellier qu'à Paris, par exemple.

Elle est à ses yeux souverainement irrationnelle; car il veut qu'on laisse toutes les plaies, dans tous les cas, largement ouvertes, pour qu'il n'y séjourne aucun liquide.

M. Demarquay, dans le mémoire qu'il a présenté à l'Académie de médecine, était arrivé à peu près aux mêmes conclusions, sauf qu'il admettait, dans les liquides décomposés, des principes toxiques, et non pas seulement l'état de mort.

Nous avons voulu faire, de toutes ces doctrines, un exposé rapide et sommaire, sans anticiper sur la discussion qui va s'ouvrir.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Ledru.

Rhumatisme articulaire aigu généralisé, suivi de rhumatisme cérébral, de péricardite, de psoïtis, de péritonite. — Mort.

Observation recueillie par M. Garde, interne du service.

La diathèse rhumatismale, ce protée morbide insaisissable qui peut prendre toutes les formes et peut se traduire par des lésions si variables, mais en général sans danger immédiat pour la vie, sur les membranes séreuses, les tissus fibreux et musculaires, peut, dans certaines circonstances, heureusement exceptionnelles, acquérir une telle intensité et s'attaquer à des organes si important que la vie est rapidement compromise. Le rhumatisme articulaire aigu nous offre surtout, dans sa marche irrégulière, de ces surprises désolantes. Après avoir attaqué successivement diverses articulations, les avoir quittées, y être revenu, avoir même fait semblant d'abandonner l'organisme, on le voit quelquefois envahir tout d'un coup une membrane séreuse importante et mettre en danger brusquement les jours du malade que l'on croyait presque convalescent. Mais bien rarement on le voit se manifester par des désordres aussi graves et aussi multipliés que dans l'observation suivante, surtout après avoir suivi pendant les premiers temps une marche aussi bénigne en apparence.

Le 19 décembre dernier (1866), le nommé N... Antoine, jeune soldat de la réserve, est admis à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, où il est placé dans le service de M. Ledru, salle Lagarlaye, n° 59. Cet homme, âgé de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, paraît doué d'une assez bonne constitution. Il a, dit-il, jusqu'au 15 décembre 1866, toujours joui d'une très-bonne santé; ce jour-là, étant à l'exercice, il eut froid et fut pris le soir même d'un frisson intense et de douleurs articulaires dans les membres pelviens. Il reste néanmoins à l'infirmerie jusqu'au dix-neuf, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu.

A la visite du 19, le malade, couché dans le décubitus dorsal, se plaint peu des membres abdominaux, mais beaucoup de l'épaule droite et un peu de l'épaule gauche qui, la veille, avait été la plus douloureuse. Pas de rougeur, pas de gonflement au niveau des articulations, mais le moindre mouvement, la moindre pression exaspère considérablement la douleur. La langue est sèche et surtout très-rouge. Le pouls plein, fort, vibrant, régulier, est à 95. Il n'y a d'ailleurs rien au cœur.

Prescription. — Repos absolu : 15 centigrammes de tartre stibié dans une potion gommeuse. — Tisane de chiendent nitrée. — 1/4 pour régime.

Le 20, les douleurs du membre thoracique droit sont toujours très-vives. On remarque un léger gonflement de l'articulation scapulo-humérale droite; malgré cela, le malade dit avoir un peu reposé la nuit; le pouls est entre 90 et 85. Rien n'est changé à la prescription de la veille.

Le 21, il y a de l'amélioration, le pouls est à 85; les douleurs sont un peu moins vives et vont en diminuant jusqu'au 23, jour où le pouls est redevenu normal à 75 pulsation; mais le 24, notre convalescent de la veille se plaint beaucoup des articulations tibio-tarsiennes et fémoro-tibiales des deux côtés. Ces articulations sont gonflées, la douleur y est gravative, le pouls est remonté à 90. La potion stibiée est portée à 25 centigrammes et avec addition de 30 grammes de sirop de morphine.

Dès le 26, l'amélioration est manifeste, le pouls est revenu à 75. Les douleurs sont presque nulles, et le malade mange le quart avec appétit; cet état se prolonge jusqu'au 31 décembre; ce jour-là, notre malade accuse une insomnie complète de la nuit précédente; il se plaint en même temps d'une douleur précordiale assez vive. Les battements du cœur sont fréquents, irréguliers; l'impulsion du cœur est forte, et la main sent un frémissement cataire manifeste à la pointe de cet organe; un bruit de souffle doux se fait entendre au premier temps.

La langue est sèche, le pouls est petit, fréquent et irrégulier, mais isochrone aux battements du cœur.

Prescription. — Deux ventouses scarifiées sont appliquées sur la région du cœur; 2 grammes de teinture de digitale sont ajoutés à la potion précédemment mentionnée.

Il s'était produit dans la nuit de la péricardite, et sans doute aussi, un certain degré d'endocardite.

Le 2 janvier 1867, les mêmes symptômes persistent et augmentent d'intensité. Un vésicatoire est appliqué sur le cœur.

Le 3, les douleurs précordiales persistant, trois nouvelles ventouses scarifiées sont appliquées autour du vésicatoire.

Des pilules hydragogues sont prescrites, à cause d'un certain degré de constipation. On continue, du reste, la même potion.

Le 4, les pilules ont produit leur effet; les douleurs articulaires sont moins vives, cependant les accidents du cœur persistent. Le bruit de frottement est manifeste à la pointe du cœur et il s'accompagne d'un bruit métallique. Un nouveau vésicatoire est appliqué à la place du premier qui avait incomplétement pris; les pilules sont continuées.

Le 5 janvier, la douleur précordiale a entièrement disparu; mais elle a été remplacée par une douleur vive en bas des côtes du même côté, et en même temps le malade est atteint d'une toux sèche, fréquente, douloureuse et d'un peu de dyspnée. L'auscultation et la percussion nous révèlent alors une pleuro-pneumonie du côté gauche, caractérisée par une matité absolue de la base du côté gauche, avec absence complète de la respiration en ce point et égophonie. Audessus s'entendent des râles crépitants et sous-crépitants. La langue est très-sèche, large, blanchâtre sur la partie médiane; le pouls est à 125. La potion stibiée est continuée. 5 ventouses scarifiées sur le côté gauche.

Le 6, les symptômes ont encore augmenté d'intensité; anxiété, dyspnée très-prononcée, altération de la face, prostration profonde des forces, toux fréquente, crachats rouillés, visqueux adhérents au fond du vase. — Application d'un large vésicatoire sur le côté.

Le 7, amélioration légère. L'expectoration est plus facile et plus abondante, la matité a diminué de hauteur, l'égophonie a disparu, la respiration est moins gênée, le pouls est descendu à 100.

Le 9, râles crépitants de retour, pouls à 85.

Prescription. — Looch avec 1 gramme de baume du Pérou, 20 centigrammes de poudre de digitale et extrait thébaïque 10 centigrammes.

Le 11, convalescence, pouls à 75; l'appétit revient.

Le 14 janvier, réapparition des douleurs articulaires; liniment avec baume tranquille, 40 grammes; laudanum de Sydenham, 20 grammes.

Le 16, nous trouvons le malade en plein délire avec une agitation extrême. La face est rouge, les yeux fortement injectés, les pupilles dilatées, la peau est brûlante; le pouls est à 130. Il y a eu des vomissements bilieux. Sinapismes promenés sur les membres inférieurs, compresses froides sur le front; diète et eau de Seltz.

Le malade ayant mangé le soir plus qu'il n'aurait dû, nous espérions encore qu'il n'y avait là que le fait d'une simple indigestion; mais dans la journée, la camisole de force devient nécessaire, et le lendemain les symptômes persistent avec la même intensité, et s'accompagnent de cris aigus et perçants; nous ne pouvions plus mettre en doute que nous n'ayons à faire à un rhumatisme des méninges.

Nous lui administrons du calomel à la dose de 2 centigrammes toutes les heures, associé à 1 centigramme de poudre de racine de belladone. La tête est rasée et on lui fait des applications de pommade stibié; en même temps des sinapismes sont promenés à plusieurs reprises sur les membres inférieurs.

Le 22, le délire et l'agitation continuent, les pommettes deviennent saillantes, les yeux s'enfoncent dans leurs orbites. — Deux vésicatoires aux mollets. — La belladone est supprimée, le calomel est continué conjointement avec une potion composée de : eau distillée de tilleul 120 grammes, extrait thébaïque 10 centigrammes, teinture de musc 15 gouttes, sirop de valériane 30 grammes.

Le 23, le délire est un peu moins violent; mais la camisole de force est encore nécessaire.

Le 25, le délire a bien diminué; le malade répond aux questions que nous lui adressons; il accuse des coliques et de la diarrhée; le calomel est supprimé; un lavement avec 15 gouttes de laudanum fait cesser les coliques.

Le 27, le délire a presque cessé, le pouls de 130 pulsations est re-

---

artificiel fort ingénieux, à l'aide duquel on peut, grâce à des pièces de rapport, simuler tous les degrés possibles de rétrécissements du diamètre sacro-pubien. Ce bassin est précieux pour les expérimentateurs.

L'opposition qui existe, sur le sujet qui nous occupe en ce moment entre les conclusions de l'auteur que j'analyse et celles qu'a émises M. Bailly dans sa thèse du concours, doit rendre la lecture de ces deux documents fort instructive.

Enfin, Joulin est le premier qui ait jeté quelque jour sur les résultats fournis par l'opération césarienne à Paris; aussi, dans notre manuel, qui paraît en ce moment, lui avons-nous emprunté des chiffres significatifs.

Dans l'embryotomie, Joulin a grandement tenu compte du forcepsscie, et augmenté mes statistiques. Je suis heureux de voir, enfin, mes efforts pour la propagation, dans mon pays, de ce bel instrument couronné de succès; et un très-honorable confrère, qui a déjà pratiqué sept céphalotripsies, m'a retenu tout dernièrement d'avance, pour la première occasion qui se présentera dans sa clientèle, afin de me voir manœuvrer, sous ses yeux, l'instrument de Van-Huevel. Le deuxième fascicule est terminé par le résultat comparatif des diverses opérations.

On eût pu croire ainsi le traité d'accouchements de Joulin terminé, et certes, l'auteur avait déjà largement rempli son programme. Mais non, désirant ne pas faire mentir le titre de traité *complet*, l'auteur a consacré un dernier fascicule aux maladies puerpérales, à l'exemple de M. Jacquemier. C'est un avantage que présente son livre sur celui de M. Tarnier, qui n'en reste pas moins un excellent livre, mais qui, en raison de cette lacune, rentre plus dans les proportions d'un manuel. Aussi, chaque jeune docteur qui, avant de partir, voudra enrichir sa bibliothèque d'un livre complet et *complété*, achètera-t-il le traité d'accouchement du Dr Joulin, que l'éditeur, M. Savy, a soigné, du reste, d'une façon toute particulière.

Dr E. Verrier.

— Le tome troisième de la 4e série des *Compte Rendu et Mémoires de la Société de Biologie* vient de paraître.

Il renferme, comme toujours, un grand nombre de travaux importants. Nos lecteurs nous sauront gré de leur en donner l'énumération :

1. Etudes et expériences sur la salive, considérée comme agent de la carie dentaire, par M. E. Magitot. — 2. Atrophie des nerfs olfactifs, fréquente chez le vieillard et correspondant avec la diminution ou la perte du sens de l'odorat, par M. J.-L. Prévost. — 3. Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne, par M. J. Giraldès. — 4. Hæmatinoptysie dans un cas de pleurésie double et de péritonite hypogastrique, probablement d'origine traumatique, par M. le professeur H. Lebert (de Breslau). — 5. Note sur les altérations des muscles dans les fièvres, et particulièrement dans la variole, par M. G. Hayem. — 6. Note sur un cas de névrome médullaire ou cérébrome, développé dans l'épaisseur du cerveau, par M. G. Hayem. — 7. Relation d'un cas de monstruosité, monstre cyclocéphale anopse, par M. Caradec. — 8. Sur l'application de quelques méthodes graphiques à l'observation médicale, par M. Prompt. — 9. Recherches expérimentales relatives à l'action de la vératrine, par M. J.-L. Prevost. — 10. Recherhes ethnologiques sur les altérations du système dentaire, par M. E. Magitot (avec carte). — 11. Note sur la compression indirecte et préventive dans les lésions traumatiques, par M. Milliot. — 12. Pemphygus chez un fœtus, avec affection spéciale du poumon et rupture de la rate, par MM. Lorain et J.-L. Prevost. — 13. Structure des vaisseaux du cordon ombilical, par M. Gimbert (avec planche). — 14. Note sur quelques régénérations animales, par M. Ch. Legros. — 15. Etudes sur les altérations de tissus dans la carie dentaire, par M. E. Magitot (avec planches). — 16. Observation pour servir à l'histoire de la leucocythémie et à la pathogénie des hémorrhagies et des thromboses qui surviennent dans cette affection, par MM. Auguste Ollivier et Louis Ranvier (avec planche). — 17. Recherches expérimentales au sujet de l'action du phosphore sur les tissus vivants; considérations sur la pathogénie des transformations graisseuses, par M. L. Ranvier.

Maladies éruptives et de la spécificité, Lettres médicales d'un vétéran de l'École de Bretonneau à M. le professeur Trousseau, pour mettre un terme à des erreurs professées sur ces maladies, par J. F. Miquel — 1 vol. grand in-8° 7 fr. — Paris 1867 — Germer Baillière.

Recherches expérimentales au sujet de l'action du phosphore sur les tissus vivants, par le docteur L. Ranvier — 1 broch. in-8° de 20 pages 1 fr. — Paris 1867 — Germer Baillière.

Dix-sept années de pratique aux Eaux-Bonnes, par le docteur Cazenave de la Roche, etc., — 1 vol. in-8° — Prix 3 fr. 50 c. — Paris 1867 Adrien Delahaye.

descendu à 95. Le malade refuse de prendre la potion; nous la remplaçons par un lavement composé de : eau 100 grammes, laudanum, 25 gouttes, musc 15 gouttes, extrait de valériane 4 grammes.

Le 31, les battements du cœur sont redevenus plus irréguliers et la dyspnée a reparu. — Un nouveau vésicatoire sur la région précordiale. — Une potion avec 30 grammes de sirop de digitale.

Le 3 février, l'abattement est devenu extrême, la face est profondément altérée, les yeux excavés; des nausées, des vomissements verdâtres très-abondants se sont déclarés la nuit. Le pouls est petit, fréquent, dicrote; la langue sèche, soif ardente; le ventre est ballonné, douloureux; il y a de la péritonite.

Prescription. — Eau de Seltz, onguent napolitain belladoné, cataplasmes émollients et laudanisés sur le ventre.

Le 5, les hoquets et les vomissements ont disparu, mais le ventre est toujours météorisé, tendu et très-douloureux. C'est dans le flanc droit que la douleur est plus vive. Le malade est constamment couché dans le décubitus dorsal. Le pouls est à 130, petit, irrégulier, chétif; le calomel est repris à la dose de 3 centigrammes toutes les heures. — Eau de Seltz.

Le 6 et le 7, le malade accuse moins de douleurs; mais le 8 une teinte ictérique se manifeste sur les sclérotiques et la face. Le malade réclame du lait qui lui est accordé.

Le 10, N..., qui a toujours un peu de délire, refuse de prendre sa poudre de calomel.

Le 11, le malade, couché habituellement dans le décubitus dorsal, accuse une vive douleur au sacrum, où il existe en effet une rougeur manifeste. L'hypochondre droit est également très-douloureux, et le foie dépasse le rebord des fausses-côtes de 4 à 5 centimètres.

Le 13, la peau a pris une teinte ictérique, sale, terreuse sur toute la surface du corps.

Le 14, se manifeste une diarrhée abondante et très-fétide.

Le 15, en examinant la rougeur du sacrum, nous apercevons une fistule située à 2 centimètres environ de l'anus. Cette ouverture donne issue à des matières purulentes, sanieuses, ichoreuses et très-fétides. Nous soupçonnons alors que le pus qui s'est formé dans l'abdomen, par suite de la péritonite persistante, a dû se faire jour à travers le plancher du bassin pour venir sortir à côté de l'anus.

Le 17 enfin, le malade expire dans le marasme le plus complet, et au milieu des angoisses les plus pénibles.

Autopsie pratiquée le 18 février, 20 heures après la mort.

1° *Cavité crânienne.* Epanchement d'une petite quantité de sérosité jaunâtre dans l'arachnoïde. Pas de fausses membranes. — Sérosité abondante sous l'arachnoïde et dans les sinus. La substance cérébrale est complétement décolorée; elle est un peu ramollie.

2° *Cavité thoracique.* La plèvre gauche est considérablement épaissie, elle adhère dans toute son étendue à la plèvre pariétale par des fausses membranes.

Péricarde. Les deux feuillets sont tellement adhérents dans toute l'étendue du lieu qu'il est impossible de les séparer en aucun point. Le tissu du cœur est ramolli et décoloré; les cavités gauches sont hypertrophiées. La valvule mitrale est indurée et très-épaissie; les valvules aortiques ont leur bord libre, dur et épais.

3° *Cavité abdominale.* Toute la cavité pelvienne est remplie de pus: le péritoine viscéral est recouvert de fausses membranes épaisses. Tout l'épiploon gastro-colique est désorganisé par la suppuration. Le rectum, les vésicules séminales, la vessie baignent dans le pus, le péritoine qui les revêt est recouvert de fausses membranes. On trouve en outre, dans la fosse iliaque droite, sous l'aponévrose psoas et iliaque une collection purulente assez considérable L'aponévrose détruite à sa partie inférieure laissait le pus communiquer avec la cavité péritonéale perforée sur le même point; et, en même temps, le plancher du bassin avait laissé s'établir le long du rectum une communication entre la cavité péritonéale et l'extérieur par la fistule découverte pendant la vie; de sorte que le pus intra-péritonéal avait fusé en partie à l'extérieur.

Le muscle psoas du côté droit était altéré et infiltré de pus jusqu'à son origine supérieure; il y avait donc eu inflammation suppurative du psoas, et la péritonite pourrait bien n'en avoir été que la conséquence.

Le foie hypertrophié était adhérent par des pseudo membranes au flanc droit et au diaphragme.

Cette observation paraît intéressante à plusieurs points de vue. On remarque d'abord la généralisation toute exceptionnelle de l'affection rhumatismale, qui, après avoir suivi toutes les articulations à plusieurs reprises, a envahi successivement toutes les séreuses, a atteint même le tissu pulmonaire et a fini par se porter sur le tissu musculaire du psoas pour y déterminer une inflammation suppurative.

Le délire aigu et persistant qui s'est manifesté dans les derniers temps de la maladie, pouvait faire supposer des altérations profondes des méninges, la nécroscopie cependant n'a révélé qu'un léger épanchement séreux et une décoloration anémique très-marquée de la substance cérébrale.

Enfin un dernier point digne de fixer l'attention, est le trajet tout exceptionnel qu'a suivi le pus provenant du psoas; au lieu de fuser dans la gaîne aponévrotique du psoas et iliaque et de venir sortir à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, il a perforé l'aponévrose et le péritoine et est venu s'épancher dans la cavité séreuse pour y déterminer une péritonite suppurative, et venir ensuite s'ouvrir un trajet fistuleux le long du rectum pour s'échapper au dehors.

Nous croyons qu'il est rare de trouver dans une autopsie, à la suite de rhumatisme articulaire, une série de lésions aussi graves et aussi complexes, et nous n'en connaissons pas d'exemple dans la science.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Par l'électricité à courant continu *(Appareil Remak)*

par le Dr Onimus.

En relatant les observations suivantes, nous avons non-seulement l'intention de montrer l'influence du courant continu dans les névralgies, mais surtout de faire connaître quelques faits qui nous paraissent déterminer l'importance des lois physiologiques dans les applications thérapeutiques de l'électricité.

On peut, suivant la disposition des pôles, déterminer un courant électrique centripète ou centrifuge, c'est-à-dire un courant ayant la direction de l'influx nerveux dans les nerfs sensitifs ou dans les nerfs moteurs. Or, M. Dubois-Reymond a montré que le courant électrique propre des nerfs, était augmenté lorsqu'on appliquait sur les nerfs sensitifs un courant ascendant, et sur les nefs moteurs un courant descendant; et qu'au contraire le courant électrique propre des nerfs était diminué lorsqu'on appliquait sur ceux-ci un courant inverse, c'est-à-dire descendant pour les nerfs sensitifs et ascendant par les nerfs moteurs.

Veut-on conclure de ces faits qu'on augmentera l'action des nerfs moteurs en y faisant passer un courant centrifuge ou descendant et qu'un courant ascendant ou centripète agira plus spécialement sur les nerfs sensitifs? Plusieurs expériences, dont nous ne citerons que quelques-unes, démontrent que la direction des courants, a en effet, une influence très-marquée dans ces différents cas.

En plaçant les électrodes sur le nerf médian, le pôle positif au-dessus du pôle négatif, ce qui détermine un courant descendant, on obtient une contraction très-prononcée des fléchisseurs et fort peu de phénomènes de sensibilité. Si, au contraire, on place le pôle négatif au-dessus du pôle positif, les contractions sont beaucoup plus faibles, mais on ressent tout le long du bras et surtout du côté interne un engourdissement très-prononcé, comme une sorte de frémissement qui parcourt toute la peau.

Sur une grenouille, en plaçant le pôle négatif sur la moelle et le pôle positif sur le nerf sciatique de la jambe gauche par exemple, on obtient avec un courant de deux à quatre éléments Remak, des contractions uniquement dans la jambe gauche. Si au contraire on place le pôle positif sur la moelle et le pôle négatif sur le nerf, on obtient des contractions plus énergiques et dans les deux jambes.

Il y a même plus: en plaçant les deux électrodes sur le même nerf sciatique, le pôle négatif étant placé au-dessus du pôle positif, on ne détermine dans certaines conditions, des contractions que dans la jambe opposée. Cette expérience met en même temps hors de doute les actions reflexes produites par les courants électriques; nous ne pouvons nous étendre ici sur ces effets que nous relaterons ailleurs.

Les observations suivantes montrent l'importance de ces faits dans les applications thérapeutiques.

Névralgie du nerf radial. — Mme B..., âgée de 42 ans, est affectée depuis trois semaines d'une névralgie du bras gauche. Les douleurs reviennent tous les soirs à certains moments fixes, et elles sont tellement violentes qu'elles empêchent la malade de dormir. Certains points sont plus douloureux que d'autres, surtout à la pression, et ces points se trouvent disposés suivant le trajet du nerf radial.

La malade compare sa douleur à un frémissement qui commence à la place postérieure du doigt indicateur, et qui se prolonge peu à peu jusque dans l'articulation scapulo-humérale, et qui souvent remonte au delà jusque dans la nuque.

Le traitement employé, avant que la malade me fût adressée, avait consisté dans l'emploi des opiacés, du sulfate de quinine et des bains de vapeur, sans qu'il y eût d'amélioration sensible.

La malade fut guérie radicalement au bout de huit séances d'application du courant continu; mais il est à noter que, dans deux séances où le pôle négatif fut maintenu sur le plexus brachial et le pôle positif du côté de la main, les douleurs ne furent presque point enlevées, tandis qu'elles le furent toujours en renversant le sens du courant.

Névralgie du nerf sciatique. — M. T. souffre depuis trois jours d'une douleur très-violente de la jambe droite. Cette douleur suit le trajet du nerf sciatique, elle est plus vive à la pression, elle augmente pendant la nuit, ne disparaît jamais complétement pendant le jour, et rend la marche très-difficile et très-douloureuse.

Après une première séance où le pôle positif est appliqué sur la moelle, à l'émergence du nerf sciatique, et le pôle négatif dans le creux poplité, la douleur fut enlevée au bout d'un instant, mais reparut quelques heures après, quoique moins vive.

Le surlendemain, j'appliquai le pôle négatif sur la moelle et le pôle positif sur la jambe. La douleur fut peu amoindrie et fut même très-violente vers la nuit.

A partir de ce moment, je dirigeai toujours dans la jambe un courant centrifuge, et au bout de six séances le malade fut guéri de ses douleurs névralgiques.

Voilà donc deux cas, ou le courant électrique inverse au courant propre des nerfs sensitifs, a calmé les douleurs, tandis que le contraire a eu lieu pour le courant de même sens. La douleur est due à l'impression, je dirais volontiers à la vibration que transmettent les nerfs sensitifs aux centres nerveux; et si cette impression est plus ou moins forte, suivant l'état électrique propre du nerf, il est logique de voir les courants électriques artificiels augmenter les douleurs, s'ils sont dirigés dans le même sens que les courants naturels, car ils s'ajoutent à ceux-ci et par conséquent rendent l'impression encore plus forte. Si les courants artificiels sont au contraire dirigés en sens inverse, ils affaiblissent les courants propres des nerfs (expériences de M. Dubois-Reymond) et par conséquent l'impression que transmettent les nerfs périphériques sera elle-même diminuée ou même anéantie complétement.

Cependant il ne faut pas dans tous les cas appliquer la loi qui semble ressortir des faits précédents. Non-seulement il faut souvent tenir des actions reflexes, mais il est d'autres conditions, dont voici un exemple qui demandent un traitement différent.

Névralgie vésico-urétrale. — Mme L. fut prise, vers le 10 décembre 1865, d'envies fréquentes d'uriner et de douleurs très-vives dans l'urètre pendant la miction, douleurs qui augmentaient encore au moment où les dernières gouttes sont évacuées. Il y avait de plus de légers accès de fièvre, de l'inappétence, de l'insomnie. État chlorotique.

Deux mois auparavant, la malade avait fait une fausse couche à deux mois, suivie d'une hémorrhagie assez abondante. Les accidents utérins disparurent au bout de quelques jours, et un mois après les règles se rétablirent.

Depuis cette fausse couche, la malade éprouve d'une façon continue une douleur sourde immédiatement au-dessus du pubis. Ce point douloureux devient tout à coup le centre d'une douleur très-aiguë qui s'irradie dans le ventre et les lombes et dans les cuisses. Pendant ces exacerbations, la malade se tient en double et se comprime fortement le ventre, trouvant du soulagement dans cette position.

Ces phénomènes douloureux sont accompagnés par des envies fréquentes d'uriner, une fois toutes les demi-heures, surtout la nuit, et par une augmentation de douleur pendant la miction. Les urines sont très-chargées de pus muco-glaireux et dégagent une odeur ammoniacale.

M. le docteur Reliquet, qui avait été appelé, institua successivement le traitement suivant: injections vésicales d'abord avec de l'eau tiède, puis avec une solution d'acide phénique de 70 centigrammes pour 1000 grammes d'eau distillée. (La vessie reçoit à peine 60 grammes d'eau). Lotion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

A la suite de ces injections, qui furent continuées pendant trois jours, les urines deviennent tout à fait limpides, la miction devient moins douloureuse, excepté pendant les exacerbations de la douleur. Les envies d'uriner continuent à être aussi fréquentes, surtout quand les douleurs névralgiques sont vives. Prescriptions: pilules de térébenthine, bromure de potassium.

Après la première potion de bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, la malade dort cinq heures de suite, et la miction devient bien moins douloureuse. Cette amélioration ne se maintient pas, malgré la continuation du traitement, car les jours suivants les douleurs névralgiques reparaissent, et en même temps les envies fréquentes d'uriner et la douleur pendant la miction. Les urines restent toujours très-claires.

C'est alors que M. Reliquet m'adressa cette malade comme atteinte d'une névralgie vésico-urétrale, consécutive à une cystite.

J'appliquai pendant les deux premières séances les électrodes, l'un sur le périnée et l'autre sur le ventre, au-dessus du pubis, sans trop tenir compte de la direction du courant. Le courant était de la force de 12 à 14 éléments Remat.

Il n'y eut aucune amélioration sensible pendant ce temps.

A la troisième séance, j'appliquai un des pôles sur la moelle à la hauteur du plexus sacré, et l'autre pôle au-dessus du pubis ou sur le périnée. Après une application de cinq à sept minutes, les douleurs disparaissaient complétement lorsque le pôle positif était placé sur le pubis, et le pôle négatif du côté du plexus. Les douleurs ne diminuaient point et même reparaissaient chaque fois que le pôle positif était placé sur la moelle et le pôle négatif du côté de la vessie. A partir de la quatrième séance, je n'employai plus alors que le courant ascendant, et, après cette séance, les douleurs disparurent complétement pendant quelques heures, les envies d'uriner furent moins fréquentes, mais le soir il y eut comme toujours de l'exacerbation de la douleur qui empêcha tout le sommeil.

Après la sixième séance, les douleurs avaient presque cessé, le sommeil était revenu en partie et l'état général s'était également sensiblement relevé. Cette amélioration continua pendant les jours suivants: trois autres séances suffirent pour faire disparaître toute douleur, ainsi que les envies fréquentes d'uriner. Les séances avaient lieu tous les jours, et il fallut en tout neuf séances pour arriver à une guérison complète. Il est même probable que la guérison aurait eu lieu encore plus rapidement, si dès le commencement j'avais employé le mode opératoire que j'employais à la fin.

Cette observation semble contredire les deux précédentes, car un courant descendant augmente les douleurs, tandis qu'un courant ascendant les diminue. Mais ici nous devons tenir compte d'autres influences. En effet, dans ce cas la douleur est localisée dans un organe contractile; il faut donc éviter avant tout de produire des contractions, qui augmenteraient la douleur. D'ailleurs on a surtout pour but de faire cesser l'état de contracture existant. Or le courant descendant produit des contractions, et il n'est donc pas étonnant de le voir dans ce cas faire reparaître les douleurs qui avaient disparu sous l'influence du courant ascendant.

On pourrait croire que dans ce cas, il eût été préférable d'introduire le pôle positif dans la vessie, au lieu de le maintenir sur le pubis ou sur le périnée. Mais le cathétérisme était très-douloureux, et de plus le pôle positif en contact direct avec les fibres musculaires de la vessie aurait pu déterminer des contractions fibrillaires qui auraient diminué l'influence favorable du courant électrique. En effet, si pendant le passage du courant continu dans les muscles, il n'y a de contractions qu'à la fermeture et à l'ouverture du courant, il existe cependant, pendant les premiers moments, des contractions fibrillaires, et cela surtout aux environs du pôle positif.

Ce phénomène est très-visible sur les muscles dénudés d'un animal quelconque, et nous l'avons également observé chez un homme atteint d'un tic douloureux de la face. Le pôle positif appliqué sur les muscles contractés, n'en arrête pas les contractions; tandis que le pôle négatif au bout de quelques secondes fait cesser toute espèces de contraction et de spasme.

Ces exemples prouvent bien qu'il n'est point indifférent de donner aux courants électriques une direction quelconque. Si dans certains cas, on a vu l'électricité augmenter les douleurs névralgiques, on ne doit point toujours accuser l'électricité de ces insuccès, mais bien le mode opératoire. D'ailleurs on ne

sert presque toujours que des courants d'induction, et si la direction des courants continus peut avoir une influence si grande, on conçoit combien peut être inefficace et même nuisible l'emploi des courants interrompus qui changent plusieurs fois par minute l'état électrique du nerf et qui même selon les appareils sont à chaque interruption tantôt centrifuges, tantôt centipètes.

Il est un dernier point important à noter, c'est qu'il est indispensable de n'employer que des courants très-faibles; il faut que le malade n'accuse qu'un léger piertement, et qu'il n'ait jamais aucune impression douloureuse.

Remak insiste avec raison sur ce point, et nous-mêmes nous avons pu en constater l'importance. Chez une malade que nous traitions pour une névralgie faciale, les douleurs, au bout de deux séances, avaient déjà beaucoup diminué; à la troisième séance, la malade vint nous trouver dans un moment où il nous était impossible de pouvoir disposer de beaucoup de temps. Espérant que la quantité compenserait la durée du traitement, nous fîmes passer dans les points douloureux un courant de dix-huit à vingt éléments, ce qui est une quantité bien forte pour la région faciale. De plus, les pôles furent souvent changés de place.

Après cette séance, les douleurs reparurent très-vives, et plus fortes même qu'avant le traitement. Heureusement que dans les séances suivantes nous pûmes réparer complétement le mal ainsi occasionné et que cette imprudence n'eut d'autre conséquence que de nous bien persuader qu'il est important de tenir compte des doses dans l'électro-therapie connu dans l'emploi de tous les agents thérapeutiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 22 février 1867. — Présidence de M. BARTHEZ.

LECTURE

M. CORNIL lit un mémoire intitulé : *Rétrécissement de l'œsophage causé par un cancroïde à cellules pavimenteuses et à globes épidermiques — Hypertrophie du cœur — Endocardite valvulaire chronique — Athérome de l'aorte — Pneumonie.* (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. SANNÉ demande si le malade ne présentait pas d'antécédents héréditaires.

M. CORNIL. — Dans ce cas il n'y avait pas de maladie héréditaire chez les ascendants, et d'une façon générale il est bien difficile d'obtenir dans la pratique hospitalière des renseignements exacts fournis par les malades sur les affections qui ont amené la mort de leurs parents.

M. MARTINEAU. — Il est dit dans l'observation de M. Cornil que l'orifice aortique était suffisant, mais il n'est pas question de la suffisance ou de l'insuffisance de la valvule mitrale, bien que celle-ci fût altérée. En outre, je m'étonne qu'avec une lésion aussi prononcée du rein, le malade n'ait pas rendu d'albumine dans ses urines.

M. CORNIL. — L'appréciation de l'insuffisance des valvules aortiques est facile ; il suffit de verser de l'eau dans l'aorte après avoir ouvert le ventricule gauche ; si l'eau ne coule pas par le ventricule, les valvules ferment bien complétement l'orifice; mais il est plus difficile de savoir s'il y a réellement une insuffisance de la valvule mitrale. Dans les cas où les valves de la valvule mitrale sont dures et forment un anneau constamment ouvert, ou s'il y a des adhérences, l'insuffisance saute aux yeux, mais, dans les cas où elles sont molles et viennent à la rencontre l'une de l'autre quand on verse de l'eau par le ventricule, il est presque impossible d'affirmer qu'il y a ou qu'il n'y a pas insuffisance. C'est précisément ce qu'on observait dans ce fait où les valves étaient molles bien que présentant des plaques opaques.

Quant à la présence de l'albumine dans l'urine, nous l'avons inutilement recherchée, et cette épreuve négative a été loin de nous surprendre: avec la lésion atrophique du rein que nous avons décrite, l'albuminurie est exceptionnelle, tant qu'il n'y a pas d'état trouble et de dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales des tubuli. J'en appelle sur ce point à l'expérience de M. Hayem qui a dû voir, comme moi, chez les vieillards un grand nombre de ces cas.

M. MARTINEAU. — On peut s'assurer que la valvule mitrale est ou non insuffisante en plongeant dans un vase plein d'eau le cœur après avoir coupé l'extrémité des ventricules. En plongeant et relevant alternativement cet organe et en regardant par l'ouverture pratiquée, on voit les valves de la mitrale s'abaisser et se relever et on peut alors s'assurer si elles viennent b'en exactement au contact l'une de l'autre. Telle est l'expérience que j'ai vu bien souvent pratiquer par M. le docteur Durozier; on peut de cette façon s'assurer aussi que la valvule auriculo ventriculaire droite est bien plus souvent malade qu'on ne le croit. Quant aux lésions du rein, je ne puis pas comprendre que les altérations des vaisseaux et de la circulation n'amènent pas de lésions de l'épithélium.

M. HAYEM. — J'ai vu un très-grand nombre de reins semblables à celui que M. Cornil a décrit dans son observation; ils sont effectivement atrophiés et granuleux à leur surface ; il y a souvent en même temps des kystes simples ou athéromateux ; c'est une espèce de fausse maladie de Brigth. M. Vulpian a remarqué qu'il y avait, dans certain de ces cas, une très-petite quantité d'albumine qui apparaissait quelquefois, mais non tous les jours dans les urines. Cela coïncidait alors avec des dégénérescences graisseuses partielles de l'épithélium rénal. C'est une lésion atrophique et sénile, mais non une maladie de Bright.

M. BARTHEZ. — Les renseignements fournis par les malades sur les affections de leurs ascendants ne sont guère plus exacts dans la pratique civile que dans les hôpitaux, et, pour bien apprécier l'hérédité il faut avoir soigné soi-même les différents membres d'une famille. Quant à la question de reconnaître la suffisance des valvules mitrale et tricuspides, la seule expérience que j'aie faite, c'est de remplir d'eau les ventricules : si l'eau s'échappe lentement, on dit que les valvules sont suffisantes et qu'elles sont insuffisantes si l'eau s'écoule brusquement.

M. HAYEM. — Je suis étonné de voir M. Martineau attribuer une aussi grande importance à un simple boursoufflement des bords des valvules pour la production de l'insuffisance. Il faut, pour produire cette dernière, des lésions considérables. A l'Institut anatomique de Berlin, pour apprécier l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires, on a adopté comme méthode la mensuration de la circonférence des anneaux : lorsque ces derniers sont dilatés, l'insuffisance est certaine. Pour se rendre compte de la dilatation par un procédé pratique, on introduit les doigts index et médius dans l'anneau. On acquiert ainsi l'habitude du point où ces deux doigts s'enfoncent dans un orifice normal. Ils pénètrent habituellement alors jusqu'à la troisième phalange.

M. HEMEY. — Il suffit quelquefois de très-peu de chose pour causer une insuffisance, par exemple une rétraction fibreuse d'un cordage de la valvule.

M. PELVET. — Je crois que la difficulté de bien constater le redressement et l'occlusion des valves de la mitrale après la mort consiste surtout en ce que ce sont les contractions des muscles qui en sont la cause efficiente pendant la vie.

Le Secrétaire, CORNIL

La Société médico-psychologique de Paris, se réunira en session extraordinaire les 10, 12 et 14 août, sous la présidence de M. Paul Janet (de l'Institut.)

La première séance aura lieu dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et les deux séances suivantes dans la salle des thèses.

Le Directeur, Dr. E. LE SOUEF.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 95. — MARDI 13 AOUT 1867. (40e ANNÉE) MARDI 13 AOUT 1867. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — SOCIÉTÉ SAVANTE ET HÔPITAUX. — Traitement de la syphilis par le mercure et l'iodure de potassium. — HOSPICE DE LA PITIÉ (M. Empis). — Vaccinations animales. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE PARIS. — Faculté de Paris — Nouvelles.

PARIS, 12 AOUT 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des Sciences. — Les appareils électriques d'induction sont devenus d'un usage journalier en thérapeutique, et l'on commence à bien connaître l'action des courants interrompus, sur le système nerveux et sur les muscles; mais on sait bien peu de chose encore sur les effets physiologiques des courants continus, à tension constante.

Remak les a préconisés; mais dans les expériences qu'il a faites à Paris, et que nous avons suivies, il multipliait les interruptions, et par les mouvements qu'il communiquait aux conducteurs, il faisait varier à tout instant l'intensité du courant transmis; aussi faisait-il contracter les muscles comme par la faradisation.

Si pourtant on lit ses leçons publiées, vers la même époque, on voit qu'il se faisait illusion sur ce point; car il déclarait pernicieux l'usage des courants soit discontinus, soit variables dans leur intensité: c'est-à-dire de ceux-là mêmes qu'il employait, sans s'en rendre compte.

Aussi fallait-il de nouvelles recherches, plus méthodiques, pour faire connaître l'action réelle des courants continus.

M. Onimus vient d'adresser sur ce sujet à l'Académie une note dans laquelle il compare l'action de ces courants à celles des courants intermittents.

Tandis que ces derniers produisent une contraction locale et permanente des fibres musculaires, lisses ou striées, les courants continus qui augmentent la contractilité, loin de produire la contracture, la font cesser quand elle existe. Ils n'interrompent pas les mouvements vermiculaires ou péristaltiques des conduits musculaires à fibres lisses, tels que les intestins; au contraire, ils les rendent plus actifs; ce n'est donc point par une paralysie des vaisseaux, mais par une exagération des mouvements vermiculaires de leur parois, qu'ils activent la circulation locale et amènent une augmentation de température, quand on électrise le grand sympathique.

Ils n'arrêtent pas les mouvements du cœur et ne produisent pas, comme les courants intermittents, une contracture de cet organe, lorsqu'ils le traversent directement; ils font même revenir les mouvements physiologiques, lorsqu'ils sont arrêtés.

» En électrisant le pneumogastrique au moyen des courants continus, on n'observe pas non plus l'arrêt du cœur, comme cela a lieu avec les courants intermittents. Avec un courant continu très-fort on peut cependant obtenir des battements beaucoup moins énergiques, mais la cause en est due aux troubles que l'on observe du coté de la respiration, car l'électrisation du pneumogastrique au moyen de courants continus amène l'arrêt des mouvements respiratoires.

» Lorsqu'on coupe le pneumogastrique, et qu'on électrise successivement les deux bouts, au moyen de courants continus de quatre à huit piles, on observe les faits suivants:

» L'électrisation du bout inférieur par un courant ascendant ne produit aucun changement ni dans la respiration, ni dans la circulation.

» Le courant descendanf n'amène aucun phénomène du côté de la respiration; du côté du cœur les battements sont plus fréquents, mais la diastole est moins énergique.

» L'électrisation du bout supérieur ou céphalique par un courant ascendant produit une grande gêne de la respiration: celle-ci devient profonde et haletante, et finit même souvent par s'arrêter complétement. Les mouvements du cœur sont consécutivement moins fréquents et moins énergiques. L'électrisation du bout céphalique par un courant descendant ne détermine ces phénomènes que très-insensiblement. Il faut un courant deux ou trois fois plus fort pour produire, avec un courant descendant, les mêmes effets qu'avec un courant ascendant.

» L'action des courants continus sur le bout céphalique du pneumogastrique se rapproche donc de celle des courants intermittents; seulement, pour les courants continus, la direction du courant influe d'une manière très-marquées sur les différnts phénomènes qui se produisent.

» En appliquant directement l'électricité à courants continus sur les artères, on n'observe aucun changement notable chez les animaux à sang chaud; chez la couleuvre, M. Onimus a vu la contraction devenir assez énergique pour resserrer complètement l'artère et empêcher, pendant quelque temps, le passage du sang. Appliqués sur les veines, les courants continus, ont, chez le lapin, déterminé pour le veine cave inférieure un resserrement très-marqué. Chez la couleuvre, les veines abdominales, qui étaient lisses et régulièrement cylindriques avant l'électrisation, présentaient, après, des stries et nodosités sur tout leur parcours. »

Société médicale Harvéienne de Londres. — Cette société, désireuse de faciliter les travaux du congrès international qui va se tenir à Paris, avait désigné un comité pour élucider la question suivante, la troisième du programme que nous reproduisons dans ce numéro même: « est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes.»

Ce comité composé d'hommes très compétents, a rassemblé de toutes parts les rsnseignements les plus complets sur le nombre des vénériens, traités comme tels, soit dans les workhouses, soit dans les hôpitaux et les dispensaires.

En Angleterre la prostitution est absolument libre, sauf dans les villes de garnison ou de station navale. Dans ces dernières villes, qui sont au nombre de douze, d'après une loi votée en 1866 dans l'intérêt des soldats et des marins de la flotte, la police à le droit de faire saisir les prostituées, de les faire mener à un dispensaire, pour être examinées, et de les enfermer dans un hôpital, lorsqu'elles ne sont pas saines.

Cette mesure aurait, dit-on, diminué le nombre des maladies contagieuses dans les localités où on l'applique; et le comité voudrait la voir généralisée en Angleterre, où la proportions des maladies vénériennes paraît être veritablement effrayante.

Dans plusieurs hôpitaux de Londres le nombre des consultations demandées pour quelque affection de ce genre égale ou dépasse celui de toutes les autres consultations; dans d'autres, la proportion est d'un tiers, ou d'un cinquième du nombre total.

Faute de lits à ce destinés, on reçoit fort peu de ces malades dans les hôpitaux; plusieurs hospices ont même des réglements particuliers qui s'opposent à leur admission; et les prostituées qui ne sont pas saines, sont renvoyées chez elles et deviennent forcément de nouveaux foyers d'infection.

La réglementation que demande le comité ressemble beaucoup à celle qui fonctionne dans plusieurs grandes villes de France. Nos confrères de Lyon proposeront au congres des mesures plus radicales.

Hôpitaux. Le rapport mensuel sur les maladies régnantes n'a pas été lu à la dernière séance de la société médicale des hôpitaux.

D'après ce que nous avons vu dans les divers services que nous avons visités, nous pouvons dire que les affections typhoïdes ont été très-fréquentes et parfois assez graves. Les éruptions de taches lenticulaires ont été confluentes chez plusieurs malades; enfin, quelques uns ont eu des rechutes, et de nouvelles poussées d'éruptions, lorsqu'ils semblaient presque guéris. On nous a signalé un cas de scarlatine grave, à forme hémorrhagique, compliquée d'ophthalmie intense, de douleurs dans les membres, et ressemblant beaucoup à certaines observations qui se rapportent à l'épidémie de fièvre pourprée de Dublin. La malade a guéri; mais a perdu un œil.

—Ceux qu'intéressent les affections rares de l'appareil locomoteur, peuvent observer dans le service de M. Dumontpallier, à l'hôpital des Enfants-Malades, un cas de psendo-ataxie locomotrice.

Le petit malade dont il s'agit ne peut pas garder l'équilibre, lorsqu'on le met debout. Si on lui dit de lever une jambe, alors qu'il est étendu sur son lit, cette jambe oscille, comme dans l'ataxie. Mais on ne trouve pas de spasmes, ni de contractions fibrillaires, il n'y a jamais eu de douleurs, les troubles des fonctions locomotrices n'augmentent pas lorsque l'enfant ferme les yeux. En un mot ce cas n'est pas net.

— Chez M. Raynaud, à l'Hôtel-Dieu, se trouve un malade qui dit avoir été pris subitement d'accidents singuliers,

Lorsqu'il veut marcher, il est entraîné vers la gauche, fait quelques pas de ce côté en vacillant, et finit par tomber, s'il n'est pas soutenu. Du reste, il ne présente aucune paralysie du mouvement ou du sentiment. Est-il atteint de quelque lésion du cervelet? La suite pourra l'apprendre.

—Dans la même salle, chez un autre malade, M. Rayneaud a largement ouvert un des derniers espaces intercostaux, pour une pleurésie purulente du côté gauche. L'opération date de douze jours. On n'a plus observé de frisson dpeuis lors, comme antérieurement. L'appétit est revenu. Tous les jours on lave l'intérieur de la cavité pleurale avec de l'eau alcoolisée.

Nous reparlerons de cet homme.

Dr Victor Revillout.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par le mercure et l'iodure de potassium.

II

Il ne suffit pas de savoir que le mercure et l'iodure de potassium sont les deux médicaments antisyphilitiques par excellence; il faut également déterminer d'une manière précise la forme des accidents contre lesquels ils convient de les administrer. Donner en aveugle, ici le mercure, là l'iodure de potassium, c'est s'exposer à de nombreux mécomptes; on s'y expose également si l'on ne sait pas manier avec intelligence les diverses préparations hydrargyriques, de façon à les varier à propos, et à les appliquer à telle ou telle manifestation plutôt qu'à telle autre.

On peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que le diagnostic même étant bien posé, un grand nombre de médecins ne savent pas traiter convenablement les affections syphilitiques. La plupart s'imaginent que le terme de vérole est le corrélatif de mercure et d'iodure de potassium; cela est vrai sans doute, mais ils se gardent bien d'aller plus loin, et rien n'est moins varié que leur arsenal antisyphilitique. Celui-ci a adopté les pilules de Dupuytren et n'en sort pas; cet autre n'a jamais employé que la liqueur de Van-Swieten; un dernier, plus jeune généralement, ne connaît que les pilules de protoiodure, et ni les uns ni les autres ne prennent la peine de varier des formules qu'ils trouvent toutes faites dans les formulaires. Sans doute on peut guérir un très-grand nombre de véroles par l'une ou l'autre de ces préparations, mais il en est qui sont réfractaires; dans ces cas le médecin, complétement dérouté, s'en prend à la nature maligne du mal, et ne songe pas à accuser son peu d'expérience.

Il faut en effet savoir varier selon les cas les préparations mercurielles, s'en servir tour à tour et les rejeter tour à tour aussi pour y revenir plus tard; ne pas se lasser, ne pas se décourager trop vite et être convaincu, malgré qu'on en ait dit, que la *vérole, sauf des cas d'une rareté excessive, ne saurait jamais être absolument réfractaire à une médication bien dirigée.*

Nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons dit du *chancre induré;* l'induration chancreuse c'est déjà la vérole constitutionnelle, et, dès que ce signe est bien constaté, il faut, sans attendre, recourir au traitement spécifique, au mercure. Le traitement dans ce cas, doit être aussi prolongé que s'il était dirigé contre tout autre accident constitutionnel postérieur, roséole, syphilides, etc., etc. Ce traitement peut empêcher à tout jamais l'apparition de ces accidents postérieurs, et, dans presque tous les cas, il les éloigne très-notablement.

La question du *chancre simple* ou *mou* ou *non-induré,* ne me paraît pas aussi simple que je l'ai dit il y a quelques années. Alors je soutenais et j'affirmais que le chancre non induré ne s'accompagnait jamais d'accidents généraux; je suis aujourd'hui, moins affirmatif, car j'ai vu, deux fois assurément, peut-être trois fois, survenir des accidents constitutionnels après de simples chancres mous. — Deux cas, peut-être trois pendant une pratique médicale de quinze ans! je n'aime pas, je l'avoue, ces exceptions. Elles ne vont pas à la nature de mon esprit et, quand je les rencontre, je les accepte difficilement et me demande, de très-bonne foi, si, au lieu que la nature se soit trompée, ce n'est pas moi qui ai mal observé.

En somme, l'induration peut être assez légère, ou assez superficielle pour passer inaperçue; et ici, entre nous, nous pouvons bien avouer qu'il nous arrive quelquefois d'être si sûrs de nous, de notre habileté, de notre diagnostic que nous ne poussons pas toujours un examen aussi loin qu'il le faudrait. Notre vanité s'en mêle et convaincus que nous ne saurions nous tromper, nous commettons sans sourciller les erreurs les plus préjudiciables aux malades. — Dans les cas douteux, il est un second signe qui ne fera guère défaut, c'est l'induration des glandes de l'aine, induration spéciale, qui accompagne *toujours* l'induration chancreuse et qui, dans les cas douteux, devrait au moins donner l'éveil, sinon apporter une certitude absolue. — Supposons pourtant que les deux indurations manquent simultané-

ment, supposons qu'on n'ait affaire qu'à un chancre simple, quelle conduite doit tenir le praticien ?

Faut-il, en vue d'accidents généraux qui, au moins quatre-vingt dix-neuf fois sur cent, feront défaut, faut-il, dis-je administrer le mercure, comme à la suite du chancre induré? Je n'hésite pas à déclarer que non et suis d'avis qu'on ne doit administrer les médicaments que lorsque l'apparition des accidents généraux en a démontré la nécessité. Sans doute on peut ainsi, dans des cas fort rares, perdre un temps que, pour mon compte, je regarde toujours comme extrêmement précieux; mais le traitement antisyphilitique étant fort loin d'être innocent dans bien des cas; mais le préjudice causé au malade n'étant point considérable; je considère comme beaucoup plus sage d'attendre, que d'agir inconsidérément. — Je ne ferais pas même d'exception pour un jeune homme devant bientôt se marier. Toutefois je laisse à la conscience de chacun le soin de résoudre une question aussi grave, dans ce dernier cas surtout.

Il en est de même de la *blennorrhagie* dite *virulente* et du traitement qu'on doit diriger contre elle. Si, pendant longtemps, on a cru devoir traiter toute blennorrhagie comme un accident syphilitique, peu à peu la blennorrhagie virulente a perdu du terrain et ce n'est plus qu'exceptionnellement qu'on a cru devoir employer les mercuriaux dans la chaude-pisse. Cette question de la virulence de la blennorrhagie est définitivement tranchée pour nous selon les lois très-nettement formulées par M. Ricord. La blennorrhagie virulente n'existe pas, elle est tout simplement constituée par un chancre situé plus ou moins profondément dans le canal de l'urètre. Or les balsamiques sont tout aussi impuissants contre cette blennorrhagie prétendue virulente que les mercuriaux contre la blennorrhagie simple. J'en observe en ce moment un cas très-remarquable.

Un jeune homme d'une trentaine d'années vint me consulter le 1er juillet pour une prétendue chaude-pisse dont il ne pouvait pas se débarrasser. Depuis deux mois, il prenait inutilement des capsules de Mothes, des capsules de Raquin, même la liqueur de Chopart, des paquets de cubèbe; il avait fait les injections les plus variées; l'écoulement restait toujours le même, peu abondant, mais très-épais, sale et souvent sanguinolent. L'aspect de cet écoulement me fit immédiatement penser à un chancre que je découvris en écartant assez fortement les lèvres du canal et qui s'est guéri au bout de trois semaines sous l'action d'une pommade opiacée au calomel.

Le chancre de ce malade était simple, sans induration ni locale ni ganglionnaire, et je me garderai de lui faire subir un traitement général. Mais il n'est pas rare que ces chancres soient indurés, et alors il faut se comporter comme pour les chancres indurés ordinaires, c'est-à-dire administrer le mercure immédiatement et sans attendre l'apparition des accidents consécutifs.

J'ai l'air, en ce moment, de me battre contre des moulins à vent et d'enfoncer des portes ouvertes; eh bien! en vérité, je ne crois pas qu'il en soit ainsi. A propos de vérole, tout, aujourd'hui, est remis en question; les faits les mieux établis sont niés ou contestés; des vérités indiscutables sont attaquées; chacun apporte sa petite théorie; l'un explique d'une façon, l'autre d'une autre; les vieilles opinions sont rajeunies, et il faudrait je ne sais quelle lanterne pour se reconnaître dans ce fouillis d'idées contradictoires et disparates. Si l'on en veut la preuve, on n'a qu'à lire quelques-uns des ouvrages les plus modernes sur la syphilis, ou mieux les discussions récentes de la *Société des hôpitaux* sur *l'arthrite blennorrhagique*, ou de la *Société de chirurgie*, sur le mercure. — C'est pour cela que nous avons cru devoir formuler et affirmer des opinions qui sont l'expression exacte de la vérité.

Cela étant établi une fois pour toutes, entrons plus intimement dans notre sujet, c'est-à-dire dans le traitement de la vérole celui qu'une longue expérience nous a appris être réellement utile et efficace.

On peut formuler en deux mots ce traitement en disant que, *en général, le mercure est le spécifique des accidents secondaires, et l'iodure de potassium le spécifique des accidents tertiaires.*

Jusqu'à ces derniers temps on ne traitait tous les accidents de de la syphilis indistinctement que par les préparations mercurielles, on ne connaissait même pas l'iode en thérapeutique, et s'il entrait dans quelques préparations (l'éponge brûlée, par exemple), les médecins et les chimistes n'en ignoraient pas moins sa présence. Aussi, les praticiens trouvaient-ils bon nombre d'accidents syphilitiques réfractaires au traitement le mieux dirigé. D'un autre côté, beaucoup d'accidents réellement syphilitiques étaient rangés parmi les engorgements simples ou les affections cancéreuses; aussi faisait-on des opérations sanglantes, des amputations, alors qu'un traitement seulement interne eût été efficace. Que de testicules, que d'engorgements ganglionnaires prétendus cancéreux qui n'étaient que des testicules et des engorgements syphilitiques! Ce sont là, sans doute, des vérités banales, mais qu'il est bon de rappeler de temps en temps; aujourd'hui surtout, que certains praticiens tendent à renverser l'ordre des faits et à intervertir, sur je ne sais quelles données, le traitement de la syphilis.

Quelques auteurs en effet, disent et écrivent aujourd'hui que le mercure doit être exclusivement réservé au traitement des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium aux accidents secondaires. Evidemment, ce sont là des erreurs appuyées sur un petit nombre de faits bien observés, je le crois, qui ne sauraient détruire tous ceux, par milliers, parfaitement observés jusqu'à ce jour. Je maintiens, pour mon compte, que l'iodure de potassium ne peut rien contre les accidents secondaires, et que plusieurs accidents tertiaires ne sont nullement influencés par le mercure. Sans doute ce dernier métal peut être parfaitement actif contre certains accidents tertiaires et les guérir presque aussi bien que l'iodure de potassium; mais cela n'est vrai que pour quelques-uns et non point pour tous. Comment donc a-t-on observé, pour dire que les syphilides se trouvent mieux de l'iode que du mercure? Quand donc a-t-on guéri le testicule syphilitique et les exostoses, par exemple, mieux par le mercure que par l'iode? Pour moi, je n'ai jamais observé aucun fait dans ce sens-là.

Tous les praticiens savent qu'on range parmi les accidents secondaires, *l'induration sous-chancreuse et l'induration ganglionnaire, les affections syphilitiques de la peau ou syphilides, les plaques muqueuses, l'alopécie, l'onyxis, l'iritis, les ulcérations de la gorge.*

Les accidents tertiaires sont, *l'orchite syphilitique ou testicule vénérien, la dégénérescence fibro-plastique des muscles, les tumeurs gommeuses et les affections syphilitiques des os, douleurs ostéocopes, périostoses, exostoses, ostéites*, etc. Des recherches récentes plus attentives ont fait découvrir des accidents syphilitiques, là où nos devanciers immédiats ne songeaient nullement à les soupçonner. Il est parfaitement établi aujourd'hui que, sur les enfants principalement, et aussi sur les adultes, la vérole peut attaquer les organes internes, surtout le foie, les poumons où elle revêt des caractères spéciaux, et parfaitement tranchés. Cette syphilis viscérale, qu'on n'a certainement pas encore découverte dans toutes ses manifestations, doit être également rangée dans la classe des accidents tertiaires, et traitée par l'iodure de potassium.

Il y a quelques années qu'il m'a été donné d'observer, avec M. le professeur Velpeau, un cas très-remarquable de cette nature que je crois devoir analyser ici très-brièvement.

Madame E..., cinquante ans, tempérament sanguin, bonne santé habituelle, a eu d'un premier mariage trois enfants, morts en bas âge; le premier mari paraît avoir eu plusieurs maladies vénériennes. Elle est remariée depuis une douzaine d'années et n'a jamais été malade. — Le 8 mai 1862, cette dame réclame mes soins. Maux de reins, douleurs dans les cuisses et dans le bas ventre, constipation, expulsions des matières fécales douloureuses; flueurs blanches très-abondantes, d'une couleur jaune verdâtre, tachant le linge. Émission fréquente des urines. Teint profondément cachectique. Amaigrissement très-prononcé. Nuits mauvaises; mais la malade ne souffre pas plus la nuit que le jour.

Par le toucher, je trouvai au fond du vagin, une masse de la grosseur de la tête d'un fœtus de sept mois, plutôt dure que molle, sans qu'aucun point me parût fluctuant. La tumeur était libre dans le bassin, comprimant tout à la fois le rectum et la vessie. Elle n'était ulcérée en aucun point. On cherchait vainement le col de l'utérus, on ne trouvait qu'une masse sans forme déterminée et à peine au milieu un léger hiatus qui pouvait être le museau de tanche. La palpation par le ventre donnait la sensation d'un corps dur, arrondi, remontant à trois grands travers de doigt au-dessus du pubis. — L'examen au speculum ne m'apprit rien de particulier.

Aucun signe de syphilis actuelle.

Le cas parut assez embarrassant à M. Velpeau lui-même, et nous nous raccrochâmes, en désespoir de cause, à l'idée d'une affection syphilitique possible.

Sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium et le mercure, la tumeur fondit, en quelque sorte, comme par enchantement, et la malade fut assez rapidement guérie (1).

On a appelé avec raison la syphilis un Protée; c'est un Protée qui, comme celui de la fable, n'a pas encore dit son dernier mot, et dont le praticien fera toujours bien de se méfier. La liste des accidents tertiaires nous paraît donc destinée à s'allonger encore et l'iodure de potassium pourra rendre de nouveaux services.

Le traitement de ces accidents est moins uniforme que celui les accidents secondaires; en thèse générale, on peut dire que leur spécifique est l'iodure de potassium. Mais le mercure est loin d'être sans prise contre eux. Quelques-uns de ces accidents peuvent être parfaitement guéris par les préparations hydrargyriques: telles sont les gommes; d'autres ne sont presque pas influencés par elles; tels sont les exostoses, les douleurs ostéocopes. Mais, dans tous les cas, l'iodure de potassium est beaucoup plus actif et beaucoup plus prompt dans son action.

Nous sommes si bien convaincu que le mercure peut agir contre les accidents tertiaires, que jamais nous ne donnons l'iodure de potassium sans l'associer au mercure; mais nous reviendrons sur ce point dans un prochain article. Il s'agit d'ailleurs uniquement de lire les anciens auteurs pour se convaincre surabondamment qu'ils guérissaient avec le mercure un grand nombre de ces accidents dits aujourd'hui tertiaires, mais c'était avec beaucoup de peine et à l'aide d'un traitement fort long; et je n'hésite pas à penser que ce qui les obligeait à se montrer si sévères dans leur traitement, si minutieux, si rigoureux, c'est justement la difficulté qu'ils éprouvaient à guérir par le mercure la plupart des accidents dits aujourd'hui tertiaires. Aussi ne comprendrions-nous pas qu'en ce moment pour le plaisir d'innover, ou plutôt de rétrograder, on abandonnât, de gaieté de cœur, un médicament excellent pour le remplacer par un moins bon, et qu'on voulût retourner une proposition surabondamment démontrée dans les deux termes suivants. *Les accidents secondaires de la syphilis sont guéris par les mercuriaux; les accidents tertiaires par l'iodure de potassium.*

1) Voir, pour plus de détails, *Gazette des Hôpitaux* du 27 septembre 1862. — Je dois dire que, malgré mes craintes, le mal n'a pas récidivé. J'ai eu, depuis lors, l'occasion de voir très-souvent cette malade.

(*A suivre.*) Dr H. Montanier.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Empis.

Vaccinations animales.

Au moment où l'on s'occupe de déterminer rigoureusement la valeur de la vaccination animale, il me paraît bon que tous les médecins qui se sont occupés de cette question fassent connaître avec précision le résultat de leurs expériences.

Depuis l'organisation de la vaccination animale dans mon service de la Pitié, le 11 juillet 1865, j'ai pratiqué moi-même sur des enfants nouveau-nés 988 vaccinations avec du cow-pox de génisse, réparties pour chaque année de la manière suivante :

1865.	218	vaccinations.
1866.	533	»
1867.	237	»
Total. . . .	988	vaccinations.

Sur ce nombre total de 988 vaccinations, il convient d'en retrancher 58 pratiquées sur des enfants qui ont quitté l'hôpital avant que le résultat de leur vaccination pût être apprécié. Soit donc seulement 930 vaccinations suivies d'observation.

Or, sur ce nombre de 930 vaccinations pratiquées avec le cow-pox des génisses de M. Lanoix, 558 ont réussi et 372 ont échoué; ce qui donne juste 60 pour 100 de succès et 40 p. 100 d'insuccès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 août 1867. — Présidence de M. Hérard.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Dans une lettre, dont M. le président donne lecture, M. Blondeau rappelle que dans ses leçons imprimées, M. Trousseau a très-bien établi la gravité de l'angine scarlatineuse, qu'il avait d'abord méconnue, mais à une époque antérieure. M. Blondeau, dans un passage du compte rendu analytique que la *Gazette* a publié, a cru voir une accusation de versatilité portée contre M. Trousseau par M. Isambert, et il repousse cette accusation.

M. Isambert proteste contre cette interprétation donnée à ses paroles. Dans le compte rendu lu par M. Blondeau, il s'est glissé une erreur. Ce n'est pas quelques *jours* mais quelques *mois* (dix-huit mois) après sa leçon sur la scarlatine, que M. Trousseau a pratiqué une trachéotomie pour un angine scarlatineuse, et dans cet intervalle, M. Trousseau a pu changer d'opinion sans être versatile pour autant. D'ailleurs dans les phrases suivantes, qui n'ont pu trouver place au compte rendu analytique. M. Isambert exprimait l'opinion que M. Trousseau, lorsqu'il a fait cette leçon, avait déjà vu sans doute des cas d'angine scarlatineuse grave, et que sa parole trop accentuée était allée au delà de sa pensée.

M. le Président. Au total, MM. Isambert et Blondeau ont dit la même chose: c'est-à-dire que M. Trousseau avait fini par regarder l'angine scarlatineuse comme plus grave qu'il ne le supposait d'abord.

COMMUNICATION.

Urémie à forme dyspnéique.

M. Hérard. J'ai eu l'occasion d'observer récemment un malade atteint d'urémie sans œdème, et chez lequel les symptômes dominants ont été des phénomènes dyspnéiques. Voici en quelques mots le résumé de cette observation.

Il s'agit d'un homme de 37 ans dont la santé avait toujours été très-bonne jusqu'à l'âge de 33 ans, moment où il commença à faire des excès alcooliques, à *s'absinther*. Trois mois avant son entrée, il avait éprouvé les premiers symptômes de sa maladie: son caractère changea, il devint irritable, et se plaignit de céphalalgie et d'une oppression intermittente revenant sans cause apparente; il eut des vomissements d'abord rares, alimentaires, puis plus fréquents et de nature bilieuse. Il présentait en même temps de l'embarras de la parole.

Quand nous l'examinâmes, il était pâle, sans fièvre; il prétendait avoir beaucoup maigri, les conjonctives offraient une teinte sub-ictérique, l'appétit était presque nul, la langue couverte d'un enduit jaunâtre, les nausées et les vomissements toujours fréquents, la constipation opiniâtre, et la céphalalgie habituelle; du reste, l'intelligence était saine, bien que le malade présentât des hallucinations de la vue. Le phénomène dominant était une dyspnée fréquente, sans toux, sans expectoration, et que ne put pas expliquer l'examen des organes thoraciques.

On pouvait supposer un embarras gastrique à forme bilieuse ou un trouble cérébral; mais l'examen des urines, que je fais ordinairement chez tous mes malades, révela une quantité considérable d'albumine.

L'état resta stationnaire pendant quelques jours; puis le malade fut pris d'un délire, qui d'abord tranquille et seulement nocturne, devint bientôt très-violent, continu; la parole s'embarrassa, le pouls devint petit, fréquent, sans chaleur de peau; la langue sèche se recouvrit d'un enduit brunâtre, les vomissements avaient diminué, mais la constipation persistait; les urines étaient de plus en plus rares. Dans les derniers jours, agitation extrêmement vive alternant avec de l'assoupissement. Cette agitation se traduisait souvent par des cris — carphologie, soubresauts de tendons, congestion oculaire; la langue et les lèvres, étaient sèches et fuligineuses, la respiration d'une extrême fréquence (60 à 70 par minutes), le pouls à 102, sans chaleur à la peau, excepté pendant l'agitation, auquel cas elle était sudorale; les urines rares, albumineuses.

La mort survint, 15 jours après l'entrée. Il n'y eut jamais d'œdème.

Autopsie. — Absence de lésions du côté des poumons, du cœur, de l'intestin. — Cerveau pâle, un peu de sérosité dans les ventricules — Légère congestion, par places, de la protubérance. — Léger ramollissement constaté au microscope par M. Hayem. — Reins altérés: l'un, le gauche, augmenté de volume et présentant ce mélange d'in-

fection et de teinte jaunâtre, indice de la dégénérescence graisseuse de l'exsudat, l'autre rein atrophié. — Capsule surrénale de ce côté un peu hypertrophiée.

En présence des symptômes et des lésions que nous venons de décrire brièvement, quel nom devons nous donner à la maladie? Notre diagnostic d'urémie était-il justifié? nous le pensons. Nous devions examiner la *fièvre typhoïde* à laquelle aurait pu faire penser le délire, l'agitation, la carpologie, les soubresauts, les fuliginosités de la langue et des lèvres. — Mais, même en ne tenant compte que des symptômes de la deuxième période de la maladie, qui avaient une certaine analogie avec ceux de la fièvre typhoïde, l'absence de fièvre, de diarrhée, de taches lenticulaires, l'intégrité de l'intestin constatée à l'autopsie permettent de rejeter l'idée de fièvre typhoïde; d'ailleurs il y avait une première phase de la maladie caractérisée par céphalalgie persistante, vomissements, oppression, tous phénomènes qui se rattachent bien évidemment à l'affection survenue pendant le séjour de l'hôpital, et qui ne pouvaient plus s'expliquer dans l'hypothèse de la fièvre typhoïde. — Je n'insiste pas.

Fallait-il rapporter tous les symptômes observés à l'alcoolisme, et voir ici une sorte de délirium tremens?

Je ne le pense pas. — Les accidents graves aigus sont survenus plusieurs jours après son entrée. Les premiers symptômes alors qu'il était devenu plus tempérant. En outre, si quelques symptômes semblaient appartenir au délirium tremens, tels que délire, agitation extrême, soubresauts, hallucinations, sueurs abondantes, d'autres manquaient (tremblement), et beaucoup existaient qui ne se rencontrent pas dans l'alcoolisme aigu, tels que céphalalgie se persistant, oppression extrême, vomissements bilieux, embarras de la parole.

Nous ne nions pas que les habitudes alcooliques aient pu donner une certaine direction au délire, l'aient peut-être provoqué ainsi que les hallucinations, mais nous croyons qu'ici, comme dans la pneumonie des ivrognes, il y a eu délire alcoolique compliquant une autre maladie, et cette maladie n'est autre pour nous que l'état morbide auquel on donne le nom d'urémie, quelle qu'en soit la cause pathogénique (urée, carbonate d'ammoniaqué, matières extractives, etc.

Dans cette hypothèse, voici comment nous nous expliquerions la succession des phénomènes:

Alcoolisme — maladie de Bright; — insuffisance urinaire par suite des graves lésions de l'appareil uro-poïétique; — urémie.

Nous trouvions chez notre malade, au début: céphalalgie, vomissement, changement de caractère signalé par M. Lasègue, embarras de la parole indiqué par M. Sée, dyspnée d'abord intermittente, puis continu, qui avait été un phénomène prédominant Enfin, tout le cortége des accidents typhoïdes.

M. BUCQUOY. Ce fait soulève quelques questions fort intéressantes. On sait combien de fois on a été embarrassé pour prononcer un diagnostic précis sur la néphrite en l'absence d'une des raisons qui peuvent y conduire: l'anasarque albuminurique. Je crois que cette forme sèche de la maladie de Bright répondra des lésions particulières, celles-là même que présente le rein que nous avons sous les yeux. Quand les reins sont atteints d'atrophie, la marche de la maladie est très-irrégulière, extrêmement lente, et avec des intervalles de rémission presque complète.

Je me rappelle avoir lu dans le livre classique de Johnson l'observation d'un marin qui put continuer pendant dix ou douze ans l'exercice de cette profession fatigante. En pareil cas, on ne rencontre pas cet anasarque de la face, puis des membres, qui caractérise d'ordinaire la maladie rénale. C'est une forme à part. Cette atrophie du rein est-elle primitive, ou bien, au contraire, est-ce simplement la forme terminale d'une maladie de Bright? Dans le foie, nous trouvons les deux formes parfaitement séparées. D'une part, la dégénérescence graisseuse, d'autre part, la cirrhose; on ne suppose pas un passage d'une de ces affections à l'autre. Il en est peut-être de même pour les reins. En effet, on trouve une albuminurie à marche rapide qui répond à une dégénérescence graisseuse du rein dans l'état puerpéral, à la suite de la scarlatine, etc. On trouve, au contraire, l'albuminurie chronique, avec atrophie, chez certains vieillards à Bicêtre, et chez certains malades semblables à celui de M. Hérard.

Je crois donc qu'il serait d'une extrême importance d'établir le départ entre ces affections, et de séparer l'atrophie rénale de la dégénérescence graisseuse.

M. HÉRARD. M. Bucquoy a parfaitement raison de faire remarquer combien les faits de ce genre sont intéressants, surtout à cause de la difficulté du diagnostic à établir en l'absence d'œdème.

Mais peut-on faire de l'atrophie rénale une maladie à part? Dans le cas actuel, ce n'est pas possible, car si le rein droit était atrophié, en revanche le rein gauche, loin de l'être, offrait tout à fait les lésions classiques de la maladie de Bright.

M. BUCQUOY. Peut-être existe-t-il des cas mixtes. Le fait est que l'absence d'urémie se rattache plus souvent à l'atrophie rénale.

M. PARROT. J'ai récemment observé un fait qui ressemble à celui de M. Hérard par deux points: l'absence d'œdème et la dyspnée. Malheureusement ce fait s'est présenté en ville; il lui manque donc la confirmation capitale: l'autopsie.

Le malade dont il s'agit avait 44 ans; il était encadreur et travaillait beaucoup. Depuis un an il se plaignait d'essoufflement et d'oppression. Rien d'anormal à l'examen des poumons; un bruit de souffle anémique à la base du cœur; pas d'œdème. Cet homme avait toujours été très-impressionnable, très-nerveux. Je prescrivis un régime fortifiant et des toniques. Pendant quelque temps, il y eut des alternatives de mieux et de plus mal. Un jour je fus appelé chez le malade, trop faible pour venir lui-même me consulter. Les urines étaient prodigieusement abondantes, quatre à cinq litres par jour, très-claires. Je les examinai. Elles ne contenaient pas de sucre, mais une quantité considérable d'albumine. Il n'y avait toujours pas d'œdème; rien vers les poumons ou le cœur, sauf un peu de souffle au premier temps. Cet état resta stationnaire environ deux mois. Puis tout à coup le malade fut pris de diarrhée abondante et de vertige; la quantité des urines ne fut plus que de trois quarts de litre par jour, à peu près.

La diarrhée s'arrêta, mais les urines restèrent peu abondantes, et le malade fut pris d'une dyspnée excessive qui l'obligea à passer sur un fauteuil les quinze derniers jours de sa vie. Bien qu'il raisonnât juste sur presque toutes choses, il avait quelquefois des idées singulières. L'auscultation ne révélait toujours rien; il n'y avait toujours pas d'œdème. Les derniers jours seulement, les jambes enflèrent un peu; les urines étaient de plus en plus rares; enfin le malade fut pris de délire la veille de sa mort.

On voit que ce fait est curieux par la présence de l'albumine dans les urines, par l'absence d'œdème jusqu'aux derniers jours, par la dyspnée considérable.

M. DUMONTPALLIER. J'ai observé un fait analogue à ceux déjà relatés par M. Hérard et par M. Parrot.

Le malade auquel il est fait allusion, et qui a succombé le treizième jour à la forme dyspnéique de l'urémie, n'avait été affecté d'œdème peu considérable que dans les derniers jours de son existence.

C'était un homme de 39 ans, assez bien portant, se plaignant cependant, depuis deux ans environ, de fatigue et de moins de facilité pour le travail. De temps en temps, il y avait de la céphalalgie. Il convient de faire remarquer que cet homme était surchargé de travail. Quoi qu'il en soit, il allait toujours et faisait face à toutes les exigences de son existence.

Dans le mois de décembre 1866, il eut, disait-il, un peu de grippe, et, le 25 décembre, il se préparait à reprendre sa vie active, lorsque presque tout à coup il ressentit de la gêne dans la respiration. L'examen de la poitrine, fait plusieurs fois et avec grand soin par M. le Dr Homolle, ne rendait point compte de cette gêne de la respiration. En même temps l'appétit disparaissait, et le malade ne ressentait point de soif vive. Le pouls n'était point accéléré, il était petit; il n'y avait point de fièvre; point de trouble du côté du ventre.

La céphalalgie, l'inappétence, et surtout la persistance de ces symptômes donnèrent à penser, vers le cinquième jour, que le malade était peut-être au début d'une fièvre muqueuse, à forme thoracique.

Mais, le même jour, notre attention devait être appelée sur un symptôme d'une importance bien significative. Nous apprenions en effet que le malade, depuis quelques jours, ne rendait que très-peu d'urine, à peine 20 à 30 grammes dans les vingt-quatre heures. Immédiatement examinées avec la chaleur et l'acide nitrique, ces urines renfermaient une très-grande quantité d'albumine.

Le diagnostic devenait, dès lors positif: albuminurie, diminution de la sécrétion urinaire, empoisonnement par les matières excrémentitielles de l'urine. C'était à la forme dyspnéique de l'urémie que nous avions affaire. M. Homolle et moi nous étions complétement d'accord sur cette façon d'interpréter les faits, et notre pronostic devait être bien grave.

Alors, en examinant le malade, nous constatons un peu d'œdème des pieds, des mains et de la région lombaire. Mais cette hydropisie avait été trop peu marquée dans les premiers jours de la maladie pour attirer notre attention et l'attention du malade.

Les reins ne fonctionnant plus normalement, à quelle lésion fallait-il rattacher l'albuminurie et la diminution de la sécrétion urinaire? — A une néphrite aiguë double? mais il n'y avait point de douleur dans la région des reins, il n'y avait point de fièvre. — A une néphrite chronique à marche lente, insidieuse, qui datait déjà de plusieurs mois, peut-être de plusieurs années? Cette hypothèse nous paraissait très-soutenable, et alors nous nous souvenions de la fatigue physique, de la fatigue cérébrale, de la céphalalgie et de quelques troubles de la vue, dont le malade s'était plaint antérieurement.

Mais jamais il n'y avait eu d'œdème, et il fallait avoir vécu dans l'intimité de ce pauvre jeune homme pour se rappeler que parfois la sécrétion urinaire, et cela depuis longtemps, était peut-être moins abondante que dans l'état de santé,

Toutefois, je le répète, aucun symptôme important n'avait pu nous mettre sur la voie d'une maladie qui datait déjà de longtemps.

A partir du sixième jour, la dyspnée continue et plus marquée se montre sous forme de paroxysmes bien pénibles. Le malade, tout à coup, et cela plusieurs fois par jour, était pris d'accès de dyspnée extrême; il se jetait à bas de son lit, gagnait son fauteuil et craignait de mourir asphyxié. La veille de sa mort, le malade eut, dans le milieu du jour, un accès d'orthophnée, tel que ceux qui l'entouraient pensèrent qu'il allait mourir. D'une voix entrecoupée, les yeux saillants, la pâleur de la mort sur le visage, le pauvre malade nous faisait ses adieux et il se résignait à mourir.

L'accès, cependant, diminue, et cela rapidement, puis le calme semble renaître pour quelques heures. Dans la nuit, il y eut bien encore quelques accès de dyspnée, mais ces accès furent beaucoup moins intenses, et le matin, vers onze heures, sans délire, sans coma, mais seulement avec de la faiblesse de la vue et de l'ouïe, le malade mourut, assis dans son fauteuil.

Pour M. Homolle et pour moi, le malade avait succombé à la forme dyspnéique de l'urémie. Il n'y eut point d'autopsie, mais les faits qui viennent d'être rapportés par M. Hérard et par M. Parrot confirment le diagnostic que nous avions posé et ce cas nous paraît devoir être mis au nombre des faits d'*albuminurie chronique avec lésion rénale*, n'offrant point d'œdème, si ce n'est dans les derniers jours de la maladie, et se terminant par la *forme dyspnéique.*

Il convient de noter que nous n'avons pu retrouver d'étiologie à la lésion rénale dans ce cas particulier, mais la mère de ce malade, femme âgée de 70 ans, est elle-même albuminurique et a présenté, depuis plusieurs années, plusieurs des formes de l'intoxication dite urémique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Hémorrhagie méningée.

M. BLACHEZ présente des pièces pathologiques provenant d'un homme mort dans son service d'hémorrhagie méningée.

Ce malade, âgé de 62 ans, domestique, fut apporté à l'hôpital, étant atteint d'hémiplégie gauche, avec incontinence d'urines, déviation de la langue du côté paralysé; du reste, ni vomissement ni contracture.

A l'autopsie, on trouva sous la dure-mère un kyste plein de sang qui comprimait la partie médiane supérieure du lobe droit; les artères étaient légèrement athéromateuses. La question importante en ce moment est de savoir si les hémorrhagies méningées ont le plus souvent pour origine des vaisseaux développés dans d'anciennes fausses membranes, comme l'ont prétendu, entre autres, MM. Charcot et Vulpian,

Je dois dire que ce fait, pas plus que les deux autres dont j'ai déjà entretenu la Société, ne prête à ce genre d'interprétation.

La poche qui contient le caillot, parfaitement distincte de la dure-mère, dont je l'ai détachée en partie, est continue comme le serait un kyste.

M. OLLIVIER. Mais il me semble que le pédicule est assez large pour alimenter une fausse membrane.

M. BLACHEZ Mais il n'existe pas du tout de pédicule. Ce que vous croyez en être un n'est autre chose que la partie de la poche sanguine que je n'ai pas encore détaché de la dure-mère, comme j'en ai détaché le reste. La coloration que vous voyez est également artificielle; la poche avait la même couleur que la dure-mère.

M. PARROT. Cette enveloppe est tellement forte qu'elle ressemble à un dédoublement de la dure-mère.

M. DUMONTPALLIER. La conviction est bien difficile sur ce sujet. Ceux qui admettent la pachyméningite ne repoussent pas les autres modes de formation de caillots semblables.

J'ai examiné avec M. Charcot des caillots veineux si bien organisés qu'il n'était pas possible de distinguer par leur structure les cloisonnements qui s'y étaient formés d'avec les parois même des vaisseaux. Des deux parts, on trouvait du tissu conjonctif et une matière amorphe.

M. PARROT. En pareil cas, il y avait des cloisonnements qui manquent ici. Dans les caillots veineux, dont l'organisation est bien connue, elle se fait du centre vers la périphérie; ici, au contraire, elle s'est faite de la périphérie vers le centre.

M. CHAUFFARD. J'avoue que je ne puis croire ici à la préexistence d'une fausse membrane; le kyste est trop bien isolé, trop bien limité. Une fausse membrane aurait été disséquée par l'hémorrhagie, mais non pas sans doute jusqu'à ses limites, elle dépasserait quelque part.

M. BERNUTZ. A quelle date avant la mort l'hémorrhagie avait-elle eu lieu?

M. BLACHEZ à peu près six semaines avant.

Du moins, c'est alors que cet homme se trouva mal, et fit dans un escalier une chute à la suite de laquelle il fut hémiplégique.

M. BUCQUOY. Ce fait peut être interprété de diverses manières. Je ne croirais pas à une fausse membrane persistante, ni à l'organisation du caillot, mais plutôt à une exsudation plastique provoquée par sa présence dans la cavité de l'arachnoïde.

M. BLACHEZ. Si le caillot eut déterminé une inflammation, il me semble qu'on en trouverait les traces aux alentours. Il y aurait sans doute des jetées inflammatoires avec épaississement, etc. Or, on ne trouve rien de pareil. Quant à la cavité de l'arachnoïde, elle n'existe pas. Il n'y a rien sur la dure-mère, que peut-être quelques cellules épidermiques assez rares. On ne doit donc pas croire à un feuillet pariétal, et par conséquent à une cavité de l'arachnoïde.

Cette membrane d'enveloppe qui entourait le caillot me paraît stratifiée, elle se sépare en plusieurs couches. Elle ne me semble pas ntenir de vaisseaux. Je l'examinerai de nouveau.

M. DELASIAUVE. Je répéterai, à propos de cette communication, ce que j'ai déjà dit à propos des autres.

A Bicêtre nous voyons souvent des hémorrhagies méningées, et nous ne trouvons jamais rien qui vienne appuyer la théorie des pachyméningites. Les membranes d'enveloppe se forment toujours aux dépens des caillots. Ceux-ci ne sont pas enveloppés lorsque la mort a lieu dans les premiers jours; puis il se forme une membrane stratifiée qui s'épaissira d'autant plus, sera d'autant plus dense, que la mort se fera plus longtemps attendre.

Méningite chronique

M. BLACHEZ. Les autres pièces, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, proviennent d'un homme qui a passé sept mois dans mon service. Ce malade offrait tous les signes qui sont considérés comme caractéristiques d'une tumeur cérébrale. Aussi, y eut-il un consensus universel sur le diagnostic. Tous les candidats au bureau central qui l'examinèrent, et moi-même, nous ne doutions pas de l'existence de quelque tumeur cérébrale. Or, vous pouvez voir que la seule lésion était une méningite chronique avec quelques points de ramollissement de la surface externe des circonvolutions.

Voici quelques détails sur cet homme:

Il entra dans mon service en décembre, à l'âge de 46 ans; il présentait alors un aspect cachectique. Dix mois auparavant, il avait été pris de vomissements bilieux et d'éblouissements après les repas.

Nous observâmes des accès qui présentaient les caractères du vertige épileptiforme. Si cet homme était debout près de son lit, tout à coup il s'appuyait et restait immobile, sans tomber, mais sans connaissance. Cela durait de cinq à dix minutes. Puis la connaissance revenait, mais il restait une grande fatigue, sans qu'il eut pourtant ce sommeil qui succède parfois aux attaques épileptiformes.

M. Boucher de la ville Jossy, avait eu ce malade dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine. Il l'avait traité par le fer et l'iodure de potassium, et ayant obtenu une amélioration l'avait envoyé à Vincennes. Mais une rechute survint bientôt, et, dans un autre service, on employa encore le même traitement. Il existait surtout du côté gauche une paralysie faciale, diffuse, pour ainsi dire; la bouche était tirée à droite, la mastication était difficile, il fallait deux heures pour les repas; l'intelligence était très-nette, mais la parole était embarrassée par suite d'une gêne des mouvements que le malade rapportait aux mâchoires. L'analgésie était complète, aux membres supérieurs surtout. Dans les derniers temps, la paralysie s'était un peu plus localisée du côté droit.

Comme antécédent, on trouvait que cet homme avait eu, en 1842, un chancre qui dura deux mois et amena deux bubons. Du reste, pas trace d'accident secondaire. Il n'eut jamais ni éruption, ni mal de gorge, ni alopécie. Un peu plus tard, ayant pris en Bretagne une blennorrhagie, il avait été traité par le mercure.

Ce malade succomba par épuisement graduel, sans phénomène A l'autopsie, on ne trouva aucune tumeur dans le cerveau; mais, comme vous pouvez le voir, il existait une méningite chronique, avec épaississement considérable des méninges, et des ulcérations sur le côté externe des circonvolutions.

La séance est levée.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE PARIS

Programme des séances

PREMIÈRE SÉANCE. — Vendredi 16 août, à 2 heures. — I. Allocution de M. le professeur Bouillaud, président du Comité d'organisation. — II. Formation et installation du Bureau. — III. Notification des délégués accrédités auprès du Congrès par les gouvernements et par les Sociétés savantes. — IV. Lectures et discussions sur la première question du drogramme:

Anatomie et physiologie pathologiques du tubercule. — De la tuberculisation dans les différents pays et de son influence sur la mortalité générale.

Professeur Sangalli (Pavie). — Anatomie et physiologie pathologiques du tubercule. — Docteur Villemin (Paris). — Du tubercule et des processus analogues. — Professeur Crocq (Bruxelles). — Sur la tuberculose. — Professeur Lebert (Breslau). — Résumé des expériences sur l'irritation pulmonaire expérimentale, sur la transmission de la pneumonie, de l'adénite chroniques, des granulations dites tuberculeuses et de divers autres produits morbides. — Docteur Marmisse (Bordeaux). — Recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire considérée comme cause de décès dans la ville de Bordeaux. — Docteur Ed. Lee (Londres). — Du tubercule et de son influence sur la mortalité générale. — Docteur Sarramea (Bordeaux). — Influence du tubercule sur la mortalité générale. — Docteur Ullersperger (Munich). — De la tuberculisation pulmonaire en Bavière. — Docteur Homan (Christiania). — De l'extension de la maladie tuberculeuse en Norwége.

DEUXIÈME SÉANCE. — Lundi 19 août, à 2 heurss. — Suite de la discussion sur la tuberculose. Lectures et discussions sur la question de la menstruation :

De l'influence des climats, des races et des différentes conditions de la vie sur la menstruation dans les diverses contrées.

La plupart des mémoires présentés au Congrès ont pour titre l'énoncé même de la question.

Docteur E. Louis Mayer (Berlin). — Exposé statistique de la menstruation dans l'Allemagne septentrionale et centrale, disposé en 59 tableaux. — Professeur Leudet (Rouen). — Professeur Faye (Christiania). — Docteur Joulin (Paris). — Docteur Vogt (Christiania). — Docteur Tilt (Londres); — Docteur Cowie (îles Shettland). — Sur la prolongation de la période menstruelle dans les îles Shettland, et sur ses rapports avec la longévité.

TROISIÈME SÉANCE. — Mercredi 21 août, à 2 heures. — Lectures et discussions sur la seconde question du programme :

Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales.

Professeur Bourgade (Clermont-Ferrand). — Travail ayant pour titre l'énoncé de la question. — Professeur Barbosa (Lisbonne). — Note statistique des grandes opérations faites à l'hôpital royal de Saint-Joseph, à Lisbonne, pendant les douze dernières années. — Professeur Gosselin (Paris). — Prophylaxie de l'érysipèle et de l'infection purulente dans les salles d'hôpitaux. — Professeur Labat (Bordeaux). — Des moyens d'éviter les accidents qui peuvent compliquer les plaies. — Docteur Verneuil (Paris). — De l'influence de certaines maladies constitutionnelles sur les résultats des opérations chirurgicales.

QUATRIÈME SÉANCE. — Vendredi 23 août, à 2 heures. — Lectures et discussions sur la troisième question du programme :

Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes ?

Tous les travaux ont pour titre l'énoncé qui précède.

Professeur Vleminckx (Bruxelles). — Professeur Jeannel (Bordeaux). — Docteur de Méric (Londres). — Docteur Rollet (Lyon). — Docteur Boens (Charleroi). — Docteur Mougeot (Bar-sur-Aube). — Docteur Owre (Christiania). — Docteur Garin (Lyon). — Docteur Rey (Paris). — Docteur Auzias-Turenne (Paris). — Docteur Cohen (Hambourg).

CINQUIÈME SÉANCE. — Lundi 26 août, à 2 heures. — Suite de la discussion sur les maladies vénériennes. Lectures et discussions sur la sixième question du programme :

De l'acclimatement des races d'Europe dans les pays chauds.

Professeur Broca (Paris). — Docteur Lombard (Genève). — Des lois de la mortalité en Europe dans leurs rapports avec les influences atmosphériques. — Docteur Faure (Alger). — Travail présenté au nom de la Société de climatologie algérienne. — De l'origine récente du globe terrestre. — Docteur D'Aquino Fonceca (Pernambouco). — Sur la colonisation au Brésil.

SIXIÈME SÉANCE. — Mercredi 28 août, à 2 heures. — Lectures et discussions sur la quatrième et sur la septième question du programme.

De l'influence de l'rlimentrtion usitéa drns les différents prys sur lr production de certrines mrlrdies.

Professeur Dupré (Montpellier). — Note sur la pellagre. — Docteur Bertet (Cercoux). — Influence de l'alimentation sur la pellagre. — Docteur Billod (Sainte-Gemmes). — Action pathogénique de l'alimentation exclusive et de l'alimentation nuisible sur la pellagre. — Professeur Halla (Prague). — Communication verbale.

Des entozorires et des entopkytes qui peuvent se développer chez l'homme.

Docteur Wreden (Saint-Pétersbourg). — Observations sur une nouvelle forme de maladie d'oreilles (*Mycomyringitis seu Myringomycosis rspergillinr*) produite par le développement de deux nouvelles espèces de champignons parasite (*Aspergillus flrous, Aspergillus nigricrns*), dans le tissus de la membrane du tympan. — Avec échantillons et préparations microscopiques. — Docteur Plasse (Niort). — Du développement des épizooties par des cryptogames.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

AVIS

MM. les Etudiants sont prévenus que la séance de distribution des Prix aura lieu le mercredi 14 août, à une heure précise, dans le grand amphithéâtre. Ceux d'entre eux qui désirent y assister sont priés de retirer leurs billets d'invitation au secrétariat de la Faculté le lundi 12 et le mardi 13 de 11 heures à 3 heures.

Il ne sera délivré qu'un nombre de lettres d'invitation égal au nombre de places que contient l'amphithéâtre.

M. le Professeur Behier prononcera l'éloge de feu M. le Professeur Rostan.

La session d'examen pour l'année scolaire 1867-1868 commencera le 21 octobre.

Rien n'est changé dans les conditions du stage.

SOUSCRIPTION

pour la famille d'un médecin

Liste précédente	973 25
Un anonyme	2
TOTAL	975 25

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décrets en date des 8 et 9 août, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'Honneur:

Au grade de grand-officier — M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur.

Au grade d'officier — MM. les docteurs Jules Guyot, Alexandre, médecin des épidémies à Amiens, Hambron, médecin de Luchon.

Au grade de chevalier — MM. Berrier, Fontaine, médecin par quartier de l'Empereur, Baillet, professeur à Alfort, Desquibes, membre de la commission d'hygiène et de salubrité du 15e arrondissement à Paris; Faux, médecin des épidémies à Doullens; Labesque, médecin des épidémies à Agen: Silve, médecin inspecteur des eaux thermales de Digne; Thibault, membre du comité d'hygiène et de salubrité du 2e arrondissement de Paris.

La Société des médecins des bureaux de Bienfaisance se réunira mercredi prochain, 14 août, à 8 heures précises du soir à la Mairie du 1er arrondissement.

Ordre du jour. — De l'accouchement précipité, et de ses conséquences, au point de vue médico-légal, par le docteur Perrin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Imp. A-E.. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv. les derniers tarifs des postes

PARIS, 16 AOUT 1867.

Sur la Séance de l'Académie de Médecine

Faculté et Congrès.

La séance solennelle de la Faculté a eu lieu mercredi dans le plus grand calme.

Malgré une chaleur étouffante, on a écouté et applaudi l'éloge de Rostan, prononcé par M. le professeur Béhier.

Le même jour se terminait le Congrès ophthalmologique, qui avait dû d'abord se tenir à Vienne et qui paraissait dépaysé, pour ainsi dire.

Il aurait fallu bien connaître la langue allemande pour profiter des explications et remarques qu'échangeaient à toute occasion la plupart des membres, avec une volubilité qu'ils ne portaient pas à la tribune.

Aujourd'hui commence le Congrès médical international.

Dr Victor Revillout.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PA IS

Séance solennelle du 14 août 1867.

M. le doyen WURTZ, déclare la séance ouverte.

M. le professeur BEHIER a la parole pour prononcer l'éloge de M. le professeur Rostan.

ÉLOGE
DE
M. LE PROFESSEUR ROSTAN

Messieurs,

La Faculté m'a confié le périlleux honneur de lui remettre en mémoire les mérites et les qualités de l'un de ses membres qu'elle tenait au nombre des plus estimés et des plus dignes, un de ceux qui, mieux que pas un, prête à l'éloge, et nous offre des enseignements à plus d'un titre. Vous serez tous de cette opinion quand vous saurez qu'il s'agit de M. Rostan, qui, pendant près de 30 ans a, dans cette école, professé la clinique médicale avec un éclat soutenu.

Encore bien nouveau venu dans la Compagnie, je n'ai pas cru pouvoir décliner la tâche qui m'était assignée, quoiqu'elle me semblât supérieure à mes forces; mais il m'a paru que l'obéissance envers notre corporation était la meilleure façon pour moi de témoigner de la haute estime en laquelle je la tiens, de la déférence respectueuse que je lui dois et que je lui porte du fond du cœur.

Aussi je réclame toute votre indulgence, et si vous trouvez que j'ai faibli sous le fardeau, je vous prie sincèrement d'excuser l'insuffisance de l'éloge en souvenir de celui qui en fait le sujet.

Et puis, Messieurs, permettez-moi de le dire, un sentiment encore m'a porté à me soumettre volontiers au désir de la Faculté, sentiment que je peux confesser bien qu'il soit tout personnel, et qui a exercé une grande influence sur ma détermination; c'est celui d'une reconnaissance réelle envers M. Rostan.

Sans avoir eu l'honneur d'être au nombre de ses élèves particuliers, j'ai, plusieurs fois de ma vie, éprouvé la bienveillance de son accueil, et, quand je fais un retour sur le passé, je trouve encore au fond de mon cœur la trace de l'impression douce et fortifiante que j'ai emportée, au sortir de la première entrevue que j'ai eue avec lui. Tout novice dans l'école, je n'abordais qu'avec une grande émotion un des maîtres les plus entourés, et c'est avec bonheur que je trouvai la parole amicale, le conseil paternel, l'encouragement qui fait naître l'espérance, là où je n'osais attendre rien de mieux que la simple politesse.

Oh! l'on ne sait généralement pas assez ce qu'une bonne parole peut faire sur une jeune âme qui regarde avec inquiétude le difficile chemin qui s'ouvre devant elle. Les horizons sont lointains, leurs lignes sont incertaines, il semble qu'on n'aura jamais la force d'arriver au but du voyage.

Un mot d'encouragement, un accueil sympathique de la part d'un de ceux-là qui connaissent la route, qui l'ont parcourue avec éclat, et l'entrain renaît, la jeunesse retrouve ses droits, les visées de l'espérance reparaissent!

Je suis sorti de chez M. Rostan plein de gratitude et de confiance en l'avenir, et, bien des fois dans ma vie, le souvenir de ce jour m'est revenu à l'esprit, et a dicté ma conduite, quand j'ai été appelé avec beaucoup moins d'autorité et de crédit, à remplir envers tel ou tel des jeunes gens qui abordaient notre profession, le rôle que M. Rostan avait si gracieusement joué dans la circonstance que je rappelle. Vous le voyez, loin que je pusse refuser de vous parler de lui en cette occasion solennelle, je me suis trouvé heureux de venir témoigner publiquement de ma haute estime et de mon affectueuse reconnaissance pour le maître distingué que nous avons perdu.

Hélas! ce n'est pas le seul qui attende de ses collègues le récit des mérites qu'il a pu acquérir, ou celui des services qu'il a pu rendre pendant sa vie.

La mort a des rigueurs à nulle autre pareilles......

Jamais ces mots du poëte n'ont été plus vrais qu'ils ne le sont aujourd'hui pour nous.

Natalis Guillot, Jobert (de Lamballe) et Trousseau nous ont été cruellement enlevés; et la mort nous a pris encore cette année un homme que nous avions l'habitude de regarder comme notre futur collègue, M. Follin, qui nous aurait apporté travail, jeunesse, intelligence et talent.

D'autres vous parleront de Natalis Guillot, de Jobert, un de mes premiers maîtres, et de Trousseau, si brillant et si regretté; mais j'ai pensé que vous me permettriez de me faire ici, dès maintenant, l'interprète du chagrin que ces pertes ont causé à la Faculté tout entière.

M. Léon Rostan naquit à Saint-Maximin (Var) le 17 mars 1790, dans ce beau pays de Provence pour lequel il conserva jusqu'à la fin de sa vie un culte filial et une admiration d'artiste.

Ses premières années passées, quand l'âge du travail fut venu, tandis que son frère aîné restait en pension dans le pays, une autre direction fut donnée au jeune Léon Rostan. Son oncle, l'abbé Dastros, alors grand-vicaire à Notre-Dame et depuis cardinal - archevêque de Toulouse, insista vivement pour que Léon Rostan fût placé dans un milieu qui permît l'évolution plus complète des heureuses dispositions qu'il avait reconnues chez son jeune neveu. Rostan fut amené à Paris par son père, placé dans un pensionnat, et il fit ses études, non sans quelque succès, au lycée Napoléon.

C'est en 1806, à l'âge de 16 ans, qu'il commença ses études médicales et trois années après, en 1809, le concours faisait de lui un interne des hôpitaux civils de Paris.

Jour heureux entre les heureux jours que celui où l'on obtient ce titre tant désiré d'interne! Tous, nous en avons gardé le plus vif souvenir. C'est le premier succès important dans la vie médicale, aussi, les fatigues du travail opiniâtre, qu'il a fallu s'imposer pour réussir, sont bien vite oubliées au milieu des aspirations vers l'avenir que ce nouveau titre soulève dans de jeunes intelligences. Car certainement, en s'éveillant au lendemain de sa nomination, à ce moment de vague et de rêverie qui suit le sommeil, plus d'un interne a laissé errer son imagination assez loin pour voir confusément écrite dans le mouvement de ses pensées cette devise de l'insatiable Fouquet: *Quo non ascendam?*

Cette impression, bon nombre de ceux qui m'écoutent l'ont éprouvée, j'en suis sûr; mais certes, si, au lendemain de son premier succès, M. Rostan se berça des rêves d'un brillant avenir, il ne put rien imaginer de plus complet que ce que lui donnait plus tard la réalité.

Enfin, en 1812, M. Rostan obtenait le titre de docteur, en soutenant avec éclat sa thèse sur un sujet qui vous étonnera sans doute, *sur le charlatanisme.*

Nommé en 1814 inspecteur du service de santé à la Salpêtrière, le jeune docteur eut bientôt à témoigner de ce que le médecin sait trouver de courage, de dévouement dans les grandes calamités publiques.

C'était le temps de ces vastes hécatombes humaines, que l'on appelle de grandes guerres. Après avoir imposé successivement son joug aux nations vaincues, la France est allée engloutir l'élite de ses soldats dans les champs de la Russie, et ce qui restait de la *grande armée* avait à *grand'peine* regagné la patrie, laissant des monceaux de cadavres sous les neiges de cet immense pays: car le ciel tourné contre nos armes semblait s'être fait l'allié de nos ennemis, et mettait à leur service les éléments déchaînés.

Puis, quand elle avait vu ce terrible désastre, l'Europe s'était levée, coalisée contre nous, pour de tristes et cruelles représailles. Le sol sacré de notre pays avait subi le pied de l'étranger, qui campait jusqu'aux portes de Paris. La compagne assidue de la guerre, la maladie, s'était jetée sur les débris de nos troupes et le typhus, plus meurtrier que les balles et les boulets, peuplait les hôpitaux ouverts à ses victimes. La Salpêtrière, comme l'hôpital Saint-Louis et tant d'autres furent bientôt envahis. A la Salpêtrière, M. Rostan fut chargé de ce périlleux service et des hommes qui devaient plus tard illustrer leurs noms dans la science, vinrent se grouper autour de lui. Esparron, Cayol, Magendie, Laënnec, Marjolin, de Blainville répondirent à son appel. Ah! pendant ces longues nuits passées sans sommeil, au milieu des mourants et des malades frappés de délire, M. Rostan dut bien des fois se dire avec douleur que, sur plus d'un point, cette civilisation tant vantée est encore barbare et cruellement illogique. Lorsqu'un homme, en effet, emporté par la passion, a tué celui qui l'offensait, la société convoque un nombreux tribunal et le charge de demander au coupable un compte sévère de son action, même alors qu'un grief réel l'a provoquée. Elle a bien raison quand elle agit ainsi, car alors elle affirme et défend ce dogme fondamental de la loi naturelle, sur lequel elle repose ellemême: «Tu ne tueras pas.»

Mais ailleurs, lorsque pour un motif, Dieu sait lequel, cette même société voit, en une journée, égorger dix ou vingt mille hommes, quand elle voit la maladie aider activement le fer et le feu, pourquoi ne sait-elle plus faire autre chose que d'acclamer les vainqueurs de ces luttes impies, comme s'ils avaient accompli l'acte le plus méritoire et le plus digne?

Ces pensées ont dû assaillir M. Rostan, comme dans ces désolantes occasions elles nous oppressent toujours, nous autres médecins qui savons ce que coûte de soins et de veilles la sauvegarde d'une seule existence disputée pas à pas à la mort. Aussi nous avons tressailli d'aise et nous avons senti un soulagement immense quand, dans ces derniers temps, nous avons vu l'esprit public de tous les pays, prêter appui aux conseils de la sagesse et détourner de nous l'effroyable guerre qui menaçait le monde. Ces vastes assises de l'industrie ont eu, dit-on, leur grande part dans ce résultat plein de bon sens et d'humanité, qu'elles soient à jamais bénies et glorifiées! J'entends dire que cette grande exhibition a coûté beaucoup d'or. Ah! ne le lui reprochons pas et proclamons bien haut qu'elle ne saurait être trop payée si elle a pu montrer qu'il y avait pour les campagnes d'autres engrais que le sang et la chair de nos fils.

Pendant les cruels moments de 1814, M. Rostan à la Salpêtrière, comme mon autre maître vénéré Biett à l'hôpital Saint-Louis, montra ce que sait faire le médecin, quand, au milieu des épidémies les plus meurtrières, il joue sa vie avec d'aussi mauvaises chances que s'il était sous le feu de l'ennemi. Il n'est point poussé par cette fureur qui aveugle, par ces cris et par tous ces bruits qui enivrent; il est calme, il sait où il va et connaît nettement le danger qu'il court. Son drapeau c'est le sentiment du devoir, son mobile l'amour de son semblable qu'il veut sauver et non détruire. C'est notre gloire, à tous, Messieurs, que M. Rostan affirmait alors. C'est notre gloire à tous qu'ont attestée si dignement dans ces dernières années ces médecins et ces élèves qui, spontanément, ont été au milieu des populations décimées, combattre le fléau asiatique lors de ses plus cruelles atteintes.

M. Rostan faillit payer de sa vie les soins donnés aux 18,000 soldats qui traversèrent l'hôpital temporaire de la Salpêtrière, laissant morts du typhus 1,100 d'entre eux.

Il échappa heureusement à la maladie qui l'avait frappé.

C'est encore à l'hôpital de la Salpêtrière que M. Rostan acquit d'autres titres à notre considération et à notre estime. C'est là, en effet, qu'il composa et publia en 1820, son *Traité du ramollissement cérébral*; c'est là aussi qu'il commença, en 1825, l'enseignement clinique dans lequel il nous a donné tant de bons exemples.

Le *Traité du ramollissement cérébral* fait certainement le plus grand honneur à son auteur. Les descriptions cliniques sont d'une exactitude scrupuleuse. On sent que M. Rostan a vu et bien vu, ce dont il donne le détail.

Quant à la façon dont il interprète les lésions et les symptômes, alors qu'il veut délimiter la forme nosologique qu'il étudie, il est difficile d'être plus rigoureux et plus sensé. Voici, en effet, comment il s'exprime: «J'accorde que le ramollissement du cerveau est, dans quelques circonstances, inflammatoire; que telle est sa nature lorsque le tissu de l'encéphale est rosé, lorsqu'on rencontre du pus, des kystes, etc., etc. Mais des faits nouveaux et très-multipliés me confirment entièrement dans ma première opinion: qu'il existe une multitude de ramollissements cérébraux, qui ne sont pas le résultat d'une inflammation.

Dans le plus grand nombre des cas, le tissu ne change nullement de couleur, il est d'un blanc plus mat, plus brillant que dans l'état sain, certes ce n'est alors ni le pus, ni le sang qui le pénètrent. Dans d'autres circonstances, la substance cérébrale est d'un rouge lie de vin, présente exactement l'apparence de taches d'ecchymoses scorbutiques, et, dans ces cas, il n'a existé durant la vie des maladies aucun signe de réaction; cet aspect n'est nullement celui d'un tissu enflammé... Ces deux altérations pathologiques sont incontestablement les plus fréquentes; ce qui me porte à croire que, dans le plus grand nombre des cas, le ramollissement n'est point inflammatoire.

Mais alors, quelle sera sa nature?... Nous croyons pouvoir dire toutefois, avec retenue... que cette altération du cerveau nous paraît être souvent une altération sénile, offrant la plus grande analogie avec la gangrène de la vieillesse. Comme cette dernière, le ramollissement nous semble la désorganisation de la partie; comme, dans cette maladie, les vaisseaux, destinés à apporter le sang et la vie dans l'organe affecté, sont ossifiés, non par suite d'une inflammation, mais par les progrès de l'âge.»

On le voit, rien ne manque au tableau, pas même les lésions des artères cérébrales, dont l'ossification est signalée comme une coïncidence ordinaire du ramollissement, même dans la première édition de cet ouvrage, laquelle est datée de 1820 (p. 101).

Les recherches modernes ont éclairé plusieurs détails relatifs à ces lésions et ont permis de mieux interpréter la façon dont le ramollissement se produit, et surtout le mécanisme par lequel le tissu cérébral désorganisé se colore en rouge dans certains cas; mais ces travaux en précisant mieux les faits, n'ont rien changé à la donnée première, et le ramollissement du cerveau reste, comme l'avait dit M. Rostan, «une désorganisation de la partie dans laquelle les vaisseaux ossifiés n'apportent plus le sang de la vie.»

Les efforts que fit Broussais dans son *Examen des doctrines médicales*, pour rattacher le ramollissement à l'inflammation comme point de départ unique et constant, étaient donc infructueux, «et même en étudiant avec soin la collection de symptômes qui marquent le début de la maladie,» on ne peut arriver à cette conclusion. M. Rostan le lui a démontré dans sa seconde édition du *Traité du ramollissement cérébral*.

Du reste, il n'est plus question aujourd'hui, à propos du ramollissement cérébral, de cette doctrine exclusive de la phlegmasie, et le travail de M. Rostan reste comme un modèle d'observation et de déduction nosologiques.

Je ne vous parlerai pas ici, Messieurs, de plusieurs autres ouvrages de M. Rostan, lesquels sont cependant très-recommandables, comme son *Traité d'hygiène*, non plus pue de plusieurs Mémoires sur l'asthme des vieillards (1817), sur les moyens de distinguer l'ascite et l'hydropisie enkystée (1818), sur les ruptures du cœur (1820), etc., le nom de Broussais, que je viens de prononcer tout à l'heure, me rappelle l'ouvrage capital de M. Rostan, duquel je dois surtout vous entretenir. Mais, avant de l'apprécier devant vous, permettez-moi de jeter un coup d'œil rapide sur l'époque médicale à laquelle cette œuvre appartient, et de rechercher en quelques mots ce qu'était la situation de la science au moment de cette publication, comme aussi ce qu'étaient les hommes qui dirigeaient alors le mouvement de la médecine.

M. Rostan était du nombre et peut-être appréciera-t-on mieux la part qu'il a prise dans cette lutte, si je parviens à bien esquisser l'ensemble du tableau dont il est une des figures principales.

En 1808, Broussais avait fait paraître son *Traité des phlegmasies chroniques*; et comme il le dit lui-même (1), il avait déposé dans cet ouvrage les germes de la *médecine physiologique*; plus tard il compléta son œuvre par l'*Examen des doctrines médicales* et par son *Traité de l'irritation et de la folie*.

Ceux d'entre vous, Messieurs, qui sont jeunes encore peuvent difficilement se représenter ce que fut le mouvement soulevé par ces doctrines et par celui qui les soutenait: j'en ai vu une partie. L'enthousiasme était immense, l'adhésion fut presque universelle. Bien des causes se réunirent en effet, pour que cela fût ainsi, et elles apparaissent clairement aux yeux de qui regarde attentivement à ce qu'était la doctrine, à ce qu'était l'homme qui la présentait, et qui étudie avec soin les événements d'alors.

Et d'abord la doctrine: elle était simple, facile à saisir et supprimait bien des difficultés de la médecine, qualité déjà tout à fait séduisante pour beaucoup de ceux qui se proposait cette étude. De plus, cette doctrine se présentait comme appuyée, à titre de base nosologique, sur la physiologie, dont la valeur frappait déjà tous les esprits.

Voici sommairement en quoi elle consistait:

«Suivant Broussais, la vie ne s'entretient que par l'action des stimulants extérieurs ou modificateurs, comme il les appelle, lesquels mettent en jeu

(1) 5e édition, 1838, p. 34, en note.

une propriété qui doit être étudiée dans les organes et dans les tissus qui les composent et qui est l'excitabilité ou l'incitabilité ; ce qui revient à observer les organes ou les tissus excités. Ces organes reçoivent l'excitation ou la stimulation (ces deux mots étant synonymes) des milieux dans lesquels l'homme est forcé de vivre. Ces modificateurs, ces milieux, ces agents extérieurs sont la cause de l'excitation qui s'exerce sur la matière nerveuse des surfaces tant externes (la peau), qu'internes (la muqueuse aérienne, la muqueuse digestive et aussi la surface génitale). Ces surfaces sont dites par Broussais, *surfaces de rapport*. La matière nerveuse qu'elles renferment ayant été excitée, transmet l'excitation à l'appareil nerveux et celui-ci, soit par ses cordons seuls, soit à l'aide de son centre, c'est-à-dire le cerveau, la réfléchit dans la trame de tous les tissus, sans en excepter les surfaces de rapport. Ces surfaces sont donc placées entre deux agents d'excitation : les corps étrangers avec lesquels elles sont en contact, et l'influence du cerveau ou l'innervation.

Les ébranlements qui résultent de la stimulation de l'appareil nerveux entretiennent pendant tout le cours de la vie les mouvements qui avaient commencé chez le fœtus, lequel n'est, lorsqu'il apparaît, qu'une petite masse de matière vivante. Ses premiers excitants, comme ses premiers matériaux nutritifs, sont des fluides déjà animalisés.

Ces derniers doivent être incessamment renouvelés, sous peine de perdre leur propriété excitante et nutritive ; or, c'est la stimulation des surfaces de rapport, c'est celle qu'elle détermine dans l'appareil nerveux, c'est l'impression faite par les molécules étrangères qui viennent d'être absorbées, qui, s'ajoutant à l'excitation occasionnée par le sang ou par les fluides déjà assimilés, entretiennent l'action du cœur, celle de tous les tissus et par conséquent la vie.

Après ces trois ordres de puissances stimulantes il faut placer encore les influences des organes, les uns sur les autres, soit par l'intermédiaire du cerveau, soit immédiatement par les cordons nerveux, sorte de stimulation qui se fait également dans tous les sens.

Ajoutez en outre la métamorphose des substances nutritives en humeurs propres à l'individu, du chyle en sang, du sang en différentes humeurs, des liquides en solides et des solides en liquides, mouvements moléculaires tous fondés sur des affinités particulières au corps vivants et qui, constituant la chimie organique, peuvent être considérés comme autant de causes nouvelles d'excitation.

Broussais tient compte aussi des causes d'excitation non vitales, comme il les appelle, telles que l'attraction et ses modifications, l'électricité, la chimie brute ou inorganique qui agit bien souvent. Ces puissances tendent à assimiler les corps organiques aux corps bruts, mais les lois de la vie réagissent contre elles et neutralisent leur action ; cette réaction elle-même constitue une excitation.

L'excitation détermine donc la manifestation de tous les phénomènes auxquels on a de tout temps attaché l'idée de vie : les mouvements de la matière organique ou contractilité, la conscience de ces mouvements ou sensibilité. C'est de ces phénomènes que dépendent tous les autres, tels que la production de la chaleur animale, la nutrition, ou échange des matériaux de l'animal contre ceux des autres corps, la génération, etc.

Voilà la physiologie.

Quant à la pathologie, elle est très-simple. Le défaut d'excitation ou l'exagération de l'excitation, voilà les causes des maladies. Celles qui sont dues au premier mécanisme sont de beaucoup les plus rares. La débilité est bien plus habituellement le fait de l'excitation exagérée ou irritation, et c'est cette irritation exagérée qui produit les maladies irritatives, les plus fréquentes de toutes.

Lorsque l'irritation accumule le sang dans un tissu avec tumeur, rougeur et chaleur, extraordinaires et capables de désorganiser la partie irritée, on lui donne le nom d'inflammation. Pour la douleur, elle n'est pas inséparable de l'inflammation, même intense. L'inflammation altère toujours les fluides de la partie enflammée et quelquefois la masse entière des humeurs.

Les maladies prétendues humorales, attribuées jadis à des ferments, à des âcretés, à des virus, telles que les salivations, les affections bilieuses, les obstructions du foie, les catarrhes r belles, du poumon, de la vessie, du rectum, les dartres, les spermatorrhées, les fleurs blanches, les diabètes, les affections néphrétiques, rentrent d'abord dans les irritations ou subinflammations sécrétoires et se rangent ensuite dans les subinflammations mixtes, lymphatiques, squirrheuses, tuberculeuses, cancéreuses, lorsque l'irritation chronique a persisté dans les organes sécrétoires assez longtemps pour les conduire à une dégénération complète.

Ainsi les maladies tiennent toujours, ou à peu près toujours, à une exagération de l'excitation ou à l'inflammation aiguë ou chronique et, quand viennent les indications thérapeutiques, elles sont toutes remplies par l'emploi des moyens dépressifs, les antiphlogistiques et plus spécialement les émissions sanguines générales ou locales.

Cette doctrine n'est plus dichotomique comme celle de Brown (que Broussais rudoie durement, quoiqu'à vrai dire au point de vue nosologique, ils soient un peu parents l'un de l'autre), mais elle est parfaitement unitaire, et dans l'application comme dans la discussion, son auteur était d'une rigueur et d'un absolutisme exagérés qui obscurcissaient ce qu'elle pouvait avoir de sain et de légitime, et la réduisait presque au dogme de l'inflammation aiguë ou chronique. De même que les sympathies morbides se réduisaient à peu près à une seule, celle qui relie à tous les organes le conduit gastro-intestinal, lequel, habituellement et constamment, pour ainsi dire, semblait, à Broussais, enflammé, soit directement, soit à propos de l'inflammation des divers organes.

Du reste, cette doctrine n'avait, à vrai dire, rien de tout à fait neuf, quant aux bases sur lesquelles elle était assise. Pour la localisation des maladies elle relevait de Morgagni, et quant à l'inflammation et à ses caractères elle procédait de Hunter. Mais cette dernière source, il faut le dire, était alors à peu près inconnue en France.

L'homme qui proclamait ces opinions dans lesquelles les faits étaient systématiquement courbés et façonnés pour la confirmation d'un système trop absolu, était doué d'une singulière puissance. Sa figure, belle du reste, et telle que vous la représente un buste très-ressemblant, placé dans la salle des thèses était mobile et d'une expression très-vive. Sa parole était brève et scandée avec une énergie particulière. Son discours abrupte, et souvent un peu décousu, s'échappait avec une voix stridente. Acre, violent envers ses adversaires, il allait souvent contre eux jusqu'à l'injure. Je l'entends encore quand, dans cet amphithéâtre, presque blotti au fond de la chaire, qu'il tenait de ses deux mains, la tête penchée en avant, et le sourcil froncé, regardant son auditoire par dessus les lunettes d'or qu'il portait, la bouche contractée, les dents serrées, il nous prononçait ces mots sacramentels « l'inflammation désorganisatrice des tissus que mes ennemis, dans leur mauvaise foi, refusent d'accepter. » Et Dieu sait, si, à ses yeux, ses ennemis étaient nombreux, car quiconque n'était pas très-complétement de son avis passait immédiatement au nombre de ses parias.

Tout cela était médiocrement dit, tout cela était d'un goût douteux dans la forme, tout cela était souvent injuste ; mais cela était énergique et tout d'une pièce. On sentait sous ce discours malsonnant la conviction enthousiaste et absolue. C'était en médecine un tribun, mais un tribun convaincu, plein de puissance, plein de souffle, plein d'élan, et sa parole d'abord désagréable, choquante même, et saccadée, finissait par devenir persuasive, entraînante et irrésistible. Je me souviendrai toute ma vie de la première leçon de Broussais à laquelle j'assistai. Dans cette séance, il nous fit l'histoire de la duodénite. A l'entendre, la chose était claire, facile, et comment s'en défendre ? Aussi je partis plein de conviction et d'enthousiasme. Dès le lendemain matin, à l'hôpital Saint-Louis, je cherchais et, muni des signes donnés par Broussais, je constatais ou croyais constater douze exemples au moins de duodénites sur vingt-cinq malades, succès que je n'ai jamais plus obtenu depuis dans toute ma carrière et qui ce matin-là fit l'amusement de Biett, mon maître et mon ami, dont le persiflage bienveillant m'éclaira fort à propos.

Cette ténacité, cet enthousiasme, ces vivacités trop peu indulgentes du langage, tout cela, qualités et défauts, avait un attrait invincible pour la jeunesse et aidait grandement à faire accepter et à propager les doctrines nouvelles.

Certaines circonstances aussi étaient à un haut degré favorables au succès de Broussais. Ce n'est pas en effet en 1808, et dès le début de sa campagne réformatrice, que sa doctrine agita le monde médical ; c'est de 1821 à 1829. Or, à ce moment la société française tout entière subissait un mouvement prodigieux. Les arts et les lettres, de leur côté, commençaient à être agités par des réformateurs aussi violents, aussi intolérants envers leurs adversaires, que Broussais pouvait l'être pour les siens.

Puis dans la politique, l'agitation était également considérable.

La réforme prêchée par Broussais faisait partie de ce grand mouvement. On comprend encore par cette observation, que, trouvant un écho et un appui dans le milieu même où elle se produisait, elle ait exercé un entraînement d'autant plus irrésistible.

Tel était l'état des esprits, tel était le succès de la médecine physiologique, succès dont encore aujourd'hui on retrouve quelques coryphées çà et là, dans quelques coins de la France, tous aussi absolus et aussi tenaces que le maître pouvait l'être.

Il fallait, vous le voyez, une grande conviction, une ferme conscience, un respect profond de la vérité pour oser élever la voix contre le nouveau prophète au milieu des voix qui l'acclamaient, pour critiquer et discuter la valeur du dogme unitaire et trop absolu qu'il offrait à l'enthousiasme satisfait de ses élèves. Des hommes se trouvèrent cependant pour cette tâche, et leurs voix s'élevèrent hardiment. Tant est grande et irrésistible pour certaines âmes la force de la vérité, tant était grand et puissant chez elles l'amour de la science. C'est parmi ces hommes que nous allons trouver M. Rostan.

Du reste, il faut le dire, Broussais lui-même concourut puissamment à les soulever contre lui. Impatient de ne pas voir adopter par eux ce qu'il regardait comme la saine médecine, il les attaqua comme il savait attaquer, dans le dernier volume de l'*Examen des doctrines médicales* et il alluma, pour ainsi dire lui-même, le feu qui devait ternir et presque ruiner son œuvre.

Cette doctrine on l'acceptait bien sur plusieurs points et dans de certaines limites, mais à côté de ces concessions on ne lui ménageait ni les critiques ni les objections. Les reproches qui lui étaient adressés peuvent se résumer à peu près par les suivants :

Non, il n'est pas exact que la localisation de toutes les maladies soit bien établie comme vous le voulez ; il en reste encore un nombre considérable qui ne peuvent raisonnablement subir cette localisation, et qui doivent jusqu'ici être considérées comme générales.

La membrane muqueuse gastro-intestinale n'est pas aussi habituellement malade que vous le prétendez, et vous attribuez à certaines colorations, à certaines injections constatées, sur le cadavre, vers la surface de cette muqueuse, une valeur pathologique qu'on ne saurait leur accorder. L'inflammation ne saurait être acceptée comme la cause à peu près unique des maladies.

Les inflammations chroniques sont beaucoup moins fréquentes que vous ne l'avancez, et surtout les lésions dites organiques, tubercule, cancer ne sont pas seulement des inflammations chroniques, comme vous voulez le soutenir.

Enfin, le traitement des maladies que vous fondez non pas sur les faits, mais seulement sur votre hypothèse pathologique, est inutile et même dangereux.

Beaucoup de ces objections étaient fondées en présence de la doctrine de l'inflammation, telle que la formulait et telle que la défendait Broussais. Mais dans la critique on n'a peut-être pas toujours été assez juste. Pour nous, qui ne sommes plus emportés par la chaleur de la lutte, il nous faut reconnaître que nous devons beaucoup à Broussais. Il a d'abord rendu le grand service d'animer vivement la science. Il a provoqué des débats ardents et féconds, et partant il a vivifié la médecine. Il a laissé auss parmi nous des vérités devenues vulgaires, qui semblent aujourd'hui remonter à toute éternité, et dont on ne lui reporte pas assez le gré et la reconnaissance. Mais c'est là ce qui arrive habituellement aux hommes réellement dignes de ce nom. Les vérités qu'ils mettent en lumière sont tellement claires qu'elles répondent à l'intelligence de tous, et elles la pénètrent si bien que chacun croit les avoir toujours eues présentes à l'esprit.

S'il revenait de nos jours, Broussais éprouverait à la fois une grande satisfaction et un grand mécompte. Sa joie serait d'abord complète quand il verrait les travaux les plus récents, appuyés sur les recherches cliniques et histologiques les plus rigoureuses, établir que positivement le mouvement phlegmasique joue bien un rôle considérable dans la production des lésions organiques, des tubercules par exemple.

Mais quand il verrait que la phlegmasie d'aujourd'hui n'a presque rien de commun avec son inflammation à lui, que le rôle de cet agent morbide est bien plus subordonné qu'il ne le voulait, il entrerait en un profond souci ou, pour mieux dire, en une grande colère, ce qui était sa forme de discussion, et il ne nous ménagerait pas plus les expressions un peu vives et un peu crues qu'il ne les ménageait à ses contemporains.

Parmi eux tout d'abord, au nombre de ceux qui formulèrent contre la doctrine physiologique les reproches que je résumais tout à l'heure, se trouvait Laënnec, le digne continuateur de Morgagni, de Bichat et de Pinel, esprit sagace et plein de suite.

Pour Broussais, Laënnec était, et ceci est textuel, « un homme de minuties qui voulait avant tout passer pour un inventeur, et faisait tous ses efforts pour dissimuler le profit qu'il avait tiré des critiques faites à son ouvrage. » Broussais concédait bien que Laënnec « avait rendu des services à la science, sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la séméiotique, mais, disait-il, il est petit et mesquin dans sa théorie comme dans ses recherches ; c'est un manœuvre qui recueille et apprête les matériaux ; mais ce n'est pas un architecte, et l'édifice qu'il veut constuire est imparfait. »

Laënnec un manœuvre ! je donnerais certainement bien des heures de ma vie pour être manœuvre a cette façon, et pour construire un édifice comme le sien, ce dont je désespère quoi que je puisse jamais tenter.

Devant ces appréciations de Broussais, Laënnec restait assez calme, ne laissant cependant échapper aucune occasion de lui répondre. Puis dans un charmant passage de la préface d'une dernière édition du *Traité de l'auscultation*, avec un persiflage plein de finesse il lui rendait conseils pour conseils, leçons pour leçons, repoussant plaisamment le titre de médecin physiologiste qu'il prétendait lui être offert, et fixant avec ironie les conditions auxquelles il pourrait finir par s'entendre avec son adversaire (1).

Ce traité d'alliance, avec les conditions qu'il stipulait, ne fut pas accepté par Broussais et le protocole est resté toujours ouvert entre eux.

Aussi, le chef de la médecine physiologique faisait-il, avec une certaine amertume, un autre reproche à Laënnec. « Laënnec, dit-il, dans son *Examen des doctrines médicales*, est un homme opiniâtre, qui a de plus le malheur d'être trop passionné. »

Ne trouvez-vous pas la remarque presque plaisante dans la bouche de Broussais, de qui la facilité de caractère et les manières accommodantes sont loin d'être passés à l'état proverbial ?

Il était bien la preuve que

On se voit d'un autre œil qu'on ne voit son prochain,

et il négligeait un peu trop de regarder dans la poche de derrière de la besace que nous a donnée à tous le Fabricateur Souverain. Du reste, l'opiniâtreté de l'enfant de Quimper, signalée par le fils de Saint-Malo, c'était bien tout au moins : à Breton, Breton et demi.

Un autre homme portait aussi des coups nuisibles à la médecine physiologique, et soutenait, au nom du bon sens, les objections que je reproduisais tout à l'heure : c'était M. Chomel. Je n'ai pas à faire ici son éloge, et je n'insisterai pas. La voix de son disciple favori, notre cher ami et collègue, M. Grisolle, si cruellement éloigné de nous en ce moment, s'est élevée dans cette enceinte même, et a retracé au milieu de nos applaudissements bien mérités la vie de son maître vénéré. Je ne saurais aussi bien dire. Laissez-moi seulement remarquer que M. Chomel, dans son enseignement de tous les jours, sans polémique, sans bruit (il avait horreur de l'une et de l'autre), par une action incessante et continue, a miné lentement, mais efficacement, pour sa part, la doctrine exagérée de Broussais.

Chaque matin, à l'hôpital, il montrait patiemment à son auditoire ce qu'était la clinique, et aussi qu'elle ne conduisait pas, sur bien des points, à ce que voulait le maître de la doctrine physiologique. Le ton et la manière de M. Chomel étaient toujours froids et tranquilles ; mais quand il parlait d'opinions qu'il ne pouvait accepter, il avait une certaine façon sèche et même un peu guindée de dire « Je ne sais pas, je ne crois pas, » qui frappait plus durement et plus profondément que les vivacités les plus ardentes.

Il a par cette action lente, persistante, insinuante, arraché bien des esprits au joug de Broussais.

A côté de M. Chomel, et dans son intimité, était M. Louis, respectable vétéran de ces temps de lutte. Il avait été fortement attaqué dans le quatrième volume de l'*Examen des doctrines médicales*. Vif et je dirai même passionné, sous des dehors paisibles, il ne supporta pas patiemment l'attaque, assez peu méritée du reste, qui lui était faite. Voué à l'étude rigoureuse et détaillée des malades, en montrant ce que devait être l'observation véritable, il signala ce qui manquait aux observations de Broussais, et reprenant l'examen de l'*Examen des doctrines médicales*, il établit que, dans les opinions qu'il avançait, ce dernier s'appuyait souvent sur des faits incomplets, incapables de prouver ce qu'il voulait démontrer, et qu'il remplaçait souvent par une appréciation quelque peu arbitraire la précision qu'on était en droit de lui demander. Pour ramener la science à des données plus rigoureuses, M. Louis préconisa la méthode numérique, qui remplace les souvenirs et les déductions aventurées par la netteté d'un calcul de probabilité, et constitue, quoi qu'on en ait voulu dire, un excellent moyen d'étude.

Il est encore un homme qui a joué un grand rôle dans cette époque, et à qui je dois payer ici un large tribut de respect et d'admiration. Je le ferai avec bonheur et avec joie. C'est notre maître, M. Andral. Il a, lui aussi, refusé entièrement d'adopter la doctrine physiologique, mais les motifs sur lesquels il s'est fondé, émanent d'opinions qui se séparent de celles de ses alliés par certaines nuances assez notables. Comme eux, d'une part, il ne croit pas que l'étude des faits soit suffisamment avancée pour permettre une systématisation qui les puisse renfermer tous. « Quand on a cherché à le tenter, dit-il, on s'est bientôt aperçu qu'il en est un grand nombre qui échappent à toutes les lois auxquelles on s'est efforcé de les ramener. Non, ajoute-t-il, il n'est pas encore possible de ramener à un grand fait primitif, comme à un principe d'où puisse se déduire tout le reste, les innombrables faits dont se compose notre science ; ils ne se lient pas assez les uns aux autres, il y a trop d'anneaux qui manquent encore à la chaîne que l'on essayerait de former avec eux. »

Aussi, éclectique par nécessité, comme l'est tout médecin près du lit des malades, il n'a tenu compte des divers systèmes que pour les discuter en présence des faits, et il lui a peu importé quelles étaient les idées théoriques que chacun de ces faits tendaient à renverser ou à soutenir... « Servons-nous, dit-il, de ces systèmes comme d'autant de méthodes pour coordonner les faits, saisir leurs rapports et découvrir les lois de leurs productions. La science marche à la fois par l'observation des faits et par leur systématisation ; mais gardons-nous d'oublier que les faits eux-mêmes comparés et rapprochés dans leurs résultats, font la richesse de la science et qu'à eux seuls il appartient de déterminer la valeur et la durée des systèmes. »

Ces vues générales et le développement qui leur a été donné dans les deux ouvrages capitaux de M. Andral, le *Traité d'anatomie pathologique* et la *Clinique médicale* ont été d'autant plus utiles pour nous mettre en garde contre ce qu'il fallait repousser dans l'hypothèse de la médecine physiologique, que, à côté de cela, avec la loyauté simple et grande de son caractère honnête et élevé, notre maître acceptait sans hésitations et enseignait ce qui lui semblait plausible dans les dires de Broussais.

Nul ouvrage, messieurs, n'a été et ne reste plus utile à étudier et à méditer que la *Clinique médicale* de la Charité. Relisez-le sans cesse, et vous verrez quels fruits pleins de saveur on retire de cette lecture. Les réflexions, qui suivent et commentent les observations, sont pleines de sagacité et savent éveiller un intérêt considérable. Les résumés qui terminent chaque collection d'observations constituent des chapitres de nosologie parfaits et souvent inimitables. Et, chose curieuse, qui prouve mieux que quoi que ce soit, la profondeur des vues, la solidité précoce des méditations de ce grand esprit, c'est que dans cet ouvrage se trouvent déposés les germes de tous les travaux que M. Andral a successivement accomplis. Entre toutes ces précieuses données, il faut surtout remarquer cette opinion si

(1) « M. Broussais s'est élevé à la recherche des causes prochaines ; il méprise les détails minutieux de l'observation, la distinction des cas et implicitement même la sûreté du diagnostic : car il raisonne toujours dans l'hypothèse qu'il est inutile de distinguer les uns des autres tous les cas auxquels il attribue une cause semblable, et il attribue la plupart des maladies à une seule cause, l'irritation.

..... Je ne puis me déterminer à suivre ses exemples, quoiqu'il m'en ait sommé par trois fois. Je ne puis non plus me déterminer à faire quelques sacrifices à l'amour-propre, fussé-je certain par là de devenir, comme il me l'assure, un médecin physiologiste des plus distingués. Il n'en a lui-même que trop fait, à mon avis : l'amour-propre n'est bon à rien qu'à étouffer la vérité et à éterniser les discussions. Je lui conseille plutôt d'abandonner ce ton de supériorité qui sied peu quand on parle à ses pairs, ces expressions figurées ou polémiques, peu propres à convaincre des esprits refroidis par la culture sérieuse des sciences physiques d'attacher moins d'importance à des mots qui n'ont de valeur et de sens que celui qu'on leur donne par une bonne définition ; de chercher un juste milieu entre mes longues descriptions anatomiques et ses courtes observations ; de ne pas prendre des objections pour des concessions ; de substituer, à la dénégation des faits qu'il ne connaît pas, le silence, ou le simple doute philosophique ; de ne rien réclamer sans être bien sûr de sa propriété et de négliger même ce qui ne lui appartient que parce que cela appartient à tout le monde ; et alors, je crois, comme lui, que nos manières de voir commenceront à se rapprocher. » (Préface du *Traité d'auscultation*, p. 21 et suiv.)

constamment reproduite et par laquelle M. Andral se sépare surtout de ses contemporains, savoir que les altérations anatomiques si utiles pour nous éclairer dans la distinction des maladies ne résident pas seulement dans les solides, mais que la constitution des liquides et les modifications qu'elle subit peuvent nous offrir aussi de précieux renseignements. C'était là une idée bien oubliée, bien vague, au moment où M. Andral en a repris l'examen, que la possibilité d'une altération des liquides. Le traité de Hunter et les notes de J. F. Palmer sur le sang, étaient fort laissés de côté, comme aussi la thèse de M. Lecanu ou les premiers travaux de Denis, et, quand on parlait d'humorisme à cette époque, il semblait presque en vérité, je me le rappelle, qu'on évoquât le retour des humeurs peccantes et de toutes ces vieilles erreurs. Et il fallait s'en tenir à certaines remarques peu précises comme la présence ou l'absence de la coeunne, et l'état poisseux du sang. Poursuivie avec calme et maturité, cette opinion éclectique et si vraie, nous a valu le beau travail sur le sang que M. Andral a publié avec la collaboration de notre cher et savant collègue, M. le professeur Gavarret. Voie nouvelle, admirable, précise et ouverte d'une façon si largement efficace. Ceux d'entre vous, messieurs, qui n'ont pas assisté aux luttes que je m'efforce de retracer et qui ont reçu tout établis, à titre de faits scientifiques bien démontrés les renseignements que nous fournissent les *Recherches sur le sang* et le *Précis d'hematologie*, ne se doutent pas de l'impression que ces travaux produisirent au moment de leur publication.

Broussais avait soutenu, et beaucoup de ses adhérents continuaient de soutenir, par exemple, que la fièvre typhoïde n'était pas autre chose qu'une inflammation gastro-intestinale. Leurs adversaires refusaient à cette maladie une telle qualité, mais rien de tranché, aucun caractère nettement exprimé ne prouvait, pour beaucoup de médecins, de quel côté était la vérité. En montrant de nouveau, avec clarté et précision, qu'il existe dans le sang des altérations spéciales aux phlegmasies, et surtout en prouvant que dans la fièvre typhoïde ce liquide offre justement les modifications opposées à celles qu'il présente dans les inflammations, MM. Andral et Gavarret ont tranché nettement une des questions les plus litigieuses de la pathologie d'alors, et... ce n'est pas au profit de la médecine physiologique que la solution a été arrêtée.

Tel a été le rôle considérable de M. Andral dans cette époque de discussion. Que notre cher maître me permette de joindre, à l'expression de l'admiration pleine d'affection et de gratitude que j'ai le bonheur de lui témoigner aujourd'hui, un regret plein de tristesse. Combien en effet il eût été utile et fructueux pour nous de voir notre savant maître juger avec son esprit si brillant et si impartial, avec son expérience si féconde et si pleine de maturité, la marche imprimée à notre science ! Nous espérons et nous croyons pleinement qu'il approuve cette marche, qu'il tient les progrès de la physiologie pour une bonne fortune médicale, mais combien nous aurions eu à gagner à l'entendre exposer et développer ses jugements sur nos tendances et sur nos efforts, dans des leçons comme celles qu'il nous a faites sur la doctrine de Galien !

Vous voyez maintenant je l'espère, Messieurs, le milieu dans lequel était placé M. Rostan. Lié d'amitié avec tous ses contemporains, dont je viens de rappeler les noms, il repoussait avec eux les exagérations de Broussais, et, ainsi que plusieurs d'entre eux, concédait certains points et notamment la localisation des maladies. Mais gardez-vous bien de croire qu'il en soit resté à cette négation touchant quelques points de la médecine physiologique.

Déjà, depuis longtemps, dans les cours de clinique qu'il professait à la Salpêtrière, M. Rostan avait jeté les fondements d'une nouvelle philosophie médicale et ce qu'il a opposé à Broussais, ce ne sont plus seulement des critiques partielles ou de détail, mais il a élevé autel contre autel, doctrine contre doctrine.

Et même, quand on y regarde bien, on voit qu'il ne s'adresse à Broussais et à sa médecine que d'une façon presque incidente et tout à fait subsidiaire. Il remonte plus haut ; ses véritables adversaires sont surtout Stahl et Bichat ; le principal sujet de critique auquel il s'attaque, c'est l'hypothèse des forces et des propriétés vitales, si bien que dans son livre, lorsqu'il en vient à la doctrine de Broussais, qu'il met en parallèle avec la sienne, il la critique surtout comme une dérivation de celle de Bichat, et insiste principalement pour se laver du reproche qui lui avait été fait de s'emparer des idées du père de la médecine physiologique.

La doctrine que M. Rostan a mise en lumière, et dont il a tenu vigoureusement le drapeau jusqu'à la fin de sa vie, a reçu le nom d'*Organicisme*, et ce nom il l'a choisi parce qu'il fait dériver la physiologie comme la médecine, des organes, de leur jeu et de leur état normal ou anormal.

C'est cette doctrine qu'il me reste à analyser sommairement devant vous, et je me vois forcé, Messieurs, de réclamer toute votre attention pour cette exposition que je m'efforcerai de rendre la plus brève et la plus claire qu'il me sera possible.

Le but de l'*Organicisme* est de prouver qu'il n'existe pas, qu'il ne saurait exister un principe vital, une force vitale, des propriétés vitales, indépendantes de la matière organisée, séparables de cette matière organisée, et pouvant exister sans elle, hors d'elle, surajoutées à elle, et qui soient chargées d'accomplir les actes phénoménaux de la vie. Tous les actes que, par hypothèse, par conception intuitive ou inductive de l'esprit, on a attribués à ces propriétés, ou forces vitales, au principe vital, ne sont dus qu'à des conditions *organiques* aidées de l'innervation.

L'*organicisme* s'appuie sur cette raison péremptoire que l'on ne voit la vie nulle part ailleurs que là où il y a organisation. L'organisation est une certaine disposition moléculaire donnée à la matière par le Créateur. Elle a la puissance de se développer, de croître, de se reproduire, en un seul mot d'exercer toutes les fonctions, qui apparaissent au fur et à mesure que le corps croît et se développe et que les organes se perfectionnent. Les fonctions ne sont donc qu'une conséquence d'une disposition organique.

Médicalement, pathologiquement, il n'existe dans l'homme que des organes et des fonctions.

Les fonctions ne sont que les organes en exercice ; elles ne sont que des effets.

Organes sains, fonctions saines ; organes malades, fonctions malades : voilà pour M. Rostan la base de la médecine.

Les organes peuvent être malades de beaucoup de manières : la nature des maladies est donc très-variée ; elles sont simples, spéciales et spécifiques.

Les fluides, qui sont ou des effets d'organes, ou des éléments d'organes, peuvent être malades primitivement ou secondairement.

Tous les organes peuvent être primitivement malades.

La différence de force que l'on observe chez les individus tient à des dispositions différentes de l'organisme et du système nerveux.

Enfin, comme corollaire, on voit que les maladies étant très-variées, le traitement des maladies doit être également infiniment varié.

L'altération de l'organe est profonde ou légère, primitive ou consécutive, persistante ou fugitive, sensible ou insensible.

Toutes les fois qu'il y a altération d'organe, il y a altération de fonctions ou production de symptômes ; mais il y a entre la lésion et l'intensité du symptôme, des disproportions fréquentes, et on ne peut dire, par exemple, en voyant tel symptôme à expression fortement accusée, que la lésion doit être considérable, et réciproquement. Ces exceptions ne prouvent autre chose que notre ignorance.

Cette doctrine a soulevé des objections, les unes scientifiques, et les autres que j'appellerai volontiers des objections de sentiment.

Quelques personnes ont dit, en effet : en niant les propriétés et les forces vitales, vous niez l'âme et l'esprit, et quand en même temps vous rapportez tout à la modification des organes, vous n'acceptez et ne considérez que la matière, donc vous êtes matérialiste ; et, avec un pas de plus dans cette voie, on a ajouté, probablement par pure charité, vous êtes un athée. Ces reproches étaient particulièrement pénibles à M. Rostan, et, selon moi, il s'est troublé à ce sujet beaucoup plus que ne le méritaient ces objections, ridicules par leur injustice de parti pris.

Il en était grandement tourmenté, car à plusieurs reprises, il revient sur ce point et fait effort pour montrer que l'organicisme a intérêt à admettre l'existence d'une âme immatérielle et l'action primordiale d'un Créateur souverain.

Il est parfaitement injuste de tirer de la doctrine de M. Rostan les conclusions que prétendent en faire découler les adversaires dont je viens de rappeler le dire.

Dans aucun passage de son livre, il n'aborde réellement d'autres études que celles qui regardent la physiologie et la médecine. Médicalement, pathologiquement, dit-il, toujours. Il respecte constamment ce qui est du domaine de la philosophie pure ou du domaine de la théologie, et passe à côté sans jamais en rien traiter, convaincu que l'examen de ces questions ne nous regarde en aucune façon, et que nous n'avions ni autorité, ni qualité pour nous en occuper péremptoirement, et surtout pour arrêter aucune solution à ce sujet. Et certes, il a bien raison. Laissons tout cela à d'autres.

Chargés de guérir les maladies du corps, nous avons bien assez à faire d'étudier le corps, vivant d'une vie régulière : c'est la physiologie ; et quand cette régularité s'altère, de rechercher comment et d'où vient cette perturbation, afin de tâcher par cette connaissance, si nous pouvons l'acquérir, de rétablir ce qui était modifié. C'est là la pathologie qui entraîne avec soi la thérapeutique. Or, dans l'homme vivant, envisagé à ce point de vue limité, qui est le seul qui doive nous soucier, pas plus, du reste, que nulle part ailleurs dans la nature, les forces, comme le disait fort bien M. Rostan, ne peuvent être vues isolées des instruments qui sont les agents, et les moyens de leurs manifestations. Ces instruments seuls, avec les modifications qu'ils peuvent présenter, tombent donc sous nos moyens d'appréciation. C'est à ces seuls instruments, à la constatation de leur structure et de leurs modifications variées, de leurs différentes manières d'être, qu'il est sage de limiter tout d'abord notre étude.

Alors, sans nous mêler de l'âme ou même de l'esprit, dont nous n'avons à rechercher l'état que d'une manière tout à fait accidentelle ou relative, nous voyons clairement que les propriétés de ces corps organisés et vivants sont différentes, à plus d'un titre, des propriétés que l'on constate dans la matière non organisée et dans le corps de l'homme lui-même, lorsque la vie l'a quitté. La matière organisée jouit donc de propriétés spéciales, elle est le siége de la manifestation de forces spéciales, et pour chercher à connaître de mieux en mieux ces propriétés, nous savons qu'il nous faut des procédés d'observation spéciaux aussi (Gavarret).

Aller au delà, c'est aller au delà des faits, c'est aller au delà de ce que l'on sait et constate, c'est sortir de la voie d'exactitude et de rigueur qui seule permet les vrais progrès de la science.

Cependant, on a dit bien souvent, et on a répété à M. Rostan : les causes et les forces s'atteignent par le sens intellectuel, elles ne sont pas du domaine sensible, et, par abstraction, l'esprit peut les connaître. Mais, répondrai-je, si vous séparez ainsi abstractivement la force de son moyen de manifestation, comment pourrez-vous juger de la valeur de vos conceptions sur cette force ? Quel moyen de contrôle aurez-vous pour vous assurer que ce qu'a saisi votre sens intellectuel est bien ce qu'il fallait saisir ? Croyez-vous par hasard que votre jugement est infaillible d'emblée et à l'abri de toute méprise ? En vérité j'ai bien peur que vous n'en soyez là. Pour moi je suis moins fier, j'ai moins de créance en moi, je crois, et croirai toujours, que les opinions que je puis émettre ont, de toute nécessité, besoin de la vérification expérimentale avant de pouvoir être acceptées. J'ai appris à me convaincre que les opinions des hommes sont sujettes à l'erreur ; ce qui le prouve déjà pour moi, c'est qu'elles sont bien souvent diverses sur un même sujet. Et si j'oubliais cette dernière preuve, j'aurais un souvenir de jeunesse qui me la remettrait bien vite en mémoire, c'est l'exemple de je ne sais plus quelle règle du rudiment de Lhomond, *tot capita, tot sensus.* Le rudiment est bon à bien des choses.

Mais disaient d'autres à M. Rostan, que devient votre doctrine dans ces cas, où des troubles fonctionnels formidables ne laissent après eux aucune trace que l'anatomiste le plus exercé puisse saisir, ou une trace si légère que vous avez de la peine à la regarder comme la cause du bouleversement que vous avez observé pendant la vie ?

A cette objection, sérieuse en apparence, M. Rostan faisait une excellente réponse. Est-il bien raisonnable, disait-il, bien sage de conclure que parce que, en fait de lésion pathologique on n'a rien trouvé, il n'existe rien ? Naguère encore, la plupart des lésions anatomiques étaient inconnues ; la science a marché et, dans beaucoup de maladies, prétendues sans lésion, on a, avec le temps, rencontré des désordres matériels qui expliquent pleinement des symptômes jadis réputés essentiels. Qui vous assure que des progrès ultérieurs ne vous feront pas reconnaître quelque lésion, là où vous n'en trouvez pas aujourd'hui ?

Par le passé, M. Rostan répondait de l'avenir, et il conseillait de dire modestement, à propos des lésions anatomiques : je n'ai rien trouvé, au lieu d'employer cette formule ambitieuse, absolue : Il n'y a rien. Il était dans le vrai, et l'argument de l'anatomiste le plus exercé d'alors a vieilli bien vite dans ces derniers temps, car les recherches récentes ont bien justifié le dire de M. Rostan.

Combien de maladies, du système nerveux par exemple, dont les lésions échappaient, il y a peu d'années encore, à la démonstration anatomique et dont la sclérose des éléments nerveux est venue donner l'explication. La même altération a rendu compte de ces paralysies dites nerveuses parce qu'elles étaient consécutives à l'hystérie, affection réputée sans lésion anatomique. Et certaines variétés de la folie, maladie purement de l'esprit, comme on disait au début de ce siècle, ne sont-elles pas liées clairement aujourd'hui à l'altération des tubes nerveux, comme l'ont démontré plusieurs auteurs, parmi lesquels un agrégé de cette Faculté, le très-regrettable Marcé. Qui donc, en présence du mouvement considérable qui est né de l'usage des moyens de travail plus perfectionnés que nous employons maintenant, oserait dire que les bornes sont atteintes et qu'on n'ira pas plus loin que le point où nous sommes arrivés ? Non, non ! nous pensons fermement que nos fils nous dépasseront de beaucoup, et nous les élevons pour cela, car tous les jours nous leur disons : Courage, et en avant !

Du reste, Messieurs, l'*organicisme* n'a pas succombé sous ces attaques, il est encore debout. Sa base même s'est élargie, il a grandi et est devenu le *Biologisme*, drapeau dont à vrai dire les couleurs sont les mêmes que celles de l'*Organicisme*, mais dont les nuances sont plus vives et dont les plis moins nombreux cachent moins la devise. L'expérimentation appliquée à la physiologie, à la pathologie, à la chimie, à la thérapeutique a permis de voir plus loin et plus clair dans les questions médicales. Eh bien ! ces lumières nouvelles ont fait luire une confirmation nouvelle des idées de M. Rostan.

Ainsi il a écrit cette phrase : « Il me semble impossible qu'une fonction normale, celles mêmes qui dépendent du cerveau, comme le mouvement d'un membre, puisse s'exécuter sans une modification dans l'organe qui commande, dans celui qui transmet ou dans celui qui exécute le mouvement. » C'est ainsi qu'il comprenait la fonction.

Or qu'a donné l'expérimentation, sous la main si habile de M. Cl. Bernard, touchant ce qui se passe lorsqu'un organe accomplit les actes normaux dont il est chargé ? Elle a montré, dans la belle étude sur la glande sublinguale qu'a faite l'éminent professeur du Collége de France, que le fonctionnement de la glande s'accompagnait toujours d'une notable modification dans la circulation de l'organe ; et partout où il a saisi le jeu des fonctions, il a vu les organes modifiés au moment de leur activité. Si donc il y a entre la fonction et l'organe un lien si intime que la fonction normale ne s'accomplisse jamais sans une modification matérielle dans les dispositions de l'organe, comment comprendre que la fonction puisse être troublée seule comme on a voulu dire et sans que l'organe chargé de cette fonction soit, pour que ce trouble devienne manifeste, modifié anormalement comme il l'était normalement tout à l'heure pour l'accomplissement de la fonction régulière.

Ainsi donc, aujourd'hui encore, tout en étendant notablement l'aire de nos recherches et de nos enseignements, l'expérimentation appliquée aux diverses parties de la médecine aboutit toujours à la constatation de ce fait, que le jeu de toute fonction, que tout acte normal ou anormal de l'organisme est accompagné d'une modification dans les conditions de l'organe qui accomplit cet acte. C'est là, comme j'ai cherché à vous le montrer, l'idée qui anime toute la doctrine de M. Rostan. Aussi, jusqu'à plus amples connaissances, cette idée fondamentale reste notre guide le plus sûr pour marcher à la conquête de la vérité dans notre science.

M. Rostan, dont je viens d'essayer d'analyser les travaux, fut un professeur de clinique des plus efficaces, et il nous a laissé également dans ce genre un ouvrage précieux. Il composait son enseignement de deux parties pour ainsi dire. Il faisait en effet, à l'amphithéâtre, des leçons sur les malades observés dans les salles, mais en outre, chaque matin, il exerçait les élèves eux-mêmes à l'étude directe du diagnostic et à l'application personnelle des procédés d'exploration médicale. C'est là assurément une excellente voie dans laquelle il faut s'efforcer de suivre et d'imiter M. Rostan, tout en désespérant de pouvoir jamais l'égaler, car il a eu à titre de professeur de clinique un succès considérable et qui ne s'est jamais démenti. S'il donnait aux élèves qui suivaient ses leçons des soins individuels tout à fait particuliers, ceux-ci savaient les reconnaître par leur assiduité et par leur affectueux respect.

Cet homme si net, si précis, si rigoureux dans ses écrits, avait le plus charmant caractère. Plein d'aménité, de sollicitude même, il restait cependant toujours un peu dans une réserve digne et élevée. « Ce n'était pas un maître qui se livrât beaucoup, » me disait encore, il y a peu de jours, mon ami M. Vigla, un de ses élèves les plus vivement attachés. Cette impression, je la comprends à merveille, car je l'ai éprouvée auprès de mon maître si aimé, auprès de Biett. Comme M. Rostan, il se donnait, mais il ne se livrait pas ; il était tout dévoué sans jamais effacer par son abandon la distance qui existait entre le maître et l'élève.

Cette nuance conservée, on peut dire de M. Rostan qu'il avait le désir et même le besoin de plaire. Cela résultait à la fois de son cœur excellent et de son amour pour le beau et pour les arts.

Quand vous entriez dans sa demeure, les tableaux de maîtres, les statues et mille autres objets précieux et pleins d'élégance vous révélaient dès l'abord l'instinct du beau et le bon goût plein d'atticisme qui distinguaient le maître du logis. Son langage correct et gracieux s'écoulait en phrases élégantes et bien faites, que rendaient plus charmantes encore le ton bienveillant et l'organe agréable de celui qui les prononçait. Joignez à cela une politesse exquise dans les manières, un geste sobre et distingué, et vous aurez de M. Rostan une idée malheureusement bien encore au-dessous de cette réalité que je n'ose pas espérer vous rendre aussi vivante que je le souhaiterais, quoique je l'aie nombre de fois contemplée avec un plaisir extrême.

Je vous parlais tout à l'heure de la bonté de son cœur ; ce n'est pas là, croyez-le bien, une phrase banale. Je ne vous en donnerai pour preuve qu'un seul trait. La personne qui me le racontait, il a peu de jours, avait les yeux humides des larmes d'une douce reconnaissance. A l'Hôtel-Dieu, tous les matins en arrivant, M. Rostan trouvait un jeune élève qui était attaché à son service, et lui, qui faisait grand cas de l'exactitude (politesse à laquelle il ne manquait jamais) avait remarqué cette qualité chez le modeste étudiant. Un matin le jeune homme est absent. M. Rostan s'informe, apprend qu'il est malade et monte au logis du patient, véritable logis d'étudiant, et nous savons ce que cela veut dire. Béranger nous l'a appris. Il trouve en effet son élève malade ; il le soigne, veille et pourvoit à tout. Et quand la convalescence fut complète, il arrive un matin et dit : Maintenant, mon cher enfant, il faut aller à la campagne pour vous remettre, il faut quitter Paris. Quitter Paris, aller à la campagne, mais avec quelles ressources ? disait clairement la figure du pauvre jeune homme. M. Rostan reprit : J'y ai pensé et je vous ai fait agréer pour accompagner un client dans un voyage ; les conditions sont avantageuses, vous aurez peu de fatigues et tout ira bien. Il se lève et va se retirer au milieu des remercîments de son élève tout ému par la reconnaissance. Puis se retournant tout à coup : A propos, ajoute-t-il d'un ton simple, vous aurez bien des petites emplettes à faire, votre famille est éloignée, il faut partir demain ; allons vite, faites vos préparatifs ! Il glisse alors dans la main de son protégé une somme qui permettait des somptuosités inaccoutumées dans les ajustements de notre jeune confrère, et le mettait à même de représenter dignement la médecine en cette occasion qui fut le premier échelon de sa petite fortune. Que de prévoyance attentive ! Que de bonté délicate !

Voilà l'homme que nous avons connu, vous comprendrez maintenant que je dise l'homme que nous avons aimé pendant tant d'années.

Hélas ! la maladie vint un jour et le força à la retraite. Son chagrin fut grand de quitter cette école qu'il aimait avant tout.

Pendant quelque temps il resta souffreteux, mais jouissant encore de sa famille, des amis dévoués et des élèves affectionnés, dont plusieurs étaient devenus des maîtres, qui se groupaient autour de lui avec une respectueuse tendresse. Bientôt la douleur se joignit à la faiblesse ; une cruelle complication, un énorme anthrax, fit prévoir la dernière heure. M. Rostan resta calme et tranquille, voyant sa fin avancer et ne se faisant à ce sujet, aucune illusion. « Je sais que cela est fini, disait-il, mais je souffre tant qu'il serait bon que tout fût terminé. » Puis il succomba. Mort pleine de résignation, de dignité que n'auront peut-être pas ceux-là qui le taxaient injustement d'athéisme ; mort qui pourrait consoler ceux qui le pleurent, si tant est que rien puisse jamais consoler.

Messieurs, notre maître nous a montré comment sait, et comment doit mourir le médecin. Il y a bien peu de temps nous avons encore reçu un enseignement aussi élevé. M. Trousseau a fini sa vie avec la même simplicité, avec la même noblesse. Lui aussi il a vu le terme fatal approcher ; il a calculé avec la même tranquillité la marche et l'arrivée de la mort ; il a tout préparé, tout disposé pour la recevoir à sa guise et pour que les derniers devoirs, qui lui seraient rendus, le fussent sans cette pompe et sans cet éclat qui semblent une survie de la vanité, et qui tentent, en quelque sorte, sous des oripaux de louange, de nous empêcher de voir ceux que nous aimons tels que la mort nous les a faits, alors qu'ils sont, selon la parole de Bossuet, dans un état tel qu'il n'a de nom dans aucune langue.

C'est à de tels hommes, c'est à de telles âmes que pensait La Fontaine quand il écrivait en parlant du sage :

Approche-t-il du but, quitte-t-il ce séjour,
Rien ne trouble sa fin, c'est le soir d'un beau jour.

Oui, c'est bien là la sérénité que nous a montrée M. Rostan, la sérénité que nous a montrée M. Trousseau. Rien n'a troublé leur fin, pas même les larmes qu'elle a fait couler.

Et maintenant, Messieurs, en présence de ces grands exemples, pour vous tous, comme pour moi, le vœu le plus désirable que je puisse former c'est qu'il nous soit donné de vivre comme ils ont vécu pour le bien de tous, et de mourir comme eux simplement, dignement, sans emphase et avec ce calme stoïque qu'ils ont gardé jusqu'à leur dernière heure.

M. LAUGIER proclame les noms des lauréats de la Faculté. Nous publierons cette liste dans notre prochain numéro.

M. le doyen WURTZ lève la séance.

CORRESPONDANCE

Lyon, 9 août 1867.

Monsieur le rédacteur,

Quoique, en fait de réforme syphiligraphique, j'attende tout des leçons que chaque praticien, maintenant mis en garde, va recevoir de l'expérience, je ne puis consentir à laisser mes idées sous l'appréciation de M. Montanier, qui les déclare *inintelligibles, contradictoires et fantaisistes* (*Gaz. des hôp.*, 6 août 1867).

Avant de me l'être entendu dire en face, je ne me croyais pas, je l'avoue, déchu à ce point de tout sens doctrinal et pratique.

N'est-il pas avéré, notamment pour la syphilis, qu'un virus peut être successivement dans deux états différents, savoir : en puissance, puis en action ? Qu'y a-t-il donc d'inintelligible à ce qu'un remède soit efficace contre l'un de ces deux états, et ne puisse rien sur l'autre ?

En donnant le mercure contre un chancre *fortement* induré datant de *quatre* semaines, — ce dont M. Montanier ne comprend pas le motif, — je ne fais qu'appliquer mon principe de réserver le mercure pour les cas de vérole *forte* et *pour le moment où le virus entre en action.*

M. Montanier « n'admet pas qu'on puisse, à l'avance, même dans le plus petit nombre de cas, déterminer l'intensité et la gravité d'une vérole constitutionnelle. » — Cela est fâcheux pour les malades de M. Montanier, qui, dans le doute, les gorge tous, et plusieurs sans besoin, de mercure.

Mais cet art de pronostiquer le degré de la vérole n'en est pas, pour cela, moins réel ; et si, au lieu de le nier, mon honorable confrère en avait, comme moi depuis douze ans, médité les règles, peut-être serait-il moins absolu dans sa dénégation. Qu'il y réfléchisse un instant. En présence d'un cas de variole, de choléra, de fièvre typhoïde, d'angine au début, tout médecin, au grand avantage du malade, prévoit le plus ou moins de gravité du mal. Et, pour la vérole, il serait impossible de le faire, irrationnel de l'essayer ! ! !... Si c'était un spécialiste qui eût écrit cela, avec quel dédain ne l'appelleriez-vous pas *spécialiste !*

Veuillez agréer, etc. P. DIDAY.

Le Dr Montanier n'a rien à répondre à la lettre de M. Diday, quoique la réponse fût cependant bien facile. Il maintient seulement ses appréciations antérieures et laisse juges de la question les lecteurs de la *Gazette*, qui connaissent toutes les pièces du procès. Ils ont pu lire en effet, *in extenso*, dans les colonnes de ce journal, la discussion entière de la *Société de Chirurgie*.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	100
Dr Ch. Fauvel	20
Un abonné	20
Dr Bitterlin	5
Dr Thelliez	5
Dr Barbot	10
MM. Charrière-Robert et Collin	20
Dr Lagarde	50
TOTAL	230

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers décrets ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier : M. Duruy, ministre de l'instruction publique.

Au grade d'officier : MM. Bolu, Fernet et Latour, médecins-majors de 1re classe. — Merche, vétérinaire principal.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Pollini, Chevrel, Briet, Julaux, Widal, médecins-majors de 1er classe ; — MM. Remy, Mathéon, Dupra, Grima di, médecins-majors de 2e classe, Roucher, pharmacien principal de 2e classe ; Dacam, Ligny, Poncet, Fégre, Imberton, vétérinaires.

— La *Revue de Paris* — que nous donnons à tous nos abonnés au prix de 16 francs, — publie dans sa livraison du 10 août, les articles suivants :

I. — FRANCIS LACOMBE. — Historiens contemporains : M. Guizot.
II. — AMAURY DE CAZANOVE. — La revanche du capitaine Georges Nouvelle (1er art.).
III. — A. LABUTTE. — La Normandie après la mort de Guillaume-le-Conquérant (3e et dernier art.)
IV. — RAOUL DE NAVERY. — Les plaies d'Egypte (4e art. et fin).
V. — E. DIONIS DU SÉJOUR. — Les médecins militaires et le service de santé en France (1er art.)
VI. — LOUIS ENAULT. — Exposition universelle : Beaux-Arts (2e art.)
VII. — JOURDAN (doyen de la Faculté des sciences de Lyon). — Vals et ses environs. (Géologie et paléontologie) (1er art.).
VIII. E. DE GRANVILLE. — Feuilles volantes.

Prix d'un numéro pris isolément, 3 francs.

Pour l'étranger, le prix de la poste, en plus, du prix de 16 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire de la langue française, par M. E. LITTRÉ, membre de l'Institut. La 16e livraison (3e du tome second) vient de paraître. — En vente le tome 1er ; 1 vol. grand in-4° de 2080 pages, broché, 45 fr. ; relié, 50 fr. — On vend séparément, 1re partie du tome 1er (A B C), 1 vol. broché, 22 fr. 50 ; relié, 27 fr. 50. — 2e partie du tome 1er (D E F G H), 1 vol. broché, 22 fr. 50 ; relié, 27 fr. 50. — Paris, 1867, L. Hachette et Ce.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. A-E.. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus,
suivant les derniers tarifs des postes

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL.

1re Séance — 16 août 1867.

OUVERTURE ET CONSTITUTION DU CONGRÈS.

Le congrès médical s'est ouvert au milieu d'une foule compacte de médecins étrangers et français. Le grand amphithéâtre de la Faculté était complétement rempli; un grand nombre de professeurs, de membres de l'Académie, avaient pris place autour de M. le professeur Bouillaud, président du comité d'organisation.

L'allocution du président, pleine de souvenirs du passé et d'espérances pour l'avenir, a été très-applaudie.

Les congrès internationaux pourront certainement devenir très-efficaces pour faire progresser la science, et resserrer les liens confraternels, s'ils entrent dans les habitudes et dans les mœurs des différents peuples. Nos voisins d'outre-Manche, plus habitués que nous aux grandes réunions, s'entendent peut-être mieux dans l'art de recevoir et de fêter leurs hôtes. Mais en toutes choses, il faut bien un apprentissage, et l'utilité des congrès doit s'affirmer par les résultats, avant d'être admise sans conteste. Jusqu'alors un grand nombre hésitent, ils n'apportent pas leur contingent de connaissances et de bonne volonté, et ils diminuent la foi commune et les chances de succès.

Les congrès ne pourront avoir tous leurs avantages que lorsqu'ils seront constitués comme de grandes assises, où viendront comparaître toutes les idées nouvelles, où les questions pendantes seront débattues, sans phraséologie, inutile par tous ceux qui veulent travailler activement aux progrès de la science: où, comme nous l'avons vu au congrès de Lyon à propos de la régénération des os, les expérimentateurs apporteront contradictoirement toutes leurs pièces et devront fournir à leurs adversaires toutes les explications utiles.

Alors on ne demandera plus «à quoi bon des congrès, lorsque l'on a des livres.» Le livre est un texte qu'on interprète comme on interprète tous les textes, en collaborant avec l'auteur plus qu'on ne le veut et qu'on ne le croit.

On lui prête une conviction, lorsqu'il avait une idée vague; on lui suppose une réserve de preuves et de faits qu'il n'a pas; on développe des conséquences qu'il n'avait pas prévues, qu'il ne pourrait admettre et pour lesquelles cependant on invoque son autorité; ou bien, au contraire, on se décide contre lui par des objections qui reposent sur un malentendu. D'ailleurs, la rédaction fournit toujours les faits arrangés: il faut les prendre isolément et les manier à son aise pour juger à fond ce qu'ils valent, quelques minutes d'explications verbales, instruiront plus souvent que des semaines de lecture.

Mais il faudrait évidemment que tous les faits en apparence contradictoires, tous ceux qui font l'objet du doute sur le sujet en discussion, soient exposés par les observateurs eux-mêmes, mis en présence les uns des autres; ceci ne peut se faire dans une Académie, dans une société qui comprend un nombre limité de membres; mais c'est possible dans un congrès.

Espérons donc, en l'avenir des congrès internationaux, grandes assemblées qui peuvent servir à vivifier les intelligences, à renverser les systèmes hasardés, à vulgariser les idées justes, et à faire connaître à chaque peuple les doctrines de ses voisins.

Après l'allocution, où se trouvaient exprimés les mêmes vœux avec plus d'éloquence, M. Bouillaud a été maintenu par acclamation, président, et le bureau, complété par les choix suivants qui ont été acceptés sans opposition.

Vice-présidents étrangers.

Professeur Virchow, de Berlin.
Professeur Hallo, de Prague.
Professeur Lambi, de Karkoff.
Professeur de Meric, de Londres.
Professeur Palasciano, de Naples.
Professeur Wleminckx, de Bruxelles.

Vice-présidents français.

Professeur Bérard, de Montpellier; Professeur Gintrac, de Bordeaux; Professeur baron Larrey, de Paris; docteur Ricord de Paris; Professeur Roux, de Toulon; Professeur Tessier, de Lyon.

Secrétaire général Dr Jaccoud. — Secrétaire-Trésorier Dr Vidal. Secrétaire des séances Drs Ball, Bricheteau, Cornil, Desnos, H. Gintrac, Proust.

Plusieurs ministres ont accepté le titre de membres honoraires; ce sont:

Les Ministres de l'instruction publique de France, de Russie, de Prusse;

Les Ministres de l'intérieur de Belgique, de Hollande, de Portugal;

M. le comte d'Avia, vice-président de l'Académie des sciences de Lisbonne est également membre honoraire.

Plusieurs gouvernements et plussieurs Sociétés savantes ont envoyé des délégués.

En voici la liste:

Délégués des gouvernements:

Bavière. — Professeur Seitz, de Munich.
Belgique. — Professeur Crocq, de Bruxelles.
France. — Professeur Denonvilliers, de Paris.
Portugal. — Professeur Barbosa, de Lisbonne.
Prusse. — Professeur Frérichs, de Berlin.

Délégués des Sociétés savantes

Société des sciences médicales de Lyon. — M. Chatin.
Société de médecine de Bordeaux. — MM. Sarraméa, Dubreuilh fils, Borret, Roziez, Méran, Delmas.
British médical association. — M. Hart rédacteur en chef du *Britik médeal journal.*
Académie de médecine de Turin. — Professeurs Demaria, Borelli, Dr Brizzetti.
Association générale des médecins italiens. — Drs Castiglioni, Galligo.
Comité médical de Chieti. — Professeur de Meis.
Société impériale de Constantinople. — Docteur Fauvel.
Association médicale américaine. — Drs Boinsnur, de Brown Séquard; Fordyce Bertier, de New-York; Dr Tyler, du Massachussets; Dr Pope, du Missouri; Dr Wilson Ywell, de Pensylvanie; Dr Pinckney.
Société médicale de l'Etat de New-York. — Professeurs Dalton, Hutchinson, Aldan March, docteurs Fergusson, Driers, Thompson.
Académie de médecine de New-York. — Drs Bertier, Smith, Dalton.
Collége de médecine de Philadelphie. — Drs Lewis, Norris, Wilson, Jewel.
Société médical du Kentucky. — Drs Jenkins, L. Smith, Yardell.
Société médicale de Suffolk (Massachussets). — Drs Brown, Colman, Cowledge, Syler, Stearnes, Upham, Fors.
Université de la Louisiane. — Professeur F. Richardson.
Société médicale de l'état de Rhode. Island. — Professeur G. Colins.
Société médicale du comté de Johnson (Jowa), dr W. Vogt.
Collége médicale de San Francisco. — dr Loyan.
Société médicale américaine de Paris. — dr Johnston.

PREMIÈRE QUESTION.

Anatomie pathologique et physiologie du tubercule

Nos lecteurs savent que cette question est une des plus controversée à notre époque, aussi ne seront-ils point étonnés d'apprendre qu'une séance n'a pas suffi pour la traiter.

On a entendu la lecture de quatre mémoires; puis la discussion s'est engagée et doit reprendre lundi prochain.

On sait que M. Villemin faisait d'abord partie de l'école de Virchow, il ne regardait alors comme vraiment tuberculeuse que la granulation grise, demi-transparente, et il en distinguait ce que cette école a nommé pneumonie caséeuse. Maintenant à ses yeux, toutes ces altérations sont tuberculeuses au même titre.

Voici un extrait du travail qu'il a présenté sur ce sujet.

M. Villemin. — Schématique on peut représenter la nodosité tuberculeuse par trois zones concentriques, correspondant à trois degrés différents dans l'évolution des éléments qui concourent à sa formation: une zone externe, où l'on voit des cellules déjà plus volumineuses que celles du tissu normal et dans lesquels apparaissent plusieurs noyaux; une zone moyenne, représentée par des éléments de diverses dimensions, plus ou moins serrés les uns contre les autres et renfermant un nombre variable de noyaux, c'est la zone proliférante; enfin une zone interne centrale, où se trouvent accumulés les noyaux et les petites cellules qui semblent être, comme les globules de pus dans l'inflammation, le produit final de la multiplication des éléments. Cependant il est bien rare de rencontrer des cellules de dimension plus grande.

La métamorphose régressive des tubercules ne se présente pas toujours sous le même aspect. Dans certains cas, il se forme des granulations graisseuses très-petites et relativement rares; les éléments prennent un reflet brillant, se ratatinent et se déforment comme s'ils étaient desséchés. C'est une sorte de momification, comme dit M. Kuss. D'autrefois les globules graisseux sont plus volumineux et plus abondants.

Nous pensons que ces deux formes de la transformation régressive tendent à deux terminaisons différentes: la première nous semble aboutir plus facilement à la crétification, et la deuxième au ramollissement.

Parfois on observe des granulations qui renferment à peine quelques éléments de petites dimensions à leur centre, et se composent en majeure partie de cellules de grandeur variable, en voie de multiplication active, qui se détruisent par la métamorphose rétrograde, avant que la prolifération ne soit arrivée à son dernier terme. Une coupe pratiquée dans une nodosité de cette espèce paraît constituer, presque dans tout son ensemble, par des éléments semblables à ceux qu'on trouve dans la zone moyenne. Il y a prédominance de cellules volumineuses sur les noyaux et les petites cellules, tandis qu'au contraire, dans la granulation-type, les éléments de grandes dimensions sont exceptionnels dans les parties centrales et même rares dans la zone moyenne. La transformation nécrobiotique s'empare quand même des nodosités ainsi constituées et dont l'évolution semble inachevée.

Dans la granulation-type, la nécrobiose atteint aussi parfois les grosses cellules en voie de prolifération; ce qui peut tenir à l'oblitération des vaisseaux par des nodosités rapprochées les unes des autres.

Les cellules, ainsi privées de matériaux nutritifs, meurent; et telle est sans doute la cause de la marche rapide de certaines phthisies.

Dans la tuberculisation pulmonaire, on rencontre bien des granulations qui siégent dans le tissu conjonctif interlobulaire; mais le plus grand nombre est situé dans les vésicules elles-mêmes, qu'on trouve remplies de cellules en voie de multiplication.

Dans le principe, nous considérons ce contenu des vésicules, comme un produit appartenant à l'épithélium pulmonaire et distinct des granulations tuberculeuses; mais nous avons abandonné cette interprétation.

Nous nous sommes assurés que la cloison qui sépare deux vésicules l'une de l'autre n'est pas une membrane homogène, mais qu'elle renferme dans son épaisseur un élément cellulaire qui lui est propre, ce qui fait de cette membrane un véritable tissu d'espèce conjonctive, qui peut être le siége de granulations, aussi bien que le tissu cellulaire inter-lobulaire. Quant à l'existence d'une couche épithéliale, à la surface interne des alvéoles, elle nous a paru problématique.

Dans les poumons, la granulation tuberculeuse présente, comme ailleurs, des cellules plus considérables vers la circonférence; elles y sont même parfois très-considérables, contenant de dix à quinze noyaux qui prolifèrent à leur tour. Les alvéoles sont remplies par cette prolifération, et souvent la nécrobiose s'empare à la fois de tous les éléments, non-seulement de tous ceux qui, petits, forment le centre des foyers, mais de ceux qui se trouvent vers la circonférence et sont encore en voie de multiplication.

Ceci arrive surtout quand les foyers sont très-rapprochés les uns des autres. Alors une coupe pratiquée dans ces parties ne laisse presque voir que des cellules proliférantes, remplissant plus ou moins complètement les alvéoles. C'est à cette forme que l'on a donné les noms de *pneumonie caséeuse, tuberculeuse, épithéliale, disséminée, chronique.*

Mais ces éléments proviennent manifestement des noyaux-cellules qui font partie de la cloison des vésicules; et dans les tubercules des séreuses, des muqueuses, des ganglions lymphatiques, etc, la zone proliférante se compose de cellules absolument identiques pour la forme, les dimensions ou tout autre caractère. Ce n'est que par la compression des unes contre les autres qu'elles prennent quelquefois des faces planes qui leur donnent parfois un aspect épithélial. Elles ne sont jamais soudées entre elles.

Du reste, dans un tissu conjonctif la tuméfaction et la prolifération cellulaire ne diffèrent pas de la tuméfaction et de la prolifération inflammatoires; ce n'est que par le stade final qu'on peut juger de la nature du processus. L'inflammation aboutit au pus ou à la sclérose; le tubercule à une métamorphose graisseuse, à une nécrobiose hâtive, comme dans ce qu'on appelle pneumonie caséeuse.

Si dans celle-ci on avait affaire à un produit inflammatoire, de nature épithéliale surtout, on n'aurait pas, comme cela a lieu, une suppression de la circulation dans les parties malades, et le poumon au lieu de prendre, dès le début, l'aspect anémique et la consistance sèche, serait remarquable au contraire par la turgescence et l'engouement qui caractérisent les processus inflammatoires.

M. Villemin rappelle que le tubercule ressemble aux tissus lymphatiques par les éléments qui le constituent, et par sa tendance à éprouver la dégénérescence caséeuse. Les granulations de la morve, les gommes de la syphilis s'en rapprochent par leur aspect, leurs éléments histologiques et leur évolution.

Ainsi donc, la question de la spécificité anatomique du tubercule doit être résolue dans le sens de la négative. Le globule spécifique n'existe pas et les autres caractères tirés de l'ensemble de l'évolution histologique, pour être plus sûrs que la forme élémentaire seule, n'en sont pas moins insuffisants.

La granulation morveuse, la gomme syphilitique et le tubercule se présentant comme trois espèces du même genre, et les deux premières étant inoculables, nous nous sommes demandés si la troisième ne le serait pas. L'expérimentation a répondu. Dans un ouvrage très-prochain, nous essayerons de mettre en lumière la spécificité de la tuberculose.

Ainsi, d'après M. Villemin, la tuberculose serait spécifique

quant à sa cause, quant à sa nature, mais non pas quant à ses produits. Ceux-ci, très-différents des produits inflammatoires dans leur période terminale, en ce qu'ils prendraient plus tôt la forme caséuse, se rapprocheraient au contraire des produits de la syphilis et de la morve, deux affections essentiellement communicables et spécifiques.

M. le professeur Sangalli, de Pavie, assimile aussi la granulation à la pneumonie caséuse. Il trouve des deux parts les mêmes éléments, se succédant dans le même ordre; mais ce qui le frappe principalement, c'est l'affinité de la tuberculose avec l'inflammation; il attribue la production de la granulation ou de l'infiltration tuberculeuse à l'action d'un stimulus, qui se manifeste d'abord par l'hyperémie.

Du reste, il aurait observé que les affections tuberculeuses peuvent revêtir une forme différente selon l'organe qu'elles atteignent : qu'ainsi, dans l'utérus, elles peuvent donner naissance à de nouvelles fibres organiques.

Voici un extrait de la statistique que le docteur Sangalli a communiqué au congrès, en résumant un grand ouvrage qu'il a publié récemment sur la tuberculose :

M. Sangally.— Dans l'hôpital civil de Pavie, un huitième des malades meurent de tubercules. Dans le territoire de Pavie, ce sont les fièvres intermittentes qui dominent.

Sur 292 cas de phthisie, j'ai compté 163 femmes, et 129 hommes. 35 avaient été atteints dans les dix premières années; dont 1 mourut le 15e et un autre le 50e jour après la naissance.

56 entre 10 et 20 ans.
76 » 20 et 30
38 » 30 et 50
35 » 50 et 76, dont un vieillard de 74 ans.

Il n'existe pas d'antagonisme entre les fièvres intermitentes et la tuberculose; j'ai trouvé la rate hypertrophiée dans 25 cas sur 144.

La scrofule dispose à la tuberculose; chez les scrofuleux, les violences extérieures produisent parfois la tuberculose des os et ensuite des organes internes. Je n'ai vu que deux cas de scrofule des glandes superficielles et des os suivis de mort, sans manifestations internes de tuberculose.

Deux fois, j'ai observé le développement simultané de la tuberculose et du cancer; une autre fois, le cancer s'est développé, quand la tuberculose était sur le point de guérir; et deux autres, quand elle était déjà guérie.

Tout en rapprochant la tuberculose des inflammations, et particulièrement des inflammations scrofuleuses, M. Sangalli ne semble pas nier d'une manière absolue, qu'elle ait quelque chose de spécial sinon dans ses caractères, du moins dans sa marche et la rapidité de son évolution.

M. le professeur Crocq, de Bruxelles va plus loin. Dans un mémoire très-érudit, dans lequel il rappelle et discute les opinions émises sur la tuberculose depuis le commencement de ce siècle, il assimile complétement le processus tuberculeux au processus inflammatoire.

Voici comment il développe ses opinions sur ce sujet:

M. le professeur Crocq — Nous ne trouvons qu'un seul type auquel nous puissions rapporter avec précision les cellules de la granulation grise : c'est celui descellules de la lymphe et des ganglions lymphatiques, celui des globulesblancs du sang et du mucus qui sont aussi le sglobules du pus, en un mot, à celui des leucocytes.

Ce qui constitue les granulations tuberculeuses grises, ce sont donc les leucocytes. Ce qui les distingue du pus, c'est, avant tout, l'absence de substance intercellulaire; ces leucocytes sont petits, parce qu'ils ne baignent pas dans un liquide; ils n'ont qu'un seul noyau peu volumineux, parce qu'ils n'ont pas une grande vitalité, une grande tendance à se multiplier.

Ces leucocytes peuvent reconnaître pour point de départ les cellules connectives, et aussi les cellules épithéliales; dans le premier cas, les granulations qu'elles forment sont entourées d'une coque de tissu connectif épaisse, qui concourt, en grande partie, à leur donner leur consistance et qui détermine la saillie qu'elles font, à la coupe, sur les tissus environnants.

(Examinant ensuite les éléments dont se compose l'infiltration grise, M. Crocq les trouve semblables à ceux de la granulation grise, et, d'accord avec la plupart des histologistes modernes, il attribue à la métamorphose graisseuse de ces produits morbides la granulation jaune et l'infiltration jaune)

Ces faits étant posés, jetons sur le développement des tubercules un coup-d'œil général, qui nous fasse bien comprendre ses rapports avec les autres actes pathologiques de l'économie.

Lorsqu'on examine un organe, dans lequel des tubercules se développent, on y voit des points ou des taches offrant une vascularisation considérable. Parfois le centre de ces points est déjà consistant et élastique. Ces points passent, par transitions insensibles, à la granulation tuberculeuse, qui est toujours entourée d'une zone vasculaire bien développée. L'examen microscopique y fait reconnaître des vaisseaux nombreux et volumineux qui rampent à la surface du tubercule, et qui, par place, paraissent pénétrer dans son intérieur.

Injection, infiltration gélatiniforme, puis grise, etc., voilà les phénomènes dont sont le siége les parties envahies par la tuberculose, et ces phénomènes présentent, avec ceux qui président au développement de l'inflammation, une ressemblance telle qu'en décrivant l'une on décrit involontairement l'autre : vascularisation et replétion des tissus par des matériaux dûs à l'exsudation, voilà ce qu'on trouve également d'abord dans les deux cas.

Dans l'inflammation aussi, les éléments cellulaires des tissus connectifs s'engorgent, se gonflent, s'obscurcissent et enfin donnent naissance à de nouvelles générations de cellules semblables aux leucocytes. Ces nouvelles cellules ont quatre destinations :

1° Elles se détruisent et leurs matériaux sont résorbés ;

2° Elles se transforment en cellules connectives nouvelles;

3° Elles nagent dans une substance intercellulaire liquide et constituent le pus :

4° Elles subissent la dégénérescence graisseuse, et forment des amas qui peuvent séjourner indéfiniment dans les tissus et s'imprégner de sels calcaires.

Les seules différences qu'on puisse signaler entre les produits tuberculeux et inflammatoires, le volume moindre des cellules, semblables au leucocyte, leur noyau unique, l'absence de liquide intercellulaire, toutes ces différences se résument dans celle-ci : c'est qu'il y a dans la tuberculose une énergie moins grande de la force formatrice que dans les formes considérées généralement comme inflammatoires.

Les symptômes des tuberculoses, et spécialement de celles du poumon, se confondent avec ceux des phlegmasies chroniques, de la pneumonie et de la bronchite à marche lente; quant à la tuberculose aiguë, la nature et les fonctions de l'organe, affecté généralement dans toute son étendue, nous rendent compte des faits que nous y rencontrons. On peut distinguer, d'après leurs siéges, trois espèces différentes de phlegmasies pulmonaires ordinaires : la pneumonie lobaire, la pneumonie lobulaire ou bronchio-pneumonie intéressant des lobules isolés, enfin la pneumonie vésiculaire bornée à des points constitués par un seul infundibulum ou par un petit nombre d'entre eux. Voilà aussi les trois formes de la tuberculisation, que nous pouvons parfaitement, d'après ce qui précède, considérer comme reconnaissant pour point de départ une pneumonie de forme spéciale que nous appellerons pneumonie tuberculeuse.

Dira-t-on que les tubercules soient le résultat d'une maladie générale ou d'une altération du sang? Aucune analyse n'a démontré l'existence de cette dernière. Un des arguments les plus forts des partisans de ces idées, c'est la transmission héréditaire de la tuberculisation. Mais ce n'est pas la tuberculisation elle-même qui est transmise. J'ai bien souvent ouvert des fœtus et des enfants provenant de femmes tuberculeuses, et je n'ai jamais chez eux trouvé de tubercules.

On n'hérite que de la prédisposition, c'est-à-dire d'un certain type dans la structure interne des tissus qui les rend accessible à tel ordre déterminé de phénomènes pathologiques.

Il résulte de ces considérations que la tuberculisation n'est nullement une maladie spéciale ou spécifique, reconnaissant pour cause un vice du sang, mais une affection de même ordre que les inflammations, dont elle ne diffère que fort peu.

Le traitement de la tuberculisation n'est autre que le traitement des phlegmasies des mêmes organes : les antiphlogistiques, les révulsifs et les modificateurs appropriés, appliqués selon les indications.

Les opinions de M. Lebert, que nous allons maintenant faire connaître, sont à peu près les mêmes que celles de M. Crocq, sauf qu'elles se fondent sur des expériences récemment faites sur des animaux.

M. Lebert. — Ces expériences ont été faites dans mon laboratoire avec mon excellent chef de laboratoire, M. le docteur Wyss; toutes fois des divergences d'opinion existant entre nous sur l'interprétation des faitsobservés par la voie expérimentale, je prends sur moi toute la responsabilité de ces généralités.

Nos expériences sont au nombre de 45, sans compter les très-nombreuses non achevées.

Une première série de 11 se rapporte à la transmission des produits de la pneumonie disséminée chronique, de l'adénite chronique d'apparence tuberculeuse et de granulations tuberculeuses des poumons.

Deux expériences se rapportent à mes anciennes recherches sur la pyohémie. Deux chiens auxquels de nombreuses injections de pus ont été faites dans les veines, ont présenté, l'un des granulations récentes dans les poumons, l'autre dans les poumons et le foie, l'un et l'autre offrant la structure des tubercules dans ces granulations.

Dans 9 expériences, des produits d'expectorationet de cavernes ont été, comme dans les 11 premières injectees sous la peau. Ces animaux ont succombé à la pyohémie, ou à la septicmie, et n'ont pas présenté de granulations d'infection.

Dans la 23e expérience, une fistule bilaire est établie à un chien pour des expériences sur l'empoisonnement par le phosphore; après une semaine le chien commence à tousser, et à l'autopsie il présente des granulations pulmonaires récentes, ayant les mêmes caractères que celles produites dans la première série d'expériences par les granulations pulmonaires, et les petits foyers pneumoniques disséminés.

Les expériences 25 à 35 se rapportent à la transmission de divers produits morbides, de glandes lymphatiques hypertrophiées, de mélanose du cheval, de tumeurs fibroplastiques, cancroïdales et cancéreuses.

Les dix dernières expériences ont trait à des injections de charbon ou de mercure dans la veine jugulaire; celui-ci a été introduit une fois directement dans la trachée.

Nous allons résumer les résultats de toutes ces expériences en commençant par les dernières dui sont les plus simples ;

Le charbon a produit de petites embolies, suivies d'hyperplasie cellulaire, de petites granulations et même d'irritation et de multiplication cellulaire plus étendue, alvéolaire, tubulaire, etc, s'étendant aux cellules du tissu conjonctif comme à celles du type épithélial.

Le mercure a provoqué en outre un véritable travail inflammatoire, endophlébite pour les veines, inflammation de la tunique externe, exartérite et périartérite pour les artères, ainsi que j'avais déjà prouvé en 1850. Ici nous trouvons l'hyperplasie cellulaire de la tunique externe de l'artère, sous formede granulations ; ou, plus diffuse, s'étendant au loin à la surface du vaisseau. A un plus haut degré, le même travail s'étend de proche en proche, formant des granulations, des foyers inflammatoires solides ou en en voie de suppuration, et par suite. des bronchiectasies même, et des cavernes. Un autre fait plus remarquable encore, est que même là où le mercure n'a point pénétré, des granulations d'apparence tuberculeuse peuvent se former et des glandes lymphatiques peuvent s'infiltrer, à la façon des glandes dites tuberculeuses.

En inoculant des produits morbides, on observe, d'une part une irritation locale plus forte, et d'autre part aussi des granulations nombreuses dans des organes différents, sans action locale,

(Ici M. Lebert suppose qu'un suc infectant pénétrant ,d'une part, à travers les lymphatiques et, d'autre part, surtout à travers les veines où il se combine avec les éléments du sang, arrive par le cœur dans les capillaires pulmonaires où il forme des foyers d'obstruction, et de là en partie dans l'aorte, le tronc cœliaque, les artères hépatique, splenique et rénale.)

L'impossibilité de bien injecter les vaisseaux des foyers d'infection prouve une obstruction mécanique, mais il doit y avoir aussi un agent chimique d'irritation, qui doit faire transsuder du liquide à travers les capillaires obstrués ; et l'obstruction seule, ainsi que l'hyperhémie collatérale ne rendent pas suffisamment compte de cette hyperhémie cellulaire si notable.

Lorsque les capillaires des alvéoles pulmonaires sont obstrués, la fluxion collatérale a surtout lieu dans les dernières ramifications des artères bronchiques vers la terminaison des bronchioles. Ce fait vient à l'appui de l'opinion que nous avons émise que l'hyperplasie cellulaire s'étend des bronchioles aux alvéoles, car ce sont les bronchioles qui reçoivent le plus des matériaux nutritifs.

Il est très-probable que dans toutes ces infections les lois générales d'irritation et d'hyperplasie cellulaire dominent.

Nous voyons ainsi des produits morbides différents : ceux de la pneumonie disséminée chronique, des granulations dites tuberculeuses, des glandes lymphathiques chroniquement infiltrées, de la mélanose et du carcinome, provoquer des granulations d'infection à peu près identiques, ainsi qu'un travail d'hyperplasie aussi bien dans les cellules du tissu conjonctif que dans les éphitéliums; et les différences d'aspect ne tenir qu'à l'âge différent, aux changements progressifs ou regressifs des tissus.

Ces produits de métamorphoses cellulaires regressives absorbées engendrent de nouveaux foyers d'infection par irradiation et propagation au loin, et c'est ainsi que l'infection se perpétue et se multiplie.

Rien n'est plus vague aujourd'hui que la définition du tubercule qui, naissant d'un travail phlegmasique a pour résultat, jusque dans ses plus petits produits d'infection secondaire ,des granulations à structure identique à la prolifération inflammatoire du tissu conjonctif; granulations souvent entourées d'une hyperplasie inflammatoire diffuse.

Le tubercule est un produit éminemment hyperplasique qu'aucune délimitation stricte ne sépare de l'inflammation, et que nous ne saurions assimiler aux produits accidentels proprement dits.

Après la lecture de ce mémoire, faite par M. Jaccoud, en l'absence de M. Lebert, M. Hérard prit la parole.

La première partie de son discours fut un exposé lumineux de ses doctrines sur la tuberculose, un ɹnəɯnooɹ du récent ouvrage sur la phthisie pulmonaire qu'il a publié en collaboration avec M. Cornil.

Nous en avons déjà parlé, et nous rappellerons seulement que MM. Hérard et Cornil trouvent dans la granulation la seule lésion caractéristique de la tuberculose, l'isolant plus encore que ne le ferait Virchow, de la pneumonie caséeuse, produit inflammatoire et secondaire à leurs yeux.

Un autre auteur, M. Empis, sépare aussi la granulation grise des autres produits, mais pour en faire une maladie spéciale, distincte de la tuberculose, la granulie. M. Hérard objecte avec raison qu'on trouve des granulations grises dans toutes les formes, aiguës ou chroniques de la tuberculose : ce qui ne permet pas de les en séparer.

Il oppose l'opinion de Smith sur l'existence d'un épithelium dans les vésicules pulmonaires, à M. Villemin, qui, refusant d'admettre cet épithelium, rattachant les produits intra-alvéolaires à l'hyperplasie de cellules conjonctions, les assimile ainsi aux granulations grises.

Quand aux résultats positifs qu'a donnés l'inoculation de ces produits, M. Hérard l'explique par ce fait, que la pneumonie dite caséuse, bien qu'inflammatoire, a reçu l'empreinte de la maladie tuberculeuse qui l'a provoquée, comme l'urtérite reçoit l'empreinte de la maladie blennorrhagique et devient capable de la transmettre.

Après avoir repoussé l'opinion de ceux qui rattachent, comme Virchow, les inflammations caséeuses à la scrofule, qu'il a trouvée bien plus rarement associée que les granulations à la pneumonie caséuse, M. Hérard aborde la question de savoir si cette pneumonie suit ou précède les granulations.

L'École allemande, en général, suppose qu'elle les précède; que les granulations sont causées par la métastase et par la généralisation des produits caséux ; que l'affection change de physionomie quand les granulations surviennent. M. Hérard croit, au contraire, à la granulation.

Souvent on les trouve isolées sans inflammation caséeuse dans aucun organe. Souvent aussi, cliniquement, on peut soupçonner leur existence par les phénomènes stétoscopiques, la respiration rude, la toux sèche, etc., avant que la matité, les râles sons-crépitants, etc., ne soient venus révéler quelque pneumonie.

Après le discours de M. Hérard, M. Villemin prit place à la tribune dans les idées les plus conciliantes.

Du moment où M. Hérard admet que la pneumonie caséeuse peut naître sous l'influence de la tuberculose et en recevoir l'empreinte, M. Villemin ne veut pas s'arrêter à discuter les dimensions réelles des éléments histologiques qui la constituent.

Les éléments pourraient être plus gros que ceux des granulations grises, sans que ces deux sortes de lésions soient différentes dans eur cause et leur essence.

Ne voit-on pas des formes très-diverses provenir également de la syphilis, des plaques muqueuses, des periostites, des gommes, etc.? Ce n'est pas la lésion anatomique qui fait la maladie : c'est la cause.

Quant à la dureté des granulations, à leur saillie, dont on a fait un caractère différentiel, elle ne se rencontre pas toujours; parfois il se fait des éruptions de granulations molles et peu saillantes. On observe tous les degrés.

Quant aux notions que le stéthoscope peut nous donner sur la nature des lésions pulmonaires, elles sont minimes. Il révèle une induration sans en faire connaître la cause.

M. Villemin croit que les granulations et les pneumonies caséeuses, étant de même nature, peuvent coexister ou se succéder indifféremment.

Heureux de voir M. le professeur Crocq admettre l'identité de la granulation et de la pneumonie caséeuse, il se met d'accord avec lui pour reconnaître que le tubercule, sous l'une ou l'autre forme, est précédé de congestion, d'hyperémie, d'engouement local, qui se révèle par la production de noyaux rouges.

M. Villemin objecte aux expériences de M. Lebert que si les infarctus, suites d'embolies, ressemblent aux produits tuberculeux, ils en diffèrent au moins par leur manque de généralisation.

La généralisation caractérise les maladies spécifiques, le tubercule, la morve, la syphilis.

Les vétérinaires avaient voulu distinguer plusieurs genres de morve; d'après les apparences et le siége des lésions, mais ils sont bientôt revenus de cette erreur.

La morve, comme la tuberculose, sont dues à des causes générales et leurs produits se généralisent : les embolies ne se généralisent pas.

Quand M. Lebert a obtenu de vrais tubercules généralisés, il avait inoculé des éléments soit de granulations, soit de pneumonie caséeuse, soit d'adénite caséeuse, c'est-à-dire des produits de la tuberculose. Ses expériences confirment donc les conclusions de M. Villemin.

Ce discours était à la paix, et l'on pouvait croire en l'écoutant, que les adversaires, déposant les armes, allaient signer un accord. Mais qui ne voit combien cet accord serait illusoire.

Si M Hérard se rapproche de M. Villemin lorsqu'il admet implicitement la spécificité de la tuberculose, dans sa cause et dans son essence, il s'en écarte en distinguant la pneumonie caséuse, produit inflammatoire, de la granulation, produit spécial, sinon spécifique.

Pour combler la distance, il ne peut pas suffire que M. Hérard reconnaisse l'empreinte de la tuberculose dans la pneumonie caséeuse qu'ont provoqué les granulations, tant qu'il considère ces dernières comme seules caractéristiques.

Les expériences de M. Lebert sont moins favorables aux doctrines de M. Villemin que celui-ci ne le suppose; car M. Lebert note expressément que la mélanose, le pus, le mercure même lui ont donné des granulations généralisées, tuberculeuses d'apparences.

Enfin si M. Crocq assimile l'une à l'autre la granulation grise et la pneumonie caséeuse, c'est pour les faire rentrer également dans le cadre des inflammations ordinaires.

En joignant à ces théories : celle de Virchow qui considère les granulations grises comme étant un produit souvent secondaire et metastatique, bien qu'il leur réserve le nom de tubercule ;

Celle de M. Empis qui en fait une affection distincte de la tuberculisation, on pourrait croire qu'on a enfin épuisé la liste des nuances possibles dans les systèmes sur ce sujet : il n'en est rien.

M. Mougeot (de Bar-sur-Aube) a fait comme nos lecteurs le savent, des recherches intéressantes sur l'absorption, les sécrétions et la dialysie. Il est venu prendre la parole pour expliquer par les lois de l'osmose la prodution des tubercules.

M. Empis, dit-il, touche à la vérité dans ses études sur la granulie; mais il y touche seulement.

Le fait est que les substances colloïdes ne peuvent traverser les septa-membraneux, s'ils ne sont pas soumis à une forte pression. Il faut donc une forte pression pour les faire sortir des vaisseaux qui les contiennent, et constitue par leur dépôt dans les tissus les granulations ou infiltrations tuberculeuses.

C'est pourquoi toutes les affections qui causent la tuberculose, la scarlatine, la rougeole, etc.; sont celles dans lesquelles on trouve une pression sanguine énorme. Alors aussi il peut se faire des infiltrations à la surface des séreuses comme dans l'hydrocéphale aigue.

L'indication principale est donc de modérer la circulation pour prévenir le développement des tubercules. Parmi les modérants, les tempérants on peut signaler le sel de nitre.

En terminant, M. Mougeot signale les bons effets que plusieurs malades atteints de cavernes ont éprouvé de la respiration des poussières fines, qui remplissent l'atmosphère à une courte distance des fabriques de chaux hydraulique.

Nous avons entendu ensuite quelques réflexions de M. Crocq sur le peu de justesse du terme inflammation, en général, et sur l'impossibilité de rapprocher le tubercule, lésion locale, de la scrofule, affection générale et diathésique ;

Puis un résumé de M. Jourdain sur l'état actuel de la question ;

Enfin une communication intéressante de M. Berthet sur l'inoculation de la tuberculose par cohabitation conjugale ; il a vu notamment mourir plusieurs femmes de phthisie qu'elles avaient contractée auprès de leurs maris phthisiques.

M. Galligo de Florence a rappelé que telle était l'opinion de Vardi, et la suite de la discussion a remise à une autre séance.

Lorsqu'elle sera entièrement terminée, nous étudierons les résultats auxquels elle aura pu conduire.

2e SEANCE.

Samedi 17 avril 1867, 10 heures du soir.

L'espace nous manque pour renre compte de cette séance, qui dura trois heures.

L'affluence fut aussi grande qu'à la première, bien que ce fut une séance complémentaire.

Nous mentionnons seulement :

1° Un mémoire de M. le docteur Ramières (de Madrid) sur le traitement des abcès du foie, par la ponction faite avec un trocart, sans qu'on provoquat d'adhérences, et sur la parfaite innocuité de cette ponction. Nous reviendrons sur ce mémoire en mettant en regard les curieuses expériences faites par la société médicale d'Alexandrie (Egypte) sur des animaux dont le foie fut traversé à plusieurs reprises par un trocart, sans qu'il se produisit aucun accident grave.

2° Un travail de M. le docteur Gallezowski sur les altérations tuberculeuses de la choroïde, du nerf optique et de la rétine.

Nous en reparlerons ainsi que des critiques qu'il a provoquées de la part de M. Bouchut.

3° Diverses communications sur le traitement de la phthisie par MM. Jourdain, Maréchal de Calvi, Lombard (de Genève), Auzias Turenne, le professeur O'Leary, impossible dans notre pays, où l'on regarderait comme un devoir de la violer.

Ceux qui ne sont pas au courant de la législation française, peuvent assimiler à des lois des ordonnances de police, dont la dernière date de 1832, et qui voulaient en effet contraindre les médecins à dénoncer les blessés qui demanderaient leurs soins ; mais les ordonnances de police ne sont pas des lois ; la jurisprudence est unanime pour leur refuser toute autorité en pareille matière, et pour faire prévaloir en fait comme en droit, le principe du secret médical, proclamé du reste et sanctionné par l'article 378 de notre Code pénal.

1° En Italie, les médecins ne sont plus incapables de recevoir par testament, des malades qu'ils ont soignés pendant leur dernière maladie.

2° Le privilège si restreint des médecins pour soins donnés pendant la dernière maladie, privilège au sujet desquels nous avons publié dans la Gazette des hôpitaux quelques articles que M. Palasciano nous a fait l'honneur de rappeler, ce privilège a été rendu plus efficace; car il s'applique aux soins donnés pour toutes maladie pendant 6 mois.

3° On a complété une rente en faveur des veuves et des enfants de médecins morts pendant une épidémie.

4° Enfin, M. Palasciano a émis l'espoir qu'en Italie on ne forcerait plus bientôt les médecins à dénoncer les crimes ou les délits dont ils pourraient avoir connaissance dans l'exercice de leur profession. M. Palacsiano semblait croire qu'en France nous étions obligés à cette dénonciation.

Je ne pouvais admettre que les médecins étrangers importassent de notre nation, des médecins français et de la loi Faançaise, une idée se défavorable. J'ai donc dû rétablir les faits. J'ai dit qu'aucune loi n'obligeait les médecins à révéler les crimes qu'ils avaient pu connaître dans l'exercice de leur fonction.

5° Une proposition de M. le docteur Van-Lohe (de Hollande) qui demandait à ce que le congrès ne se nommât point international, puisqu'il s'occupait exclusivement de questions scientifiques, et non pas de questions vraiment internationales, telles qu'organisation ou législation médicale.

A ce sujet, M. le professeur Palasciano, de Naples, membre du Parlement Italien, a raconté quelles modifications avantageuses avait reçue en Italie la législation médicale

M. le professeur Crocq a signalé quelques graves imperfections qu'il a remarquées dans la loi belge, en ce qui touche les médecins, et M. Bouillaud a clos l'incident en faisant remarquer que ces graves questions demanderaient toute la durée d'un congrès spécial et qu'elles ne figuraient pas sur le programme, publié plusieurs mois avant l'ouverture du congrès.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE BICÊTRE — M. Berthier

Sommeil procuré par le haschisch. — Formule du haschisch comme hypnotique.

(Observation recueillie par M. Oulié, élève externe.)

Au mois de juin dernier a été lue par M. Berthier, à la Société de médecine pratique, une note détaillée sur des expériences instituées dans le but de vérifier l'influence du haschisch comme hypnotique, — expériences très-concluantes et suggérées par le fait que nous allons communiquer.

Un ex-caporal était arrivé de Charenton à Bicêtre en état de manie chronique, avec hallucinations dégénérant en démence : monologues incohérents, loquacité incoercible, agitation sans but, attention presque impossible, perte de la mémoire des faits récents, obtusion de la sensibilité morale, etc. Insomnie datant de plusieurs mois.

Dans l'espérance de calmer la surexcitation nocturne, et après avoir essayé vainement les bains, l'opium, la morphine, la digitale, l'acide prussique, nous prescrivîmes l'*extrait alcoolique de Cannabis indica* à la dose de 50 centigrammes... d'emblée. Car nous savions depuis longtemps que nos médicaments n'agissent pas sur nos hommes, et à Bicêtre comme dans la pratique courante. Le veilleur, le lendemain, nous rapporta que le malade, — après avoir bu son julep, — *était resté anéanti* toute la nuit. L'état physique du maniaque n'avait, du reste, subi aucune altération. Ce fut un éclair. Nous entrevîmes un moyen de procurer le repos nocturne, et nous administrâmes aussitôt le même remède, dans les mêmes conditions à plusieurs autres aliénés.

C..., ayant continué le traitement pendant quelques jours, ne cessa de dormir parfaitement, les nuits suivantes. Et une foule de ses camarades furent soulagés ou guéris par le même procédé.

Voici comment nous avions formulé :

Premier jour. Extrait alcoolique de cannabis indica 25 centigrammes, julep gommeux ou café noir léger 60 grammes, sucre q. s.

Mêlez et faites prendre en deux ou trois fois, d'heure en heure, trois heures au moins après le dernier repas.

Deuxième jour. Extrait alcoolique de cannabis indica 50 centigrammes, julep gommeux ou café noir léger 70 grammes, sucre q. s.

Troisième jour. Extrait alcoolique de cannabis indica 75 centigrammes.

Il était rare qu'on fût obligé d'aller à 1 gramme de haschisch. Ou le remède avait manqué son effet, ou il avait agi suffisamment. On interrompait l'ordonnance, quoiqu'il arrivât.

Le café, ne jouant que le rôle de véhicule, répugne peu ou plaît aux fous qui, on le sait, aiment rarement les drogues ; et l'infusion était trop faible pour neutraliser l'action du haschisch ou exciter le malade.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 13 août 1866. — Présidence de M. Tardieu.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans les départements de la Nièvre et de Seine-et-Marne, et dans les arrondissements de Morlaix, de Châteaulin et de Quimperlé (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Alphonse Guérin, Trélot et Verneuil, qui se portent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe.

2° Une lettre de M. le docteur Bayard (de Cérey-sur-Blaise), concernant l'influence de la vaccine sur la mortalité de l'enfance (Commission de vaccine).

3° Trois mémoires sur le choléra, par M. le docteur Gaetano Barracano, de Naples (Commission du choléra).

4° Un pli cacheté renfermant une note sur le traitement de la tuberculose, par M. le docteur Antonin de Beauford, de Chaillac (accepté).

M. Béclard, secrétaire annuel, donne lecture, sur la demande de l'auteur, d'un pli cacheté déposé par M. le docteur Lafargue, de Saint-Emilion, dans la séance du 15 juillet dernier.

Il s'agit d'un procédé « simple et facile pour obtenir de grandes quantités d'eau d'huîtres sans sacrifier les mollusques. » Cette note est renvoyée à l'examen de MM. Joly et Chevalier.

M. Cerise offre en hommage : 1° au nom de M. le docteur Brierre de Boismont, un ouvrage intitulé : *Joseph Guislin, sa vie et ses écrits.*

2° Une notice statistique sur l'Asile des aliénés de Constantinople, par M. le docteur Louis Mongin, médecin en chef.

3° Une brochure sur les eaux Schingnack, par M. le docteur Zurkouski.

M. Danyau présente, au nom de M. le docteur Verrier, un *Traité de l'art des accouchements.*

M. le docteur Voisin fait hommage à l'Académie d'un ouvrage intitulé : *De l'homme considéré dans ses facultés animales, morales et intellectuelles.*

M. Guérard présente, au nom de M. le docteur Foussagrives, la deuxième édition d'un ouvrage intitulé : *Hygiène alimentaire.*

M. le Président annonce que M. le docteur Foussagrives, de Montpellier, et M. Putgnat, de Lunéville, membres correspondants de l'Académie, assistent à la séance, ainsi que M. Zizurin, chef du service médical et médecin ordinaire de l'empereur de Russie.

M. Richet présente un appareil construit, sur ses indications, par MM. Robert et Colin, et à l'aide duquel il a pu réduire une luxation de l'articulation fémoro-tibiale, qui s'était produite pendant le redressement forcé de la jambe sur la cuisse.

M. Guérin. Cet appareil ne répond pas à la généralité des cas. Le plus souvent les luxations dont il s'agit ont pour cause première le raccourcissement des muscles ; car alors le redressement forcé ne peut s'accomplir sans avoir pour résultat la rupture des muscles ou la luxation du genou. L'appareil de M. Richet ne peut pas remplir, en pareil cas, les indications. Il ferait une besogne inutile, dangereuse, pourrait produire une subluxation, une rupture de muscles. Ce qu'il faut faire, c'est de sectionner les tendons des muscles rétractés.

M. Richet. M. Guérin a mal saisi la question. Le membre était déjà redressé et luxé, lorsque nous avons eu à soigner la malade dont il s'agit. Le redressement avait été fait dans un autre service. Qu'au moment où il fut effectué, il y ait eu des rétractions musculaires, je ne le nie pas, je n'en sais rien. Mais ce que je sais, c'est qu'il n'y en avait plus aucune lorsque nous avons réduit la luxation. Moi-même, j'ai eu des subluxations, dans certains cas de redressement brusque, instantané, la luxation se fait en arrière et en dehors par glissement. L'appareil que je présente a permis la luxation en faisant glisser la tête du tibia sur celle du fémur par un mouvement graduel et progressif.

M. GUÉRIN. Nous sommes d'accord, M. Richet et moi, pour reconnaître que son appareil, mauvais pour les cas ordinaires, peut remplir certaines conditions exceptionnelles. Quand j'ai eu affaire à des luxations de cette nature, je les ai réduites par flexion.

M. BOUSQUET. J'ai vu une luxation du fémur se produire dans les circonstances suivantes :

Il y a deux ans, j'avais été appelé à soigner un jeune homme de quinze ans atteint d'une scarlatine grave. Pendant la convalescence de cette maladie, ce jeune homme fut pris d'une affection du genou qui fut d'abord considérée comme un rhumatisme articulaire aigu, lié à la scarlatine.

C'était un abcès du creux poplité qui détruisit sans doute les ligaments croisés, car l'enfant était resté depuis peu de temps dans son lit, couché sur le dos, lorsqu'on remarqua une luxation presque complète de l'articulation fémoro-tibiale.

M. Nélaton fut appelé ; il repoussa peu à peu la tête du tibia à sa place, et mit la jambe dans une gouttière ; le petit malade finit par guérir, avec le genou ankylosé.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre correspondant dans la section de chimie.

La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Béchamps ;

En deuxième ligne, M. Jeannel ;

En troisième ligne, M. Malapert.

Le nombre des votants étant de 51, majorité absolue 26.

Au premier tour du scrutin, M. Béchamps obtient 37 voix ;
M. Jeannel, 13 ;
M. Malapert, 1.

En conséquence, M. Béchamps est proclamé membre de l'Académie.

Suite de la discussion sur la vaccination animale

M. GUÉRIN, après avoir rappelé l'historique de cette question, et le désir qu'il a plus d'une fois exprimé, soit à l'Académie, soit à la commission, de voir étudier la vaccine humaine concurremment avec la nouvelle vaccine, continue ainsi :

Mon programme n'est pas seulement d'examiner la valeur du rapport, mais celle de la vaccination, sa situation, ses besoins, les reproches qu'on lui adresse, et l'usage qu'on pourrait faire du rapport pour restaurer la vaccine humaine.

Avant de chercher un remède, il faut reconnaître la maladie. Quelle est la maladie de la vaccine humaine ?

On l'accuse : 1° d'avoir perdu, par la suite des temps, une grande partie de sa vertu préservatrice ; 2° d'avoir, dans sa route, recueilli un certain nombre de souillures, particulièrement la syphilis.

La commission aurait dû rechercher jusqu'à quel point la vaccine a dégénéré ou porte avec elle des maladies.

La dégénérescence de la vaccine est un fait que tout le monde croit, et moi-même comme les autres. Ce fait d'abord établi par des expériences, puis par des vues théoriques, des revaccinations, etc., ne paraît pas douteux. Mais on ne s'est pas demandé s'il n'était pas le résultat de certaines circonstances plus ou moins générales. Ce n'est pas un fait absolu. Il souffre des exceptions nombreuses. Ainsi le rapport officiel sur les vaccinations pratiquées dans le département de la Côte-d'Or indique que, dans ce département, la vaccine humaine est aussi efficace que dans le principe.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	230
Dr Nicolas	2
Dr Noël	2
A. Selignac	5
Dr Lecomte	20
Dr Handvogel	10
TOTAL	269

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers décrets ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Claude Bernard (de l'Institut.)

Au grade d'officier : MM. Berthelot, professeur au collége de France ; d'Archiac, professeur au Muséum ; Jules Béclard, de l'Académie de médecine ; docteur Caffe, un des doyens de la presse médicale ; Clerc, médecin major, en retraite.

Au grade de chevalier : MM. Rousselin, inspecteur général du service des aliénés ; Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Hélie, directeur de l'école de médecine de Nantes ; Leudet, directeur de l'école de médecine de Rouen ; Patin, directeur de l'école de médecine d'Alger ; docteur Leroy d'Etiolles (Raoul) ; docteur Companyo ; Bourbier, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin ; Jaisson, médecin de l'hospice de Mouzon ; d'Astros, médecin en chef des hôpitaux de Marseille ; Faucon du Quesnay, médecin adjoint des hôpitaux de Caen ; Carof, médecin de l'hospice civil de Brest ; Pagès, médecin en chef de l'hôpital d'Alais ; de Lourmel de laPicardière, médecin en chef de l'hospice de Chateaubriand ; Roussel, médecin en chef de l'hospice de Saint-Chély ; Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers ; Belloc, directeur médecin de l'asile public d'aliénés d'Alençon ; Livois, ancien chirurgien de la garde nationale de la Seine ; Auzouy, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Pau.

— Par décret en date du 11 août ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Rouis et Lacronique, médecins principaux de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Barudel et Sonrier, médecins majors de 1re classe.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Gillet, pharmacien principal de 2e classe.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Dulierre-Boyer, pharmacien major de 1re classe.

— Les membres du congrès médical international sont avertis que le banquet doit avoir lieu le samedi 24 août. La liste de souscription sera close le mardi soir, 20 août.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. A-E.. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

SOMMAIRE. — CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL. — HOSPICE DE BICÊTRE. Sommeil procuré par le haschisch. Formule du haschich comme hypnotique (M. Berthier). — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

PREMIÈRE QUESTION

De la tuberculose (suite)

Les organisateurs du congrès en ont désigné les séances de telle manière qu'il n'est pas toujours très-facile de s'y reconnaître.

Ainsi, la séance du lundi figure comme seconde sur le programme, bien qu'elle soit en réalité la troisième, car la distinction établie entre les séances proprement dites et les séances complémentaires n'a pas été et ne pourrait pas être observée rigoureusement.

Dans les unes comme dans les autres, on devait s'occuper de la tuberculose, et c'est en vain qu'on avait divisé ce sujet en parties principales et parties secondaires écartées des grandes séances. Parmi ces dernières figurait le traitement de cette maladie, ce qui n'a point empêché qu'il en fut question dès le premier jour dans le discours de M. Mougeot (de Bar-sur-Aube), et qu'on y revint le lundi à plusieurs reprises, mentionnant ou discutant même des communications faites dans la séance complémentaire du samedi, et que nous devons en conséquence résumer d'abord.

Extrait de la séance du samedi 17 août

Traitement de la tuberculose

M. Gourdin (de Paris) a raconté les résultats peu satisfaisants qu'il avait obtenus chez des tuberculeux, par l'injection de nitrate d'argent dans les cavernes, et par l'usage interne du pétrole ou de l'acide phénique.

M. Marchal (de Calvi) s'est ensuite élevé contre les médications offensives dans la phthisie. Il désigne par ces mots l'emploi du fer, de l'iode, du soufre, et peut-être même du quinquina. Il a vu souvent ces remèdes, chez des sujets prédisposés ou déjà tuberculeux, amener des hémoptysies, provoquer le développement de nouveaux tubercules et hâter la mort, quand ils n'en étaient pas la cause principale.

Une demoiselle, malade depuis deux ans, mais sans aggravation notable, serait morte en quelques semaines pour avoir bu de l'eau sulfureuse aux Eaux-Bonnes; plusieurs tuberculeux syphilitiques, qui supportaient très-bien le deutochlorure de mercure, auraient vu les symptômes pulmonaires s'aggraver chaque fois qu'ils prenaient les moindres doses de protoiodure.

M. Marchal (de Calvi) opposait les funestes effets de l'iode dans la phthisie à ses bons effets dans la scrofule, et il expliquait ces derniers par le développement des vaisseaux sanguins, l'hyperhémie que l'iode ferait paraître dans les ganglions engorgés, et qui rendrait leur absorption facile.

Ainsi, M. Marchal (de Calvi) sépare absolument, du moins à ce point de vue, les affections tuberculeuses et les affections scrofuleuses.

Selon lui, contre la phthisie, aucun médicament ne pourrait remplacer l'emploi d'une bonne hygiène, et surtout les changements d'air, l'émigration sous un climat bien choisi. Il considère les émigrations comme pouvant aussi rendre des services dans des affections regardées jusqu'à présent comme incurables, les affections cancéreuses, par exemple, si l'on trouvait que, dans certains pays, ces affections soient inconnues ou rares.

Ce qui importerait surtout, ce serait de tracer au plus tôt une bonne géographie médicale.

M. Auzias Turenne, à propos de ces mémoires, a cité quelques cas de phthisiques, qui avaient amélioré leur situation, calmé la toux en mangeant de l'ail plusieurs fois par jour. Les pastilles de cachou masqueraient parfaitement l'odeur de l'ail, sans empêcher l'élimination qui se ferait alors surtout sentir sous les aisselles.

M. le professeur **O'Leary** (de Dublin), a rapporté qu'il s'était bien trouvé, dans plusieurs cas des inhalations d'iode, telles que les préconise le professeur Piorry.

M. Marcovitz (de Bucharest) s'est élevé contre la méthode de considérer les phthisies en bloc.

Il voudrait que les faits fussent catégorisés, que l'on distinguât des espèces. Tandis que pour les uns, la tuberculose est une affection simplement inflammatoire; pour d'autres, une maladie spécifique qui tient à la constitution, au tempérament, à l'idiosyncrasie; pour d'autres enfin, elle est la porte de sortie, la terminaison de plusieurs diathèses, de l'arthrite, de la scrofule, etc. M. Marcovitz se range parmi ces derniers.

Il reconnaît donc plusieurs sortes de phthisies, qui, ne provenant pas des mêmes sources, n'auront pas les mêmes caractères et ne demanderont pas les mêmes médications.

Parmi ces phthisies différentes, M. Marcovitz a signalé :

1° La phthisie hémorrhagique, dans laquelle on observe une grande susceptibilité cardiaque, des palpitations, de la fièvre pour la moindre cause;

2° La phthisie galopante, suraiguë, généralisée ;

3° Une phthisie chronique, avec une fièvre modérée, peu ou point de tendance aux hémorrhagies.

Chez les malades qui présentent la première forme, les eaux sulfureuses seraient nuisibles; mais il n'en serait plus de même chez les dernières, dont la susceptibilité cardiaque est très-peu vive.

Quant à l'iode, il n'agirait pas de la même manière topiquement que dans l'estomac. Administré à l'intérieur, il pourrait certainement être nuisible dans certains cas.

M. Lombard (de Genève), a pris la parole dans le même sens que M. Marchal (de Calvi). Il considère, lui aussi, les moyens hygiéniques, comme appelés à rendre les plus grands services dans la phthisie. Dans la phthisie des classes riches, la mort doit être l'exception. Les plateaux élevés paraissent être défavorables au développement des tubercules, ce qui peut tenir à ce que les poumons y reçoivent beaucoup moins d'oxygène.

Le fait a été observé en Bolivie, au Pérou, au Mexique, et, comme il existe également en Suisse des hauts plateaux constamment habités, une commission, dont M. Lombard fait partie, a été chargée d'étudier si sur ces hauts plateaux la phthisie était rare. Cette commission, nommée depuis deux ans, ne devra pas faire son rapport avant 4870, mais les renseignements qui sont parvenus à M. Lombard tendraient à confirmer cette supposition.

M. Halla, (de Prague), a approuvé les réflexions de M. Marchal (de Calvi) sur les médications offensives de la phthisie. Il regarde comme telles, principalement celles qui peuvent fatiguer les voies digestives, diminuer l'appétit, et par suite aggraver l'anémie, première cause de la phthisie.

Ainsi la question du traitement à opposer aux tubercules avait entraîné forcément à disserter sur sa nature dans une séance complémentaire, et dans la séance suivante la réciproque était naturelle.

Séance du lundi 19 août.

PREMIÈRE QUESTION.

Anatomie pathologique et physiologie du tubercule (suite).

Plusieurs orateurs distingués s'étaient fait inscrire, et la discussion a repris sur cette première partie de la question qui, d'après le programme, devait être épuisée à la première séance.

M. Empis est venu défendre ses idées sur la granulie. Son discours fut le résumé de son ouvrage.

Il rappela que les maladies se traduisent par des ensembles de déterminations matérielles et fonctionnelles; que suivant lui, ces ensembles ne sont pas les mêmes que dans la pneumonie caséeuse et la granulie, les retentissements de la première se faisant surtout vers les muqueuses, ceux de la seconde vers les séreuses. Qu'il serait donc possible de distinguer le moment ou la granulie vient compliquer la pneumonie caséeuse, affection à laquelle M. Empis conserve le nom de phthisie tuberculeuse.

Que le développement des granulations serait le résultat d'un travail phlegmasique, travail qui peut avoir cessé lorsque l'on vient à faire l'autopsie, comme pourrait avoir disparu toute autre inflammation qui a laissé derrière elle des reliquats incontestables.

Le livre de M. Empis, sur ce sujet, est trop connu pour que nous insistions davantage.

Mais nous devons dire que M. Empis a fait un grand nombre d'inoculations sur les animaux. Il est arrivé à faire naître des granulations chez les lapins, en employant les produits morbides les plus divers : le pus de péritonites puerpérales, de plaques de Peyer ulcérées dans la fièvre typhoïde, de pneumonies ordinaires, etc.

Mais bien que les granulations ainsi obtenues soient presque semblables à celles de la granulie, M. Empis ne peut admettre qu'elles constituent cette affection chez les lapins : car la granulie est une affection générale, dont les granulations sont loin de représenter toutes les manifestations dans leur ensemble.

Jamais M. Empis n'a vu chez les lapins tous ces phénomènes généraux qui se rencontrent dans la granulie. Jamais non plus, bien qu'il ait attendu quelquefois plus d'un an, il n'a vu de lapins phthisiques.

Après ce discours, M. Cornil a communiqué au congrès les notions plus précises sur le mode de développement des tubercules auxquelles l'ont conduit de constantes recherches, depuis la publication de l'ouvrage qui lui est commun avec M. Hérard.

M. Cornil. — Le point essentiel, fondamental de toute l'histoire de la tuberculose, c'est le développement de la granulation tuberculeuse, que nous continuerons à appeler le *tubercule vrai*. Dans la séreuse, et en particulier dans la pie-mère, on voit admirablement ce développement dans la gaîne adventice des vaisseaux et dans le sac lymphatique qui les entoure. M. le professeur Cruveilhier avait, depuis longtemps, signalé le siége des granulations le long des vaisseaux. Depuis, Rindfleisch, O. Weber, Conheim ont observé au microscope les mêmes faits, et Virchow a représenté ce développement dans l'intérieur du sac lymphatique.

C'est dans cette gaîne lymphatique, et circonscrite par elle, que s'effectue, aux dépens des éléments de la gaîne elle-même, et aux dépens de la membrane adventice des vaisseaux, la prolifération des noyaux et petites cellules qui constituent la granulation tuberculeuse à son début. C'est surtout à la bifurcation des vaisseaux que se manifeste ce phénomène.

C'est là le premier fait initial, la prolifération de la membrane externe des vaisseaux, c'est-à-dire une inflammation dans le sens qu'on s'accorde généralement aujourd'hui à accorder à ce mot.

Deux autres faits également importants viennent s'y ajouter : 1° la multiplication d'éléments semblables dans le tissu conjonctif de la pie-mère qui entoure le vaisseau malade dans ce point; et 2° la coagulation du sang, les métamorphoses régressives de la fibrine et des globules dans l'intérieur du vaisseau dont la circulation est dès lors interrompue.

Il y a donc là, dès le début, un phénomène analogue à l'artérite sur les petits vaisseaux et les capillaires, et une coagulation du sang analogue à celle qui s'observe dans la phlébite des grosses veines Les conséquences en sont frappantes :

L'œdème de certaines parties du cerveau et de la pie-mère, l'augmentation de la pression collatérale du sang dans les parties voisines, la formation de pus dans les mailles de la pie-mère, etc.

L'étude de la granulation tuberculeuse de la pie-mère nous apprend aussi que les éléments de nouvelle formation n'affectent pas toujours une forme limitée : on les voit former autour des vaisseaux qu'ils entourent, comme un manchon. Ce fait se retrouve dans les masses tuberculeuses du cerveau, dans tous les autres organes, et en particulier dans le poumon autour des vaisseaux, et dans le tissu conjonctif péribronchique.

Ce processus de la multiplication des éléments de la gaîne adventice des vaisseaux et de la coagulation du sang est identique dans les gros tubercules du cerveau, dans la zone de prolifération de ces tubercules.

Dans le cerveau, les masses tuberculeuses peuvent séjourner pendant un temps presque illimité, et il en est de même dans les poumons, où des granulations encore très-visibles dans tous leurs éléments au microscope, peuvent exister comme momifiées pendant de longues années au milieu d'un tissu conjonctif hyperplasié (pneumonie interstitielle ardoisée).

Dans le poumon, le processus est plus complexe : d'abord les vaisseaux sont altérés de la même façon que partout ailleurs; les cloisons du poumon montrent, aux dépens des noyaux des capillaires, une prolifération d'éléments petits, comme autour des vaisseaux de la pie-mère; le tissu conjonctif péribronchique offre une altération analogue. Mais, en outre, on trouve, dans l'intérieur des alvéoles pulmonaires, et dans l'intérieur des bronches, de gros éléments libres sphériques ou pavimenteux, qui les remplissent, et subissent avec le temps la dégénérescence granulo-graisseuse. Il est impossible de confondre ces éléments qui proviennent d'une prolifération des cellules d'épithélium (que j'admets même dans l'intérieur des alvéoles), de la prolifération des éléments du tissu conjonctif. Les premiers sont *libres* et volumineux, ce sont des cellules d'épithélium tuméfiées qui mesurent de 0,015 à 0,03, ou des cellules de pus. Les seconds sont de petits éléments qui mesurent de 0,004 à 0,006, et qui sont agglutinés, intimement unis entre eux par une matière homogène et granuleuse. Les premiers constituent la pneumonie tuberculeuse, les seconds la granulation. Nous ne séparons pas ces deux processus dans leur étiologie, c'est pourquoi nous avons adopté, M. Hérard et moi, le mot de pneumonie tuberculeuse, préférablement à tout autre; mais au point de la lésion anatomique, nous ne pouvons les confondre, et en cela nous nous séparons de M. Villemin.

Un médecin hongrois, M. le docteur Bakody, de Pesth, en étudiant isolément la même question était arrivé à des conclusions semblables à celles de M. Cornil. Des dessins très-nombreux, qu'il a fait circuler parmi les membres du congrès, représentant chacune des phases de l'évolution du tubercule, chacune des formes qu'il peut présenter. Ces dessins étaient la reproduction fidèle des préparations microscopiques, apportées également

par M. Bakody. Nous allons résumer la note qui fut lue à cette occasion par cet habile micrographe.

Docteur Th. Bakody. — Le tubercule est dans le sens anatomique un néoplasme hétéroplastique, qui détruit le tissu matriculaire, et se montre habituellement d'une manière discrète soit dans le poumon seulement, soit en même temps aussi dans d'autres organes, soit sous forme de granulations multipliées, de la grosseur d'un grain de pavot ou de millet, soit sous forme de nodosités plus considérables, constituées par des granulations conglomérées. Sous le microscope il se montre comme une aggrégation cellulaire dérivant de corpuscules de tissu conjonctif.

Il se développe dans le tissu conjonctif : soit sous-muqueux, soit interstitiel, soit constituant la tunique adventice des vaisseaux sanguins, soit entrant dans la trame des culs-de-sacs et la charpente alvéolaire.

Les tubercules qui ont pris naissance dans le tissu conjonctif interstitiel percent bientôt les cloisons des alvéoles qu'ils irritent, et cette irritation s'étend de plus en plus haut dans les bronches.

Dans les alvéoles, on trouve assez souvent une autre forme de granulations qui ne renferment à leur centre que des éléments d'épithélium pavimenteux. Mais, comme ces cellules d'épithélium sont parfois vibratiles, et comme l'épithélium vibratile ne se trouve à l'état normal que dans des bronches, déjà d'un assez grand calibre, on peut attribuer leur présence dans les alvéoles à une irritation inflammatoire qui s'est étendue à ces bronches.

Les états secondaires d'irritation de la trame pulmonaire se montrent d'autant plus nettement que ces aggrégations cellulaires dans les alvéoles et les culs-de-sacs sont pleins de détritus.

Des granulations tuberculeuses peuvent donc se développer sous l'influence des amas de produits inflammatoires qui proviennent de la prolifération, de l'hyperplasie épithéliale, et qui irritent le tissu des alvéoles et les culs-de-sacs voisins.

C'est pourquoi les tubercules se développent de préférence dans les sommets des poumons où les mouvements respiratoires sont relativement moins étendus, et rejettent moins complétement les amas cellulaires qui peuvent se former, par suite d'une irritation inflammatoire.

La prolongation de cette stagnation locale de masse cellulaire d'épithélium peut donner l'impulsion à la prolifération cellulaire caractéristique du tubercule dans le tissu conjonctif des alvéoles, des culs-de-sacs et des parties adjacentes.

Les alvéoles peuvent se remplir de masses cellulaires d'épithélium, ou de globules de pus, sans qu'il en résulte de granulations tuberculeuses ; mais c'est qu'alors ces produits d'irritation ou d'inflammation ont passé vite à l'état graisseux, puis ont été en partie résorbés, en partie expectorés.

Mais si cela n'arrive pas promptement ou si de nouvelles masses succèdent aux premières, le tissu conjonctif environnant s'irrite, et la granulation tuberculeuse se forme.

Cette communication de M. Bakody fut un peu écoutée ; car le congrès venait de décider, sur la proposition de M. Bonchut, que, pour pouvoir suivre le programme, on réduirait à dix minutes le temps accordé à chaque orateur, dans la discussion.

M. Linas s'attacha à combattre la communication de M. Auziis-Turenne sur l'ail employé contre la phthisie, il rappela que, suivant Cœlius Aurelianus, Mead, Rosen, etc., ce remède pouvait être utile dans le catarrhe bronchique ; mais que les contrées méridionales, ou l'ail entrait pour une large part dans l'alimentation générale n'en comptait pas moins de phthisiques : ce qui prouvait le peu d'utilité de cette plante contre les tubercules. Un médecin de Madrid, M. Païdor, à cité deux cas remarquables de transmission de la tuberculose entre époux.

M. Lombard (de Genève), a repris la question de l'influence des altitudes sur le développement de la tuberculose ; il a fait passer des tableaux où la proportion d'oxygène reçu dans chaque inspiration était calculée suivant les hauteurs, et prévoyant une objection qui aurait pu lui être faite, il a reconnu que si la phthisie devient plus rare à mesure qu'on s'élève et qu'on respire moins d'oxigène, elle le devient également à mesure qu'on s'éloigne de l'équateur et qu'on s'avance vers les pôles, ou l'air est plus dense, étant plus froid.

Ainsi, la discussion s'engageait de plus en plus sur les sujets traités le samedi précédent. M. le professeur Friedrichs (de Heidelberg) revint à la question : le mode de production du tubercule.

Presque entièrement d'accord avec M. Cornil, il s'en écarte cependant sur un point. Il croit que les granulations peuvent se produire, même en dehors des vaisseaux sanguins.

Partout où il existe quelque corpuscule de tissu connectif, ce corpuscule peut se diviser, se subdiviser, proliférer, et constituer, en définitive, une petite granulation. M. Friedrichs a trouvé souvent sur les membranes, par exemple sur la piemère, des granulations ainsi formées, dans des points où n'existait pas le moindre vaisseau.

Après cette communication, la discussion fut close sur la première partie de la première question.

PREMIÈRE QUESTION. — DEUXIÈME PARTIE

De la tuberculisation dans les différents pays, et de son influence sur la mortalité générale

M. le docteur Marmisse (de Bordeaux) a apporté une brochure intitulée : *Recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire considérée comme cause de décès dans la ville de Bordeaux ;* il en a lu quelques extraits. Cette brochure est pleine de documents sur l'âge, le sexe, la profession, etc., des individus qui meurent de phthisie, et sur les moments de l'année où cette mortalité est le plus considérable. L'influence des conditions hygiéniques et des milieux sociaux y est indiquée par ces chiffres : sur 1,000 indigents, inscrits au bureau de bienfaisance, 625 meurent de phthisie ; 315 décès sur 1,000 sont dus à la même maladie dans les salles d'hôpital ; tandis que la phthisie ne compte que pour 87 et une fraction sur 1,000 dans les causes de mort chez les gens riches.

Ces faits ont bien leur éloquence ; et quand M. Sarraméa (de Bordeaux) a pris la parole pour établir l'importance d'une bonne hygiène, comme prophylaxie des tuberculés, l'assemblée était convaincue. Evidemment, comme l'a fort bien dit notre honorable confrère, la mauvaise alimentation, le manque d'air, de lumière, d'exercice, doivent figurer en première ligne parmi les causes de la phthisie.

Nous ne pouvons donner ici qu'un court résumé du mémoire de M. le docteur Homan (de Christiania). Ce mémoire est enrichi de tableaux statistiques et d'une carte géographique, indiquant la distribution de la phthisie entre les provinces de la Norwége.

De l'extension de la maladie tuberculeuse en Norwége.

Docteur Homan. — Les rapports sur l'état sanitaire du royaume, extraits des données médicales annuelles fournies par les médecins et publiées jusqu'à l'année 1868 par les soins du Ministère de l'Intérieur, n'ont reçu qu'à partir de l'année 1853 assez d'extension pour fournir des chiffres positifs pouvant servir à calculer la fréquence des maladies tuberculeuses.

Malheureusement les médecins sont loin d'indiquer dans tous les cas les causes de décès, ce qui serait nécessaire pour que la proportion pût être exacte.

En outre plusieurs épidémies, en 1853 le choléra, en 1860, 1861, 1862 la diphthérite et la rougeole sont venus augmenter la mortalité générale, de décès dont la cause était presque toujours désignée par les médecins. Pour les dix années réunies, la proportion moyenne des décès par phthisie pulmonaire a été, par rapport aux autres, de 134 sur 1,000.

Si l'on réunit à la phthisie, les autres affections considérées souvent comme tuberculeuses, l'hydrocéphale aiguë, les scrofules, nécroses, carie, etc., on trouve un total de 162 sur mille.

A Kragero, où j'exerce, d'après mes notes personnelles, 112 malades sur 1,000 sont morts de phthisie tuberculeuse, et 39 de scrofule, carie, tumeurs blanches, etc. Si l'on déduit maintenant du chiffre représentant la mortalité générale les décès causés par les épidémies de rougeole ou de diphthérite dans ce district pendant cette période, on trouve que la proportion des individus morts de phthisie s'est élevée à 126 sur 1,000.

La spédalesked sévit dans certains districts où la tuberculose est rare, mais ailleurs ces deux maladies sont également fréquentes. Il n'existe donc pas entre elles d'antagonisme.

Si l'on examine séparément chaque préfecture, on verra que la mortalité par la tuberculose varie, de l'une à l'autre, dans les proportions considérables de 79 à 226 pour 1,000 ; dans les districts septentrionaux du littoral elle est relativement plus faible et ne dépasse pas 10 pour 100, sauf dans le Drontheim du Sud et la ville de Bergen, tandis qu'elle dépasse de beaucoup la moyenne générale dans les districts méridionaux du littoral, sauf dans la préfecture de Christiania, où elle n'atteint que 11,5 pour 100, et celle de Hédémarken, où elle est de 12,8.

Dans les districts de l'intérieur, elle n'est pas très-élevée, tout en l'étant plus que dans les districts septentrionaux du littoral.

Quelquefois on constate, entre deux districts qui se touchent et où le climat est à peu près le même, des différences considérables, qui prouvent que l'influence du climat n'est pas prédominante.

La différence d'extension de la maladie tuberculeuse dans les différentes contrées de la Norwége doit puissamment contribuer à faire ressortir l'importance de la syphilis, comme cause de la maladie tuberculeuse.

D'après les recherches si exactes de M. Boeck, cette maladie fut d'abord importée, vers la seconde moitié du dix-huitième siècle, dans les districts où la maladie tuberculeuse est à présent la plus répandue. Ainsi, la syphilis des ancêtres deviendrait phthisie tuberculeuse chez leurs descendants.

Plusieurs autres mémoires ne pouvant être lus, soit parce qu'ils ne remplissaient pas les conditions du programme, comme un mémoire écrit en anglais par M. le docteur Ceruniss, sur la phthisie au Canada, soit parce qu'ils étaient composés en majeure partie de tableaux statistiques; la parole fut donnée à M. le docteur Dropsy, de Cracovie.

M. Dropsy (de Cracovie). — Dans le pays que j'habite, l'air est pur, le sol fertile, l'eau délicieuse, la température modérée. La population se compose surtout de paysans et de Juifs.

Les villageois sont, presque sans exception, sains et robustes, ils ne sont sujets qu'à des affections inflammatoires ou rhumatismales.

Les Juifs, au contraire, sont presque tous scrofuleux, et parmi eux la phthisie fait de tels ravages, particulièrement chez les hommes, vers l'âge de 19 ou 20 ans, que, si les circonstances actuelles ne changent pas, on peut prévoir l'extinction de cette race dans deux ou trois générations.

Les causes de ces différences entre l'état sanitaire des Juifs et celui des villageois, se trouvent dans la manière de vivre des uns et des autres.

Un Juif de ces pays ne mange presque rien, sa nourriture lui coûte à peine deux sous par jour, et bien entendu ne se compose pas d'aliments bien substantiels, jamais de viande. Aussi les Juifs sont-ils maigres, exténués, dans un état habituel d'anémie et de détérioration du sang. On trouve chez eux, à l'état chronique, des éruptions qu'on rencontre seulement ailleurs dans certaines maladies aiguës et dans les fièvres typhoïdes. Ils se marient tôt, de 16 à 18 ans, ce qui contribue à les épuiser.

Ainsi ce n'est pas le climat, ni la localité qui joue le plus grand rôle dans la production de la phthisie, mais le délabrement général résultant soit d'une alimentation insuffisante, soit de toute autre cause d'affaiblissement des forces vitales.

Quant aux médications employées contre la phthisie, j'en dirai peu de chose. Je crois, comme on l'a dit à la première séance, que l'iode, le soufre, le fer, etc., peuvent nuire à hautes doses ; et à doses minimes et surtout au début, je ne les proscrirais pas d'une manière absolue.

L'ail, préconisé dernièrement par M. Auzias-Turenne, fait la base de l'alimentation des Juifs en question, et j'ai déjà dit quels ravages la phthisie faisait parmi eux. J'ai vu un succès incontestable par les bains de petit lait ; mais ce qui m'a le mieux réussi c'est l'électrisation généralisée.

J'applique l'électricité positive aux mains et aux pieds, l'électricité négative au haut de la tête et au creux de l'estomac. Je me sers d'un courant constant, de faible intensité, et sans me laisser arrêter par la présence de la toux, de la fièvre, de l'hémoptysie. Les résultats sont excellents.

Je serais désireux de voir mes confrères essayer de cette médication qui m'a parfaitement réussi.

Aucun autre orateur ne s'était fait inscrire sur cette question, et l'on aborda la suivante.

CINQUIÈME QUESTION DU PROGRAMME PRIMITIF

(traitée la seconde).

De l'influence des climats, des races et des différentes conditions de la vie sur la menstruation dans les diverses contrées.

M. Louis Mayer (de Berlin), avait disposé en 59 tableaux le résultat de recherches statistiques considérables sur la menstruation, dans l'Allemagne septentrionale et centrale ; ce mémoire trop considérable pour être lu, trop riche en faits considérés sous les aspects les plus différents, pour être susceptible d'une analyse, a été déposé très-honorablement dans les archives du congrès.

Du reste, comme les statistiques doivent leur valeur, soit au nombre considérable de faits qu'elles embrassent, soit aux détails qu'elles donnent sur chacun de ces faits, soit à la manière dont ils ont été observés d'abord, puis disposés et mis en regard, il est difficile en général de les résumer sans leur faire perdre toute leur importance.

Aussi ne parlerons-nous pas des tableaux que M. le professeur Leudet a fournis sur la menstruation considérée dans la ville de Rouen, tableaux qu'il faut lire en entier, comme des documents précieux, mais qui ne suffisent point pour motiver des conclusions, prises isolément.

Nous nous bornerons à signaler l'opinion émise par M. Leudet, sur la fécondité des femmes en Normandie.

En mettant de côté les classes ouvrières, très-fécondes, M. Leudet ne voit pas grande différence à ce point de vue entre les femmes de la classe aisée et celles de la classe pauvre, entre celles qui habitent les villes et les campagnardes. Chez les unes comme chez les autres, le nombre moyen des enfants est assez faible dans cette province.

Le travail de M. Gustave Lagneau porte sur des chiffres considérables, 15,948 observations recueillies par divers médecins dans à peu près tous les pays. Il en résulte que l'âge moyen, auquel les règles apparaissent, est de 15 ans 11 mois 12 jours en Labrador ; de 16 ans 4 mois 13 jours en Norvége ; de 16 ans 10 mois 5 jours à Copenhague ; 15 ans 5 mois 28 jours, à Gottingue (Prusse) ; 15 ans 3 mois 28 jours chez les juives de Varsovie ; 16 ans 6 mois 12 jours chez les Slaves de la même ville ; 14 ans 10 mois 9 jours à Manchester ; 14 ans 11 mois 4 jours à Londres ; 15 ans 8 mois 28 jours à Strasbourg ; 14 ans 11 mois 23 jours à Paris ; 15 ans 5 mois 18 jours à Lyon : 14 ans 8 mois 14 jours aux Sables d'Olonne ; 14 ans 5 mois à Marseille et Toulon ; plus de 14 ans à Corfou ; 15 ans 4 mois 27 jours à Madère ; de 12 ans 6 mois à 13 ans 3 mois dans les possessions anglaises de l'Inde ; et de 15 ans 7 mois 12 jours à la Jamaïque.

M. Joulin a lu, à son tour, un travail dont nous donnons le résumé.

M. Joulin. — La solution des diverses questions qui font le sujet de ce mémoire ne peut être résolue que par la statistique. Ces statistiques doivent comprendre un nombre considérable de faits pour être indiscutables. Les unités sur lesquelles on opère ne sont pas de même nature ; le climat, la race, la constitution, la manière de vivre, l'état de santé, l'hérédité, constituent pour chaque sujet des éléments particuliers qui se combinent entre eux de façon à former des groupes excessivement nombreux. Il est impossible de ne pas subir les effets de ces groupes. Aussi les statistiques *partielles* sur une même contrée présentent-elles des différences assez notables. Ces causes d'erreur ne sont plus à redouter lorsqu'on opère sur des nombres considérables, les individualités disparaissent dans la masse et les résultats sont aussi exacts que possible.

1° *Influence du climat sur la menstruation.*

En groupant un grand nombre de statistiques partielles sur l'époque de la première menstruation, j'ai réuni un total de 16,517 observations. L'ensemble de ces documents, relatifs à des peuples très-différents, m'a permis de diviser en trois grandes zones les contrées comprises dans cette étude. La première zone, tempérée, est circonscrite entre le 33e et le 54e degré de latitude nord ; la seconde, torride, comprise entre le 33e degré et l'équateur ; la troisième, froide, s'étend du 54e degré vers le pôle.

Zone tempérée. — Le tableau qui s'y rapporte est constitué par 16 statistiques comprenant 10,080 faits. Le chiffre le plus élevé du total des âges est de 1824 et correspond à la quinzième année; la quatorzième donne 1,114 et la seizième, qui s'en rapproche le plus, 1,562. C'est donc vers la quinzième année que les règles apparaissent le plus fréquemment dans nos climats.

Il suffit, pour se convaincre de l'insuffisance des statistiques partielles, d'examiner sur ce tableau les quatre qui ont été publiés sur Paris par de Soyve, P. Dubois, Brierre de Boismont et Raciborsky. Il existe un écart de 2 ans et un mois entre les moyennes de deux de ces statistiques, bien qu'elles aient été faites avec des éléments identiques. L'une donne 14 ans et 6 mois, l'autre 16 ans et 7 mois. Pour Strasbourg, les deux statistiques présentent un écart de 9 mois et 15 jours. Ces différences tiennent à la prédominence des séries particulières qui dénaturent les résultats, quand on opère sur des nombres restreints.

Les différences qui ont été signalées entre quelques villes de France n'existent plus.

Zone torride. — Le tableau qui se rapporte à cette zone comprend 1,724 observations. Le chiffre le plus élevé, 407, correspond à la 12e année; cependant celui de la 13e année, 381, s'en approche beaucoup. Il existe donc une différence de plus de deux ans entre l'établissement de la puberté dans nos climats et dans les climats chauds. On est mal fondé à invoquer la précocité des mariages dans l'Inde, comme cause des menstruations hâtives, puisque le mariage n'est consommé qu'après la manifestation des règles.

Zone froide. — Les observations s'élèvent à 4,713. Le chiffre le plus élevé des âges correspond à la 15e année et à la 16e, 872 et 874 qui sont presque égales. C'est presque une année de retard sur la zone tempérée. Le retard s'accuse d'autant mieux qu'on examine les statistiques de Christiania et de la Norwége qui se rapprochent davantage du pôle.

Les résultats fournis par l'examen des trois zônes que j'ai tracées, ne laissaient donc aucun doute sur l'action des climats dans leurs rapports avec la manifestation de la puberté.

J'avais déjà établi ce fait dans mon *Traité d'accouchement*, à l'article *Menstruation*.

2° *Influence de la race sur la menstruation.*

Cette influence ne peut être démontrée que par la comparaison des types purs des trois races principales : Aryenne, Mongole et Nègre. Puis, si les différences existent, on pourra les poursuivre dans les rameaux.

Pour les Nègres, nous ne possédons que la statistique de Roberton, comprenant 89 faits : l'âge moyen est de 14 ans et 10 mois. C'est un chiffre plus élevé que pour le climat de l'Inde. Mais le faible nombre des sujets compris dans ce tableau est beaucoup trop restreint pour qu'on lui accorde une signification évidente. De plus, il faut tenir compte de la dépression physique et morale qui résulte de l'esclavage.

Le défaut de documents affirmatifs ne permet pas de juger la question. Cependant il en est de négatifs dont il faut tenir compte. Les femmes de l'Inde appartiennent, comme celles de nos climats, à la race aryenne; et cependant, quoique la race soit la même, l'époque de la puberté diffère de deux années. Sous l'influence du climat, la spécialité de la race (si elle existait à ce point de vue) serait donc subordonnée à la question du climat.

3° *Influence du milieu.*

Lorsqu'on examine dans un même climat, l'écart de 8 ou 9 ans qui existe entre la puberté prématurée ou retardée; on est forcément amené à conclure qu'il existe des causes individuelles très-puissantes qui influent sur les manifestations de la fonction. On a admis que la constitution, l'habitation, l'hérédité etc., jouent un rôle plus ou moins actif à propos de l'époque où la puberté se manifeste. Il est une cause plus générale et de nature inconnue, qui n'est pas du domaine des chiffres, elle fait partie des mystères insondables de l'organisme.

Les statistiques qui ont été publiées pour résoudre ces différents points, surtout en ce qui concerne le séjour dans les villes, ne peuvent être acceptées; le petit nombre de faits qui les composent leur enlève toute autorité.

Divers autres travaux statistiques de MM. Fayè et Vogt (de Christiania), de M. Leven (de Saint-Pétersbourg), etc., ont été, soit lus par extraits, soit déposés dans les archives.

Ces questions de chiffres ne peuvent être traitées convenablement dans un congrès où l'on doit passer sous silence tous les tableaux qui s'y rapportent, tous les documents qui les éclairent.

Evidemment, ici le livre est préférable à toute exposition verbale; et il faudrait que tout membre pût avoir tous les documents entre les mains, et les étudier lentement, à tête reposée, pour qu'une discussion intéressante ait lieu.

Les auditeurs, qui le comprenaient, sortaient les uns après les autres, et le président leva la séance sans laisser engager la discussion.

Nous devons reproduire la fin de notre dernier compte rendu, qui était devenu incompréhensible, par suite de fautes, d'omissions et de transpositions, qui ont été corrigées, lorsque déjà une partie des numéros de la *Gazette* se trouvaient expédiés.

Voici comment ceux de nos lecteurs qui ont reçu ces premiers exemplaires doivent rétablir le texte à la deuxième colonne de la page 387 :

« III. Diverses communications sur le traitement de la phthisie par MM. Jourdain, Marchal (de Calvi), Lombard (de Genève), Auzias Turenne, le professeur O'Leary (de Dublin), Marcovitz (de Bucharest), Halla (de Prague).

IV. Une proposition de M. le docteur Van-Lohe (de Hollande), qui demandait à ce que le congrès ne se nommât point international, puisqu'il s'occupait exclusivement de questions scientifiques, et non pas de questions vraiment internationales, telles qu'organisation ou législation médicale.

A ce sujet, M. le professeur Palasciano, de Naples, membre du parlement italien, a raconté quelles modifications avantageuses avait reçue en Italie la législation médicale.

1° En Italie, les médecins ne sont plus incapables de recevoir par testament des malades qu'ils ont soignés pendant leur dernière maladie;

2° Le privilége si restreint des médecins pour soins donnés pendant la dernière maladie, privilége au sujet duquel j'ai publié dans la *Gazette des hôpitaux* quelques articles que M. Palasciano m'a fait l'honneur de rappeler, ce privilége a été rendu plus efficace; car il s'applique aux soins donnés pour toute maladie pendant six mois;

3° On a constitué une rente en faveur des veuves et des enfants de médecins morts pendant une épidémie;

4° Enfin, M. Palasciano a émis l'espoir qu'en Italie on ne forcerait plus bientôt les médecins à dénoncer les crimes ou les délits dont ils pourraient avoir connaissance dans l'exercice de leur profession. M. Palasciano semblait croire qu'en France nous étions obligés à cette dénonciation.

Je ne pouvais admettre que les médecins étrangers emportassent de notre nation, des médecins français et de la loi française, une idée si défavorable. J'ai donc dû rétablir les faits. J'ai dit qu'aucune loi n'obligeait les médecins à révéler les crimes qu'ils avaient pu connaître dans l'exercice de leur profession. Une telle loi serait impossible dans notre pays, où l'on regarderait comme un devoir de la violer.

Ceux qui ne sont pas au courant de la législation française peuvent assimiler à des lois, des ordonnances de police dont la dernière date de 1832, et qui voulait en effet contraindre les médecins à dénoncer les blessés qui demanderaient leurs soins; mais les ordonnances de police ne sont pas des lois; la jurisprudence est unanime pour leur refuser toute autorité en pareille matière, et pour faire prévaloir, en fait comme en droit, le principe du secret médical, proclamé du reste et sanctionné par l'article 378 de notre Code pénal.

J'ai fait remarquer que si la justice pouvait exiger tous les renseignements possibles du médecin qu'elle avait désigné comme expert, même malgré lui, elle ne pouvait jamais les demander au médecin du prévenu.

M. le professeur Crocq a signalé quelques graves imperfections qu'il a remarquées dans la loi belge, en ce qui touche les médecins, et M. Bouillaud a clos l'incident en faisant remarquer que ces graves questions demanderaient toute la durée d'un congrès spécial et qu'elles ne figuraient pas sur le programme, publié plusieurs mois avant l'ouverture du congrès. »

Puisque l'occasion s'en présente, nous ajouterons quelques détails sur ce sujet du *secret médical*.

Les ordonnances de police, qui ont précédé celles de 1832, dataient de 1788, 1801, 1816.

Elles établissaient une amende qui, de deux cents francs fut portée à trois cents francs, contre tout médecin qui soignerait des blessés sans révéler de suite leurs sexe, âge, nom, prénoms, etc.

Le but est facile à comprendre, surtout en remarquant les dates.

Mais ces ordonnances disparurent devant la résistance indignée des médecins, sans qu'il fut question d'en tenir compte.

Du reste, elles étaient inapplicables et nulles de plein droit; car il faut une loi formelle pour établir une pénalité.

Or, comme nous l'avons déjà dit, la seule loi qui touche à ces matières, l'article 318 du Code pénal consacre, au contraire, et sanctionne l'obligation du secret médical.

Il n'existe aucune exception à ce principe; car le Code pénal de 1832 n'a pas reproduit un article odieux, qui se trouvait dans le précédent : article qui prescrit à tous, sous les peines les plus fortes, la révélation de certains complots, sans distinction de personnes et sans même tenir compte des liens du sang les plus étroits.

Dr Victor Revillout.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MEDECINE

Séance du 13 août 1867. — Présidence de M. Tardieu.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

Suite de la discussion sur la vaccination animale

M. Guérin, après avoir rappelé l'historique de cette question, et le désir qu'il a plus d'une fois exprimé, soit à l'Académie, soit à la commission, de voir étudier la vaccine humaine concurremment avec la nouvelle vaccine, continue ainsi :

Mon programme n'est pas seulement d'examiner la valeur du rapport, mais celle de la vaccination, sa situation, ses besoins, les reproches qu'on lui adresse, et l'usage qu'on pourrait faire du rapport pour restaurer la vaccine humaine.

Avant de chercher un remède, il faut reconnaître la maladie. Quelle est la maladie de la vaccine humaine?

On l'accuse : 1° d'avoir perdu, par la suite des temps, une grande partie de sa vertu préservatrice; 2° d'avoir, dans sa route, recueilli un certain nombre de souillures, particulièrement la syphilis.

La commission aurait dû rechercher jusqu'à quel point la vaccine a dégénéré ou porte avec elle des maladies.

La dégénérescence de la vaccine est un fait que tout le monde croit, et moi-même comme les autres. Ce fait d'abord établi par des expériences, puis par des vues théoriques, des revaccinations, etc., ne paraît pas douteux. Mais on ne s'est pas demandé s'il n'était pas le résultat de certaines circonstances plus ou moins générales. Ce n'est pas un fait absolu. Il souffre des exceptions nombreuses. Ainsi le rapport officiel sur les vaccinations pratiquées dans le département de la Côte-d'Or indique que, dans ce département, la vaccine humaine est aussi efficace que dans le principe.

D'où vient donc l'affaiblissement noté ailleurs? Y a-t-il un bon et un mauvais vaccin? comme le croit le public et comme chacun de nous semble l'admettre en pratique, car tous nous prendrons de préférence du vaccin sur un enfant en bonne santé dont les pustules seront belles.

Eh bien! cette opinion générale est fondée. La vaccine possède comme diminutif la vaccinelle, et la vaccinelle, inoculée sur un mauvais terrain, s'y reproduit avec ses caractères de vaccinelle. C'est une observation reproduite par M. Bergeron qui m'a donné cette preuve. Ainsi dans certaines conditions la vaccine humaine peut subir une déchéance, tandis que dans d'autres elle se conserve. Il existe une bonne et une mauvaise vaccine, entre lesquelles il faut faire le triage. Un de nos confrères, M. Jacquemin l'a implicitement reconnu en refusant du vaccin qui lui semblait mauvais.

Si nous voulons donc restaurer la vaccine humaine, faisons pour elle ce que nous faisons pour les légumes. Améliorons-la par la sélection. Par cette *culture* de la vaccine, nous lui rendrons ses qualités premières.

Je passe à une autre question, celle de la syphilis vaccinale qui a été traitée dans le rapport avec autant de savoir que de talent. Le rapport discute des faits nouveaux, relate des observations, mais depuis lors il y a eu, à son occasion, des réclamations, des réflexions, des observations, des faits nouveaux qui méritent examen et rendent, pour ainsi dire, nouvelle cette question.

Les médecins se sont à ce sujet divisés en deux camps :

1° Les uns admettent, sans conteste, que la vaccine peut se charger du principe syphilitique et transmettre la syphilis;

2° D'autres admettent difficilement les faits invoqués par les premiers, ils nient tout au moins leur fréquence, et leur opposent d'autres faits qui sont négatifs. Si nous examinons d'un peu près les dossiers qui sont annexés au rapport, nous y trouvons des circonstances de nature à faire douter.

Ainsi dans un de ces dossiers cent vingt-sept sujets inoculés présentent des phénomènes insolites qui sont rapportés à la syphilis; mais plusieurs médecins qui ont vu ces enfants, mettent en doute cette interprétation; entre autre le médecin des épidémies du département, M. Fouquet, qui dans son rapport sur ce sujet, croit que les faits observés par lui tranchaient avec les phénomènes habituels de la vaccination, mais qu'il n'avait trouvé aucune trace de syphilis. D'un autre côté on voit ces sujets, que l'on prétend syphilisés, guérir tous sans médicaments. Observe-t-on jamais chez de vrais syphilitiques, que la guérison soit la règle, sans une exception sur plus de cent? Mais il faudrait partager l'opinion de ceux qui ne veulent plus qu'on traite la vérole.

Une autre circonstance me frappe également, c'est que presque jamais on n'a pu découvrir le vaccinifère contaminé, et l'origine du vaccin qui eut transmis la syphilis. Dans plusieurs cas, le vaccinifère, ainsi que sa mère, paraissait très-sains.

Enfin il ne faut pas oublier un autre ordre de faits : les faits négatifs. Plusieurs ont voulu inoculer la maladie syphilitique avec le vaccin, et ils n'y sont pas parvenus. Déjà, dans l'histoire de la vaccination, on peut trouver l'indication d'un certain nombre de faits semblables. On en concluait autrefois que, dans aucun cas, la syphilis ne pouvait être transmise par le virus vaccinal, fut-il pris sur le sujet le plus syphilitique. Des expériences nouvelles sont venues à l'appui de ces conclusions.

M. le docteur Densel, pratiquant un jour une série de treize vaccinations, s'est aperçu trop tard que le sujet qui lui avait fourni le vaccin était syphilitique. Il a suivi avec une véritable angoisse les résultats de ces vaccinations, et voyant que la syphilis n'avait été transmise à aucune de ces treize personnes, il en a conclu qu'elle n'était jamais transmissible par le vaccin.

Pour s'en assurer, il a choisi, sûrement cette fois, un syphilitique pour vaccinifère, et il s'est inoculé lui-même avec le vaccin pris sur ce sujet. Les pustules vaccinales se sont développées comme à l'ordinaire, sans communiquer la syphilis à cet expérimentateur. Il a renouvelé l'expérience sans qu'il se développât de nouvelles pustules.

Mais la cause qui empêchait le développement du vaccin, la vaccination antérieure, n'eût pas empêché la syphilis d'être transmise, si elle l'avait dû; et cette expérience doit compter. Dès lors, absolument certain de l'innocuité des expériences qu'il allait faire, le même médecin inocula, avec du vaccin pris sur des sujets syphilitiques, un grand nombre d'individus, dont aucun ne prit la vérole.

La conclusion forcée qui ressort de ces faits est que la transmission de la syphilis par le vaccin, si elle est possible dans certains cas, est tout au moins très-difficile à obtenir.

J'aborde la deuxième partie de mon programme. Comment devait-on aborder la question de la vaccine animale?

Pour étudier une chose, la première condition est de la définir. Il fallait définir la vaccine animale.

Pour ma part, je suis convaincu que cette vaccine animale n'est pas la vaccine réelle : que la vaccine originelle, la vaccine humaine, la vaccine nouvelle, dite vaccine animale, sont essentiellement différentes dans leur nature et dans leurs effets; l'usage de la vaccine nouvelle en place de l'ancienne est, non point imprudent peut-être,

mais irréfléchi, car on ne s'est pas bien rendu compte de ce qu'on employait.

La première vaccine, la vaccine originelle, celle dont Jenner s'est servi, était le cowpox spontané.

Ce même cowpox, transmis à l'homme, devenu humain pour ains dire par des inoculations successives constitue la vaccine humaine.

Et la vaccine nouvelle provient de l'un et de l'autre, transmis en plusieurs reprises de vache en vache. Il ne peut avoir la même puissance que les deux autres. La vaccine primitive avait toute l'énergie d'une maladie spontanée, toujours plus forte qu'une maladie transmise par inoculation. La variole spontanée produit des accidents beaucoup plus redoutables que la variole inoculée, et c'est de là qu'était venue l'ancienne méthode de l'inoculation. Il en est de même de la morve qui fut inoculée treize fois par M. Delafond sans produire de graves symptômes. C'est donc là un fait général, et il faut s'attendre à voir le cowpox être affaibli par inoculation.

Quand une fois ce cowpox fut transmis à l'espèce humaine, qu'est-il arrivé? il a rencontré un terrain spécial, une aptitude à la variole, un germe, en un mot, avec lequel il s'est combiné pour produire en définitive la vaccine humaine. Dans cette vaccine humaine, l'élément animal primitif, le cowpox, est resté dans une petite proportion; mais ce qui prédomine, c'est l'élément humain, cette vaccine est donc quelque chose de spécial.

Maintenant mettons en présence cette vaccine nouvelle, que l'on obtient en inoculant un animal à l'aide de la vaccine humaine. La première base en est un élément emprunté à l'homme, atténué déjà, et que l'on atténue encore par inoculation.

Ce n'est plus le cowpox, ce n'est plus la vaccine primitive, ce n'est pas même à proprement parler une méthode générale, mais simplement un cas particulier renouvelé. Aussi n'observe-t-on plus ces accidents généraux, ces phénomènes marqués que produisait l'inoculation du cowpox, soit tel que l'employa Jenner, soit tel que le retrouva M. Bousquet. Avec ce cowpox, comme vous l'a dit M. Bousquet, l'inoculation donne des résultats complétement différents de ceux que l'on obtient de la vaccine humaine; tandis que la vaccine nouvelle ne produit pas de phénomènes généraux, et ne se comporte en aucune manière comme le cowpox primitif.

L'heure étant avancée, la suite de ce discours est remise à la prochaine séance.

La séance est levée.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL.

SÉANCES COMPLÉMENTAIRES DU SOIR.

Six séances auront lieu le soir de 8 à 10 heures. Elles seront consacrées à la lecture des travaux étrangers au programme.

PREMIÈRE SÉANCE DU SOIR. — Samedi 17 août à 8 heures — Docteur Gourdin (Paris). — Sur le traitement de la tuberculisation pulmonaire. — Professeur Brown-Sequard (New York).—Vues nouvelles sur les signes des maladies cérébrales. — Docteur Galezowski (Paris). — Des altérations de la rétine et de la choroïde dans la diathèse tuberculeuse. — Docteur Marchal de Calvi (Paris). — Note sommaire sur les médications offensives dans les traitements de la phthisie pulmonaire.

DEUXIÈME SÉANCE DU SOIR. — Mardi 20 août, à 8 heures. — Docteur Bole (Castelsarrasin). — Sur la fièvre rémittente improprement appelée fièvre typhoïde. — Professeur Giov. Polli (Milan). — Du traitement des maladies dues à un ferment morbide, par les sulfites et les hyposulfites de magnésie et de soude. — Professeur Crocq (Bruxelles). — Sur la néphrite albumineuse. — Docteur Lallement (Charleville). — Sur le traitement de la typhoïde. — Docteur B. Milliot (Kriew). — De l'investigation par transparence des cavités splanchniques (Démonstrations).

TROISIÈME SÉANCE DU SOIR. — Jeudi 22 août, à 8 heures. — Docteur Brunetti (Padoue). — Nouvelle méthode de conservation des pièces anatomiques. — Docteur Eulenburg (Berlin). — Sur l'empoisonnement phosphorique aigu. — Docteur Rauchfuss (Saint-Pétersbourg. — Sur la construction des hôpitaux d'enfants. — Docteur Drysdale (Londres). — Sur le traitement de la syphilis sans mercure.

QUATRIÈME SÉANCE DU SOIR. — Vendredi 23 août, à 8 heures. — Docteur Colson (Noyon). — Sur le traitement de la coxalgie. — Docteur Laurence (Londres). — Observation d'un cas d'anévrysme traumatique de l'orbite. Ligature de la carotide primitive. Succès. — Docteur Ravoth (Berlin). — Sur le diagnostic des hernies. — Docteur Ramirez (Madrid). — Nouvelle opération pour le traitement des abcès du foie. — Docteur van de Loo (Venlo). — Bandage plâtré amovo-inamovible d'emblée et tricot plâtré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers décrets ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

Au grade de commandeur : M. Husson, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris.

Au grade d'officier : M. Béhier, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Au grade de chevalier : MM. Ameuille, médecin du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement de Paris; Lombard, chirurgien-major de la garde nationale; Joube, ancien chirurgien militaire; Glory, ancien chirurgien militaire.

De l'opération de la cataracte, par l'extraction linéaire scléroticale, par le Dr FERREIRA. In-8 avec 16 figures. Prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

De la pathogénie des symptômes urémiques, étude de physiologie pathologique, par le Dr ROMMELAIRE. 1 vol. in-8. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. A-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

SOMMAIRE. — CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONALE. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Prix de 1867. — Chronique et nouvelles. — Souscription.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

Le Congrès semble avoir repris une vie nouvelle.

Déjà, mercredi, une question très-importante et bien traitée avait ranimé l'attention et repeuplé l'amphithéâtre ; mais c'est jeudi soir, dans une séance complémentaire, qu'ont retenti les applaudissements les plus bruyants, les plus prolongés, les plus frénétiques.

M. Brunetti venait d'exposer, avec une méthode parfaite et dans un langage élégant et pur, le procédé qu'il a mis en usage pour préparer et conserver ses merveilleuses pièces anatomiques, et qu'il avait gardé secret jusqu'à présent, en réservant sans doute la révélation pour la solennité du Congrès médical.

Ce procédé comprend plusieurs opérations : le lavage de la pièce, son dégraissage, son tannage, sa dessiccation.

Pour laver la pièce, M. Brunetti fait passer un courant d'eau pure à travers les vaisseaux sanguins et les divers conduits excréteurs ; puis il fait passer de l'alcool pour chasser l'eau.

Ensuite, il procède au dégraissage, en remplaçant l'alcool par de l'éther qu'il pousse également dans les vaisseaux et les conduits ; cette partie de l'opération dure quelques heures. L'éther pénètre jusque dans la trame des tissus et y dissout partout les matières grasses. La pièce, arrivée à ce point, peut être conservée indéfiniment, plongée dans l'éther, avant de subir les opérations subséquentes.

Pour le tannage, M. Brunetti dissout le tannin qu'il emploie dans de l'eau distillée bouillante.

Il introduit cette solution toujours de la même manière, en la faisant passer par les vaisseaux sanguins et par les conduits excréteurs, après en avoir chassé l'éther à l'aide d'un courant d'eau distillée.

Ensuite, il faut dessécher la pièce. Pour cela faire, M. Brunetti la place dans un vase à double fond rempli d'eau bouillante, et il remplace les liquides précédents par de l'air sec et chaud. A l'aide d'un réservoir, où l'air est comprimé à deux atmosphères à peu près, et qui communique, par un robinet à un système de tubes, d'abord avec un vase contenant du chlorure de calcium, puis avec un autre chauffé, puis avec les vaisseaux et les conduits excréteurs de la pièce anatomique à préparer, il établit un courant gazeux qui chasse en peu de temps tous les liquides. L'opération est terminée.

La pièce reste souple, légère, garde son volume, ses rapports normaux, ses éléments histologiques solides, car de liquides il n'en existe plus. Elle peut être maniée sans crainte, et se conserve indéfiniment.

En vérité, c'est une admirable découverte. Récompensée exceptionnellement à l'Exposition universelle, elle méritait plus : l'enthousiasme d'une assemblée, où la médecine de tous les pays comptait des représentants célèbres.

Sur la proposition de M. le professeur Lamble (de Karkoff), vice-président, M. Bouillaud a adressé à M. Brunetti des remerciments auxquels tous se sont associés par de chaleureux témoignages.

M. le président a profité de cette occasion pour exprimer sa profonde satisfaction de voir des médecins étrangers s'exprimer si bien en français, et l'espérance de voir le français devenir, pour les médecins, la langue universelle des Congrès internationaux. Un médecin de Londres, M. Drysdale, a bientôt après réclamé cet honneur pour la langue anglaise.

Après M. Brunetti, M. Laskouski a présenté des pièces anatomiques qui sont aussi très-bien conservées, et qui ont l'avantage de garder l'aspect, la souplesse, les liquides, et toutes les qualités physiques des tissus normaux.

Malheureusement, M. Laskouski n'était pas préparé à la révélation des procédés secrets. Entraîné par l'exemple, il s'est borné à dire que l'acide phénique faisait partie du liquide dont il se servait en injection dans les vaisseaux. Il fut applaudi, avec réticences.

Nous ne parlerons pas aujourd'hui des autres sujets qui furent abordés dans cette séance complémentaire : sujets intéressants pour la plupart, mais sans connexion soit l'un avec l'autre, soit avec la question traitée dans la séance du mercredi dont nous allons maintenant rendre compte.

Séance du mercredi 21 août.

SECONDE QUESTION DU PROGRAMME PRIMITIF.

Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales

Dans nos premiers-Paris et nos revues cliniques, nous avons cherché précédemment quels étaient l'état des esprits et les opinions en présence, sur ce sujet, comme sur celui de la tuberculose : questions certainement les mieux choisies de tout le programme, avec, peut-être, celle qui sera discutée lundi prochain : la prophylaxie administrative des affections vénériennes.

Nous avons regretté de ne pas voir à cette séance MM. Demarquay, Maisonneuve, ces champions zélés des doctrines qui attribuent à l'absorption de liquides putrides ou sans vie tous les accidents généraux à craindre après les traumatismes.

Ce n'est pas à dire que ces doctrines ont été sans représentants : le premier, orateur inscrit, M. le professeur Bourgade, de Clermont-Ferrand, a cherché dans l'emploi du perchlorure de fer un moyen d'éviter la décomposition et la résorption des liquides qui peuvent s'épancher à la surface des plaies.

Voici le résumé de son mémoire, qu'il base sur une statistique de quatre-vingt-quinze cas :

M. Bourgade. — Trois faits importants dominent toute l'histoire des accidents généraux qui entraînent la mort, après les opérations chirurgicales :

1° On ne les observe pas généralement dans les campagnes ; tandis qu'ils sont fréquents dans les villes, et surtout dans les hôpitaux, les ambulances, etc.

2° On ne les voit survenir que très-rarement après l'usage des caustiques ; très-fréquemment, au contraire, ils se montrent après l'emploi de l'instrument tranchant.

3° Une fois développés, ils sont presque toujours mortels.

La conséquence à tirer de ces faits, c'est que, d'abord, puisqu'ils sont le plus souvent incurables, le chirurgien doit mettre tout en œuvre pour en prévenir le développement. Le traitement doit donc être essentiellement prophylactique.

Mais la prophylaxie reposant principalement sur la connaissance des causes, ce sont ces dernières qu'on doit rechercher.

Or, l'étiologie des complications graves qui se montrent dans ces cas, est assez notablement éclairée par ce qui a été dit plus haut :

1° De l'inocuité presque absolue des opérations pratiquées dans les campagnes ; 2° de l'innocuité habituelle des plaies faites par les caustiques, même dans les milieux les plus défavorables, comme les hôpitaux ; 3° de la fréquence des graves accidents qui suivent l'emploi du bistouri.

Il y a donc, au sein de toute agglomération humaine, une cause qui exerce, sur la guérison des plaies, une fâcheuse influence.

Cette cause doit se trouver dans la production d'un miasme ou ferment qui se développe dans ces conditions, et qui exerce son action délétère, non pas seulement sur l'organisme, mais surtout et principalement sur la plaie elle-même. Si cette action n'était pas essentiellement locale, pourquoi les individus opérés par les caustiques seraient-ils exempts de ces redoutables complications, et pourquoi surviendraient-elles, au contraire, presque exclusivement après l'emploi de l'instrument tranchant, qui laisse à nu une surface dénudée, exposée à l'action de tous les agents extérieurs ?

Il y a donc action délétère et locale ; il faut, par conséquent, s'efforcer d'y soustraire la plaie.

C'est pour cela que des chirurgiens ont voulu limiter l'action de l'instrument tranchant pour y subtituer celles des caustiques ou d'autres moyens de division des tissus.

Mais le bistouri sera toujours l'instrument chirurgical par excellence.

Il faut donc en conserver l'usage, mais s'efforcer d'atténuer sur les plaies qu'il produit, l'action délétère des agents morbigènes.

Aussi me suis-je posé ce problème à résoudre :

Rendre les plaies, faites par l'instrument tranchant, aussi inoffensives que celles qui sont produites par les caustiques.

Et je crois l'avoir résolu par l'emploi du perchlorure de fer appliqué sur la plaie immédiatement après l'opération.

Voici la description du procédé employé par moi :

Lorsque j'ai terminé mon opération et pratiqué les ligatures, je lave et essuie la plaie avec le plus grand soin, et lorsque l'écoulement du sang est bien arrêté, je recouvre toute l'étendue de la surface sanglante avec des plumasseaux ou bourdonnets de charpie, fortement imbibés d'une solution de perchlorure de fer au 30° pure. Il est nécessaire que toutes les parties de la plaie, même les plus anfractueuses, que les os, les muscles, les vaisseaux, le tissu cellulaire, etc., subissent l'action de la liqueur chloro-ferrique. Le tout est recouvert d'un gâteau de charpie mouillée.

Le perchlorure de fer se combine alors intimement avec les tissus et il se forme sur la plaie un magma solide et adhérent, espèce de cuirasse emplastique, qui tient à la fois du coagulum et de l'escarre, — car à 30° la solution de Pravaz est légèrement caustique — qui acquiert de la dureté et offre de la résistance, et qui ne commence à se détacher, sous l'influence de la suppuration, que du sixième au huitième jour, quelquefois même vers le dixième.

Il y a donc, dans le premier pansement, quelque chose qui semble tenir à la fois de l'occlusion et de la cautérisation, et qui doit en réunir les avantages.

Je n'exerce jamais de tiraillements sur les tampons de charpie restée adhérente à la surface de la plaie ; je les laisse se détacher d'eux-mêmes, sous l'influence de la suppuration aidée de quelques lavages. En tombant, ils découvrent une surface noirâtre, recouverte d'une mince couche escharrotique, laquelle se détache à son tour graduellement et met à nu une plaie rose et vermeille, d'un très-bel aspect, déjà recouverte de bourgeons charnus en voie d'organisation.

Les pansements sont faits alors avec le vin aromatique ; la plaie fournit une suppuration de bonne nature, peu abondante, qui marche graduellement et sans entraves, vers la guérison.

Quelquefois, il est possible, après la chute de la couche escharrotique, d'affronter les parties molles et d'obtenir de rapides réunions secondaires.

Pendant tout leur traitement et dès le début, les malades restent dans de bonnes conditions. Ils souffrent peu, n'ont qu'une fièvre traumatique modérée, qui permet de les alimenter, conservent du sommeil et reprennent rapidement des forces.

Une douleur assez vive suit l'application du perchlorure de fer ; mais au bout de quelques minutes, elle diminue notablement et devient très-supportable. Elle ne se prolonge jamais au delà de quelques heures, et se confond sensiblement avec les douleurs qui suivent ordinairement les opérations. Elle ne peut donc pas constituer une contre-indication.

Cette méthode, on le comprend, n'est applicable qu'aux réunions médiates des plaies. Cependant elle s'allie très-bien aux tentatives de réunions partielles, les seules, suivant moi, qu'on puisse avoir l'espoir d'obtenir dans les hôpitaux. Dans ce cas, elle semble même en assurer le succès.

Depuis près de cinq années, j'emploie cette méthode, d'une manière générale, à l'Hôtel-Dieu de Clermont, dans toutes les opérations qui me paraissent assez importantes pour faire redouter des complications graves. Je l'ai appliquée ainsi dans 95 opérations, qui toutes ont été suivies de succès.

Les accidents que je cherche à prévenir par cette méthode sont plus spécialement l'infection purulente et putride, la phlébite, l'angéioleucite, l'ostéomyélite et les hémorrhagies consécutives.

Le perchlorure de fer me paraît agir, dans ce cas, en opérant à la fois une légère cautérisation des surfaces sanglantes, et en exerçant une action fortement coagulante jusque dans l'intérieur des veines. Il en résulte, une phlébite adhésive et oblitératrice qui prévient la phlébite suppurative et s'oppose à l'absorption de tous les éléments morbigènes, éléments dissociés du pus ou tous autres, déposés à la surface des plaies.

M. le professeur Barbosa, délégué du gouvernement portugais auprès du Congrès international, avait apporté un travail statistique très-considérable sur les suites des opérations pratiquées depuis 12 ans à l'hôpital Saint-Joseph de Lisbonne. Il en a lu quelques extraits.

M. Barbosa. — Il y a seulement 59 morts sur 243 amputations de membres, soit 24, 21 sur 100 ; dans ce chiffre, figurent 62 amputations de cuisses qui ont donné 29 morts, 46, 8 pour cent.

La plus forte mortalité répond au printemps, puis vient l'hiver, l'été, enfin l'automne. Parmi les causes de mort, on remarque en premier lieu l'infection purulente observée 44 fois sur cent, ensuite viennent l'érysipèle, 18, 6 pour cent ; la diarrhée, l'épuisement, etc.

Sur 13 résections, il y eut un seul décès ; — sur 28 lithotomies, 10 décès ; — sur 34 opérations de hernie étranglée, 20 décès ; — sur 19 ligatures d'artères, 4 décès ; — sur 4 trachéotomies, 3 décès ; — sur 19 amputations du pénis, 3 décès ; — sur 407 extirpations de tumeurs diverses, 16 décès ; dont 2 par infection purulente et 2 autres par érysipèle ; — sur 12 applications de forceps, 2 décès de la mère, 8 de l'enfant ; — 1 embryotomie a été suivie de la mort de la mère par péritonite ; — sur 4 opérations césariennes pratiquées après la mort de la mère, une seulement a amené un enfant vivant.

Nous ne pouvons suivre M. Barbosa dans les détails si complets dans lesquels il entra, ni dans la comparaison de ses statistiques avec celles des autres. Il attribue les résultats relativement avantageux que l'on obtient à l'hôpital Saint-Joseph de Lisbonne, aux bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles les malades s'y trouvent, à la ventilation des salles, aux fréquents lavages, etc. ; et en outre aux procédés opératoires ou modes de pansement, à l'hygiène des amputés.

M. Barbosa emploie de préférence la méthode circulaire pour

amputer les membres, en sciant l'os le plus haut possible, il enlève tous les caillots et fait la compression méthodique du moignon, à partir de la racine du membre à l'aide d'une bande circulaire sur laquelle viennent s'attacher les bandelettes agglutinatives. Il ménage un écoulement aux liquides épanchés, en dirigeant la plaie en bas et en dedans et plaçant à l'angle inférieur une mèche de charpie. Le pansement s'achève à l'aide de compresses trempées d'alcool saturé de camphre ; pratique ancienne en Portugal. Les opérés sont nourris de suite et on leur fait boire du Porto; on les fait descendre au jardin pour respirer l'air.

On voit qu'en Portugal, on se préoccupe surtout de maintenir l'opéré dans les conditions générales les moins mauvaises.

M. le professeur Gosselin attache aussi une importance considérable aux soins hygiéniques, dont on entoure l'opéré. Il considère l'érysipèle comme étant souvent épidémique et contagieux ; il a donc grand soin d'éloigner autant que possible les sujets atteints d'érysipèle.

Toutes les causes morales, tout ce qui peut influer sur la disposition d'esprit, et la manière d'être du malade lui semble jouer un assez grand rôle dans le résultat définitif.

M. Gosselin. — A l'hôpital de la Pitié, j'ai recueilli tous les cas d'érysipèles qui se présentaient dans mes salles. Pendant les trois premières années 1862, 1863, 1864, je n'ai guère pris de mesures que contre la cause infectieuse et la mesure principale a consisté dans le renouvellement de l'air, par l'ouverture aussi fréquente et aussi prolongée que possible d'une ou plusieurs fenêtres.

En 1862, j'ai eu 37 érysipèles, dont 9 suivis de morts ;

En 1863, 55 érysipèles, 12 morts ;

En 1864, 41 érysipèles, 10 morts.

En déduisant de ces nombres les érysipèles venus du dehors, on trouve que, durant ces trois ans, il s'est développé dans nos salles 83 érysipèles, dont 61 dans nos salles d'hommes (grande et petite salle Saint Louis), qui contenaient alors soixante malades, dont le mouvement annuel est de 850, terme moyen ; 22 dans ma salle des femmes (salle Saint-Jean), qui ne contient que 26 lits et où la moyenne des entrées est de 275 par an. La proportion d'érysipèles développés dans les salles a donc été de 1 sur 42 chez les hommes, 1 sur 37 chez les femmes.

Peut-être cela tient-il à ce que le renouvellement de l'air par l'ouverture des fenêtres laisse plus à désirer dans ma salle des femmes, où l'on se plaint davantage du refroidissement. Les lits y sont du reste plus rapprochés et l'espace pour chaque malade est moindre que dans mes salles d'hommes.

Si maintenant nous comparons, au point de vue de la mortalité, les érysipèles venus du dehors et les érysipèles intérieurs, nous trouvons :

Chez les hommes, 5 morts sur 38 érysipèles extérieurs, c'est-à-dire 1 sur 7.

17 morts sur les 61 intérieurs ou 1 sur 3 et demi.

Chez les femmes, 2 morts pour 14 érysipèles extérieurs ou 1 sur 7.

7 morts pour 20 érysipèles intérieurs ou 1 sur 3.

La proportion a donc été encore un peu plus grande pour les femmes.

J'arrive à l'examen d'une question délicate. Mes érysipèles ont-ils été sporadiques, ou à quel moment dois-je croire qu'ils ont été épidémiques? Tant qu'ils sont sporadiques, en effet, je puis croire que les causes individuelles jouent le principal rôle dans leur développement. Quand ils sont épidémiques, au contraire, je dois faire une part beaucoup plus grande à la cause infectieuse.

Je considère la maladie comme ayant été épidémique dans ma salle d'hommes, toutes les fois que le chiffre a dépassé 3 à 4 par mois, et cela a eu lieu en février et en mars pendant ces trois années, excepté en février 1864. Je crois également que, dans les autres mois où ces mêmes chiffres ont été atteints ou dépassés par les érysipèles intérieurs, c'est-à-dire en avril 1862, en janvier, mai et juin 1864, l'érysipèle a été épidémique ; dans les autres mois, au contraire, les érysipèles intérieurs ont été assez peu nombreux pour que je puisse les considérer comme ayant été sporadiques.

Chez les femmes, les résultats sont les mêmes. A partir du 1er janvier 1865, je commençai à éloigner des hommes blessés, les sujets atteints d'érysipèles et à les mettre dans une salle à part avec d'autres malades n'offrant pas de plaies. Mais je ne pus appliquer cette mesure dans mon service de femmes, qui ne comprend qu'une salle. Je me bornai donc à ne pas recevoir de femmes venant du dehors, atteintes du dehors, et à préférer les modes de traitement que l'expérience a démontré les moins aptes au développement de l'érysipèle. Pendant ces trois dernières années, j'ai vu se développer chez les hommes 32 érysipèles intérieurs seulement, au lieu de 61 ; chez les femmes 11 au lieu de 22; la différence est presque de moitié.

Je crois que ces résultats meilleurs ont été dus, tout à la fois, aux précautions que j'ai prises d'assainir les salles, de ne pas laisser les blessés et opérés à côté d'autres malades atteints d'érysipèles, et d'éviter, pour les femmes surtout, les modes de traitement qui exposent le plus à cette complication, tels que l'ablation du sein à l'aide du bistouri et l'ouverture des abcès mammaires post-puerpéraux.

Infection purulente. — En ce qui regarde l'infection purulente, convaincu que le résultat des opérations et surtout ceux des grandes amputations dépendent beaucoup plus des soins donnés aux malades, que de l'exécution et du choix des procédés opératoires, j'ai, à partir du 1er janvier 1862, eu recours pour les amputés, à un certain nombre de précautions minutieuses, prises les unes avant, les autres pendant et après les opérations.

Avant. 1° J'ai renouvelé l'eau le plus possible;

2° J'ai mis mes opérés dans la plus grande salle où je ne laisse pas séjourner les érysipèles;

3° Toutes les fois qu'il n'y avait pas urgence, j'ai laissé le malade s'accoutumer à l'idée de l'opération, en désigner lui-même le jour, et j'ai cherché à dissiper ses inquiétudes sur les résultats.

Pendant. — J'ai pris soin de supprimer la douleur par l'anesthésie, et de bien lier toutes les artères qui donnaient du sang.

Après. — Je me suis préoccupé, dans les premiers pansements, d'éviter la souffrance. Je n'ai placé autour du moignon aucune circulaire qui m'obligeait à le soulever ou le déplacer.

J'ai mis en dessous un large morceau de taffetas gommé.

Je n'ai pas essayé de rapprocher les bords de la plaie, que j'ai recouvert d'une compresse imbibée d'eau froide ou tiède, selon la saison ; je n'y ai pas ajouté d'alcool pour éviter une cause de douleur.

J'ai placé mes opérés sur un lit mécanique qui permît de les enlever pour les garderobes ou le renouvellement du lit, sans les faire souffrir.

Je les ai alimentés, autant que possible, à leur goût, leur prescrivant du vin, et, s'ils le désiraient, un peu d'eau-de-vie ou de rhum.

J'ai évité, avec le plus grand soin, tout ce qui pouvait les impressionner douloureusement au moral comme au physique.

Voici quels ont été mes résultats :

En laissant de côté 20 amputations de phalanges sans aucune gravité, j'ai fait 19 amputations de cuisses, 22 de jambes, 4 de bras, 3 d'avant-bras ; en somme, 48 amputations, dont 29 suivies de guérison, 19 de mort : ce qui donne de mortalité 39 pour 100.

Sur ces 19 morts, 10 seulement ont été causées par l'infection purulente.

J'ai en outre 9 autres infections purulentes chez des malades qui n'avaient pas été amputés.

Ce sont donc 19 infections purulentes qui se sont réparties, ainsi qu'il suit : 2 en 1862, 3 en 1863, 3 en 1864, 1 en 1865, 9 en 1866, 1 en 1867.

Je me suis demandé si, en 1866, la maladie avait été épidémique dans les salles ; mais, comme les cas s'y sont présentés à d'assez longs intervalles, je crois que le hasard et les conditions individuelles ont joué le plus grand rôle dans cette fréquence.

En résumé, je me crois autorisé à trouver que ces chiffres ne sont pas considérables : ce que j'attribue aux précautions que j'ai prises.

Ainsi, pour M. Gosselin, les résultats de l'opération tiennent surtout à l'état général de l'opéré. Il faut veiller à maintenir cet état le meilleur possible, car un choc purement moral pourrait provoquer les accidents les plus désastreux.

M. Gosselin cite l'exemple d'un opéré qui semblait aller bien, lorsqu'il apprit que sa femme, devenue folle, venait d'être enfermée à la Salpêtrière ; le premier frisson, signe de l'infection purulente, ne se fit point attendre.

Si l'état général actuel de l'opéré a cette importance pour le succès, son état de santé habituel ne doit pas être négligé pour le pronostic.

M. Verneuil a particulièrement insisté sur cette partie de la question.

Il a signalé l'influence que peuvent avoir les diathèses larvées, celles qui ne se sont manifestées jusqu'alors par aucun symptôme, mais qui peuvent se révéler d'un instant à l'autre ; puis les diathèses qui sont la cause probable d'un certain nombre de foyers morbides coexistant chez le malade ; enfin, les diathèses évidentes qui ont imprimé leur cachet sur tout l'ensemble de l'économie, et se sont manifestées de diverses manières.

M. Verneuil veut également tenir compte, soit des désordres secondaires que la lésion, d'abord toute locale, a pu faire naître dans l'appareil auquel appartient l'organe malade, soit des foyers morbides qui se trouvent réunis par coïncidence fortuite.

M. Verneuil. — On sait que la taille et la lithotritie sont très-graves lorsque la vessie et les reins sont le siége d'altérations anciennes et profondes ;

— Que la trachéotomie est beaucoup plus bénigne quand elle est pratiquée pour extraire un corps étranger que lorsqu'elle est opposée à la diphthérite ;

— Que l'amputation de la jambe est très-sérieuse, si le membre est couvert de varices superficielles et profondes ;

— Que le pronostic de l'amputation du sein est plus sérieux, lorsqu'elle est nécessitée par un cancer, que lorsqu'il s'agit simplement d'un adénome ;

— On connaît depuis longtemps la mortalité énorme des amputations ou résections chez les sujets en proie à la tuberculisation pulmonaire ;

— On commence à savoir que la moindre opération entraîne souvent la mort chez un diabétique ;

— En revanche, on parle de l'immunité relative très-singulière dont jouiraient les aliénés.

M. Chevers nous a appris que les affections latentes du rein expliquaient souvent la mort après les opérations les plus diverses et les traumatismes même les moins étendus.

Mais que d'inconnues restent encore à dégager et que de contradictions existent encore.

L'influence de l'ivrognerie, de l'intoxication palustre, de l'acclimatation dans les salles d'hôpital avant l'opération de la période menstruelle, de la grossesse, de la lactation, etc., sur les résultats d'une opération ou d'un traumatisme, cette influence est encore douteuse ou controversée.

Je crois que l'érysipèle est plus fréquent dans les diathèses herpétique ou arthritique ; que souvent il peut reparaître à plusieurs reprises sur le même sujet.

Je ne crois pas, comme on le suppose généralement, que les amputations et les résections soient plus graves chez les sujets sains que chez les individus débilités par une lésion chronique, chétifs et lingres.

J'ai observé des faits encore en petit nombre, il est vrai, mais qui sont contraires à cette hypothèse. Les chirurgiens militaires obtiennent dans leurs amputations des résultats bien supérieurs à ceux que nous donnent les amputations pathologiques, toujours faites le plus tard possible.

Je me propose de consacrer la meilleure partie de mon activité scientifique et de mon expérience pratique à prouver que les états généraux, anciens ou récents, diathésiques, héréditaires ou acquis, dominent de haut le pronostic des opérations chirurgicales et constituent la source la plus riche peut-être des indications et contre-indications opératoires.

M. Labat semble attacher moins d'importance que M. Verneuil à l'état général de la constitution, aux diathèses préexistantes, etc. Toute son attention se porte sur la plaie elle-même, sur le manuel opératoire, le mode de pansement, etc.

Il regarde le sang, et peut-être aussi les liquides dont les tissus étaient imbibés avant l'opération, comme des corps étrangers, qui, ne pouvant jamais servir au travail de réparation, se corrompant au contact de l'air, deviennent une source de dangers considérables.

Il cherche donc à les écarter aussi complétement que possible de la surface de la plaie, où leurs éléments dissociés et devenus putrides pourraient être absorbés; tandis qu'il a soin de conserver l'exsudation plastique, provoquée par l'opération, et qui fournirait, comme un blastème formateur, les éléments des tissus nouveaux qui constitueront la cicatrice.

On voit que M. le docteur Labat adopte les idées de M. le professeur Robin sur la formation des tissus dans un blastème préexistant.

Voici les conclusions pratiques qu'il a formulées devant le Congrès.

M. Labat. — Pour prévenir les accidents, il faut :

1° Ne rechercher la réunion complète que, lorsque la plaie est peu profonde; que la texture des tissus est uniforme ; que les surfaces opposées pourront être maintenues en contact aussi bien au fond que sur les bords ; que les tissus n'auront pas été trop profondément contus ;

2° Dans les opérations, disposer les lambeaux de telle sorte que l'écoulement des liquides sous jacents puisse se faire avec facilité ; que les lambeaux s'appliquent aisément l'un sur l'autre ;

3° Eviter avec soin toutes les conditions qui peuvent entraîner l'altération des produits, et le séjour de ces produits altérés au voisinage de l'embouchure des veines ;

4° Favoriser l'écoulement des liquides à l'aide d'un drain ou de tout autre moyen établissant un canal du point où l'on suppose que les liquides s'épanchent jusqu'à l'extérieur.

5° Ne jamais négliger une contre-ouverture dès le début, car ce moyen est nécessaire pour rendre l'écoulement facile ;

6° Eviter l'emploi de tout moyen de nature irritante, surtout dans les régions abondamment pourvues de lymphatiques ;

7° Dans les plaies anfractueuses ou contuses non réunies, éviter le croupissement des liquides au fond des anfractuosités en remplissant ces cavités avec de la charpie ;

8° Laisser le plus possible dans l'immobilité absolue, éviter les pansements pénibles ou trop souvent réitérés ;

9° S'abstenir d'une façon absolue de lotions à l'eau pure sur la plaie à nu ; par contre, l'alcool prévenant l'altération des matières organiques peut rendre souvent des services considérables ;

10° Toutes les fois qu'on pourra craindre de voir survenir la résorption purulente, donner l'ergotine à la dose de deux à trois grammes, dès le premier jour, et continuer les jours suivants tout le temps que durera le danger : communément 10 à 12 jours.

Un professeur distingué de Rome, M. Mazzoni, a pris la parole pour faire ressortir l'utilité d'une précaution qui n'est pas prise dans nos hôpitaux en général ; celle d'isoler les salles de chirurgie des salles de médecine où se trouvent les fiévreux, les tuberculeux, etc.

Nos confrères d'Italie regardent cette séparation comme presque indispensable, pour éviter les accidents qui compliquent les traumatismes.

Le professeur Palasciano (de Naples), chirurgien célèbre, membre du parlement italien, et actuellement vice-président du Congrès international, n'a pas hésité à envoyer sa démission de professeur de clinique, parce qu'on voulait rapprocher les fiévreux de ses services d'opérés.

Il nous a affirmé qu'à Naples, et dans l'Italie en général, la mortalité augmentait beaucoup dans les salles de chirurgie, aussitôt qu'on réunissait, par des motifs d'économie, tous les genres de malade dans les mêmes bâtiments.

Cette question, presque imprévue en France, mérite une sérieuse étude.

M. Mazzoni. — C'est un fait positif que les accidents les plus épouvantables des opérations chirurgicales, comme l'érysipèle, la phlébite, l'infection purulente et putride sont extrêmement rares dans les hôpitaux d'Italie. Dans les Etats romains, la complication la plus fréquente est l'intoxication palustre. Il arrive de voir se développer après une opération une fièvre *traumatique pernicieuse d'emblée.* Le chirurgien qui n'aurait pas immédiatement recours au sulfate de quinine à forte dose, verrait invariablement mourir le malade dans l'espace de quelques heures.

Dans nos hôpitaux d'accouchement, on ne connaît pas la fièvre puerpérale, soit endémique, soit épidémique, et tout récemment, le professeur Palasciano, de Naples, l'un des vice-présidents de ce Congrès, a recueilli et publié dans les Archives de chirurgie, la statistique de la Maternité de Naples, pendant trente ans, et a fait ressortir l'absence complète de la fièvre puerpérale épidémique dans cette Maternité, située pourtant dans le grand hôpital des Incurables de Naples, qui compte plus douze cents lits et où l'hygiène la plus élémentaire est négligée.

Quelle est la cause de ces résultats si importants ? La réponse est celle-ci :

Dans les hôpitaux, dans lesquels on fait les accouchements et les opérations, ne sont pas reçus les malades qui peuvent nuire à l'atmosphère de l'hôpital : en d'autres termes, les malades atteints de typhus, de fièvres typhoïdes, de scarlatines, de varioles, et les tuberculeux surtout, sont séparés de tout le monde et sont placés dans des

salles tout à fait distinctes et éloignées. Les infirmiers, la cuisine, la buanderie, etc., sont également séparés des salles de malades.

La médecine du seizième, siècle à laquelle nous sommes redevables de la plupart des hôpitaux actuels, était aussi pénétrée de ces principes, et dans les bulles du Saint-Siége qui autorisaient ces fondations on voyait toujours figurer la règle de la séparation des malades qui pouvaient se nuire réciproquement.

M. Chauveau est parvenu récemment à produire artificiellement le vaccin naturel par l'inspiration de la matière contagieuse; la cause des accidents qui compliquent les opérations chirurgicales n'est-elle pas parfois de ce genre ? Dans les hôpitaux militaires où règne épidémiquement le typhus des armées, le chirurgien sage se refuse à toute opération qui peut se remettre.

En Italie, un opéré est entouré des mêmes soins qu'une femme en couche.

Nous redoutons surtout pour nos opérés, l'influence des individus atteints de maladies contagieuses, les émanations infectantes de la gangrène, des suppurations vastes et de mauvaise nature.

La grave question de l'hygiène hospitalière se trouvait ainsi soulevée. A son tour M. Marjolin en a fait l'objet d'un discours très-éloquent et très-applaudi.

Il a réclamé pour nos hôpitaux, pour les nouveaux comme pour les autres, les conditions salubres qui sont si nécessaires à la guérison des malades.

Il a rappelé les discussions de la Société de chirurgie sur ce sujet, et réclamé l'appui du Congrès, pour faire prévaloir, en pratique, des principes dont la justesse est scientifiquement incontestable.

L'appui du Congrès s'est manifesté par de bruyants applaudissements.

M. le docteur de Méric (de Londres), a fait alors l'éloge des hôpitaux anglais au point de vue de l'hygiène et de la pratique chirurgicale, en Angleterre, au point de vue des soins minutieux que reçoivent les opérés.

Il a rappelé que l'ovariotomie s'y pratiquait d'abord dans un petit hôpital que M. Nélaton a visité, et où il a pu voir combien on mettait d'attention aux soins hygiéniques. Ce petit hôpital est situé presque à la campagne. Mais dans les grands hôpitaux de Londres, comme dans les petits, il existe toujours une salle de réserve; où l'on peut transporter les malades; ce qui rend possible le nettoyage fréquent des autres salles.

Pour éviter les hémorrhagies consécutives dans les amputations, on laisse le moignon ouvert pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure.

Généralement, la chirurgie anglaise est heureuse, et, dit M. de Méric, elle l'est plus que toute autre, en ce qui touche l'ovariotomie.

M. de Méric demande à M. Verneuil s'il a remarqué, comme lui, que les amputations fussent beaucoup plus graves, lorsqu'elles étaient faites pour les lésions épouvantables qui résultent de collisions sur les chemins de fer. « Je ne m'en fais pas gloriole, a-t-il dit, mais en pareil cas j'ai perdu presque tous mes malades, le plus souvent par gangrène du moignon. »

M. le docteur Bole (de Castel-Sarrasin) était inscrit pour prendre la parole après M. de Méric. Il a raconté qu'il avait fait un certain nombre d'amputations dont une de cuisse et cinq de jambes, sans un seul décès.

Notre confrère attribue ses succès à ce qu'il habite la Gascogne, dont le climat est excellent, et surtout, à ce qu'il fait, dans tous les cas, la réunion immédiate et avec sutures enchevillées et bandelettes agglutinatives, à ce qu'il panse avec un linge fenêtré enduit du cérat de Galiem, à ce qu'il évite les pansements fréquents, laissant le moignon sans y toucher pendant plusieurs jours, etc.

M. Bole suppose qu'à Paris une telle méthode devrait donner des résultats très-satisfaisants ; mais il oublie que la réunion immédiate est, à Paris, des plus exceptionnels; que la tenter dans nos hôpitaux, c'est le plus souvent s'exposer à des accidents formidables ; que les chirurgiens les plus habiles y ont renoncé, contraints, par les faits dont ils avaient été témoins ; que le cérat de Galien et le linge fenêtré sont encore employés dans plusieurs services ; et que les succès plus nombreux des opérations à la campagne sont bien connus de tout le monde, et ne dépendent pas seulement de la méthode.

M. Jeannel (de Bordeaux) convaincu de l'importance prédominente de l'hygiène générale sur le traitement des plaies, a craint d'abord en entendant le mémoire de M. Bourgade qu'on n'abandonnât les soins hygiéniques, en voyant de si beaux succès résulter du choix d'un topique.

M. Jeannel se méfie des topiques ; il en a vu préconiser, puis abandonner un grand nombre, à commencer par les chlorures pour finir par l'acide phénique et les lames de plomb, sans compter l'occlusion, la ventilation, l'incubation des plaies.

Toutes ces méthodes se sont appuyées sur des statistiques considérables, tellement qu'elles pouvaient faire prendre la résolution de les employer désormais exclusivement. Mais bientôt on s'apercevait qu'autre chose dominait.

M. Jeannel a commencé à se rassurer en écoutant M. le professeur Gosselin, qui a posé les vrais principes.

Si nous avons bien entendu, M. Jeannel regarde les fenêtres comme les ennemis nés des malades, et il préconise la ventilation par des appareils.

Ceci nous paraît très-discutable, car la salle d'accouchements du grand hôpital de Lyon, cette salle célèbre par l'absence de fièvre puerpérale depuis longues années, est ventilée tout simplement au moyen de grandes fenêtres, d'ouvertures pratiquées de chaque côté dans les murs, et de larges fenêtres au plafond, qui communique avec un grenier, habituellement ouvert à tous les vents.

Pour éviter au malade l'émotion que cause l'approche d'une opération grave, M. Jeannel propose de l'opérer, comme on le fait à Bordeaux, par surprise. Une fois qu'il a donné son consentement pour un moment qu'il croit éloigné, on envoie près de lui un aide chirurgien ou le pharmacien de l'hôpital qui lui présente le chloroforme comme pour l'habituer à son odeur. Sitôt endormi, on l'apporte à l'amphithéâtre, et maintenant l'anesthésie, on l'opère avant qu'il soit réveillé.

M. Jeannel, en terminant, a cité un exemple des inconvénients graves qu'il peut y avoir à rapprocher les casernes des hôpitaux. A Bordeaux, l'hôpital Saint-André n'est séparé de la caserne Saint-Raphaël que par un jardin de dix mètres. Il y a deux ans, lors d'une épidémie de variole, vingt-trois soldats furent pris de la maladie dans cette caserne, et cinq ou six moururent ; tandis qu'il n'y avait pas un seul cas de variole dans le reste de la garnison, casernée ailleurs.

M. Gosselin, en réponse à M. Meric, a reconnu que beaucoup de précautions avaient été empruntées par lui à la pratique anglaise, comme il l'avait, du reste, écrit et dit souvent.

Quant à la précaution que M. de Meric recommandait pour éviter les hémorrhagies consécutives, celle de laisser les plaies ouvertes pendant longtemps, elle est inapplicable à Paris, car les chirurgiens en général, et M. Gosselin en particulier, ne ferment plus les plaies, et ne tentent plus d'obtenir la réunion immédiate.

M. Gosselin a été frappé des résultats que M. Bourgade obtient par les pansements au perchlorure de fer. 98 opérations sans un seul décès ; c'est vraiment très-extraordinaire, surtout si dans ce nombre figurent un certain nombre de grandes amputations de cuisses ou de jambes. Il serait intéressant de savoir si, par le perchlorure de fer, M. Bourgade a pu prévenir le développement d'érysipèle après avoir amputé les seins à l'aide du bistouri.

Le tour de parole de M. Verneuil a fait retarder la réponse de M. Bourgade.

M. Verneuil tenait à dire que la lacune supposée par M. de Meric dans ses recherches, n'existait pas. Il a souvent soigné des ouvriers victimes d'accidents de chemin de fer ; il a fait beaucoup d'amputations pour des cas de ce genre, et, comme M. de Meru, il a constaté qu'elles étaient extrêmement graves. Si la cuisse est broyée, le malade, opéré ou non, meurt presque toujours, mais pas toujours si c'est la jambe.

M. Verneuil est allé plus loin, car il s'est rendu compte des causes de cette gravité exceptionnelle. Les lésions s'étendent toujours beaucoup plus haut qu'on ne le suppose, il se fait des décollements considérables à 12, 15, 20 centimètres du point où le choc a porté. Si donc on opère sur ce point, les tissus que l'on croyait sains, et qui constituent les lambeaux, tombent en gangrène.

Pour éviter ces accidents, il faut s'éloigner toujours beaucoup du traumatisme, quand c'est possible ; quand la lésion porte sur le pied ou sur la jambe.

Le chirurgien de Lariboisière a vu avec satisfaction que presque tous ses confrères s'accordaient à rejeter la tentative de réunion immédiate. En boursant la plaie de charpie, sans la réunir, si ce n'est parfois le premier jour par un ou deux points de suture toujours enlevés le lendemain, il obtient des moignons irréprochables, et il attribue la plus grande partie de ses succès à cette méthode.

Dans toute l'Europe, on abandonnela réunion immédiate qui, tout au plus, peut être bonne exceptionnellement pour certains pays, pour certains climats, et à la campagne.

La séance s'est terminée, après quelques réflexions de M. Bourgade que nous n'avons pas très bien comprises. Si nous ne nous sommes pas trompé, après avoir dit qu'aucune amputation de cuisse ne figurait sur sa statistique, le chirurgien de Clermont-Ferrand a vanté le perchlorure de fer à la fois comme hémostatique, et comme moyen de provoquer un écoulement sanguin des petites artères qui auraient échappées à la ligature. Il nous semble que nous atténuons, loin de l'exagérer ce double éloge qu'on pourrait peut-être expliquer en admettant que le perchlorure de fer agit comme excitant les parois vasculaires, en même temps qu'il coagule le sang qui serait épanché.

Il pourrait ainsi toujours à propos provoquer d'abord, puis empêcher ou arrêter une hémorrhagie. L'aide le plus intelligent ne ferait pas mieux.

Jetons maintenant un regard en arrière et demandons-nous ce qu'on peut conclure des communications entendues dans cette séance?

Evidemment les accidents généraux qui surviennent après les traumatismes ou les opérations, peuvent avoir des causes diverses.

M. Verneuil a fait ressortir la très-grande influence des maladies antérieures, des diathèses, de la santé générale. Cette influence est incontestable. Ne voit-on pas, sans plaie, la diathèse purulente naître par épuisement vital, chez des individus surmenés ? et parfois même, sans excès de fatigue, chez des sujets malingres et débiles, comme il arriva pour un enfant qui resta longtemps dans les salles de M. le professeur Lasègue, à l'hôpital Necker?

Peut-être, cependant, M. Verneuil a-t-il conclu un peu trop vite du danger des diathèses et de l'épuisement à la plus grande nocuité des opérations qu'on retarde.

La logique n'exige nullement cette conclusion, car il faut tenir compte du choc qu'éprouve le malade, lorsqu'une partie considérable de son corps lui est enlevée subitement sans préparation.

Tous les physiologistes savent, qu'en opérant d'une manière graduelle, on peut faire subir aux animaux des mutilations qui auraient pour résultat la mort immédiate si, on les complétait du premier coup.

Lorsqu'un membre est malade profondément depuis longtemps, il fait de moins en moins partie de l'individu, et le choc est moindre lorsqu'on l'ampute.

Ainsi, la logique ne souffrirait pas s'il était prouvé pour M. Verneuil, qu'il peut y avoir avantage à retarder une opération, bien que le malade s'affaiblisse, et que les conditions générales deviennent plus mauvaises.

Si l'état de santé physique est à considérer, il est incontestable qu'il faut travailler à soutenir les bonnes dispositions morales de l'opéré, comme MM. Gosselin, Jeannel et autres l'ont dit avec raison. Les émotions pénibles exercent sur le corps une influence des plus puissantes, et cela même lorsque la résistance vitale est à son maximum, au lieu d'être affaiblie déjà comme chez les malades qu'on opère.

Toutes les conditions hygiéniques deviennent alors importantes, et les soins qu'on prend du malade ne sauraient être trop minutieux.

L'isolement des salles où on le place par rapport aux individus qui sont atteints d'érysipèles, de phthisie ou de fièvres graves, peut être utile évidemment.

Mais est-ce une raison pour admettre qu'on ne doive pas faire attention à l'état de la plaie, à la stagnation, à la décomposition des liquides qui peuvent exister à leur surface, à la résorption possible d'éléments putrides ? Non, sans doute. Les pansements les plus commodes, ceux qui causent le moins de douleur, qui désinfectent le mieux les plaies sans avoir eux-mêmes une odeur pénible pour le malade, ceux qui peuvent s'opposer à la putréfaction sans nuire par eux-mêmes, sans retarder le travail de réparation, ceux-là devront être préférés. Il ne faut jamais désespérer d'arriver où d'autres n'ont pu atteindre ! Tous les insuccès du passé ne prouvent rien pour l'avenir.

Dr VICTOR RÉVILLOUT.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Prix de 1857.

Prix de l'École pratique. — En raison de la faiblesse des épreuves, la Faculté n'a accordé aucune récompense.

Prix Corvisart. — La question proposée était : « Établir, d'après des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, la part des complications bronchiques dans la terminaison funeste des maladies aiguës et chroniques. »

Prix : M. MALASSEZ (Louis-Charles), étudiant en médecine, né à Nevers, le 21 septembre 1842.

Prix Montyon. — La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement :

200 francs à M. le docteur NICAISE;
200 francs à M. le docteur VACHER.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Prix : M. le docteur GUYON, agrégé de la Faculté et chirurgien des hôpitaux civils, pour une nouvelle méthode de céphalotripsie intra-crânienne.

Mentions honorables : 1° à M. le docteur COLLONGUES, pour un Pneumoscope ; — 2° à M. le docteur GODEFROY, de Versailles, pour un Lit mécanique.

Prix Chateauvillard. — La Faculté a décerné :

1° Un prix de 1,400 francs à M. le docteur LANCEREAUX, pour son *Traité sur la syphilis* ;

2° Une première mention honorable, avec une somme de 600 francs à titre d'encouragement, à MM. PRÉVOST et COTARD, internes des hôpitaux de Paris, pour un ouvrage *sur le ramollissement cérébral* ;

3° Une seconde *mention honorable* à M. LEROY D'ÉTIOLLES, pour son ouvrage *sur la gravelle*.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, à légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

La somme de 1,000 francs a été partagée, cette année, entre trois élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire 1866-1867, en a désigné *dix-neuf* qui lui ont paru dignes d'être signalées à Son Excellence, et qu'elle a partagées en quatre classes, savoir :

Première classe hors ligne (Médaille d'argent).

M. DAMASCHINO (François-Théodore), né à Paris (Seine), le 27 septembre 1840. — « Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants. »

Deuxième classe (Médaille d'argent).

M. LEGROS (Charles), né à Saint-Chef (Isère), le 12 février 1834. — « Des tissus érectiles et de leur physiologie. »

M. COCTEAU (Théodore-Célestin), né à Bisseuil (Marne), le 9 avril 1838. — « Recherches sur les altérations des artères à la suite de la ligature. »

M. MOUGEOT (Jean-Baptiste-Anatole), né à Bruyères (Vosges), le 19 juin 1842. — « Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs. »

M. BOUCHARD (Charles-Jacques), né à Montier-en-Der (Haute-Marne), le 6 septembre 1837. — « Étude sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales. »

Troisième classe (Médailles de bronze).

M. Hemey (Lucien), né à Paris (Seine), le 26 février 1839. — « De la péritonite tuberculeuse. »

M. Schaack (Jean-Baptiste), né à Fontaines (Rhône), le 19 janvier 1837. — « Quelques remarques sur la staphylorahie. »

M. Rabuteau (Antoine-Pierre-Athanase), né à Saffres (Côte-d'Or), le 27 janvier 1836. — « Étude expérimentale, sur les effets physiologiques des fluorures et des composés métalliques en général. »

M. de Montfumat (Gabriel-Abel), né à Paris (Seine), le 11 mars 1837. — « Études sur les polypes de l'utérus. »

M. Besnier (Jules-Pierre), né à Chateaubriand (Loire-Inférieure), le 23 mars 1836. — « Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique, considéré dans ses formes et ses accidents secondaires. »

M. Allix (Léon-Émile), né à Fontenay-le-Comte (Vendée), le 10 mars 1836. — « Étude sur la physiologie de la première enfance. »

Quatrième classe (Mentions honorables).

M. Louvet (Auguste-Emmanuel), né à Nevillers (Oise), le 9 avril 1840. — « De la périostite phlegmoneuse diffuse. »

M. Vérité (Remy-Alfred), né à Paris (Seine), le 7 mars 1841. — « De la guérison des fractures du rocher. »

M. Viger (Marie-Albert-Hyacinthe), né à Jargeau (Loiret), le 19 décembre 1843. — « Considérations sur les maladies générales. »

M. Pelvet (Nolbert-Amaury), né à Vire (Calvados), le 30 septembre 1838. — « Des anévrysmes du cœur. »

M. Blanc (Léon), né à Aix-les-Bains (Savoie), le 8 avril 1841. — « De l'action du soufre et des sulfureux dans le traitement de la syphilis. »

M. Bonnefin (Alexandre-Ernest), né à Port-Louis (Ile Maurice), le 8 juin 1832. — « Des brûlures spécialement étudiées au point de vue de l'agent qui les a produites, de leur date et de leur durée. »

M. Roques (François-Calixte), né à Montclar (Tarn-et-Garonne), le 13 octobre 1840. — « Considérations sur la superfétation. »

M. Tripier (Joseph-Auguste-Léon), né à Bourgoin (Isère), le 7 mars 1842. — « Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse. »

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

Cinquième séance du soir. — Lundi 26 août, à 8 heures. — Docteur Desprez (Saint-Quentin) — Traitement rationnel de la période algide du choléra. — Docteur Duval (Brest). — Relation d'expériences faites sur des suppliciés. — Docteur Shrimpton (Paris). — Choléra ; son siége ; sa nature. Contagion. — Docteur Davreux (Liége). — Sur un moyen préservatif de la coqueluche. — Docteur Garrigou-Desarènes (Paris). — De l'otoscopie. Application de l'otoscope à l'étude des lésions du tympan. — Docteur Moura (Paris). — L'acte de la déglutition devant la physiologie.

Sixième séance du soir. — Mardi 27 août, à 8 heures. — Docteur Mattei (Paris). — De la souffrance de l'utérus pendant la grossesse chez la femme. — Docteur Kristeller (Berlin). — Opérations obstétricales par manœuvres externes. — Docteur Maxson (New York). — Sur la présentation de l'épaule. — Docteur Wreden (Saint-Pétersbourg). — Présentation d'instruments pour la nouvelle opération de sphirotomie (résection du manche du marteau). — Docteur Roussel (Genève). — Sur un nouvel appareil pour la transfusion du sang. — Docteur Lazerewitch (Kharkoff). — Présentation d'instruments pour les opérations obstétricales.

Paris, 10 août 1867.

Au nom du Comité :
Le Président : Bouillaud.

Le Secrétaire général : Jaccoud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 10 août 1867, ont été nommés : *Officier de l'instruction publique.* — M. le docteur Bourdin (de Villejuif).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Gromier (de Coligny) ; Gélibert (de Lézignan); Verdier (du Mans); Leret (de Paris); Gaide (de Paris); Chabot (des Deux-Sèvres).

— Par arrêté ministériel, en date du 16 août 1867, a été déclarée vacante la chaire d'anatomie et anatomie pathologique près la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les candidats à cette chaire devront adresser leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au conseil académique.

Par divers arrêtés ministériels : *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Le Dentu et Gillette, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés prosecteurs à ladite faculté.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Gautrelet, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école.

— Les conférences internationales des Sociétés de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer auront lieu du 26 au 31 août inclusivement, à 9 heures précises du matin.

Elles seront publiques. S'adresser pour tous renseignements, 18, rue Roquépine, 44, rue Bonaparte ou à l'Exposition des Sociétés de secours au Champ-de-Mars.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	269
Dr Foata	2
Dr Burq	10
Dr Thellier	5
Total	286

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A-E.. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 100. — MARDI 27 AOUT 1867. (40e ANNÉE) MARDI 27 AOUT 1867. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, LE 26 AOUT 1867.

Mort de M. Velpeau.

Velpeau n'est plus!

La fatalité semble s'acharner sur notre école, et nous enlève l'un après l'autre nos maîtres les plus vénérés.

Je n'ai point à dire quel fut Velpeau; sa gloire immense est incontestée, universelle.

Sorti de Tours, comme Trousseau, comme lui, deviné, choisi, instruit d'abord par Bretonneau, il devint bientôt le plus illustre d'une illustre génération.

Il se plaisait à raconter combien à Paris ses débuts avaient été pénibles. Il dut baser son avenir sur un capital de quatre cents francs qu'il avait apporté et en dehors duquel il n'avait plus rien à attendre.

Il vécut de misère, dépensant à peine quelques centimes pour sa nourriture, et pourtant il voyait sa bourse s'épuiser ainsi que ses forces. Une circonstance heureuse lui vint en aide.

L'administration des hôpitaux n'était point alors si bien ordonnée que de nos jours. Elle acceptait facilement la suppléance d'un ami, même dans un service d'interne. Velpeau remplaçait Leroy d'Etiolles, interne provisoire, qui désirait passer quelques semaines dans sa famille.

Il était alors si maigre et si pâle que la religieuse en eut pitié. Grâce à elle, il put déjeuner tous les matins à l'hôpital. Puis il donna des répétitions à ses condisciples, il fut hors de peine. Il avait besoin de si peu!

Il arriva par un travail infatigable; et, comme professeur, il accomplit toujours sa mission sincèrement, avec exactitude. Cette année même il fit son cours jusqu'aux vacances.

Il vint encore à l'hôpital le vendredi, 16 août, diriger une opération pratiquée par l'un de ses internes.

Nous l'y vîmes entourés de médecins étrangers, de professeurs américains, qui saluaient en lui le maître des maîtres.

Cependant, depuis plusieurs mois, il était atteint d'une affection des voies urinaires. Il n'en parlait pas, même à ses amis les plus intimes, craignant sans doute qu'on lui conseillât la retraite.

L'éloignement ou la mort de ses collègues, surtout celle de son cher Trousseau, l'avait affecté profondément. Sauf au milieu de jeunes gens, de ses élèves, il était triste.

Mardi dernier, il dut prendre le lit. Les symptômes étaient devenus assez alarmants pour qu'on rappelât, comme chirurgien, M. Nélaton, et, comme médecin, M. Barth. On avait d'abord cru à une pneumonie; mais M. Barth ne trouva rien du côté des poumons, et l'on dut supposer que le point de départ de tous les accidents était dans les voies urinaires.

Deux jours après commençait le délire. Les dernières paroles distinctes que prononça Velpeau, rappelaient la règle de toute sa vie : « Il ne faut pas être paresseux; travaillons toujours. »

Le plus actif des empereurs romains avait dit aussi comme dernier mot : « *Laboremus*.»

Dr Victor Revillout.

Nous rendrons compte, dans notre prochain numéro, des obsèques de notre regretté maître.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

Séance du mercredi 23 août.

TROISIÈME QUESTION DU PROGRAMME PRIMITIF.

Est-il possible de proposer aux gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes?

Cette question, telle qu'elle est énoncée dans le programme était déjà bien assez délicate pour occuper une ou plusieurs séances du Congrès international. Mais la plupart des orateurs et des auteurs de travaux écrits n'ont pas voulu s'y renfermer. Les uns ont voulu tracer l'histoire, plus ou moins détaillée, et plus ou moins complète de la prostitution ou de la syphilis. D'autres sont entrés dans des détails de prophylaxie personnelle, qui n'ont rien d'administratif et ne sauraient être proposés à l'adoption des gouvernements; d'autres enfin ont soulevé des questions de doctrines très-importantes par rapport au corps médical, sinon par rapport aux législateurs ou jurisconsultes.

Ces dernières surtout ont passionné les membres du Congrès, et la fin de la séance n'avait plus aucun rapport possible avec l'énoncé de la question, tel qu'il se trouve dans le programme.

On discutait les doctrines unicistes et dualistes, la syphilisation et ses résultats, les faits rapportés de part et d'autre : on voulait savoir à quoi s'en tenir définitivement sur un sujet discuté depuis des années, et quand l'heure est venue de lever la séance, l'assemblée entière s'est opposée à ce qu'on fermât la discussion. Aujourd'hui, lundi, elle se continue.

Quant aux mesures administratives que le Congrès aura trouvées bonnes pour arrêter la propagation de la syphilis, elles doivent être proposées aux gouvernements par une commission que le Congrès aura désignée.

Ce mode de procéder, proposé par M. le professeur Béhier, a été adopté après une discussion sur quelques points de détail sans importance.

Le premier travail sur la question devait être lu par M. Wleminckx, mais cet illustre hygiéniste belge était absent. M. le professeur Crocq a donné lecture d'une lettre, écrite par lui et dont nous extrayons quelques passages.

M. Wleminckx. — Le règlement sur la prostitution de la ville de Bruxelles est sinon le meilleur, du moins le plus complet que je connaisse.

Les bases de ce règlement sont les suivantes :

Visites souvent réitérées (tous les trois jours) de toutes les femmes inscrites au registre des prostituées;

Punition des prostituées qui ne viennent pas aux visites; récompense pour celles qui ne manquent jamais de s'y présenter (cette récompense consiste dans la restitution, au bout de cinq visites, de la somme versée par elles pour y être admises);

Envoi à l'hôpital de celles qui présentent la moindre altération suspecte des parties génitales;

Défense aux médecins visiteurs de traiter à domicile les prostituées malades.

Par ces mesures, en très-peu de temps, nous avons vu le chiffre des vénériens, dans nos hôpitaux civils et militaires, s'abaisser considérablement, et disparaître; pour ainsi dire complétement, les affections secondaires et tertiaires.

Cela est particulièrement remarquable pour l'hôpital militaire de Bruxelles, où l'on ne rencontre plus guère que quelques gonorrhées, et, par-ci par-là, des accidents primitifs.

A ces mesures générales, j'en ai fait ajouter une plus spécialement applicable à l'armée : j'ai prescrit que chaque homme, entrant comme syphilitique dans nos hôpitaux militaires, serait interrogé sur l'origine de son mal, si petit qu'il pût être, sur le lieu où il l'aurait contracté, sur la femme qui l'aurait contaminé.

J'ai fait récompenser les soldats qui dénonçaient d'eux-mêmes le mal dont ils étaient porteurs.

Procès-verbal est dressé de chaque interrogatoire, et ce procès-verbal immédiatement remis à la police, qui procède sans retard à la recherche de la femme accusée.

Avec une complaisance, bien naturelle, du reste, de la part de celui qui avait le plus contribué à faire adopter en Belgique les mesures sanitaires qui se rapportent aux prostituées, etc., M. Wleminckx exagérait un peu l'efficacité de ces mesures. D'après sa lettre, on pouvait croire que les maladies vénériennes, et principalement la syphilis, étaient éteintes en Belgique.

M. Crocq a tenu à rétablir les faits tels qu'ils sont en réalité.

M. Crocq. — Le fléau a beaucoup diminué sans doute en Belgique; mais il y a des fléaux qui l'entretiennent. D'après nos lois, la prostitution est d'intérêt exclusivement communal. Les grandes villes l'ont réglementée; mais il y a encore des communes qui n'ont pas suivi cet exemple et dont quelques-unes, importantes, sont situées aux portes mêmes de nos grandes villes. Elles deviennent ainsi le refuge de la prostitution clandestine et constituent des foyers indestructibles de syphilis.

Le Congrès international d'hygiène publique, tenu à Bruxelles en 1852, s'est préoccupé de cet état de choses et a proposé un ensemble de mesures, les unes législatives et générales, les autres qui seraient l'objet de règlements locaux.

Il demandait entre autres choses :

L'interdiction de toute prostitution non réglementée;

La responsabilité de ceux qui tiendraient des maisons de débauche;

L'interdiction de la prostitution des mineures jusqu'à un âge déterminé, et le placement des délinquantes dans des établissements de réforme jusqu'à un âge déterminé;

De sévères pénalités contre les personnes coupables de faciliter ou favoriser habituellement la débauche des mineurs;

Une tutelle spéciale en faveur des enfants dont leurs parents ou gardiens auraient favorisé la corruption ou la débauche.

Ces mesures devaient faire l'objet d'une loi spéciale; quant à ce qui touchait la police des prostituées, leur visite, etc, le Congrès recommandait à l'adoption des autorités communales tout un ensemble de règlements.

La ville de Bruxelles avait déjà réalisé, autant que possible, ce projet dans ses points les plus essentiels.

L'intervention de l'État est nécessaire à deux points de vue, si nous voulons atteindre le but vers lequel tous nous aspirons. Il faut d'abord que la loi indique aux communes les obligations qu'elles doivent remplir relativement à la prostitution. Il faut ensuite qu'il supporte, au moins en partie, les frais occasionnés par le traitement des prostituées atteintes de maladies vénériennes.

Il me semble que ces propositions, n'énonçant que des principes généraux, sont parfaitement susceptibles d'être acceptées dans tous les pays.

M. le professeur Jeannel (de Bordeaux) avait apporté un mémoire très-considérable et très-savant sur la prostitution et la syphilis. Déjà précédemment dans le *Journal de médecine* de Bordeaux, M. Jeannel avait traité plus succinctement les mêmes sujets. Au point de vue réglementaire, M. Jeannel veut imposer aux filles publiques, et solidairement aux matrones qui les exploitent, le payement des frais de maladie et de traitement à l'hôpital.

Il voudrait voir soumettre toute cette population immorale à l'autorité des médecins d'épidémie, et de l'inspecteur général des services sanitaires, lesquels feraient multiplier les visites, et prendraient toutes les mesures qu'ils jugeraient utiles. Il propose également de soumettre, dans les ports, tous les marins à la visite la plus attentive soit lors du départ, soit lors de l'arrivée; car il considère les marins comme propageant la syphilis plus que tous autres.

M. de Meric, au nom de la Société Harvéienne, est venu lire au Congrès un rapport dont nous avons donné la substance, précédemment, dans ce journal.

Ce rapport demande l'adoption d'une réglementation générale des prostituées, qui les oblige à la visite et soit adoptée en Angleterre, où, sauf dans les villes de garnison et les ports de guerre, la prostitution est absolument libre.

M. de Meric, comme supplément à ce rapport, raconte les résultats qu'il a pu obtenir dans une maison de tolérance, dont la matrone soumettait les filles deux fois par semaine à son examen. Les détails dans lesquels il entre à ce sujet nous semblent étrangers au fond de la question, car la maison dont il s'agit ne se trouve pas dans les conditions ordinaires, du moment où, comme le dit M. de Meric, elle a une clientèle limitée et choisie.

M. Rollet, au nom de la Société impériale de médecine de Lyon a présenté un long et important rapport dont les conclusions les plus pratiques, au point de vue administratif, sont les suivantes :

L'application des visites sanitaires à toutes les prostituées, et dans tous les pays, constitue à coup sûr la mesure la plus importante d'hygiène internationale qu'on puisse proposer aux divers gouvernements.

Les *visites des hommes* sont utiles dans toutes les circonstances où ils risquent le plus de devenir des agents de propagation des maladies vénériennes, mais ces visites ne sont praticables, par l'administration, que sur les individus qui relèvent d'elle et à qui elle peut les imposer réglementairement.

Sans prescrire d'une manière expresse aux maîtresses de maison la visite des hommes qui fréquentent leurs établissements, on arriverait indirectement à ce résultat en leur recommandant par un article du règlement sanitaire d'employer ou de faire employer tous les moyens d'examen, de préservation ou d'assistance nécessaires pour que leurs filles ne soient que le moins possible exposées et surtout jamais contraintes à des rapports avec un homme malade. L'exécution de ces mesures serait mise sous la responsabilité des maîtresses de maison à qui on infligerait une amende quand les cas de maladie de leurs filles dépasseraient une moyenne fixée par l'administration.

Les marins de l'État et les soldats de l'armée de terre, que la statistique signale aussi comme des propagateurs très-actifs des maladies vénériennes, devraient être assujettis, par l'autorité militaire dont ils relèvent, à des visites, non-seulement périodiques, mais encore renouvelées à chaque déplacement : embarquement, débarquement, changement de garnison, départ en congé, arrivée ou retour au corps.

On serait en droit également d'interdire aux matelots de la marine

marchande, de descendre à terre, sans être munis d'un certificat de santé, constatant qu'ils sont exempts de maladies vénériennes.

On pourrait exiger le même certificat de tous les matelots étrangers, dont les gouvernements ont adhéré à la convention sanitaire internationale de 1853.

La visite devrait être imposée aux prisonniers, et proposée aux individus arrêtés pour délit de vagabondage.

Dans tous ces cas, la visite aurait ceci d'avantageux, au point de vue de la prophylaxie, qu'elle porterait sur des individus qui, une fois reconnus malades par le médecin, pourraient être envoyés d'office à l'hôpital ou aux infirmeries et retenus jusqu'à guérison.

L'hospitalisation des vénériens ne se fait, pour quelques-uns d'entre eux, en France, qu'avec la plus grande difficulté, et pourtant c'est le mode d'assistance qui leur convient le mieux ; c'est aussi un bon moyen de prophylaxie des maladies vénériennes puisque, en même temps qu'elle permet à ces maladies de guérir, elle les empêche de se propager.

Il serait opportun que, dans les villes qui n'ont pas d'asiles spéciaux, les administrations hospitalières fussent invitées à recevoir désormais les vénériens dans les hôpitaux généraux, au même titre que les autres malades.

L'hospitalisation des vénériens rencontre des obstacles, même dans les villes qui ont des hôpitaux spéciaux ; ceux-ci, vivant presque tous de subventions municipales, ne sont ouverts qu'aux malades domiciliés dans la ville, ou reçus en traitement aux frais des communes ou des départements voisins, mais après des formalités longues et compliquées. Il serait facile au gouvernement de rendre ces hôpitaux accessibles à tous les vénériens indigents, en simplifiant les formalités exigées pour les admissions, et en mettant, par une mesure générale, chacun des malades traités à la charge du département ou de la commune à qui il appartient par son domicile.

L'Assistance publique, sous forme de consultations avec délivrance gratuite des médicaments, dans les hôpitaux ou dans les dispensaires, et sous forme de secours à domicile, est également très-digne d'encouragement.

Les visites sanitaires des verriers devraient être adoptées, comme une mesure générale par tous les gouvernements, puisque, dans tous les pays, ces ouvriers sont également exposés à la syphilis par leur travail professionnel qui est le même partout. En France, il conviendrait que cette mesure fut prescrite, non par un simple arrêté préfectoral valable seulement pour les usines du département, mais par une ordonnance ministérielle applicable à toutes les verreries de l'Empire.

Enfin, pour que les mesures administratives ou autres relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes aient leur plein effet ; pour que les services sanitaires qui les concernent soient contrôlés, vivifiés, réunis par un lien commun, et que les médecins qui en sont ou seront chargés puissent centraliser leurs travaux et élaborer ensemble une statistique générale et complète des maladies vénériennes, il y a nécessité de nommer un inspecteur général de ces services.

M. Mougeot (de Bar-sur-Aube), s'appuyant sur les résultats des statistiques dressées dans les villes de province ; Marseille, Bordeaux, Nantes, Troyes, etc., établit en principe que la plupart des affections vénériennes sont communiquées par des prostituées clandestines, et que parmi les filles soumises, celles qui sont en maison, sont beaucoup moins souvent atteintes de maladies communicables que celles qui sont en carte.

M. Mougeot en conclut qu'il faut prendre des mesures sévères pour diminuer le nombre des prostituées clandestines, et pour faire entrer en maison la plupart des filles soumises.

Il propose d'exiger, soit de ces dernières, soit des maîtresses de maison, un cautionnement proportionnel à la valeur locative des appartements qu'elles occupent, et de prélever, sur ce cautionnement, une somme déterminée toutes les fois que la visite, laquelle sera obligatoire et bi-hebdomadaire, aura révélé chez la fille examinée quelque maladie vénérienne.

Pour les filles soumises en carte, M. Mougeot propose de rendre le propriétaire des maisons où elles sont logées civilement responsable soit du cautionnement, soit des amendes.

Il veut que l'on séquestre de suite toute fille publique reconnue malade, à moins qu'elle ne soit mariée et réclamée par son mari, ou mère de famille ou soutien de famille ; cas dans lesquels il suffira qu'elle se présente au dispensaire trois fois par semaine.

Quant à la préservation personnelle, M. Mougeot pense que certains liquides, comme l'acide phénique ou l'éther amylique, peuvent être parfois efficaces pour s'opposer à l'action du virus, dont suivant lui, le principe actif serait constitué par des parasites d'une espèce différente pour chaque maladie communicable.

Nous arrivons enfin à ce travail qui a soulevé tant d'orages.

M. Auzias Turenne a prétendu que la seule mesure efficace pour prévenir la propagation des maladies vénériennes était la syphilisation artificielle et méthodique. Suivant lui, l'inoculation, suffisamment répétée, du virus chancreux finit par éteindre l'aptitude à la vérole.

Une fille publique ainsi syphilisée, et portant un certificat du médecin syphilisateur ne peut plus prendre la syphilis, ni par conséquent la donner.

Ainsi tous les foyers morbides seraient éteints en peu de temps si une telle mesure devenait générale ; et le problème serait résolu.

M. Auzias Turenne déclare inefficace tout autre moyen prophylactique administratif ou personnel.

Une femme qui fut syphilitique peut, à certain moment, sous certaines influences, par suite d'une excitation trop prolongée, être reprise d'écoulements, qui, par l'apparence, ne différant en rien des écoulements simples, pourront donner la syphilis.

Ainsi les visites sont nulles comme résultats, car les prostituées ayant presque toutes une hypersécrétion des parties génitales, on ne peut tenir compte des écoulements qui paraissent simples, bien qu'ils puissent être virulents au plus haut dégré.

Chez une femme syphilisée, au contraire, lorsqu'on a éteint jusqu'à la dernière apparence de syphilis par un nombre assez grand d'inoculations, les sécrétions ne peuvent être syphilitiques.

M. Auzias Turenne en appelle au Congrès pour rendre aux procédés de syphilisation la place qu'ils devraient occuper dans l'hygiène prophylactique.

M, Ricord présidait, « Je ne ferai, dit-il, qu'une seule observation à M. Auzias Turenne, celle que je lui ai toujours faite. S'il considère la syphilisation comme si complétement efficace; s'il est convaincu, qu'il nous le prouve : qu'il expérimente lui-même sur lui-même. »

M. Auzias-Turenne.— Je m'en réfère aux lumières du Congrès. Je suis prêt à lui apporter mes observations, cela doit suffire. Les questions scientifiques doivent rester impersonnelles.

M. Ricord.— Je n'en veux pas à la personne de M. Auzias Turenne ; il n'y a rien de personnel, en réalité, dans ma demande. Je lui dis : fournissez vous-même, et sur vous-même, la preuve de votre conviction. Vous avez beaucoup expérimenté sur les autres. Vous avez pu voir si ces expériences étaient innocentes. Vous dites que oui ; prouvez-le donc par un témoignage irrécusable, et je serai prêt à vous croire. Jusqu'alors je me dis que, si vous hésitez, vous n'avez pas la certitude que vous affichez.

M. Auzias-Turenne. — Depuis longtemps je vois qu'on en veut à ma tête.

M. le président Bouillaud intervint alors pour dire que toujours il avait été défenseur de tous les progrès, mais que M. Ricord avait raison de demander à M. Auzias Turenne une expérience sur lui-même ; car c'était la preuve d'une conviction solide; preuve que Desgenette a donnée par rapport à la peste ; Charvin, par rapport à la fièvre jaune ; les anti-contagionistes de 1832, par rapport au choléra ; M. Ricord, par rapport aux accidents secondaires de la syphilis. Tous ont inoculé sur eux-mêmes ce qu'il ne croyaient pas transmissible, et devant des actes de courage si palpitants, on ne comprend pas le refus de M. Auzias Turenne.

M. Auzias-Turenne. — J'attends des objections scientifiques.

En ce moment notre confrère de la presse médicale, M. Henry Favre, demanda que la discussion eut un libre cours, sans qu'on l'arrêtât par une fin de non-recevoir.

M. Jeannel, de son côté, rappela qu'une seule expérience, personnelle ou non, serait moins probante que toute une série d'expériences et d'observations antérieures. L'important serait que M. Auzias-Turenne produisit des faits en grand nombre.

M. Bouillaud. — J'ai voulu dire surtout qu'en ce qui me touche, je ne m'opposerais à aucune expérience.

M. Ricord. — Et moi je demande, non point seulement un fait nouveau, mais la preuve de la conviction personnelle.

Il nous a semblé entendre dire par M. Galligo que, s'étant inoculé, il avait eu la syphilis avec toutes ses suites.

Mais l'attention générale fut distraite par un incident inattendu. Un homme de haute stature, à cheveux gris, qu'on nous dit se nommer le docteur Villemin, se leva, et d'une voix tonnante s'écria: « Voyez-moi, je suis docteur en médecine, je suis syphilisé, et je me porte bien. »

M. Ricord. — Eh bien donc que M. Auzias-Turenne vous imite !

M. Villemin. — J'ai renoncé au mariage, mais il n'y a pas renoncé.

M. Ricord. — Et pourquoi donc renoncez-vous au mariage, si la syphilisation a les avantages merveilleux que vous lui supposez? Comment, vous êtes incapable de prendre jamais la vérole? de la donner à votre femme directement par vos enfants? Votre famille est à l'abri, de votre chef, de cette syphilis héréditaire? et cela vous ferait renoncer au mariage? Soyez donc conséquent. Vous êtes un phénix, à vos yeux, pour la femme que vous prendrez.

M. Villemin. — Je me mets au point de vue des familles, qui peuvent avoir des préjugés.

M. Ricord. — Cette théorie de la syphilisation repose sur un principe que je crois faux. Elle implique l'unicité du virus syphilitique. J'ai cru et professé longtemps cette unicité du virus, mais l'expérience, l'observation m'ont convaincu.

Ici M. Ricord fit l'histoire de ses travaux et de ses opinions. Il montra qu'il avait, le premier, fait un pas vers la vérité, par la distinction de deux chancres dont l'un était le point de départ d'une affection constitutionnelle, tandis que l'autre n'était qu'une lésion purement locale. De la distinction des deux chancres à la distinction des deux virus, la pente était rapide ; elle fut parcourue par différents élèves de M. Ricord : MM. Bassereau, Clerc, Rollet.

M. Ricord rappelle qu'il avait averti un jeune étudiant en médecine qu'en s'inoculant le chancre mou il prendrait la vérole, s'il prenait quelque chose : ce qui eut lieu. Il écrivait alors dans ses lettres sur la syphilis : « Si ce fait se reproduit, on en pourra conclure que la différence porte, non-seulement sur le terrain, mais sur la graine. »

En un mot, M. Ricord montre comment il avait graduellement changé d'opinion, contraint par les faits, jusqu'à ce qu'il devint complétement dualiste.

Or, pour songer à syphiliser, il faut d'abord être uniciste.

« Notre confrère syphilisé est-il assez convaincu pour se soumettre à des inoculations avec le virus de chancre induré ? »

A cette demande de M. Ricord, nous n'avons pas vu M. Villemin faire une réponse.

M. Ricord. — Je n'ai jamais inoculé que moi, ou le malade lui-même avec les accidents dont il était porteur. Cette méthode exclusive d'auto-inoculation a causé l'une de mes erreurs les plus importantes. J'avais inoculé des accidents secondaires sur des vérolés, et je n'obtenais rien, car un vérolé ne peut plus prendre la vérole. Si j'eusse voulu faire des inoculations du malade à l'homme sain, j'aurais connu de suite la vérité. Mais je ne me serais jamais permis de faire de telles expériences. Quand d'autres les eurent faites, je fus convaincu.

M. Auzias-Turenne. — Je me restreindrai dans la question scientifique, telle qu'elle est posée. Existe-t-il un seul ou deux virus ?

Je vais citer un fait. J'inoculais une personne atteinte de cancer avec du chancre mou, à l'aide d'un bec de plume. Vers la 40e inoculation, sur les deux bras, un chancre ainsi produit devint dur, engorgé, les ganglions furent pris. Je crus d'abord que ce pouvait être une manifestation de diathèse cancéreuse ; mais une roséole qui survint au bout de quinze jours, et un peu plus tard les accidents secondaires les plus évidents, ne me laissèrent plus aucun doute.

Ainsi, le pus d'un chancre mou avait produit un chancre dur et la syphilis constitutionnelle.

Voici des faits en sens inverse. Quand nous n'avons pas de chancre mou, nous en fabriquons. Il suffit de couvrir une plaque muqueuse d'une solution de *sylphium egrenicum*; et trois ou quatre jours après, en inoculant le pus qu'elle sécrète, on peut produire un chancre mou indéfiniment transmissible.

C'est ainsi que, sous des influences diverses, les sécrétions d'une femme syphilitique deviennent virulentes. Il se fait alors une nouvelle pousse de manifestations communicables.

Autrefois Boeck m'écrivait souvent pour me demander du virus de chancre mou, dont il manquait à Christiania pendant l'hiver. Mais aujourd'hui, il en fabrique, quand il en veut.

Je vais plus loin : supposez l'existence de deux virus ; est-ce une raison pour que la transmission soit impossible? La petite vérole et la vaccine ne sont-elles pas aussi différentes, bien que l'une soit prophylactique par rapport à l'autre? Un inventeur a toujours quelque chose qu'il ignore.

M. Ricord.— J'ai dit le premier que si le chancre mou préservait du chancre induré, il agirait, par rapport à lui, comme lui, comme la vaccine par rapport à la variole, ce serait un accident local préservant d'une maladie généralisée. Mais c'est là ce qu'on n'a point prouvé pour les chancres ; tout au contraire. Quant à la transformation des chancres, les uns dans les autres, je n'y crois pas.

L'assemblée, consultée par M. Bouillaud, demande que la discussion continue.

Une discussion des plus vives s'élève entre MM. Proust et Auzias-Turenne sur une inoculation pratiquée par ce dernier à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert. Comme l'heure avancée a contraint de lever la séance avant la clôture de cet incident, nous attendrons la suite avant d'en rendre compte.

Séance du samedi 24 août.

Une question très-importante a été soulevée dans la séance complémentaire du samedi 24 août. Il s'agissait de la transmission du choléra.

Plusieurs orateurs ont pris la parole pour exposer les faits qu'ils auraient observés ; d'autres étaient encore inscrits lorsqu'il a fallu lever la séance pour se rendre au banquet. M. Bouillaud, ayant fait espérer que l'on pourrait reprendre cette question dans une autre séance, je ne veux pas scinder le compte rendu de cette discussion.

Banquet.

On était nombreux au banquet ; mais on était triste. La mort de Velpeau qu'on avait apprise trop tard pour remettre cette fête de famille, l'assombrissait.

Cette impression pénible était universelle. Il fallait faire effort pour paraître joyeux, pour chasser un instant les souvenirs pénibles, et prendre part aux chaleureux toasts qui se succédèrent au champagne.

Cependant notre président, M. Bouillaud, paraissait si heureux de se voir acclamé de cœur par les 160 ou 180 médecins présents, que l'animation devint un instant générale; mais elle dura peu.

M. Bouillaud but au premier Congrès médical international; M. Palasciano porta la santé de M. Bouillaud ; chacun applaudit, et c'était justice.

M. Bouillaud met toute son âme à la réussite du Congrès ; on voit, que le premier, il déplore les entraves que le programme, beaucoup trop minutieux, apporte sans cesse à la discussion.

Si, M. Bouillaud doit encore présider de nouveaux Congrès comme M. Ricord, au nom de tous, en a exprimé l'espérance, il faut s'attendre à voir une organisation toute différente, où les mémoires écrits seront moins encombrants, où l'on n'aurait point à délaisser les questions les plus importantes pour se conformer à l'ordre du jour ; où l'initiative individuelle et les désirs de l'assemblée pourront tenir une plus large place.

Le succès relatif, incontestable, du Congrès international, montre bien ce qu'on pourra faire avec plus d'expérience, une autre fois.

Nous reproduisons les paroles de MM. Bouillaud et Palasciano.

M. Bouillaud. — Messieurs et chers confrères, — A l'exemple de l'un des plus brillants héros tragiques de notre Corneille, à l'exemple du *Cid*, le Congrès médical international de Paris pourrait dire :

> Mes pareils à deux fois ne se font pas connaître,
> Et pour des coups d'essai veulent des coups de maître.

Quel beau spectacle que celui des séances de cette assemblée. Il nous rappelle, comme malgré nous, celui que vit Cynéas, quand il prit le Sénat romain pour une assemblée de rois. « Que vit donc, fait dire à *Fabricius*, dans une prosopopée immortelle, le roi de l'éloquence française (J.-J. Rousseau), que vit donc Cynéas de si majestueux ? Il vit le plus beau spectacle qui ait jamais paru sous le ciel : l'assemblée de deux cents hommes vertueux, dignes de commander à Rome et de gouverner la terre. »

Le spectacle de notre sénat médical n'est pas aussi grandiose. Ce n'est pas celui des maîtres du monde, mais c'est celui d'une assemblée de plus de sept cents médecins, dignes de servir de modèle à toutes les assemblées de savants et de sages. Salut donc au premier Congrès médical international !

M. Palasciano. — Les médecins étrangers, membres du Congrès international de 1867, boivent à la santé de leur honorable président, M. le professeur Bouillaud.

Il n'est pas permis à nous-mêmes d'apprécier l'œuvre que bientôt nous aurons achevée. Le monde et la postérité la jugeront. Mais ce que nous devons, ce que nous pouvons constater, c'est que l'idée de réunir les médecins de toutes les nations pour discuter de la science médicale est une idée de véritable progrès, et que notre programme est exactement, fidèlement et très-libéralement suivi, grâce au vif intérêt et aux éminentes qualités déployées par notre honorable président.

Dans le monde médical, il n'y avait personne qui ignorât les progrès importants dont notre science est redevable à ce savant professeur de clinique de la Faculté de Paris ; et la plupart de nous connaissaient déjà la biographie de ce travailleur infatigable qui est l'honneur de la médecine française : désormais, nous nous rappellerons toujours le sublime élan avec lequel son noble cœur a bondi en écoutant qu'une partie, quoique minime, de la grande famille médicale était encore obligée, par une loi inique, à dénoncer les secrets de ses propres malades.

Nous n'oublierons jamais avec quel soin minutieux M. Bouillaud a veillé à ce que toutes les opinions pussent se produire. Il a été souvent digne d'admiration, soit qu'il montrât sa reconnaissance envers nos illustres devanciers, soit qu'il rendît hommage aux exemples les plus éclatants du dévouement médical dans les Desgenettes, les Charvin, les Ricord.

Nous souhaitons donc que tous les congrès à venir soient présidés par de pareils vétérans du progrès et de la liberté. Et pour le remercier, répétons chacun dans sa propre langue :

Vive Bouillaud !

On a répété : *Vive Bouillaud !* et M. Bouillaud, en remerciant l'assemblée, a dit que ce congrès le rajeunissait de vingt ans ; ce qui nous a paru exact.

D'autres toasts ont été portés : 1° par M. Tessier (de Lyon) à M. Jaccoud et aux membres du comité organisateur ;

2° Par M. Galligo (d'Italie), à un autre congrès ;

3° Par M. le professeur Piorry, à la confraternité des médecins et à leur science humanitaire ;

4° Par notre confrère en journalisme, M. Ars, *editor* du *British medical journal*, à un autre congrès tenu en Angleterre ;

5° Par M. Ricord, dont l'esprit est toujours le même, jeune et petillant, à l'extinction des maladies vénériennes et à l'abandon des spécialistes.

Puis on est rentré dans la douleur qui nous oppressait tous.

On s'est séparé en petits groupes pour parler de Velpeau, de notre Faculté, et de tous ceux que nous avons perdus depuis deux ans.

Docteur Victor Revillout.

DE LA TRACHEOTOMIE

CHEZ LES ENFANTS AU-DESSOUS DE L'AGE DE DEUX ANS,

Par M. Baizeau, médecin principal à l'hôpital militaire d'Alger.

La diphtérie se rencontre à peu près partout; fréquente dans les contrées froides et humides, elle se montre également dans les pays chauds. Pendant mon séjour dans la province d'Oran, je l'ai observée continuellement et dans toutes les saisons. Plusieurs fois j'ai dû pratiquer la trachéotomie. Sur douze opérés quatre ont guéri, parmi lesquels un petit garçon de 10 mois et une petite fille de 15 mois. Cette dernière a été opérée avec mon aide, par M. Fonteneau aîné. Les exemples de trachéotomie faite avec succès sur de très-jeunes enfants, sont encore assez rares pour que je croie utile de publier ces observations. Ajoutées à celles qui sont déjà connues, elles viendront à l'appui de cette opinion qui tend actuellement à s'établir, qu'il faut opérer dans le croup les enfants menacés d'asphyxie, quel que soit leur âge.

Croup. — Trachéotomie sur un enfant de dix mois. Le 10 juillet 1863, je fus appelé par M. le Dr Girard, pour voir le fils de M. Saint-P...., enfant âgé de dix mois, encore à la mamelle, atteint de croup depuis quelques jours. Il n'avait aucune fausse membrane dans la gorge, mais tous les symptômes annonçaient une affection croupale à marche rapide. Des vomitifs, largement administrés, étaient restés sans effet; je conseillai l'usage de l'émétique à dose razorienne, médication dont j'ai obtenu plusieurs fois de bons résultats (1) et la partie supérieure du larynx fut badigeonnée avec du tannin. Mais tous les accidents augmentèrent et dans l'après-midi la respiration devint excessivement gênée. A chaque inspiration le ventre était fortement soulevé, le pouls battait cent quarante pulsations, l'agitation était extrême, l'asphyxie imminente. Je proposai la trachéotomie et je l'exécutai immédiatement avec l'aide de M. Girard. Les veines thyroïdiennes fournirent beaucoup de sang, mais la trachée ayant été promptement ouverte, l'hémorrhagie s'arrêta, toutefois l'enfant fut pris de syncope qui nous donna pendant quelque temps de l'inquiétude. Nous trouvâmes dans la trachée des fausses membranes qui furent extraites. La canule double que j'avais apportée était trop volumineuse et je ne pus qu'introduire la canule interne qui elle-même n'entra pas sans difficulté. L'opération terminée, le petit malade prit avec avidité le sein de sa nourrice et têta abondamment. La canule fut écouvillonnée toutes les heures et retirée deux fois par jour pour être nettoyée. Le reste de la journée, l'enfant fut très-agité, néanmoins la respiration se fit régulièrement. Le lendemain la fièvre diminua et notre petit malade moins fatigué et par suite moins docile, ne voulant plus rester dans son berceau, passa toute la journée sur les bras de sa mère et de sa nourrice, et reprit bientôt, malgré la pousse de deux dents incisives, sa gaieté habituelle. Plusieurs fausses membranes furent entraînées à l'extérieur par les mucosités trachéales, qui, pendant les premiers moments, furent très-abondantes et le cinquième jour les boissons s'introduisirent dans la trachée et revinrent par la canule, inconvénient auquel on remédia en couchant l'enfant sur le dos pour le faire boire et têter. Le dixième jour, la canule fut définitivement retirée ; et six jours après, la plaie du cou était cicatrisée.

Croup. — Trachéotomie sur un enfant de quinze mois. Au commencement du mois de novembre de la même année, la fille de M. B.... Laf...., âgée de 15 mois, fut prise de mal de gorge et soignée par M. Fonteneau. Cette affection, sans apparence de gravité à son début ne tarda pas à s'accompagner d'une toux rauque et d'une gêne de la respiration qui alla progressivement en augmentant, malgré l'emploi de vomitifs répétés. Je fus appelé en consultation. L'enfant était très-abattu, la respiration difficile, sifflante, la voix éteinte, la toux croupale, la peau chaude, le pouls légèrement accéléré. L'isthme du gosier était seulement un peu rouge, on ne distinguait aucun bruit anormal dans la poitrine. Pour le moment, le signe caractéristique du croup manquait, mais nous traversions une épidémie de [illegible]htérie qui avait déjà frappé plusieurs enfants, aussi je n'hésitai [illegible] à me prononcer pour l'existence du croup, diagnostic qui fut confi[illegible] plus tard par l'expulsion de fausses membranes, après avoir essay[illegible] pendant quelques heures la glace dans la bouche et autour du cou, moyen vanté à cette époque, il fallut recourir à la trachéotomie qui fut pratiquée par M. Fonteneau. Comme chez le précédent malade, on ne put introduire que la canule interne. La respiration devint immédiatement plus facile, mais pendant la nuit qui suivit l'opération, l'agitation fut excessive, la fièvre redoubla, la soif fut ardente, la respiration précipitée, les mucosités trachéales abondantes. Le deuxième jour, quelques râles sibilants se firent entendre dans le côté gauche de la poitrine ; le quatrième jour, toute réaction avait cessé, l'enfant était calme et demandait à jouer. Dès lors on espéra retirer bientôt la canule, un premier essai fut fait le sixième jour, mais l'étouffement se manifesta sur-le-champ. D'autres tentatives, à quatre ou cinq jours d'intervalle, furent aussi peu fructueuses. Je portai un pinceau chargé de tannin dans le larynx; des débris de fausses membranes, des mucosités sanguinolentes furent expulsées, mais cette médication pénible pour la petite malade ne produisit qu'une amélioration insuffisante. On put bien retirer la canule pendant quelques heures, mais ce ne fut que quatre mois après l'opération qu'on l'enleva définitivement et pendant plusieurs mois la respiration resta ronflante et un peu gênée.

On ne sait encore à quoi tient le retard apporté à la suppression de la canule chez certains petits malades. Les causes en sont probablement multiples. Dernièrement la *Gazette des hôpitaux* (2) publiait une observation de M. Ronzier-Joly dans laquelle l'obstacle à la respiration laryngée est rapporté à une végétation flottant dans la trachée. L'enfant garde sa canule vingt-sept mois. On a parlé de la paralysie du larynx; oubliant que dans la paralysie, les cordes vocales sont distantes et par conséquent que l'air traverse librement larynx. Il me semblerait plus rationnel d'invoquer, dans quelques cas, le spasme des muscles laryngés. Je serais disposé à l'admettre par exemple chez le malade cité par M. Potain à la Société médicale des hôpitaux et qui recouvra le rétablissement des fonctions du larynx après une seule électrisation. Un spasme peut disparaître à la suite d'une séance de faradisation, mais je doute que jamais paralysie ait cédé aussi promptement. Ayant remarqué que chaque fois que j'enlevais la canule à ma petite malade sa respiration devenait d'autant plus difficile qu'elle redressait moins la tête, j'attribuai cette gêne à l'affaissement de la trachée très-étroite et peu résistante chez un enfant de cet âge, mais un autre obstacle plus considérable devait exister, car au bout de quelques heures, quelleque fut la position de la tête, l'étouffement reparaissait. Je crois aujourd'hui que la cause la plus ordinaire de cet accident est la persistance du gonflement de la muqueuse laryngée ou des fausses membranes qui, très-adhérentes s'organisent et alors ne disparaissent que très-lentement, ainsi qu'on le voit quelquefois dans des angines couenneuses ou pour certaines plaies atteintes de diphthérie.

(1) En 1854, je publiai, dans la *Gazette médicale*, un mémoire dans lequel j'appelai l'attention sur les avantages que l'on pouvait retirer dans le croup de l'émétique à dose razorienne, et je citai des guérisons. Depuis lors j'ai obtenu quelques autres succès par ce traitement. Cependant je suis loin de vouloir exagérer son efficacité; utile dans les croups à évolution lente, j'ai remarqué qu'il était sans effet dans les cas où la marche du croup était rapide.

(2) *Gazette des hôpitaux* 1867 p. 307.

Contraint, chez les deux petites malades, d'employer une canule simple, il a fallu écouvillonner toutes les heures pour enlever les mucosités qui obstruaient la canule. C'est une manœuvre évidemment fâcheuse qui tracasse l'opéré, irrite la trachée, mais elle a l'avantage de provoquer la sortie des mucosités, qui quelquefois s'arrêtent à l'extrémité inférieure du tube et gênent la respiration; cependant je n'en ai pas moins regretté la canule double qui est bien supérieure à la simple.

Je signalerai encore un troisième cas de guérison sur un enfant de quinze mois trachéotomisé par M. Hélie, médecin-major à Mascara.

Après les succès, je dois citer les cas malheureux. J'ai perdu un enfant de onze mois, mais qui se trouvait dans des conditions si mauvaises que ce n'est qu'à la suite de pressantes sollicitations que je me suis décidé à faire la trachéotomie. Lorsque je fus appelé et c'était la première fois, l'asphyxie était déjà avancée, la face était pâle, les lèvres décolorées, la respiration très-gênée la somnolence alternait avec une agitation fort grande. L'opération fut suivie d'une amélioration sensible ; une heure après, l'enfant têta, mais les bronches étaient atteintes par la diphthérie; la respiration, calme pendant quelques instants, s'accéléra de plus en plus, l'agitation devint extrême et la mort arriva le lendemain de l'opération. Le résultat ne saurait être imputé à l'âge de l'enfant, mais à la complication pulmonaire et au manque de soins pendant tout le cours de la maladie, quel que fût son âge, il aurait certainement succombé.

Les opérations, qui n'aboutissent qu'à des insuccès, compromettent la chirurgie et doivent être rejetées; il est bon cependant de ne pas les condamner trop hâtivement, car en chirurgie comme en médecine rien n'est absolu. Des modifications dans le mode opératoire, une intelligence plus grande des soins consécutifs, des indications plus précises et mieux formulées changent souvent les revers en succès. Ainsi, à ses débuts, la trachéotomie donnait des résultats qui satisferaient peu aujourd'hui, on se contenterait difficilement d'une guérison sur huit, maintenant que la plupart des médecins sauvent le tiers et même la moitié de leurs opérés. Si donc, par suite de quelques tentatives malheureuses on a cru devoir renoncer à opérer les très-jeunes enfants, le moment est venu où cette abstention n'est plus acceptable. Les guérisons sont encore peu nombreuses, mais elles le deviendront du jour où l'on ne craindra plus d'opérer et déjà elles se multiplient. M. Isambert vient de communiquer récemment à la Société médicale des hôpitaux (1) un cas de guérison chez un enfant de seize mois, et à cette occasion plusieurs membres de cette société ont cité des exemples analogues. M. Archambault dit avoir opéré deux enfants l'un de treize mois, l'autre de dix-huit mois. M. Roger a cité l'observation d'un petit malade de dix-neuf mois qui a été également sauvé par la trachéotomie. M. Vigla a vu une terminaison heureuse chez un petit garçon de dix-sept mois. MM. Potain et Moutard-Martin ont opéré chacun avec succès un enfant de dix-huit mois. Je rappellerai les guérisons obtenues par Trousseau (2) et M. Barthez (3) chez deux enfants de treize mois, par M. Bell d'Edimbourg chez un enfant de sept mois. M. Sedillot aurait opéré sa fille à six semaines, mais on conteste la nature diphthéritique de la maladie.

Si la trachéotomie n'offre pas les mêmes chances de succès chez les enfants au-dessous de 2 ans qu'à un âge plus avancé, on ne peut plus contester qu'elle ne donne quelquefois des guérisons. Espérons que bientôt les faits que je viens de citer ne seront plus des exceptions.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 8 mars 1867. — Présidence de M. Barthez.

RAPPORT.

M. Martineau lit un rapport sur les fascicules envoyés par la Société médicale de Reims et conclut en demandant l'échange de ces bulletins avec ceux de la Société médicale d'observation.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

LECTURE.

M. Hayem lit une observation intitulée : *Paralysie ascendante aiguë. — Mort. — Autopsie.* (Sera publié.)

DISCUSSION.

M. Cornil. Le fait rapporté par M. Hayem, concorde avec les observations publiées de paralysie ascendante aiguë, où l'examen microscopique de la moelle et des centres nerveux, n'a jamais rien révélé qui pût expliquer les symptômes de paraplégie observés pendant la vie. Les résultats de l'autopsie, relatifs aux lésions du foie et des reins, ne peuvent pas non plus nous rendre compte des phénomènes médullaires et ces lésions se rencontrent dans un grand nombre d'états morbides très-variés, tels que la fièvre typhoïde, les accidents puerpéraux, la variole, etc.

M. Martineau. Dans l'observation de M. Hayem, les mouvements réflexes ont-ils été cherchés, étaient-ils ou n'étaient-ils pas abolis? La cause de l'embarras de la respiration et de la circulation résidait-elle dans une paralysie des muscles intercostaux ou du dia-

(1) *Clinique médicale*, T, I p. 452.
(2) *Gazette hebdomadaire*. 1862, p. 806.
(3) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 702.

phragme, et cette paralysie était-elle liée à la congestion du bulbe? Telles sont les questions sur lesquelles je demanderai à M. Hayem de nous donner des éclaircissements.

Le malade avait pris un bain de vapeur peu de temps avant le début du mal; il est possible que ce soit là une condition étiologique : pour mon compte j'ai vu des paralysies avec myélite causées par un bain de vapeur.

M. HAYEM. Je n'ai pas prononcé dans mon observation le mot de mouvements reflexes, mais j'ai décrit tout au long les résultats de l'examen clinique de la sensibilité et de la motilité d'où il résulte que les mouvements réflexes n'ont été abolis qu'après la perte absolue de la motilité.

Quant à la question de savoir s'il y a eu paralysie du diaphragme ou des muscles intercostaux, je ne saurais la résoudre : le malade respirait bien le matin et le soir, lorsque je l'ai revu, il avait les râles trachéaux précurseurs de la mort.

En ce qui concerne l'étiologie, on ne peut rejeter ni le froid ni le bain de vapeur, mais je les regarde simplement comme des causes occasionnelles. Il est impossible de rapporter une maladie aussi rare uniquement à ces causes aussi habituelles et banales, bien que leur influence ait été également notée dans l'observation de M. Lévy.

M. RIGAL. Indépendamment des lésions trouvées dans plusieurs organes à l'autopsie, y avait-il eu pendant la vie des symptômes révélant une maladie générale, et ces symptômes n'étaient-ils pas simplement consécutifs à la lésion médullaire. On a fait au début une application de ventouses scarifiées à la région médullaire : j'aurais voulu voir discuter cette indication, car, pour mon compte, je ne vois aucun signe attestant un travail inflammatoire de la moelle ou de ses enveloppes.

M. HAYEM. Je n'ai fait dans ce cas l'hypothèse d'une maladie générale qu'avec une grande réserve, en me fondant sur la période prodromique, sur la fièvre et le gonflement de la rate; mais je ne puis pas conclure avec une seule observation. Quant à l'application des ventouses, elle est justifiée par ce fait que lorsqu'on a affaire à une affection grave, accompagnée de paraplégie, on peut craindre une myélite.

M. PELVET. J'ai observé un cas de paralysie ascendante chez un ivrogne qui, pris de vin le soir du jour de l'an, s'était endormi dans un fossé plein d'eau, dans une température de — 5° ou — 6°. A l'autopsie, on trouva un épanchement sanguin limité à l'axe gris de la moelle.

M. CORNIL. Je crois qu'il faut faire quelques réserves à propos des bains de vapeur comme cause déterminante de la myélite. Les malades, en effet, prennent indistinctement des bains de vapeur pour toute espèce de douleurs et en particulier pour les douleurs qui sont parfois les premiers symptômes d'une affection médullaire. Il faudrait bien se garder d'exagérer l'importance étiologique du bain dans ces cas.

M. MARTINEAU. En mettant cette cause en relief, j'avais présent à la mémoire un malade observé dans le service de M. Trousseau, qui était allé à pied prendre un bain de vapeur, et qu'on avait été obligé de rapporter sur un brancard. Je donnerai prochainement à la Société la relation de ce fait.

Le Secrétaire,
V. CORNIL.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Guibourt, membre de l'académie de médecine.

Cet honorable confrère est mort subitement le 23 août. Ses obsèques ont eu lieu samedi, au milieu d'un grand concours de médecins et d'amis.

Avec la mort de Velpeau, celle de M. Guibourt porte à huit le nombre d'académiciens morts cette année. La statistique avait donné le nombre de quatre, comme moyenne de nos académiciens morts dans une année. Voici deux années que cette moyenne s'élève à *huit*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite de l'heureuse intervention médico-légale de la Société médico-psycologique dans le grand procès Sagrera, S. M. la reine d'Espagne vient de nommer M. le docteur Brièrre de Boismont commandeur de l'ordre royal d'Isabelle la Catholique. — MM. les docteurs Delasiauve, Legrand du Saulle et Ch. Loiseau, ont été nommés chevaliers du même ordre.

— On annonce pour le 1er janvier prochain la naissance, à Marseille d'un nouvel organe scientifique.

Si nous sommes bien informés, ce journal, — le *Sud médical*, — paraîtra deux fois par mois, par cahiers in-8° de seize pages, au prix annuel de *deux* francs. Il serait rédigé par MM. Méli, Mittre, Ménécier, Olive, Peyron et Maurin, qui se sont donnés pour mission l'étude du mouvement médical de tout le littoral de la Méditerranée (Espagne, Tunisie, Algérie, Turquie, Italie),

Cette œuvre nous semble digne d'être signalée à la sympathie de nos confrères.

— M. Tarnier, chargé du service de la clinique d'accouchements, pendant les vacances, commencera mercredi prochain, 21 courant, une série de leçons *sur les opérations obstétricales*.

Ces leçons auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, après la visite.

Etudes médico-phylosophiques sur Joseph Guislain, aliénation mentale. — Questions sociales, par le Dr BURGGRAEVE, Un volume grand in-8 avec Portrait. Prix : 12 fr. — Paris, 1867, Victor Masson et Fils.

Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte du palais et de son voile, par A. PRÉTERRE, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-18 de 340 pages. — Paris, 1867, Victor Rozier, éditeur.

Recherches sur l'action physiologique du sulfocyanure de potassium, par MM. LEGROS et DUBRUEIL, prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris. Une brochure in-4. Prix : 50 c. — Paris, 1867 F. Savy.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. A-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 7?-80

N° 101. — JEUDI 29 AOUT 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 29 AOUT 1867. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv les derniers tarifs des postes

SOMMAIRE. — OBSÈQUES DE M. VELPEAU. — CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL. — Chronique et nouvelles. — Bibliographie.

PARIS, LE 28 AOUT 1867.

OBSÈQUES DE M. VELPEAU

Lundi dernier, tout ce que Paris renfermait de médecins français et étrangers se pressait dans l'église, trop petite, de Saint-Thomas-d'Aquin, pour assister aux obsèques du grand chirurgien.

Après le service religieux, le convoi se dirigeait vers le cimetière Montparnasse, où Velpeau doit reposer, non loin de la tombe d'Orfila.

Le deuil était conduit par M. Thoinnet de la Thurmelière, chambellan de l'Empereur.

Derrière lui marchaient les trois internes de M. Velpeau.

Les cordons étaient tenus par M. Chevreul, président de l'Académie des sciences; Tardieu, président de l'Académie de médecine; Husson, directeur de l'Assistance publique; Laugier, professeur de clinique chirurgicale.

La Faculté était représentée par une députation en robes. L'Académie de médecine et l'Institut avaient envoyé leurs représentants.

Au cimetière, les diverses députations ayant pris place autour de la fosse, M. le professeur Nélaton a pris la parole au nom de l'Institut, et M. le professeur Gosselin au nom de l'Académie de médecine.

Après ces adieux, M. le professeur Richet, au nom de la Faculté, a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

Que de tristesses! que de douleurs! que de deuils accumulés en moins de deux années! La chirurgie et la médecine sont, pour ainsi dire, coup sur coup décapitées. Après Malgaigne, Jobert; puis Rostan, puis Trousseau, et, dans la phalange des jeunes, Bauchet, Racle et, plus récemment, Follin, frappé cruellement au début d'un carrière qui s'annonçait si belle! Aujourd'hui, c'est le maître qui succombe! L'homme excellent et sympathique, le savant illustre, le chirurgien éminent, le professeur disert, l'orateur incomparable, tout disparaît à la fois; M. Velpeau n'est plus!

Après six mois de luttes et de souffrances, supportées avec un stoïcisme antique, la mort a eu enfin raison de cette organisation frêle et délicate, usée par un travail incessant, et que soutenait seule une volonté de fer.

Ah! Messieurs, que d'efforts il m'a fallu pour surmonter ma douleur et accomplir, au nom de la Faculté, ce pieux devoir! Vingt-huit ans d'une admiration respectueuse et d'une amitié sans bornes me liaient à M. Velpeau, et, dans ce commerce de tous les jours, j'ai puisé, pour son talent et son caractère, la plus profonde estime qu'il soit donné de concevoir. J'aurais donc voulu vous tracer un tableau aussi fidèle, aussi complet qu'il m'eût été possible de cette existence consacrée tout entière au travail, mais ce n'est ni le lieu ni le moment de rechercher et d'apprécier l'influence considérable, immense, que M. Velpeau a exercée sur la direction des esprits par son enseignement, ses écrits et ses discours; ici, aujourd'hui, il n'y a place que pour la douleur et les regrets.

Armand-Louis-Marie-Alfred Velpeau est né à Brèches, près Tours, le 18 mai 1795. Son père était maréchal-ferrant, un peu vétérinaire paraît-il, et le futur professeur de la Faculté de Paris dut apprendre d'abord à ferrer les chevaux. Jamais, il faut le dire à sa louange, il n'oublia son origine, et souvent, sans forfanterie, comme sans affectation, il rappelait qu'il avait transporté, de la maréchalerie dans la chirurgie, plusieurs instruments d'une utilité incontestable.

A l'âge de dix-sept ans, il eut la bonne fortune de faire la connaissance de Bretonneau; ce fut là ce qui décida sa carrière. Son assiduité au travail, ses aptitudes, le firent bien vite distinguer parmi tous les élèves de l'hôpital de Tours; aussi, lorsque, peu de temps après, il manifesta l'intention de venir à Paris pour y poursuivre ses études, Bretonneau s'empressa-t-il de l'aider de ses conseils, de ses recommandations et de sa bourse.

Longtemps, bien longtemps après, dans ses rares heures de loisir et d'épanchement, M. Velpeau se plaisait à raconter ces épisodes de sa jeunesse, et à rendre hommage à la bonté et à la sagacité du grand praticien, sagacité bien rare, en effet, à laquelle nous avons dû deux de nos plus éminents professeurs, Trousseau et Velpeau, dont la destinée était de naître ensemble à la vie scientifique et de mourir à quelques jours d'intervalle.

A peine arrivé à Paris, avec de très-précaires ressources, M. Velpeau eut à lutter contre le besoin, et, ce qui est bien pis encore, contre les difficultés d'une éducation première tout à fait insuffisante, pour ne pas dire absente. A peine possédait-il les premiers éléments de la langue française, et, quant au latin, il en savait tout juste ce qu'un pauvre desservant de village, à cette époque d'ignorance, pouvait lui apprendre.

Telles sont cependant, Messieurs, les armes avec lesquelles il va se mesurer avec des rivaux qui, tous, avaient sur lui l'avantage d'une instruction solide et d'une condition de fortune plus ou moins aisée. Qu'importe, le travail opiniâtre, le *labor improbus* du grand poëte suffira à vaincre tous les obstacles. Aussi le voit-on successivement devenir aide d'anatomie, puis docteur, puis chirurgien des hôpitaux, puis agrégé en médecine à la Faculté, puis enfin professeur de clinique chirurgicale après une série de concours qui frappèrent d'étonnement et d'admiration ses juges et ses compétiteurs eux-mêmes.

En 1833, l'Académie de médecine l'appelle dans son sein; dix ans après, il entre à l'Académie des sciences, et dès lors son triomphe est complet, il n'a plus rien à désirer. Mais que de travaux, que de veilles, que d'efforts, que de chemin parcouru depuis l'atelier du maréchal-ferrant et l'hôpital de Tours! Le temps me permet à peine de marquer du doigt les étapes successivement parcourues par cette vigoureuse intelligence; mais je puis du moins signaler les rares qualités qui distinguaient M. Velpeau, et l'envisager sous les différents aspects qui lui donnent droit à notre admiration et à nos regrets.

M. Velpeau a beaucoup écrit. Ses trois ouvrages les plus importants sont, sans contredit, son *Traité d'anatomie chirurgicale*, son *Traité de médecine opératoire*, et surtout son *Traité des maladies du sein*. Sans m'arrêter aux mérites qui distinguent les deux premiers, je dirai que c'est dans le *Traité des maladies du sein* qu'il faut chercher les qualités qui le caractérisent véritablement comme écrivain. Jusqu'alors son style était un peu pénible, la phrase manquait parfois de clarté. Ici, au contraire, le style est sobre, clair, et l'expression, souvent heureuse et originale, rend nettement la pensée de l'auteur. Quant au fond, on peut dire hardiment que jamais le diagnostic chirurgical n'avait été creusé à cette profondeur; aussi est-il permis d'affirmer que cet ouvrage, produit de la maturité du clinicien consommé, restera toujours comme un des plus beaux monuments élevés à la science.

La parole de M. Velpeau, comme professeur, était claire, abondante, facile; c'était le professeur classique par excellence; sa méthode était sûre et rarement il en déviait. On lui a parfois reproché de s'enfermer toujours dans le même cadre. C'est un reproche immérité, et, de plus, c'est une erreur de ceux qui ne l'entendaient que rarement. Son esprit, au contraire, essentiellement chercheur et ami du progrès, se laissait souvent aller loin des chemins battus; il avait même une prédilection marquée pour les esprits inventifs qu'il recherchait avec une certaine prédilection.

Dès que le chloroforme fit son apparition, il fut, avec Roux, un de ses défenseurs les plus résolus et les plus convaincus.

Longtemps avant que la micrographie eût fourni sa brillante carrière, il en avait pressenti tous les avantages, et alors que j'étais son interne, en 1842, je l'ai vu passer de longues heures d'études avec M. Donné, aujourd'hui recteur de l'Académie de Montpellier, le seul représentant qu'eût à cette époque en France le microscope. Plus tard encore, c'est lui qui encouragea les travaux de M. Lebert, et c'est dans son service que cet infatigable observateur puisa en grande partie les matériaux qui lui ont servi à rédiger son *Traité de physiologie pathologique*. Il est vrai que, quelques années après, M. Velpeau crut devoir, dans une discussion mémorable, s'opposer à ce qu'il nommait les erreurs et les empiétements du microscope sur la clinique. Mais il n'avait pas moins reconnu un des premiers toute l'importance de ce précieux moyen de diagnostic anatomique.

Mais c'est surtout comme orateur que M. Velpeau a jeté le plus vif éclat. Est-il besoin de rappeler devant vous les discussions sur la lithotritie, la ténotomie, les accidents secondaires de la syphilis, pour ne citer que les plus brillants? C'était un rude joûteur, justement redouté et toujours écouté avec plaisir. Ce n'est pas qu'il eût la véhémence passionnée de Gerdy, ou l'éloquence chaleureuse et colorée de Malgaigne; non, son langage était facile, avec des tours de phrase qui n'appartenaient qu'à lui; sa parole était empreinte d'une certaine bonhomie mélangée d'une légère pointe de malice qui rarement dépassait le but; son geste était sobre et modéré, sa mimique expressive; mais ce qui surtout le distinguait, c'était une logique serrée, tranquille, pénétrante comme l'acier conduit par une main sûre et arrivant toujours droit au but. D'année en année son talent prenait plus de force, plus d'ampleur; aussi a-t-on pu dire de lui, avec beaucoup de vérité, que soit comme orateur, soit comme écrivain, il était *indéfiniment perfectible*.

Il aimait son art avec passion, et la chirurgie était pour lui un véritable culte. D'une activité infatigable, il faisait son service d'hôpital avec une régularité, avec une ponctualité qui jamais ne se sont démenties. Été comme hiver, il était toujours le premier dans les salles; aussi son enseignement était-il populaire et très-suivi. Ce n'est pas qu'il fût ce qu'on peut appeler un brillant opérateur; mais, profondément versé dans l'étude de l'anatomie, il avait la main sûre et surtout le calme et le sang-froid dans le danger qui font les grands chirurgiens.

Dans la vie privée, M. Velpeau était la bonté même; affectueux, sensible, tout dévoué à ses amis et à ses élèves qui le lui rendaient en attachement sincère; jamais maître n'a été plus chaudement aimé. Sa conversation intime était enjouée, spirituelle, un peu sarcastique; il aimait les jeux de l'esprit, et souvent il y réussissait.

Son âme généreuse s'offensait à l'idée d'une injustice, et le charlatanisme, d'où qu'il vînt, lui était antipathique, odieux. La pensée de le repousser de tout son pouvoir surgissait aussitôt en lui, alors il se jetait tête baissée dans la mêlée, sans calculer le danger, sans souci de sa propre personne, uniquement pour combattre l'erreur ou démasquer le mensonge. Mais on achète souvent bien cher le triomphe de la vérité, et bien peu de personnes ont su les amertumes qui lui ont été prodiguées dans une de ses dernières luttes, celle avec le trop fameux *docteur noir*.

La vérité est que la vie de M. Velpeau n'a été qu'un long combat. C'est certainement un des exemples les plus frappants de ce que peuvent le travail et la persévérance unis à une volonté ferme et à une intelligence hors ligne, car, parti du plus bas rang de la société, il s'était élevé aux plus hautes dignités qu'homme de notre profession puisse rêver.

Oh! vanité des choses humaines! sera-t-on tenté de s'écrier, que reste-t-il aujourd'hui de tant d'efforts, de tant de gloire? Cette dépouille mortelle qu'un peu de terre va bientôt recouvrir!

Non, Messieurs, éloignons de nous ces tristes pensées; dans un deuil récent M. Velpeau lui-même nous en a donné l'exemple; il me semble encore entendre sa voix émue, repoussant ces défaillances, nous dire sur la tombe de Malgaigne : « Loin d'amoindrir l'émulation, de refroidir l'ardeur des jeunes générations, de tels exemples seront toujours dignes de leur être présentés comme un but à atteindre. »

Je m'incline devant cette noble pensée, et moi aussi je vous dis : Adieu, cher et vénéré maître; que le souvenir de votre vie si bien remplie soutienne les jeunes courages. Longtemps votre ombre illustre planera sur cette Faculté dont vous fûtes la gloire; et dans un monde meilleur, auquel, comme toutes les grandes âmes, vous avez fermement cru, je le sais, vous pourrez voir que votre exemple servira utilement les générations futures.

M. Husson est venu payer un tribut de regrets à l'homme éminent qui avait rendu des services si éminents à l'Assistance hospitalière.

Puis, au nom de la Société de chirurgie, M. Guyon, a salué pour la dernière fois son ancien maître.

Cher maître,

La Société de chirurgie vous fait ses derniers adieux. Ce que vous avez été pour elle, les Bulletins de ses séances le disent; assidu à ses réunions, vous avez suivi tous ses travaux avec un constant intérêt; il est peu de questions étudiées par elle, auxquelles vous n'ayez apporté le tribut de votre expérience et de vos lumières.

Là encore, cher maître, vous avez témoigné de votre amour pour la chirurgie, de votre amitié pour ceux qui la cultivent. Nous venons d'entendre rappeler les nombreux services par vous rendus à la science; je ne redirai pas ce qu'ont dit, ce que répéteront à cet égard des voix plus autorisées que la mienne. Ce qui vient d'être rappelé n'était-il pas, d'ailleurs, dans tous les esprits? Tous, ne sommes-nous pas vos élèves; dans votre féconde activité n'avez-vous pas, en dirigeant le mouvement chirurgical moderne, éclairé de vos recherches la plupart des questions de notre science? N'avons-nous pas tous éprouvé un sentiment d'admiration en nous rendant compte de tout ce qu'a produit de travaux remarquables votre laborieuse carrière? Indissolublement lié à la science, votre nom partage depuis longtemps ses destinées, et la science ne saurait périr.

Nous vous retrouverons à chaque pas en continuant nos travaux, et s'il était vrai que les hommes illustres revivent tout entiers dans leur œuvre, nous devrions sécher nos larmes. Mais si votre œuvre, cher maître, est bien de celles qui doivent toujours vivre, elle ne saurait vous rendre à vos collègues. Nous voyons votre tombe ouverte, la douleur qui nous entoure, le déchirement de nos cœurs nous disent que vous nous êtes pour toujours enlevé, et cependant notre esprit se refuse encore à la triste réalité. Bien longtemps encore, lorsque nous serons réunis, nous chercherons le maître vénéré, dont tous les regards saluaient l'arrivée, et dont la main amie pressait affectueusement celles de ses collègues. Ceux qui vous ont bien connu, savent qu'à la Société de chirurgie, comme à l'hôpital, comme à la Faculté, ce n'est pas seulement la science ou les malades qui vous appelaient : c'était encore la satisfaction de cœur que vous goûtiez près de vos collègues, près de vos élèves. C'était aussi votre seconde, votre chère famille. Les années respectaient votre belle intelligence, lui laissaient toute sa puissance, et chaque jour votre cœur se livrait davantage. Faisant quelquefois allusion à l'austère gravité de votre jeunesse et de votre vie médicale, au temps des luttes et des grands travaux, vous disiez, avec la douce gravité que vous aimiez à apporter dans vos conversations intimes : « Je suis né vieux, j'ai vécu vieux, je vais mourir jeune. » Vous faisiez, en effet, un peu trêve à l'austérité de vos habitudes, et, pour vivre plus doucement, vous vouliez de plus en plus vivre dans l'intimité de ceux qui, à votre exemple, cherchaient à servir la science. C'est au milieu d'eux, c'est en prenant part à leurs travaux, en les encourageant, que vous désiriez trouver le repos des dernières années. A cet égard, notre Société était assurée d'une large part. Aussi, chacun de nous sent-il bien la douloureuse perte qui nous est infligée. Avec vous, ce n'est pas seulement une des gloires les plus grandes et les plus pures de la Société de chirurgie qui s'éteint, c'est une de ses affections les plus certaines.

La place, que vous vouliez dans nos cœurs, vous sera religieusement conservée; nos douloureux adieux vous disent que vous étiez parmi nous aussi respecté qu'aimé.

Et maintenant, avant de vous quitter pour jamais, qu'il me soit permis, au nom de vos élèves qui ont vécu le plus près de vous, qui ont été témoins jusqu'au dernier moment de votre fermeté, de votre douceur patiente, de vous adresser encore un adieu. Maître vénéré, maître bien-aimé, adieu !

Après ce discours, M. le professeur Longet, prenant la parole au nom des amis de M. Velpeau, s'est fait à son tour l'écho de la douleur universelle en présence de la perte immense que vient de faire la science.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

Séances complémentaires.

Les séances complémentaires, étant destinées à des communications étrangères au programme primitif, furent occupées par différents sujets qui n'avaient aucune liaison l'un avec l'autre. Quelques-uns offraient une réelle importance. Nous en parlerons.

MODES DE PROPAGATION DU CHOLÉRA

Nous avons déjà dit qu'on avait discuté, avec une grande animation, la contagion du choléra dans la séance complémentaire du samedi 24. Hier mardi, la question devait être reprise si le temps n'avait pas manqué ; mais le nombre des lectures fut si considérable qu'il fallut y renoncer.

L'occasion de cette discussion inachevée avait été une communication de M. le docteur Shrimpton, sur la nature du choléra indien.

M. Shrimpton notait que les symptômes constants et caractéristiques du choléra étaient : 1° le froid pathologique ; 2° l'altération de la respiration et de l'hématose ; 3° le flux intestinal. Selon lui, tous les premiers phénomènes devaient s'expliquer par l'asphyxie des cellules élémentaires. Aussitôt que l'influence cholérique a cessé, la réaction se fait même après le décès, ce qui prouve que cette réaction et l'action morbide qui la précède ont bien pour siége ces cellules dont la vie locale persiste, encore un certain temps, après la fin de la vie générale.

Nous ne pouvons suivre M. Shrimpton dans les développements de cette théorie. Disons seulement qu'il en a déduit la non-contagion du choléra.

La conviction de M. Shrimpton sur ce sujet est des plus solides, comme on peut le voir par les extraits suivants de son mémoire.

M. Shrimpton. — Le choléra ne peut être une maladie contagieuse, parce que les cholériques ne peuvent porter en eux les germes de la contagion. Porter en soi les germes de la contagion suppose un travail d'élaboration, une période d'incubation, comme cela a lieu pour toutes les maladies contagieuses : la peste, le typhus, la fièvre jaune, les fièvres éruptives, etc., etc. Or, ce travail ne peut avoir lieu chez les cholériques, car, aussitôt que les malades sont atteints de l'influence cholérique, tout travail organique cessant, l'influence cholérique doit nécessairement s'éteindre dans chacun des malades, quel que soit leur nombre.....

Quant à moi, je demande avec instance que notre illustre président, M. le professeur Bouillaud, et notre savant vice-président, M. Ricord, conjointement avec mon honorable collègue de l'Hôpital-Gagliani, veuillent bien former une commission à laquelle ils adjoindraient, autant que cela se pourrait, un médecin de chaque pays étranger, dans ce moment à Paris, pour me soumettre à toutes les épreuves qu'ils voudront indiquer. Je me coucherai dans le même lit qu'un cholérique algide, je respirerai son haleine aussi longtemps qu'ils le jugeront nécessaire, je m'inoculerai de toutes les matières provenant des corps des cholériques ; en un mot, je me soumettrai, sous leurs yeux, à tout ce que l'on pourrait demander pour porter la conviction de la non-contagion du choléra dans le monde entier.

Plusieurs orateurs s'étaient fait inscrire pour combattre les conclusions de M. Shrimpton. Mais, l'heure du banquet approchait, on était pressé, et l'on eut à peine le temps de résumer en quelques mots ses principales objections.

Voici quelles furent les réflexions de M. le professeur Crocq (de Bruxelles), et de M le docteur Marcowitz, (de Bucharest), qui avaient observé la dernière épidémie de choléra dans des pays et sous des climats très-différents.

M. Crocq — Si je prends la parole, ce n'est pas pour entamer la question de la nature du choléra, ce qui nous conduirait beaucoup trop loin. Cependant, je dois dire que dans la plupart des cas, sinon dans tous, les phénomènes abdominaux, désignés sous le nom de phénomènes prémonitoires, précèdent les phénomènes asphyxiques. Ceux-ci ne constituent donc ni l'essence ni le point de départ de la maladie.

Je ne fais que jeter cette remarque en passant, le temps ne nous permettant pas d'aborder cette importante question. Mon but, en prenant la parole, a été de protester contre les paroles de M. Shrimpton, relativement à la contagion. Il est très-beau de déclarer que le choléra n'est pas contagieux, qu'on ne doit pas en avoir peur, qu'on peut impunément affronter son contact; mais il faut savoir dire, avant tout, la vérité, même quand elle est désagréable. Du reste, mieux vaut bien connaître l'ennemi qu'on a en face de soi, et s'avouer sa contagion, s'il la possède, que de chercher à se la dissimuler. Ne craignez d'ailleurs, pas que les cholériques restent privés de soins parce que l'on reconnaîtrait la contagion de leur mal ; ne soignons-nous pas la scarlatine, le croup, la morve, quoique connaissant leur transmissibilité? Non, messieurs, le médecin ne recule pas devant une maladie contagieuse; il sait ce que son devoir lui commande, et il l'exécute.

Ne soyez donc pas étonnés de m'entendre proclamer la contagion du choléra. De nombreuses observations et des expériences me l'ont prouvé. M. Shrimpton nous dit qu'il est prêt à se laisser inoculer le sang et les fluides quelconques des cholériques. Cela ne dit rien, car moi, contagioniste, je suis prêt à laisser répéter sur ma personne ces expériences, et je sais qu'elles resteront sans résultat. Une maladie peut être contagieuse et virulente sans être transmissible par l'inoculation de ses virus sous la peau. Inoculez tant que vous voudrez le virus de la gonorrhée virulente, celui de l'ophthalmie contagieuse virulente, et vous n'obtiendrez jamais rien. Appliquez-les sur une muqueuse, et vous aurez une affection qui offrira les mêmes lésions et qui reproduira le même virus. Il en est de même du choléra. M. Reltenkofer (de Munich), a démontré que le choléra est contagieux, et que son virus existe dans les matières excrémentitielles; il en a cité, à l'appui, des faits fort nombreux et recueillis avec soin. Quoique je ne partage pas sur tous les points les idées de l'école de Munich, je dois dire ici qu'elle a parfaitement démontré le point de départ du principe contagieux du choléra. J'ai d'ailleurs, pour ma part, observé des faits tellement frappants, qu'en leur présence il me serait impossible de ne pas admettre la contagion. Le premier homme atteint du choléra, qui fut apporté à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, l'année passée, fut placé dans une salle où il était seul, et comme il n'y avait personne pour le veiller, on demanda à un malade robuste, atteint d'eczéma chronique, et d'ailleurs parfaitement bien portant, de se charger de cette tâche, moyennant une bouteille de vin. Cet homme accepta et passa la nuit près du cholérique ; ce dernier guérit, mais il passa le choléra à son gardien, qui, quarante-huit heures après, n'existait plus. Ce fut seulement quatre ou cinq jours plus tard que de nouveaux malades arrivèrent à l'hôpital, et les cas ne recommencèrent à se déclarer dans l'enceinte de celui-ci qu'environ un mois plus tard.

Dans un village, à trois lieues de Bruxelles, le choléra n'existait pas ; il se déclara sur une femme qui venait de Bruxelles ; cette femme le passa à une jeune fille Le médecin de la localité, très-myope, ayant oublié son binocle, se pencha fortement sur le vase de nuit de cette malade pour examiner ses déjections. Deux ou trois jours plus tard, on me faisait appeler par dépêche télégraphique pour me rendre auprès de ce confrère. Je partis de suite ; mais à mon arrivée, il était déjà mort du choléra. A Anderlecht, village qui touche à Bruxelles, j'ai pu suivre la marche du choléra, importé de hameau en hameau par des individus infectés. Du reste, l'expérience prouve la contagiosité du choléra. Parmi les animaux, les chiens sont très-susceptibles de le contracter. Faites avaler à des chiens des déjections cholériques, et vous verrez de ces animaux en présenter les phénomènes. J'en ai vu un mourir en vingt-deux heures, offrant les déjections caractéristiques et les lésions anatomiques du choléra. J'ai consigné ces observations dans une note que j'ai publiée l'année passée.

Comme je l'ai dit, il faut tenir compte dans l'appréciation des phénomènes de contagion de la matière qui en est le véhicule, et du mode de transmission. Je ne le crois pas transmissible par inoculation, mais il l'est positivement par la pénétration dans les cavités buccale et nasales des émanations provenant des déjections, soit que ces émanations aillent agir par l'intermédiaire de l'appareil de la respiration, soit, ce que je crois plutôt, que la déglutition des fosses pénètre directement dans les voies gastriques.

Il ne faut pas croire, du reste, que, contagioniste, je sois partisan des quarantaines. Je les considère comme peu efficaces, et j'aime peu les restrictions apportées à la liberté du commerce et de circulation. Ce sont les mesures hygiéniques et la désinfection immédiate et bien faite de ces déjections qui sont le véhicule du poison, qui, selon moi, doivent intervenir principalement dans la prophylaxie du choléra.

M. Marcowitz. Je ne me serais pas permis de prendre la parole dans une question aussi vaste que celle du choléra, si je n'avais été chargé l'année dernière par le gouvernement de mon pays d'inspecter les districts ravagés par cette terrible maladie, et de prendre toutes les mesures capables de la combattre et d'en empêcher la propagation.

Je ne puis partager l'opinion de M. Shrimpton sur la non-contagion du choléra et sans vouloir rappeler ici toutes les preuves que l'expérience des dernières années ont fourni sur la contagion du choléra et dont on trouvera un grand nombre, très-bien résumées dans le dictionnaire annuel de M. Garnier; je me permettrai de rappeler à M. Shrimpton que son illustre compatriote Graves (de Dublin), il y a bien longtemps déjà, avait parfaitement établi que le choléra avait constamment suivi dans sa marche les grandes routes maritimes et avait éclaté d'abord dans les ports où mouillaient les navires provenant des lieux infectés.

Le choléra de l'année dernière a suivi absolument la même marche, c'est ainsi qu'il a touché les escales du bas-Danube et a fini par pénétrer dans l'intérieur des Principautés-Unies en suivant constamment les vallées des grandes rivières ou les grandes voies de communication terrestre.

M. Shrimpton est tellement convaincu de la non-contagion du choléra qu'il a proposé au Congrès de se soumettre à toutes les expériences qu'on voudra bien lui indiquer comme propre à fournir la contagion : ainsi, il couchera dans le même lit que les cholériques, il respirera leur haleine aussi longtemps qu'on voudra, il s'inoculera les matières provenant des déjections des malades, etc. Ce courage honore M. Shrimpton et nous donne la mesure de la force de sa foi, mais, selon moi, que M. Shrimpton sorte indemne de ses épreuves, cela ne prouve rien contre la contagion du choléra, car on ne doit pas assimiler le choléra aux maladies virulentes, comme M. Shrimpton l'a fait.

Une maladie virulente est fatalement contagieuse par inoculation et éventuellement contagieuse par infection; tandis que le choléra est contagieux comme les maladies purulentes infectieuses c'est-à-dire à son heure, à son jour quand elle le veut bien. Je n'examinerai pas ici, si la contagiosité des maladies infectieuses en général: du choléra en particulier, dépend de l'intensité plus grande du poison morbide à telle ou telle époque, ou si, ce qui est mon avis, le poison étant constamment le même, les causes cosmiques et certaines conditions individuelles peuvent lui imprimer une violence inaccoutumée et rendre la maladie plus facile à propager; mais ce que je veux proclamer hautement, c'est que le choléra demande certaines conditions pour que son développement prenne tout-à-coup une grande intensité.

La principale, c'est la misère. En Moldavie, pendant ma mission, j'ai constamment observé que c'était la population malheureuse que la maladie frappait presque exclusivement. A Bucharest, où le choléra a sévi avec une intensité moyenne, le choléra a été si respectueux pour la classe aisée, que j'ai constamment laissé ignorer à ma clientèle privée l'existence du fléau, et cependant il mourait vingt-cinq à trente individus par jour à la ville.

Je n'abuserai pas plus longtemps de votre bienveillance, et je terminerai en vous donnant la preuve que la misère est bien la principale cause de la propagation des foyers cholériques.

A Jassy, lorsque je suis arrivé, il y avait 150 décès par jour. Le Conseil médical supérieur, dont j'ai l'honneur de faire partie, avait déjà ordonné, entre autres mesures, de faire sortir hors de la ville la population juive misérable, dont l'agglomération et la malpropreté inouïe constituaient réellement un foyer permanent d'infection. Cette mesure, exécutée mollement, avait donné des résultats insignifiants. Avec un peu d'énergie de ma part, et beaucoup de bonne volonté de celle de la communauté israélite, dont le dévouement et les sacrifices ont été, en cette occurrence, au-dessus de tout éloge, j'ai réussi à faire sortir hors de la ville environ 4,000 Juifs, lesquels ont été logés dans des baraques disposées sur les hauteurs d'une colline voisine, dans les meilleures conditions possibles d'aération.

Eh bien ! Messieurs, cette mesure si simple a suffi presque pour faire tomber le chiffre de la mortalité à 30 par jour, et, chose remarquable, la population juive, si diminuée à la ville, ne fournissait presque pas de malades sur la colline.

Je ne vous entretiendrai pas des autres mesures, telles que : hôpitaux spéciaux, visites domiciliaires, etc., lesquelles, incomplétement exécutées, n'ont pu donner que des résultats insignifiants.

M. Bonnet (de Bordeaux), regarde les quarantaines comme pouvant être utiles, mais repousse les cordons sanitaires et toutes les mesures qu'on pourrait prendre pour empêcher la migration des miasmes morbides, miasmes auxquels il ne croit pas.

Il conseille surtout des mesures hygiéniques, une grande propreté, de fréquents courants d'air, la dissémination de la population et l'abandon des pays infectés, par tous ceux qui peuvent s'éloigner ; les émanations du chlore, la désinfection des fosses d'aisance, la sobriété, l'abstention des fruits verts ou avariés, un exercice modéré, le calme de l'esprit, des distractions agréables, etc.

J'ai pris la parole à mon tour pour exposer très-brièvement, comment parti contagioniste pour la mission que j'allais remplir lors du choléra en Egypte, j'étais revenu, ainsi que mes collègues, avec des opinions tout autres sur ce sujet.

Non pas que je croie à la contagion proprement dite, celle qui peut se faire par contact, et qu'on observe dans les maladies où les sécrétions cutanées se chargent d'un germe morbide.

J'ai rappelé que j'avais fait, après tant d'autres, une expérience, consistant à m'envelopper pendant plusieurs nuits dans une couverture imbibée de sueurs de cholériques, et que je n'avais pas contracté le choléra.

Que, sur ce point, mes opinions étaient très-arrêtées, et que la chose ne me semble pas indifférente, car les malades atteints d'affections transmissibles par le contact, inspireront à ceux qui les entourent un effroi bien compréhensible et risqueront d'être abandonnés, non par les médecins sans doute.

Les médecins se sacrifient, quand il le faut. Comme Desgenettes, pour donner du courage aux autres, ils s'inoculeront la peste, la croyant peut-être transmissible par cette voie.

Mais ceux qui n'ont pas cette mission, qui ne voient pas ordinairement la mort de si près, les parents, amis, domestiques, tous ceux-là fuiront.

Or il n'est pas de contrée ou de ville, où les médecins soient assez nombreux en temps d'épidémie pour pouvoir se passer de gardes-malades.

Quand les maladies sont transmissibles autrement que par le contact, le danger semble plus éloigné. L'égoïsme se fait moins entendre, et les malades trouvent qui les soignent.

Le choléra semble transmissible de cette manière.

M. Shrimpton a dit qu'une maladie, pour être transmissible, devait avoir une première période d'incubation. Mais le choléra a en effet cette période.

Quand un navire relâche dans un port infecté; s'il y reçoit des passagers, on remarque souvent que ces passagers deviennent cholériques plusieurs jours après s'être embarqués.

C'est ce que nous avons vu nous-même, lorsque nous allions en Egypte.

Le choléra régnait encore à Malte, nous nous y arrêtâmes; un maltais prit passage sur notre navire, et trois jours après il mourut du choléra; aussitôt plusieurs autres cas se déclarèrent. On en comptait 7 quand nous débarquâmes, deux jours plus tard, à Alexandrie.

Ceux qui admettent des miasmes apportés par les vents, soutiendront-ils qu'en pareil cas le navire avait dû entrer dans un courant d'air cholérique? Mais pourquoi donc les passagers, qui sortent de la ville où règne l'épidémie, seraient-ils les premiers atteints? Il faut admettre une incubation plus ou moins longue.

La transmission du choléra par les individus, et surtout par les marins nous a paru des plus évidentes, en Egypte, où le choléra n'était pas mitigé comme il l'est à Paris.

Presque toujours on a pu constater que l'invasion de la maladie coïncidait avec l'arrivée, soit de pèlerins de la Mecque, soit de voyageurs qui avaient pu en subir l'influence, dans les pays d'où ils venaient.

J'ai rappelé succinctement, car l'heure de la clôture était proche, et j'ai parlé seulement quelques minutes, des avantages et de l'insuffisance des diverses mesures prophylactiques; sujet que

j'ai traité longuement, lors de mon retour, dans mon rapport.

Enfin j'ai fait appel aux souvenirs personnels de tous les membres du Congrès et j'ai émis le vœu de voir cette question conservée à l'ordre du jour, puisque le temps manquait, pour la discuter dans cette séance.

Ce vœu a été appuyé; et la séance s'est terminée après une improvisation très-remarquable de notre cher confrère en journalisme, M. Henry Favre et quelques mots de M. Shrimpton que je n'ai pas bien entendu.

Fin de la séance du vendredi 23 août.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SYPHILIS ET LES MESURES PROPHYLACTIQUES A LUI OPPOSER.

Dans notre compte rendu de la séance du 23, nous nous sommes arrêtés au moment où M. le docteur Proust se levait pour raconter un fait contraire à la pratique de la syphilisation. Voici ce fait :

M. Proust. — Il y a quatre ans, j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis, lorsque M. Auzias-Turenne inocula, dans le service de M. Bazin, un malade qui avait des bubons phagédéniques. Les premières inoculations se firent avec du chancre mou, et on en avait déjà pratiqué une quarantaine lorsque, changeant de virus, on inocula la vérole, et le malade fut pris d'accidents secondaires pour lesquels il eut à subir un traitement à l'Hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord; les bubons étaient restés, du reste, phagédéniques, et les chancres l'étaient devenus.

M. Auzias-Turenne. — Je me rappelle le malade dont il est question et les circonstances dans lesquelles il fut inoculé. Depuis plus d'un an il était atteint d'ulcérations phagédéniques qui s'étendaient toujours sans qu'aucun traitement les arrêtât. En pareil cas, je prends du pus de plaques muqueuses, et cela me réussit bien.

Je dis donc à M. Bazin que l'inoculation d'accidents secondaires pouvait faire disparaître les ulcérations phagédéniques les plus rebelles; et comme le malade était dans un état déplorable, qui allait toujours en s'aggravant, M. Bazin me dit : Essayez. Je commençai donc les inoculations; elles eurent un très-bon résultat. Le malade allait beaucoup mieux, et les ulcérations phagédéniques se rétrécissaient rapidement. Sur ces entrefaites, il y eut des intrigues, des dénonciations, etc.; bref, M. Bazin me dit un jour : « Je ne veux plus que vous continuiez vos inoculations. » Il n'aurait pas fallu s'arrêter alors; le malade était encore porteur de quelques croûtes sous lesquelles la cicatrisation n'était pas complétée. J'avertis donc M. Bazin des inconvénients probables de cette interruption de traitement.

M. Bazin avait été très-étonné des bons effets de mes inoculations; il en parla souvent depuis lors à ses élèves, et, de mon côté, j'ai guéri plusieurs autres chancres phagédéniques par l'inoculation d'accidents secondaires.

M. Ricord. — Je ne veux pas accuser la bonne foi de M. Auzias-Turenne, mais sa mémoire. Les nouvelles inoculations étaient devenues phagédéniques comme les inoculations anciennes.

Je vous affirme que les chancres phagédéniques ont continué à marcher; que le malade, dans un état affreux, avait conçu les pensées de vengeance les plus terribles contre M. Auzias-Turenne, que j'ai eu toutes les peines du monde à l'empêcher d'intenter une action judiciaire ou de se venger personnellement.

M. Crocq. — Cette discussion est très-intéressante; mais est-elle à sa place? Nous avons à voir quelles mesures on doit proposer aux gouvernements pour empêcher la propagation de la syphilis : la syphilisation est-elle au nombre de ces mesures? Moi qui suis Belge, irai-je proposer à mon gouvernement la syphilisation de tous les Belges?

L'assemblée, consultée par M. Bouillaud, décide que la discussion sur la syphilisation doit continuer.

M. Proust. — Le malade, dont il s'agit, était dans le service de M. Bazin, dont M. le docteur Sergent était alors l'interne.

J'affirme que la syphilisation n'a produit chez lui aucun bien; que les ulcérations primitives existaient toujours; que les nouvelles devinrent également phagédéniques et serpigineuses, et que cet homme, souffrant plus que jamais et se voyant en outre atteint de syphilis, méditait contre M. Auzias-Turenne les projets les plus funestes, et qu'il fallut longtemps à M. Ricord pour le guérir et pour le calmer.

La séance est levée, la discussion remise.

Séance du lundi 26.

L'amphithéâtre se garnit d'une foule compacte, où l'on remarque un très-grand nombre d'étudiants. Après la lecture du procès-verbal, la parole est donnée à M. Auzias-Turenne.

M. Auzias-Turenne. — Je pense que le désir du Congrès est d'être édifié sur la question scientifique, abstraction faite de toute personnalité offensante.

Je vais soumettre à mes confrères une foule de documents favorables à la syphilisation.

1° Je ne dirai rien de Spérino, Zelasti et des Italiens en général; leurs travaux sont connus;

2° M. Boëck a produit plusieurs ouvages importants:

Recherches sur la syphilisation, gros volume norvégien dont M. Auzias cite des fragments dans lesquels sont démontrées l'immunité, la guérison et la santé des syphilisés.

Syphilisation des enfants, statistique. Le rapport des médecins chargés de surveiller la syphilisation en Norvége et les votes des médecins scandinaves, réunis en congrès à Christiana furent également favorables à la méthode de M. Boëck;

3° Je dois mentionner encore Bidenkap, un norvégien, devenu syphilisateur après avoir vu les résultats de la méthode;

4° Guéroult, chirurgien de la marine, qui a visité Christiana et qui conclut ainsi après avoir rapporté les faits observés par lui.

Tels sont les faits et les expériences que nous avons recueillis en Norvége, M. Bellebon et moi, et qui m'ont paru dignes d'être signalés d'une manière particulière, car ils tendent à établir l'innocuité et les avantages de la méthode syphilisatrice.

« La situation morale de la syphilisation est d'ailleurs excellente en Norvége; l'opinion générale des médecins, après y avoir été excessivement opposée aux expériences de M. Boëck, est devenue très-favorable à la méthode qu'il emploie, en présence du grand nombre de guérisons reconnues qu'elle a produites à Christiania.

L'authenticité de ces guérisons est attestée par le contrôle officiel que le gouvernement et l'Université de Christiania ont fait exercer sur la pratique de M. Boëck par un comité de quatre médecins éclairés et impartiaux.

L'histoire de chaque malade et le diagnostic de son affection sont pris et suivis avec une grande rigueur, à son entrée à l'hôpital, pendant tout le temps qu'il y passe, et après sa sortie.

Le caractère personnel, la droiture scientifique, la légitime réputation de M. Boëck, qui a été honoré d'un prix Monthyon par l'Académie des sciences, sont autant de garanties de la loyauté et de la valeur de ses expériences.

Qu'il me soit permis d'exprimer ma conviction personnelle, qu'il y a quelque chose de vrai et d'utile dans la syphilisation, qu'elle entraîne peu de dangers, et qu'elle paraît exercer une influence réelle et durable sur la disparition des accidents secondaires de la syphilis; qu'il me soit permis aussi de faire le vœu que la question soit reprise et étudiée chez nous avec calme et impartialité; que les expériences se répètent dans la voie libéralement ouverte par M. le professeur Nélaton, et que l'inventeur de cette idée française, contre laquelle il ne peut plus y avoir de préventions sérieuses, obtienne enfin les moyens de démontrer en France la vérité expérimentale et l'utilité pratique de sa découverte. »

5° Sirus Sirondi (de Marseille), qui a guéri des syphilis rebelles par la syphilisation;

6° Melchior Robert, chirurgien des hôpitaux de Marseille, qui après s'être prononcé très-vivement contre la syphilisation peu après avoir été élève de M. Ricord, s'était converti à la syphilisation, en faveur de laquelle il a fait voter des conclusions favorables par la Société impériale de médecine de Marseille.

M. Robert s'exprime ainsi dans le commencement de son mémoire. « Pourquoi souffrir qu'une idée qui a germé sur le sol français ne soit fécondée qu'à l'étranger? Revenons donc sur nos opinions préconçues, je dirai volontiers sur nos erreurs passées, et remettons à l'étude un moyen que nous n'avons combattu que par des assertions sans fondement. Soyons francs et ne craignons pas d'avouer que notre opposition n'était qu'un élan généreux en faveur des doctrines admises. »

7° Simpson (d'Edimbourg), qui a publié dans *l'Edinburg medical journal* l'observation de deux sujets atteints de syphilis graves et rebelles lesquels ont été entièrement guéris par la syphilisation;

8° M. Nélaton qui a fait une leçon clinique favorable à la syphilisation;

9° La Société médicale de Clermont-Ferrand qui, sur la proposition du vénérable M. Bertrand a voté les conclusions suivantes: « La Société médicale de Clermont-Ferrand déclare qu'il lui semble que les travaux qui lui ont été soumis, témoignent du peu de danger de la syphilisation et de son utilité dans le traitement de la syphilis constitutionnelle. »

M. Auzias Turenne termine par de nombreuses citations qui témoignent que la syphilisation avait été pressentis par Percy, Deguerre, Fricke (de Hambourg), Graves (de Dublin), etc.

M. Jaccoud. — La syphilisation se présente sous deux aspects : comme méthode curative et comme méthode préventive.

MM. Boeck, et les autres médecins de Norvége, l'emploient exclusivement comme méthode curative, lorsque déjà le malade a présenté des phénomènes évidents et rebelles de syphilis constitutionnelle. Ainsi, ils ne risquent jamais de donner la vérole à qui ne l'auraient pas.

Pour les inoculations, ils emploient indifféremment la matière du chancre mou, et celle du chancre dur, aussi sont-ils loin de réussir dans tous les cas, et c'est bien simple: quand ils inoculent du chancre mou ils produisent un chancre, quand ils se servent de matière de chancre induré, ils échouent; car le chancre dur ne peut pas être inoculé, sur un sujet déjà syphilitique.

Après un certain nombre d'inoculations, ils arrivent à ce qu'ils nomment l'*immunité*. Mais il faut s'entendre sur les mots. L'immunité dont il s'agit ne s'applique pas à la vérole, car celle-là le malade la possède, par ce seul fait qu'il est syphilitique; elle s'applique seulement aux inoculations de chancres mous, inoculations qui restent stériles.

Or combien faut-il en moyenne de nouvelles inoculations pour parvenir à cette immunité? 345. Dans les expériences de M. Boeck, ce chiffre s'est élevé jusqu'à 725 et n'est pas tombé au-dessous de 96. Remarquez que dans ces nombres je ne compte pas les inoculations stériles, mais celles qui ont produit un nouveau chancre. Le temps exigé a été de plusieurs mois.

Sous l'influence de ce traitement, il y a des cas où le malade paraît délivré d'accidents secondaires. Mais la méthode ellemême n'est pas sans inconvénient. Les chancres produits peuvent devenir phagédéniques, les iritis sont très-fréquentes pendant la durée de la syphilisation; enfin, souvent on peut constater ce que les syphilisateurs nomment des récidives, et ce qui n'est en réalité que l'évolution naturelle de la syphilis avec ses temps d'arrêt et sous ses formes successives.

En dehors de ces récidives, le malade a-t-il cessé d'être syphilitique? En aucune manière. Si c'est une femme qu'on a syphilisé, et qu'elle engendre des enfants, ces enfants pourront être atteints de syphilis héréditaire. M. Boeck en avait observé des exemples, qu'il attribuait d'abord au peu de temps écoulé entre la syphilisation et la conception; mais un nouveau cas observé en 1859 chez une femme syphilisée longtemps avant avant d'avoir conçu, lui fit changer d'avis; il reconnait luimême que sa méthode n'atteint pas assez à fond pour empêcher les enfants de naître avec le germe syphilitique.

Ainsi la syphilisation, alors même qu'elle semble calmer les accidents actuels, ne guérit pas la syphilis. Elle ne la prévient pas non plus, à moins qu'elle ne la donne.

M. Daniel Symé a observé un individu qui avait déjà subi, dans l'espace de 4 mois et demi, 278 inoculations efficaces de chancres mous, lorsqu'il fut inoculé avec la matière d'un chancre induré. Il prit la vérole, et vit se dérouler tout la série des accidents constitutionnels.

Après ce discours, on en revint à la question des mesures préventives contre la syphilis.

Notre confrère de Lyon, M. Garin, auteur d'un beau rapport sur la prostitution que chacun connait, lut un résumé où il résumait les principales données de ce rapport.

M. Le Fort présenta l'état de la prostitution et de la syphilis à Paris dans des tableaux statistiques très-complets dont nous extrayons les chiffres suivants:

M. Le Fort. — Le nombre total des filles inscrites est actuellement de 3,851 dont 2,545 filles isolées, et 1,306 distribuées entre 165 maisons. Quand au nombre des femmes qui exercent la prostitution clandestine il est énorme, mais indéterminé.

Depuis que M. Le Fort est chirurgien à l'hôpital du Midi, il a donné 12,000 consultations et traité 1,500 malades à l'hôpital pour des affections vénériennes. Désirant savoir qu'elles en étaient les sources les plus fréquentes, il a obtenu sur ce point des renseignements de 4,750 hommes, dont les affections se répartissaient ainsi : 2,556 uréthrites, 355 chancres mous, 1,240 syphilis dont 301 chancres indurés.

D'après les dires des malades; les fille isolées, et celles qu'on rencontre dans les bals publics, réunies, auraient occasionné 58,3 pour cent du nombre total des maladies; tandis que les prostituées en maisons n'en auraient donné que 18 pour cent.

A Paris, les soldats doivent dénoncer les filles qui leur ont communiqué une maladie vénérienne; la police se met à leur recherche.

Du 1er janvier au 1er juillet 1867, 146 dénonciations eurent lieu, elles firent examiner 28 filles insoumises, 5 prostituées, 13 filles isolées, atteintes de maladies vénériennes; 22 prostituées, 14 filles isolées, atteintes d'uréthrite, de vaginite, etc.; enfin, 22 avaient été dénoncées à tort, par des malades atteints d'uréthrite, et un certain nombre ne furent pas trouvées.

Un certain nombre de filles sont arrêtées chaque jour pour prostitution clandestine. Sur 13,818 de cette catégorie, 3,728 furent trouvées atteintes de maladies vénériennes; 236 de gale, etc.; 1,131 furent envoyées en correction à Saint-Lazare, 7,217 furent réclamées comme mineures, par leurs familles; 1,549 seulement ont pu être enregistrées.

Depuis six ans, on a fait au moins 504,000 visites au spéculum sur des prostituées, et dans cet intervalle on a constaté 3,720 maladies communicables. Ces chiffres sont faibles, par rapport au nombre des visites, mais considérables par rapport au nombre total des prostituées inscrites. Quant à établir une proportion quelconque entre le nombre des filles inscrites, et celui des prostituées clandestines qui peuvent être atteintes de maladies communicables, il n'y faut pas songer, car nul ne sait le nombre des prostitutions clandestines; mais il est certain qu'elles sont plus dangereuses que les filles inscrites, et que parmi celles-ci, les plus saines sont encore les filles en maison. Mais le nombre des maisons de tolérance diminue à Paris en même temps que s'accroit celui des filles insoumises. Cet état de choses tient en partie à la cherté des loyers, au luxe obligatoire maintenant pour les maisons de cette espèce. Il serait bien d'y remédier, et d'arriver à faire entrer dans les coutumes la visite des hommes qui s'adressent aux prostituées.

Il faudrait aussi supprimer une mesure odieuse : celle qui met obstacle à l'admission des vénériens qui se présentent dans les hôpitaux sans avoir six mois de résidence dans la capitale. Ces vénériens, obligés souvent de rester dans des hôtels où les occasions sont journalières, deviennent des foyers d'infection et contribuent d'une manière importante à l'extension des maladies vénériennes.

M. Drysdale (de Londres) est venu défendre les droits de la femme. L'inscription des femmes qui se livrent à la prostitution, et leur visite au bureau des mœurs, contribuent à les avilir de plus en plus. C'est peut-être une nécessité pour diminuer le malheur de la vérole; mais c'est une dure nécessité qu'il faut d'abord bien établir. « Y a-t-il moins de syphilis à Paris qu'à Londres? dit M. Drysdale; non, sans doute, je ne m'en suis pas aperçu. » Quant à la syphilisation, M. Drysdale en est partisan. Il a vu M. Boëck traiter à Londres, par cette méthode, dixhuit prostituées vénériennes, et les résultats, excellents, duraient encore après quelques mois.

Nous devons rappeler que cette opinion de M. Drysdale n'est pas partagée par tous ceux de ses collègues qui ont assisté aux mêmes expériences de M. Boëck.

Ainsi que nous l'avons indiqué précédemment dans une revue clinique, MM. Gascogen et Lane ont fait un rapport sur les inoculations pratiquées à Londres tant par M. Boëck que par eux-mêmes. Ce rapport était loin d'être très-favorable à la méthode de M. Boëck. M. Lane seul la considérait comme pouvant être efficace contre les accidents syphilitiques constitutionnels. M. Gascogen mettait complétement en doute son utilité; l'un et l'autre ne croyaient pas qu'elle pût rester dans la pratique, longue et pénible comme elle l'était. La syphilisation n'avait pas empêché la mort de quelques-uns des vénériens qui la subirent à Londres.

Ainsi l'opinion de M. Drysdale sur ce sujet reste isolée.

Les deux questions à l'ordre du jour : les mesures prophylactiques à proposer aux gouvernements, et la valeur de la syphilisation comme méthode soit préservatrice soit curative ont continué à se croiser.

Après M. Drysdale, M. le professeur Seitz a pris la parole pour présenter une statistique des affections vénériennes traitées dans les hôpitaux de Munich avant et depuis la loi bavaroise de 1861, loi qui porte des peines sévères contre les femmes qui se

livrent à la prostitution. Le nombre des hommes vénériens se serait toujours élevé depuis cette époque; il aurait maintenant plus que doublé.

M. Seitz en conclut que l'on ne peut pas empêcher la prostitution en édictant contre elle des peines sévères ; qu'en la transformant en prostitution clandestine, on la rend plus nuisible, et que mieux vaut l'autoriser dans de justes limites et la réglementer.

M. Seitz s'unit donc à MM. Jeannel, Rollet, etc., pour demander l'adoption générale de mesures uniformes sur la prostitution.

Nous enregistrons pour mémoire une communication complétement étrangère à l'ordre du jour. M. Combes se proclama l'adversaire du traitement de la syphilis par le mercure.

M. Viennois fit un exposé de ses recherches, bien connues, sur la syphilis des verriers et sur la syphilis vaccinale.

M. Gourdin parla de la moralisation de la femme, comme meilleur moyen de s'opposer à la propagation de la syphilis.

Puis on rentra dans la question des mesures administratives.

M. Marcowitz dit quelques mots sur le service des prostituées dont il aurait été chargé pendant six mois à Bucharest : ce qui lui avait permis de constater la nocuité relative bien plus considérable des filles insoumises, et l'immunité qu'une syphilis antérieure donnait aux prostituées contre la contagion de nouvelles syphilis. M. Marcowitz s'associe donc à ceux qui demandent la réglementation et la surveillance des prostituées.

Plusieurs orateurs avaient proposé, dans le cours de la discussion, d'imposer la visite aux marins de l'État.

Ils ignoraient que cette mesure était appliquée depuis longtemps dans la marine militaire française.

Un médecin principal de la marine, M. le docteur Berchon, membre correspondant de la Société impériale de chirurgie et directeur du service sanitaire de la Gironde, est venu faire connaître l'état des choses.

Nous publierons un extrait de sa communication dans notre prochain numéro.

Docteur Victor Revillout.

TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE

M. le docteur Alex. Boggs, ancien chirurgien de l'armée anglaise dans l'Inde, nous adresse copie de la lettre suivante qu'il vient d'adresser au directeur de *The Lancet :*

« Dans votre numéro du 20 juillet dernier, vous avez publié la description « d'un appareil pour le traitement des fractures de la rotule, consistant simplement en un anneau spécialement adapté pour tenir en contact les portions fracturées, et maintenu par les bandes. » Ceci est certainement très-simple ; mais que direz-vous, Monsieur, lorsque vous apprendrez que M. Jarjavay, l'éminent professeur de la clinique chirurgicale à l'hôpital Beaujon, emploie un moyen beaucoup plus simple, et cela avec autant de succès.

» Le moyen consiste simplement à faire garder le lit au malade, en plaçant le membre sur un plan incliné composé d'oreillers, avec la déclivité nécessairement dirigée vers le bassin, et de le maintenir dans cette position au moyen d'une bande autour du pied.

» J'ai vu au moins quatre cas ainsi traités pendant les trois derniers mois, et les malades furent guéris en trente à cinquante jours, sans l'intervention d'aucun autre appareil ou de pansement.

» J'ai vu aussi un cas de fracture du radius vers son extrémité inférieure ainsi traité, c'est-à-dire sans aucun appareil, et avec le plus parfait succès.

» Du reste, je suis heureux de signaler la tendance de la chirurgie française, qui, depuis peu, cherche non pas à multiplier, mais à perfectionner, simplifier ou réduire à zéro le nombre d'instruments et appareils employés aujourd'hui dans les maladies chirurgicales. Ceci est un pas dans la bonne direction, et qui sera bien accueilli des chirurgiens comme des malades. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Une fausse nouvelle avait mis hier en émoi tout le corps médical. On se racontait la mort subite d'un des professeurs les plus aimés et les plus influents, de M. Béhier. A l'Académie, M. Tardieu; au Congrès médical, M. Bouillaud, avaient fait part officiellement de ce malheur inattendu au milieu d'une stupeur indescriptible. La faute en était au télégraphe qui, dans une dépêche de M. Béhier fils, appelé près de son père souffrant, dans un village près de Châteaudun, avait traduit « Mon père est mieux, » par la phrase sinistre : « Mon père est mort. »

La chose fut expliquée hier soir, au Congrès, par M. Jaccoud, et l'on applaudit à outrance.

— A propos de M. Jaccoud, nous devons réparer un oubli. Pendant le banquet, il a porté un toast « à la science cosmopolite. »

— Dans notre dernière liste de souscription-Trousseau, au lieu de M. Lecomte, lisez M. Lecointe.

— Dans l'Académie de médecine du 20 août, au lieu de M. Densel, lisez M. Delzenne.

De la Maladie charbonneuse de l'Homme, CAUSES, VARIÉTÉS, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT, ouvrage appuyé sur une enquête médico-administrative, concernant la Maladie observée chez l'Homme et chez les Animaux, et comprenant huit départements; *avec Carte et pièces justificatives*, par le Docteur **J.-J. GUIPON,** Médecin en chef des Hôpitaux de Laon, Médecin des Epidémies, Lauréat de l'Académie impériale de Médecine, etc. — In-8 de xj-343 pages. Prix, 6 francs. — Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. —Imp. A-E.. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv t les derniers tarifs des postes

SOMMAIRE. — CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL. — HÔPITAL DE LARIBOISIÈRE (M. Oulmont). — Paralysie ascendante aiguë. — Nouvelles.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

SÉANCE DU LUNDI 26 AOUT.

Suite.

M. Berchon. — La discussion sur les meilleures mesures prophylactiques à recommander aux divers gouvernements, contre l'extension de la syphilis, a donné lieu à plusieurs allusions relatives aux faits qui concernent la marine militaire ou marchande. On a représenté les marins comme les propagateurs principaux de cette redoutable maladie, soit à l'étranger, soit dans les ports d'Europe ; on a demandé pour eux une surveillance spéciale, et on a même fait, des nombres des malades révélés par les statistiques des départements de la guerre ou de la marine, une sorte de critérium de la fréquence de la syphilis dans tel ou tel point géographique donné. J'ai donc pensé qu'il pouvait être utile d'exposer au Congrès ce qu'une expérience de vingt ans de service pouvait m'avoir appris sur cette question, et l'un des avantages les plus sérieux de notre réunion est certainement la facilité offerte aux médecins, qui ont pu acquérir des connaissances spéciales sur des points de détail, souvent méconnus ou incomplétement exposés, de soumettre, à tous ceux qui se pressent dans cette enceinte, le résultat de leurs observations.

Or, Messieurs, je puis affirmer tout d'abord qu'il n'est pas une administration civile ou militaire, dans aucun pays, qui ait pris plus de soin que l'Administration de la marine pour arriver, sinon à arrêter, du moins à atténuer autant que possible la propagation de la syphilis.

Voici l'ensemble des mesures que nous prenons pour cela. Elles sont relatives à l'entrée, au séjour et à la sortie du personnel qui, à divers titres, est appelé à servir dans la marine de l'État.

Tout soldat, matelot ou ouvrier des arsenaux est soumis, à son arrivée, à une visite spéciale, et si la syphilis, sous ses formes même les plus bénignes, est constaté, l'envoi à l'hôpital est immédiat.

Nous faisons aussi, à des intervalles irréguliers, mais fréquents, des visites générales de nos équipages ou de nos régiments. Ces visites sont, le plus ordinairement, inopinées, et, je dois le dire, elles ne nous font connaître, en général, qu'un fort petit nombre de cas de maladie, parce que le personnel confié à nos soins est habitué, dès longtemps, à se présenter spontanément aux infirmeries dès l'apparition des premiers symptômes du mal. Les peines disciplinaires auxquelles on avait autrefois recours contre les vénériens ont été complétement rejetées. Elles ne sauraient, de nos jours, être réédictées que dans les cas où il serait prouvé que certains individus ont tenté de se soustraire à la constatation de leur état morbide spécial.

Au moment du congédiement ou des congés temporaires, mêmes précautions, mêmes visites. Pas un employé de la marine ne reçoit la feuille de route qui lui sert de passeport obligatoire, s'il ne peut présenter un certificat médical attestant qu'il n'est porteur d'aucune affection de nature transmissible, syphilitique ou autre. Cette visite s'opère dans les vingt-quatre heures qui précèdent le départ du marin, quelquefois même peu d'heures seulement avant le départ.

Ce n'est pas tout. Dès qu'un navire atteint un port, les syphilitiques en traitement sont consignés à bord, ils ne peuvent descendre à terre que pour se rendre à l'hôpital jusqu'à parfait traitement.

Il est difficile, je crois, d'employer des mesures plus précises pour atteindre le but proposé. Je dois encore ajouter que nous interrogeons aussi les malades admis dans les salles de nos hôpitaux, pour arriver à connaître la source où a été puisée la maladie. C'est une mesure ancienne et régulièrement observée. Mais une longue expérience me permet d'affirmer que ces interrogations sont très-loin d'être aussi avantageuses qu'on l'a avancé. Le plus grand nombre de nos marins se refusent à toute indication de ce genre, la regardant, à tort peut-être, comme une réelle délation. Il n'est pas rare non plus de reconnaître que les dénonciations recueillies sont mensongères, inspirées par des sentiments de jalousie et de basse vengeance. Il n'y a donc pas lieu, selon nous, de compter beaucoup sur l'efficacité de ces moyens d'investigation.

Toutes les règles que je viens de vous exposer ont une date fort ancienne. La marine a dû se préoccuper, depuis plus d'un siècle surtout, du développement de la syphilis parmi les équipages dont cette maladie pourrait, à un moment donné, désorganiser l'action efficace dans les stations éloignées de la mère-patrie ; sans parler de la question, fort importante aussi, des frais considérables occasionnés par le traitement d'un grand nombre de vénériens.

Elle a constamment consacré des sommes notables pour arriver à la diminution des cas de vérole dans les divers corps qui dépendent de son département, et, sans faire un long historique, je pourrais rappeler qu'un *rob*, très-connu et très-affiché, sait très-bien se prévaloir, encore aujourd'hui, de traités temporaires faits avec son inventeur, avant ou pendant la révolution de 1789. Mais c'est surtout depuis 1830 que les visites sont devenues plus régulières. Le règlement qui a réuni et édicté les mesures plus anciennement suivies, est de 1842, et il est rappelé dans un ouvrage spécial sur les maladies vénériennes, publié en 1845 par M. Reynaud, l'inspecteur général actuel du service de santé de la marine.

C'est aux efforts de ce dernier, qui a été successivement professeur aux écoles de médecine navale, directeur des services des ports de Brest et de Toulon, que l'on doit principalement le maintien de la surveillance précise et régulière dont j'ai tenté de donner idée au Congrès.

Grâce à cette surveillance incessante, le département de la Marine a certainement réalisé de grands progrès et diminué de beaucoup le nombre des vénériens admis dans les hôpitaux. Tel port, qui comptait autrefois 300 lits constamment occupés par des syphilitiques, a vu ce chiffre descendre à 100. Mais il est aisé de comprendre que les efforts les mieux dirigés ne peuvent atteindre le but proposé, s'ils sont isolés, ou si le même soin n'est pas pris, soit en ce qui concerne les prostituées, soit en ce qui a trait aux services hospitaliers civils. Et, en réalité, la Marine s'est heurtée, plus d'une, fois à des obstacles de ce genre.

Elle avait eu la louable pensée de se créer des droits à surveiller précisément ces services étrangers à son action ; elle avait adopté pour cela le moyen moderne de subventions accordées à certains établissements ou hospices pour le traitement convenable des vénériens en général, hommes ou femmes, et quelquefois ces avances n'ont pas été accueillies comme elles devaient l'être. Il existe encore, de nos jours, des administrations qui, sous l'empire de préjugés particuliers ou d'idées religieuses, admettent à ce sujet, pour principe de conduite, que le syphilitique doit être puni par où il a péché : d'où refus d'admission de ce genre de malades dans les hôpitaux ou, ce qui arrive plus ordinairement, mauvaises conditions de logement et de traitement de cette catégorie de patients. Je n'en citerai qu'un exemple, une visite officielle exécutée dans un de nos ports fit reconnaître que des prostituées reçues pour causes vénériennes, dans un hôpital subventionné par la Marine, étaient simplement séquestrées dans un local qui tenait plus d'un grenier que d'une salle de malades. Elles n'y avaient été soumises à aucun traitement depuis leur entrée, datant, pour quelques-unes, de plusieurs semaines.

La subvention fut retirée, mais je puis dire que ce fut avec un vrai regret, et ce fait isolé n'empêche pas la Marine de rechercher, sans cesse, les moyens les plus efficaces d'arriver au but de surveillance dont je parle. Elle accorde chaque année de larges subventions pour cette même cause, et ne demanderait même que des garanties sérieuses, pour augmenter et généraliser les subventions.

Voici, Messieurs, ce que fait la marine sous l'inspiration du ministre et de l'inspecteur général du service de santé de la marine, et, pour nous, il ne peut y avoir de doute qu'on obtiendrait des résultats bien plus remarquables que ceux qui sont actuellement réalisés, si des mesures analogues étaient généralisées et réglementées dans toutes les villes, dans tous les pays. On n'arriverait pas, sans doute, à supprimer absolument la syphilis, mais on en diminuerait sûrement la fréquence, et cela d'une façon très-sensible.

J'ajouterai quelques mots au sujet de la marine marchande, sur laquelle le ministre a une action beaucoup moins immédiate, et, sous ce rapport, je m'associe pleinement aux vœux formés par M. le professeur Jeannel, dans le remarquable travail qu'il a lu devant vous.

La surveillance des marins du commerce devrait être aussi précise qu'elle l'est pour les matelots, soldats et ouvriers de la marine militaire. Elle ne serait pas plus difficile.

Ce sont les mêmes hommes et je puis affirmer qu'ils accepteraient, tout aussi aisément que les derniers, les visites que j'ai énumérées. Ces visites pourraient d'ailleurs se réduire à deux, l'une au départ du navire, l'autre à son retour ; deux formalités obligatoires rendraient ces inspections aisées. Car tout l'équipage doit être présent, à ces deux époques, devant le commissaire de l'inscription maritime de chaque port.

La prophylaxie de la syphilis, ou du moins de sa propagation, a donc, dans le service de santé de la marine, des promoteurs résolus. Les règlements sont nets, précis, spéciaux, et ne soulèvent, de la part de nos hommes, aucune difficulté d'application. Que faudrait-il pour les rendre beaucoup plus efficaces qu'ils ne le sont ? D'abord, leur généralisation à d'autres classes sociales dont on ne parle jamais, et qui contribuent certainement plus que nos marins (nous croyons l'avoir prouvé) à l'extension de la syphilis ; puis, l'organisation sérieuse et *médicale* de tous les services hospitaliers consacrés aux vénériens et aux prostituées.

La Marine n'aurait pas à s'occuper de garanties, si la direction de ces services étaient exclusivement confiée à des médecins. Elle se contenterait de compter sur le zèle et le dévouement de membres d'une profession qui fait chaque jour ses preuves, et qui n'a, le plus souvent cependant, d'autre récompense qu'une illusion, celle de croire que ses services sont reconnus dans le for intérieur de ses obligés.

Je ne veux pas aborder, du reste, les autres faces de la question, désirant conserver à ma communication son caractère spécial ; mais j'ai le ferme espoir qu'il sortira quelque chose de la discussion qui s'est faite devant vous, et je ne crains pas d'avancer que ce sera l'un des principaux actes de gloire du Congrès qui s'achève, d'avoir tenté de faire rentrer la syphilis dans les ombres qui obscurcissent, pour beaucoup de nous, son origine.

Nous n'avons pas bien entendu un mémoire qui fut lu ensuite par M. Garet sur les prostituées, leur état social et leurs droits. L'auteur, du reste, annonça que ce travail serait publié prochainement *in extenso* dans le *Courrier français*.

M. Lagneau comparant entre elles l'Angleterre où la prostitution est libre, la France où elle est surveillée, la Belgique enfin où les règlements sont le plus complets, établit que la syphilis est plus fréquente en Angleterre, et moins en Belgique qu'elle ne l'est en France.

Puis on en revint encore aux inoculations des syphilisateurs.

M. Palasciano fit savoir que son compatriote, M. Spérino, avait fini par y renoncer, tant comme moyen prophylactique, que comme méthode curative pour les accidents secondaires ; il ne syphilisait plus jamais, qu'en cas d'accidents tertiaires graves et rebelles.

En ce qui concerne le malade d'Edimbourg, envoyé par M. Simpson à M. Boëck et guéri par lui, M. Palasciano demande si le changement d'air et de climat n'a pas pu contribuer à cette guérison.

La parole est à M. Ricord.

M. Ricord. — Je n'avais pas l'intention de prendre part à la discussion sur la question posée dans le programme. Je voulais seulement écouter, et faire mon profit de ce que j'aurais entendu.

Je m'associe pleinement à MM. Rollet, Jeannel, Galligo, etc., pour toutes les mesures qu'ils proposent à l'adoption des gouvernements.

La syphilisation m'a fait sortir de mon silence. Je me sens une répulsion extrême pour ce genre d'inoculation.

Lorsqu'il en fut question pour la première fois, il s'agissait de la mettre en pratique comme prophylactique jusque dans les pensions et les colléges.

M. Auzias-Turenne. — Je n'ai jamais proposé rien de semblable.

M. Ricord. — Le rapport à l'Académie sur cette question en fait foi.

On nous a cité les observations de Percy et de quelques autres, comme des faits de syphilisation ; mais ces observations n'ont aucunement trait à cette méthode ; car Percy et les autres n'ont jamais dépassé six inoculations, tandis qu'on en fait actuellement plusieurs centaines.

J'ai parlé d'un malade, chez lequel on a inoculé la vérole pour modifier des accidents de syphilisation, ce point est resté sans réponse ; et cependant, il faut bien en comprendre toute la portée, on inocule une maladie générale pour modifier des accidents locaux. Le contraire était admissible, ceci ne l'est plus.

Evidemment, en pareil cas, la syphilisation est très-réelle ; le malade reçoit la vérole qu'il n'avait pas ; il acquiert une immunité relative pour la contagion des accidents syphilitiques, en vertu d'une loi que j'ai mise en lumière ; c'est qu'on ne contracte pas deux fois, en général, la même maladie constitutionnelle : rougeole, scarlatine, morve, farcin, variole, syphilis, etc.

Mais qui voudrait recevoir la vérole à l'aide d'une inoculation pour avoir des chances de ne pas la prendre par une autre voie ?

On a cité à l'Académie l'exemple d'un jeune homme mort par suite d'inoculations syphilitiques.

On préconise la syphilisation en Norwége, dans un pays froid, parce que c'est toujours dans les pays froids qu'on s'enflamme le plus aisément pour les théories les moins solides. N'est-ce pas à Moscou qu'on a préconisé contre la syphilis la vaccination, qui la peut donner et non la guérir ?

Depuis que je pratique, je ne vois d'accidents causés par le mercure que ceux qu'on veut produire ; l'abus de toute chose amène des accidents. D'ailleurs la vérole n'est presque jamais seule chez celui qu'on traite, et le mercure, efficace contre elle, ne l'est point contre la phthisie et autres maladies qui souvent la compliquent.

En un mot, je crois que le choix ne peut être douteux entre six semaines, trois mois, six mois d'un traitemont régulier inoffensif et le même temps passé à se faire inoculer de nouveaux chancres.

Je souscris, du reste, de la manière la plus complète à tout ce qu'a dit M. Jaccoud.

M. Auzias-Turenne. — On a tant parlé du malade de M. Bazin qu'on me force à y revenir, en fournissant mes preuves. Voici une lettre de M. Bazin, datée de 1862, et où il est dit, de la manière la plus formelle, que ce malade, déjà traité inutilement pendant plusieurs mois à l'hôpital du Midi, était entré chez M. Bazin pour des ulcérations phagédéniques, que ce médecin considéra comme constituant les manifestations les plus graves de la syphilis tertiaire ; qu'après avoir été inoculé, par moi, à diverses reprises, ce malade allait infiniment mieux ; lorsque, cédant à de mauvais conseils, il refusa de se soumettre plus longtemps à ce genre de médication, et que depuis lors M. Bazin l'a perdu de vue.

J'en viens à cet autre malade qu'on m'accuse d'avoir fait mourir en le syphilisant. C'était un jeune homme de dix-huit ans,

élève en droit. Je l'avais syphilisé avec les résultats les plus avantageux; mais plusieurs mois avant sa mort, les chancres étaient cicatrisés.

Une voisine qui n'avait jamais été syphilisée, mourut dans sa maison, d'érysipèle, et, à son tour, il fut atteint de cette maladie et en mourut. On m'accusa, mais un ami de ce jeune homme, un brave cœur, qui depuis s'est fait un nom dans la littérature, écrivit alors une lettre où il disait combien son ami s'était bien trouvé du traitement que je lui avais fait subir. Voilà la vérité.

M. Ricord. — J'affirme sur l'honneur, je jure que j'ai vu ce jeune homme, lorsqu'il fut atteint de l'érysipèle dont il est mort, et que les ulcérations qui avaient succédées aux inoculations étaient ouvertes.

M. le docteur Hinton (du Canada). — Je veux citer un fait seulement. Un Monsieur, haut placé dans la société de Dublin, sentit le besoin de subir la syphilisation. Il fut inoculé; et les accidents provoqués chez lui devinrent tels, qu'il mourut bientôt au milieu de souffrances épouvantables, criant, blasphémant, maudissant ceux qui l'avaient syphilisé.

L'ordre du jour appelle l'élection d'une commission chargée par le Congrès de proposer aux gouvernements les meilleures mesures prophylactiques contre l'extension des affections vénériennes. M. Crocq (de Bruxelles) avait écrit une lettre sur les devoirs de cette commission.

Après un débat très-animé, et un peu tumultueux, sur le meilleur mode de procéder à l'élection, le Congrès décide que la liste dressée par le bureau sera acceptée dans son ensemble.

SÉANCES COMPLÉMENTAIRES

Physiologie des appareils circulatoire et respiratoire.

Expériences faites sur des suppliciés en 1850, 1851, 1866, par M. Marcellin Duval.

M. le professeur Marcellin Duval, directeur de l'école de médecine navale de Brest, a lu le résumé de recherches physiologiques très-intéressantes entreprises par lui sur des suppliciés.

Ses expériences ont été multiples. Elles ont porté sur tous les ordres d'appareils organiques. Nous reproduisons aujourd'hui, de préférence, ce qui a trait à la circulation et à la respiration, parce que d'autres communications ont été faites sur ces questions dans la même séance du Congrès.

M. Duval.—*Appareil circulatoire.* 1° *artères carotides.* Sur les deux premiers suppliciés (1850, 1851), dont l'un est apporté à l'amphithéâtre cinq minutes et l'autre six minutes après la mort, les extrémités coupées des artères carotides primitives se soulèvent par saccades régulières, s'allongent et dépassent alors le niveau du plan de section du cou, pour revenir ensuite sur elles-mêmes. Le mouvement est comparable à celui que présente, après une amputation, une artère un peu volumineuse dont la ligature a été récemment pratiquée. A chaque impulsion, une petite quantité de sang écumeux, vermeil, s'échappe par l'ouverture béante des carotides. Du sang s'écoule aussi par les veines jugulaires internes; il est également spumeux; mais sa couleur est plus foncée.

Les saccades artérielles sont faibles, il est vrai, mais parfaitement appréciables à la vue.

Cœur. — C'est aussi sur les deux premiers suppliciés qu'il nous a été donné d'observer quelques-uns des mouvements du cœur et spécialement ceux des parties de l'organe accessibles à la vue : de l'oreillette droite, de l'auricule par conséquent, des ventricules, du droit surtout. Je me bornerai à relater ce qui a trait au supplicié de mars 1851.

Sept minutes environ après la mort, la poitrine est rapidement ouverte; les six premiers cartilages costaux sont divisés avec un fort scalpel et la section du sternum est pratiquée au niveau de la partie inférieure du sixième espace intercostal. Le plastron renversé sur le cou, nous distinguons les battements du cœur à travers le péricarde, qui paraît contenir de la sérosité. On incise cette membrane : le cœur est à découvert, et l'on constate que le péricarde contient un liquide très-limpide, de couleur légèrement citrine, et dont la quantité est évaluée à 40 grammes. Le cœur est alors étudié, sans exercer sur lui aucun contact direct ou indirect, et sans modifier ses rapports.

Mouvements de l'oreillette droite et de l'auricule. — Si l'on suppose l'auricule à l'état de repos sur l'aorte qu'elle embrasse, voici ce qui s'est passé à chaque mouvement :

Après un temps d'immobilité très-court, mais appréciable, cet appendice se redresse brusquement et s'écarte de l'aorte qu'elle laisse à découvert, puis l'auricule retombe rapidement et reprend sa position première.

Il y a expansion de l'oreillette (comme si elle était distendue par un liquide). Pendant ce redressement de l'oreillette qui s'allonge, et dont les franges ou dentelures du pourtour s'écartent, à la manière des doigts palmés, pour se rapprocher ensuite lorsque l'appendice retombe.

Le double mouvement, parfaitement rhythmique, s'est reproduit quarante-huit fois pendant la première minute; mais il s'est bientôt ralenti, et, dans le cours de la cinquième minute, il n'avait lieu que sept fois. Disons en passant que, sur le premier supplicié (1850), l'auricule droite a présenté, pendant une heure et quart, des mouvements ou battements énergiques, réguliers, qui, dans le principe, étaient au nombre de quarante-trois ou quarante-quatre par minute, et qui ont persisté malgré l'ablation du foie, de l'estomac, de l'intestin, du diaphragme et même des poumons.

On a observé très-nettement la contraction des ventricules (1851); ils se resserraient dans tous leurs diamètres, et leur surface se plissait et devenait comme rugueuse. Ils se contractaient ensemble, et avec un synchronisme parfait.

Les contractions spontanées des ventricules ont cessé beaucoup plus promptement que celles de l'oreillette ou plutôt de l'auricule droite.

On a eu recours alors au galvanisme, et, au bout d'une trentaine de secondes, on a vu reparaître les mêmes phénomènes, avec quelques différences qui trouveront place dans la relation détaillée.

Lorsque l'application directe du galvanisme à la substance charnue du cœur est restée sans effet, nous avons dirigé son action sur l'extrémité divisée de la moelle épinière. L'électricité a surexcité les mouvements de l'oreillette droite et fait renaître, dans les ventricules, de faibles ondulations.

« Lorsqu'on examine le cœur de l'animal vivant, il semble, dit avec raison M. Béclard, que la contraction des ventricules suit immédiatement la contraction des oreillettes. On constate sur le cheval, à l'aide du cardiographe, qu'il s'écoule environ un dixième de seconde entre ces mouvements. Chez l'homme, dont le cœur bat plus vite que chez le cheval, il est probable que cet intervalle est plus petit encore. »

Toujours est-il que, chez le supplicié dont il est question, le mouvement partant de l'oreillette se propageait instantanément au ventricule, et de la base du cœur à sa pointe.

Aorte. — Les physiologistes admettent, à juste titre, que les petites artères sont plus contractiles que les grosses, par suite de la prédominance, dans les premières, des fibres musculaires sur les fibres élastiques. Il est incontestable, par conséquent, que l'expérimentation doit surtout s'adresser aux petites artères, quand on veut constater la contractilité de cet ordre de vaisseaux.

J'avais vainement essayé, à diverses reprises, de faire contracter les grosses artères, l'aorte entre autres, à l'aide de l'électricité, lorsque je réussis une fois, dans des expériences antérieures à celles que je rapporte, en employant un moyen des plus simples et qui n'est pas nouveau : c'est l'introduction d'un doigt (de l'index par exemple) dans l'orifice du vaisseau coupé transversalement.

J'avais expérimenté sur une aorte de supplicié, divisée près de la fin de sa crosse et près de la terminaison de sa portion abdominale. J'avais éprouvé une sensation de constriction assez faible, il est vrai.

En 1866, le succès a été complet sur quatre suppliciés, deux surtout. Les cœurs ayant été détachés, et l'aorte sectionnée à cinq centimètres en moyenne, au-dessus de son origine, sont déposés sur une table. L'index, introduit dans l'orifice béant du vaisseau, est pressé, serré circulairement. Sur deux sujets, la constriction est assez forte pour permettre de soulever le cœur et de le maintenir un instant suspendu au doigt.

Cette expérience, répétée par plusieurs assistants, réussit encore une heure un quart après la mort.

Est-il nécessaire d'affirmer que le doigt était seulement en contact avec la membrane interne de l'aorte, avec le tissu artériel, et nullement avec les fibres du cœur? Il restait d'ailleurs au-dessous du doigt une portion d'artère de trois centimètres environ, complétement immobile. La constriction avait lieu exclusivement dans la portion en contact immédiat avec le doigt, et dès qu'on retirait celui-ci, l'artère reprenait son calibre primitif.

Comme Reinarez, qui a fait à ce sujet des expériences intéressantes sur les animaux, je n'ai jamais vu la contraction ou la constriction de l'aorte alterner avec la dilatation.

Les veines caves se sont montrées réfractaires à l'action de l'électricité, et l'introduction du doigt n'a rien produit sur elles.

Appareil respiratoire. — J'arrive de suite aux expériences sur les intercostaux. Vingt minutes après la mort, on mit à découvert, du côté droit de la poitrine, les intercostaux *externes* dans la plus grande partie de leur étendue, et les internes dans les espaces intercartilagineux, où, comme on le sait, les intercostaux externes ne les recouvrent pas.

Je procède dans l'ordre suivant :

1° Electrisation des intercostaux internes dans leur portion intercartilagineuse. Des réophores sont placés, sans toucher aux côtes, dans un des espaces intercartilagineux, et appliqués sur l'intercostal interne.

On voit alors, de la manière la plus évidente, la côte inférieure s'élever, se rapprocher par conséquent de la côte supérieure, qui reste fixe et immobile; elle exécute en même temps une sorte de mouvement de rotation et se porte en dehors.

Ces expériences sont reproduites sur la plupart des espaces intercartilagineux du côté droit : les résultats sont identiques;

2° Electrisation des intercostaux *externes*. Les réophores sont placés dans les espaces intercostaux proprement dits, et au niveau des intercostaux externes. La côte inférieure s'élève et se meut encore comme précédemment;

3° Electrisation des intercostaux internes dans toute leur étendue. L'intercostal externe du cinquième espace est enlevé pour mettre à nu, dans toute sa longueur, l'intercostal interne. Il est facile de s'assurer que la dénudation de ce muscle est complète, puisqu'il est parfaitement reconnaissable à la direction de ses fibres qui croisent en X celles de l'intercostal interne qu'on vient d'enlever.

Les réophores sont portés successivement sur tous les points de la surface de l'intercostal interne, d'abord dans les espaces intercostaux proprement dits, puis dans les espaces intercartilagineux, comme on l'avait fait dès le principe.

On voit encore la côte inférieure s'élever en même temps qu'elle se porte en dehors. Toutes nos expériences, répétées sur le côté gauche du thorax, donnent les mêmes résultats.

Nous tirons de nos expériences *actuelles* les conclusions suivantes, qui viennent confirmer celles de notre savant confrère, le docteur Duchenne (de Boulogne).

1° L'intercostal *interne* est inspirateur, puisqu'il élève, vers la côte supérieure qui reste fixe, la côte inférieure à laquelle il imprime un mouvement excentrique par une sorte de rotation sur ses extrémités;

2° L'intercostal *interne* est inspirateur dans les espaces intercostaux, comme dans les espaces intercartilagineux.

3° Les fonctions de l'intercostal *externe* sont identiques. Toutefois, je ferai à ce sujet quelques remarques dans une relation détaillée, remarques ayant trait au mode d'expérimentation, et je m'occuperai du rôle du diaphragme dans l'acte de la respiration.

Mais, maintenant, les intercostaux externes et internes ne peuvent-ils pas, dans certaines circonstances, et lorsque les côtes inférieures sont fixées, devenir expirateurs?

C'est ce que j'étudierai en continuant à faire des expériences sur les animaux.

Après la communication de M. Duval, M. Duchenne (de Boulogne) prend la parole et dit que les expériences du savant directeur de l'école de médecine navale de Brest, que ces *sortes de vivisections humaines* ne sont pas seulement la confirmation de ses expériences électro-physiologiques faites sur l'homme vivant, qu'elles sont encore plus décisives, qu'elles réhabilitent l'opinion qui a régné sans conteste dans la science pendant plus d'un siècle, et qui a été vaillamment défendue par Haller contre les attaques de son adversaire obstiné, Hamberger; qu'il ne suffit pas d'avoir démontré l'action individuelle inspiratrice des intercostaux, mais qu'il fallait encore mettre en lumière leurs fonctions réelles et le degré d'importance de ces fonctions à l'aide de l'observation clinique.

M. Duchenne (de Boulogne) a poursuivi cette dernière tâche pendant plus de dix années et a publié récemment les résultats. Il fait passer sous les yeux des membres du Congrès les photographies des deux nouveaux sujets atteints d'atrophie musculaire progressive, qui ont perdu différents ordres de muscles inspirateurs, et qui présentent la démonstration vivante des fonctions des muscles intercostaux.

Elle montrent : 1° que chez l'un de ces malades dont le diaphragme est atrophié, l'inspiration est seulement costale, qu'elle est grande et exagérée, parce qu'elle doit suppléer l'agrandissement vertical de la poitrine, en d'autres termes, la respiration diaphragmatique; 2° que les muscles qui sont considérés par quelques physiologistes comme les seuls agents de la respiration costo-supérieure, sont, chez ce malade, à l'exception des scalènes, soit atrophiés soit réduits à l'impuissance; conséquemment que ses intercostaux encore intacts sont les seuls muscles auxquels on puisse attribuer le mouvement d'élévation de ses côtes et d'expansion considérable de sa poitrine; 3° que, chez l'autre malade dont les muscles intercostaux et les autres muscles inspirateurs auxiliaires sont presque entièrement atrophiés, l'inspiration n'est plus exécutée que par le diaphragme qui n'a pas encore été atteint par l'atrophie musculaire; 4° que par le fait de l'atrophie de ses muscles intercostaux, le diamètre antéro-postérieur de la cage thoracique a diminué considérablement, et qu'il en est résulté un aplatissement des faces antérieures et postérieures de la poitrine; 5° enfin, comme corollaire des faits précédents, que les intercostaux ne sont pas seulement destinés à présider à l'inspiration costale, mais qu'en vertu de leur force tonique, ils maintiennent dans ses limites normales la capacité thoracique, en neutralisant l'action des puissances expiratrices qui tendent à la diminuer.

M. Bouillaud. — Il est bien remarquable que chez l'homme la veine cave ne soit pas contractile.

Chez les animaux inférieurs, grenouilles et têtards, nous avons constaté à plusieurs reprises des mouvements de contraction et dilation alternatives, qui représentaient le mouvement des oreillettes. Pour nous assurer que leur siége n'était pas dans le cœur, mais bien dans la veine cave, nous séparâmes entièrement celle-ci. Eh bien, sur la table, dans cette veine cave complétement isolée, les mouvements dont il s'agit, très-sensibles chez ces animaux, continuèrent encore un certain temps. Quand ils cessèrent, on les fit reparaître en piquant la veine avec un scalpel. J'ai répété souvent cette expérience, toujours avec le même résultat. Du reste, déjà précédemment, M. Laurens avait contesté l'existence de ces mouvements dans les veines.

Après M. Bouillaud, M. Pazzelli (de Rome) prit la parole pour expliquer d'une manière mathématique les mouvements du cœur et des artères. Représentant schématiquement le ventricule comme un losange dont les deux côtés inférieurs seraient contractiles et pousseraient le sang devant eux, il tire une ligne de la pointe du cœur à l'orifice de l'aorte, ligne centrale qui représenterait l'axe hydraulique, comme la forme du cœur représenterait le parallélogramme des forces. Le raccourcissement de l'axe hydraulique résulte de la contraction ventriculaire, et cet axe est donc la résultante des deux forces composantes.

Mais la contraction ventriculaire force le sang à pénétrer du ventricule, qui est ample, dans l'aorte dont la lumière est beaucoup moins considérable. L'analyse mécanique du phénomène n'est pas difficile, dit M. Pazelli.

Le sang glisse obliquement d'un côté, le long de l'orifice auriculo-ventriculaire fermée, et de l'autre le long du sillon délimité par la paroi et par la cloison.

Il s'ensuit donc que l'artère reçoit un choc bilatéral, représentant les points terminaux des deux côtés du parallélogramme. Mais l'élasticité propre aux artères provoque une réaction proportionnelle à l'action, et amène la répétition de ce même phénomène, c'est-à-dire la progression du sang suivant le parallélogramme des forces.

Une preuve graphique, quoique incomplète, est fournie par les tracés obtenus à l'aide des instruments d'Hérisson, Ludwig, Viérardt et Marey. Cette preuve est incomplète, car les mouvements d'un seul côté de l'artère sont indiqués.

Mais si l'on plaçait un instrument enregistreur de chaque côté d'une artère, on obtiendrait un double tracé, représentant les éléments qui constituent le parallélogramme.

Après cette communication, M. Bouillaud a remarqué combien c'était vraiment une belle chose, et très-utile au médecin, de savoir les mathématiques.

SÉANCE DE CLOTURE

Le Congrès international a terminé sa première session en fixant le lieu et l'époque de la seconde.

Les médecins du monde entier se donnent rendez-vous en Italie pour l'année 1869.

Le prix établi par le Congrès de Bordeaux sur ses économies, a été décerné à M. le docteur Bourgade (de Clermont-Ferrand), pour son mémoire sur le pansement des plaies.

Puis M. Bouillaud, s'adressant à la presse médicale, l'a remerciée chaleureusement d'avoir assuré, par son concours, le succès et les résultats ultérieurs de ce premier Congrès. Il a dit que la presse était la plus grande puissance du

monde; que son utilité pour les progrès de la science était immense; et qu'en récompense de ses grands services, il demandait pour elle le couronnement de l'édifice : une plus large sphère d'action.

« Quant à moi, a-t-il ajouté, le couronnement de mon édifice est la présidence de ce Congrès. »

Plusieurs questions avaient été mises à l'ordre du jour de cette séance.

Elles furent traitées brièvement, et nous en parlerons bientôt.

Nous voulons seulement mentionner aujourd'hui une communication de M. le professeur Kingstone (de Montréal), sur l'état des deux races qui peuplent le Canada : la race française et la race anglaise. Ces deux races restent isolées et ne s'unissent presque jamais entre elles.

M. Kingstone est d'origine anglaise. Eh bien! il nous a dit que les Franco-Canadiens étaient des hommes superbes, grands, vigoureux, très-prolifiques, très-peu sujets aux affections de poitrine, et en général à toute maladie, sauf peut-être un peu aux affections abdominales. Ils vivent en général fort longtemps et vieillissent tard.

Leurs voisins, au contraire, les Anglo-Canadiens, beaucoup moins beaux, beaucoup moins forts, beaucoup moins prolifiques, meurent en très-grand nombre de phthisie pulmonaire.

Quelle peut être la cause de cette merveilleuse prospérité de la race française au Canada, dans un pays qui n'est pas favorable à la race anglaise? Uniquement le régime.

Au Canada, les Français sont devenus essentiellement carnivores. Trois et quatre livres de viande dans une journée ne les effrayent pas. La moyenne est de trois, et dans les chantiers où l'on emploie cent ouvriers Franco-Canadiens, on leur distribue chaque jour trois cents livres de chair de porc.

Les Anglais, dans le même pays, mangent infiniment moins de viande. Ils en consomment en général beaucoup moins qu'en Grande-Bretagne, et ces différences d'alimentation ont pu suffire, en moins d'un siècle, pour modifier profondément, en sens contraire, la constitution des uns et des autres.

Cette question, très-importante, a été abordée d'une manière incidente dans plusieurs autres communications. Elle mérite un examen spécial.

Banquet des Journalistes

Hier, la presse médicale française et étrangère était réunie chez Brébant.

Nous étions présidés par notre doyen, M. Caffe, qui vient de recevoir, en cette qualité, le titre d'officier de la Légion d'honneur.

En face de lui se trouvait M. Palasciano, vice-président du Congrès international, membre du parlement italien, récemment encore professeur célèbre de clinique chirurgicale à la Faculté de Naples, et qui, nous dit-il, « a abandonné le professorat officiel pour un enseignement plus complet, plus durable et plus efficace : le journalisme médical. »

Au milieu de nous étaient assis un certain nombre de professeurs de Facultés de médecine étrangères, qui étaient en même temps journalistes, et qui applaudirent les premiers l'allocution de M. Palasciano.

De nombreux toasts furent portés, de nombreux discours furent prononcés, où revenait une pensée dominante, toujours la même : rendre également sérieux le journalisme médical, dans tous ses organes, dans toutes les contrées; rester unis dans un but commun : la vulgarisation des nouvelles découvertes, et le triomphe définitif de la vérité scientifique.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Oulmont

Paralysie ascendante aiguë

(Observation recueillie par M. G. Hayem, interne des hôpitaux.)

C..., âgé de 32 ans, charpentier, entre à l'hôpital Lariboisière le 22 octobre 1866, dans le service de M. Oulmont, salle Saint-Charles, nº 9.

Il a toujours été bien portant, et n'a eu dans son enfance que des indispositions très-légères.

Il était vigoureux, bien musclé et supportait facilement la fatigue. Il n'a jamais fait d'excès, et ne buvait habituellement que du vin. Il a eu, il y a quelques années, une blennorrhagie, mais point de syphilis. Du côté de ses ascendants, les renseignements sont aussi négatifs : tous les membres de sa famille ont toujours eu une bonne santé.

Vers le 15 septembre, il travailla pendant trois ou quatre jours, en plein air, par une pluie incessante, les pieds presque constamment mouillés, et il ressentit à plusieurs reprises un peu de fatigue et eut quelques frissons. Il continua cependant son travail dans les mêmes conditions, et, le 2 octobre, il fut pris de malaise général avec courbature, frisson, fièvre, et dut prendre le lit. Il se rétablit dans l'espace de cinq jours, et reprit ses occupations le 8 octobre; mais, au bout de quatre jours, il éprouva des fourmillements dans les pieds et dans les jambes, une lourdeur très-grande dans les membres inférieurs, et à partir de ce moment il cessa définitivement de travailler.

Il prit le 12 octobre un bain de vapeur à l'hôpital Saint-Louis, et le lendemain, se trouvant plus mal, il fit venir un médecin qui lui prescrivit un vomitif et des frictions d'alcool camphré sur les membres inférieurs.

Ce traitement n'ayant été suivi d'aucune amélioration, il se décida à se présenter à l'hôpital le 22.

22 octobre. — Il arrive à Lariboisière en voiture; mais monte seul l'escalier et se promène dans la salle. Il se plaint d'une grande faiblesse dans les membres inférieurs, de fourmillements dans les orteils, d'une sorte de constriction au niveau des talons, et de tiraillements dans les jambes, particulièrement dans les mollets.

C'est un homme d'une constitution assez vigoureuse, dont les masses musculaires sont bien conservées. Il offre à la joue droite un petit furoncle survenu dernièrement. Les troubles de la motilité ne présentent encore rien de particulier; la sensibilité est bien conservée. L'intelligence est parfaite; un peu d'agitation et d'inquiétude.

Il prétend, qu'en état de santé, il avait une transpiration excessive des pieds, au point de mouiller ses chaussures, et que cette transpiration est complétement supprimée depuis qu'il est malade. Cependant, on trouve les pieds chauds et même légèrement humides.

La langue est couverte d'un enduit saburral; constipation depuis quelques jours. Le pouls est large, un peu accéléré.

L'examen du thorax ne fournit que des signes négatifs.

23 octobre. — Mêmes signes. 1 bouteille d'eau de Sedlitz.

Dans la journée, le malade se lève encore seul pour aller aux latrines; mais il se laisse tomber au moment d'arriver à son lit. La démarche est un peu incertaine; pas de titubations ni de mouvements ataxiques.

La sensation du sol est bien conservée; pas d'analgésie; la sensibilité aux changements de température est aussi parfaite.

24 octobre. — Continuation des mêmes symptômes. Le malade ne laisse pas échapper ses matières, mais il se plaint de les retenir difficilement. L'intelligence est toujours parfaite; pas de céphalalgie; mais on note encore de l'agitation et de l'inquiétude. Insomnie depuis plusieurs jours.

25 octobre. — L'affaiblissement des membres inférieurs est devenu très-évident. Le malade se tient à peine sur ses jambes, il ne peut plus marcher. La percussion du rachis n'est pas douloureuse, pas de douleurs en ceinture. Ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale.

26 octobre. — Les ventouses ne produisent aucune amélioration. Le malade commence à se plaindre de faiblesse dans les membres supérieurs. Pot. avec ext. th., 0,10 centigr.

27 octobre. — L'affaiblissement musculaire a fait des progrès rapides, sans qu'on puisse noter encore de troubles de la sensibilité. Le malade reste dans le décubitus dorsal; il soulève encore ses membres dans le lit, mais il lui est complétement impossible de se tenir debout. Les mains sont devenues inhabiles, faibles; le malade serre également mal des deux côtés; il ne peut plus manger seul. La position horizontale lui paraît pénible au bout de quelques heures; il se trouve mieux sur un fauteuil à bras, où il se laisse, pour ainsi dire, complétement aller sur lui-même. Il ne ressent plus de douleurs ni de constrictions dans les membres inférieurs, mais les fourmillements et l'insomnie persistent. Nouvelle application de ventouses le long de la colonne vertébrale. On continue toujours la potion avec ext. th., 0,10.

28 octobre. — Les symptômes ont encore augmenté. Le malade peut à peine soulever les jambes dans le lit; il ne les retire pas lorsqu'on les pique, et la sensibilité est notablement affaiblie. Les membres supérieurs sont encore devenus plus faibles. Pouls à 96 pulsations. Agitation et insomnie. Bain de pieds sinapisé, dont l'effet irritant est à peine perçu par le malade.

29 octobre au matin. — Le malade ne peut plus remuer du tout les membres inférieurs; il soulève à peine les membres supérieurs pour les laisser retomber aussitôt; il peut encore vous serrer la main très-faiblement. La sensibilité au toucher et à la piqûre est faible, mais non éteinte. Les douleurs et les fourmillements dans les membres inférieurs ont cessé; cependant le malade a éprouvé, pendant la nuit, une sensation pénible au talon gauche.

Le pouls est toujours développé et accéléré : 96 pulsations.

La température prise dans le rectum est de 37°,9.

L'appétit n'a pas disparu complétement.

Lorsqu'on cherche à faire asseoir le malade, il se plaint de douleurs très-vives au niveau des fessiers. Il est un peu oppressé, mais on n'entend encore rien dans la poitrine.

30 ventouses le long de la colonne vertébrale, dont 10 scarifiées. Potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

Le soir. — Les membres sont dans une résolution complète, cependant le malade remue encore un peu les mains.

La respiration est plus anxieuse, il est survenu de la toux et l'on entend quelques râles trachéaux.

On a noté dans la journée quelques envies de vomir.

Le malade est dans une position des plus pénibles : lorsqu'il est complétement couché, la respiration s'embarrasse, et il lui semble qu'il va étouffer; lorsqu'on le soulève à l'aide d'oreillers, il ressent de vives douleurs dans la région sacrée, sans que la respiration puisse se faire beaucoup mieux. Les traits sont peu altérés, mais dénotent une vive anxiété.

La mort arrive brusquement, sans agonie, à dix heures du soir, sans qu'on ait rien noté de particulier en dehors de l'inquiétude du malade et de l'embarras progressif et très-rapide de la respiration.

Autopsie. — *Cavité encéphalo-rachidienne*

Les *méninges spinales* paraissent saines; la dure-mère offre une légère teinte violacée. A la partie inférieure de la moelle, les veines sont légèrement gonflées.

La pie-mère présente une légère injection au niveau des parties supérieures de la moelle.

La consistance de la *moelle* paraît partout normale, et, sur les coupes, la substance grise offre un aspect rosé d'autant plus intense qu'on se rapproche du bulbe.

L'*encéphale*, examiné dans toutes ses parties, ne présente à noter qu'un peu de stase veineuse.

Le bulbe rachidien est entouré d'une pie-mère rouge finement vascularisée, et présente sur la coupe une coloration violacée des parties grises. La substance blanche, comme celle du reste de la moelle, paraît parfaitement saine.

Cavité thoracique — Le *poumon gauche* est congestionné; il présente sur diverses coupes de petits noyaux durs, calcaires, qui ne paraissent pas être des tubercules. Les bronches sont remplies d'une petite quantité de mucosités.

Le *poumon droit* offre aussi un degré marqué d'engouement.

Le péricarde et les plèvres ne présentent rien à noter.

Les cavités gauches du cœur contiennent une certaine quantité de sang liquide, les cavités droites sont vides; les premières branches de l'artère pulmonaire sont remplies de sang spumeux.

L'aorte et les orifices valvulaires n'offrent rien de particulier.

Cavité abdominale. — Le *foie* est volumineux, congestionné; il offre sur une coupe un aspect gris rosé, un peu grenu, et laisse échapper par la pression une sorte d'exsudation grisâtre et une assez grande quantité de sang.

Les *reins* sont tuméfiés, durs, d'une coloration rouge foncé due à la plénitude des vaisseaux.

La *rate* est très-volumineuse, ramollie, diffluente.

Les *ganglions mésentériques* sont légèrement tuméfiés; il en est de même des ganglions lymphatiques du pli de l'aine. Sur la coupe, ces organes sont bombés, mamelonnés, et d'un gris rosé.

L'*intestin* est rempli, dans les portions postérieures, d'une quantité assez abondante de matières muqueuses, qui dégagent une forte odeur ammoniacale. Le contenu du côlon est également mêlé à une matière semblable.

La muqueuse est rosée, très-vascularisée en certains points; elle offre, dans la seconde portion du jéjunum et dans toute la longueur de l'iléon, un très-grand nombre de petites saillies blanchâtres. Outre ces petits grains saillants (psorentérie), on voit encore de petites taches grisâtres ou blanchâtres, qui semblent formées par des exsudations diffuses ou circonscrites dans l'épaisseur de la couche profonde de la muqueuse. Les plaques de Peyer n'offrent aucune tuméfaction.

La *vessie* est distendue par une urine fortement colorée.

Examen microscopique. — Moelle fraîche au niveau du bulbe. Congestion évidente dans les capillaires, globules frais abondants nageant dans la préparation. Tissus gonflés, variqueux. Myélocytes nucléaires remplis de granulations grisâtres. Matière grenue abondante donnant un aspect opaque à certains points de la préparation.

Dans la substance grise, les myélocytes paraissent très-abondants et tuméfiés. Les cellules nerveuses sont saines.

Plus bas, les préparations offrent à peu près le même aspect.

Après le durcissement dans l'acide chromique, on ne constate aucune altération appréciable.

Le *foie* offre une congestion intense générale. Les cellules sont tuméfiées, remplies par des granulations grisâtres; beaucoup d'entre elles possèdent deux noyaux; elles n'ont point de graisse. Quelques-unes atteignent des dimensions très-grandes, c'est-à-dire deux à trois fois leur diamètre normal. Elles pâlissent dans l'acide acétique et ne présentent plus alors que quelques granulations jaunes brillantes.

Dans les *reins*, la congestion est générale et des plus intenses; une coupe fine, vue à un grossissement moyen, ressemble à celle d'un rein parfaitement injecté. Les cellules épithéliales sont remplies par une matière granuleuse, grisâtre, qui ne masque pas encore complétement le noyau. L'acide acétique rend les cellules plus claires; pas de graisse.

Dans l'*intestin*, on note une congestion assez intense, avec des granulations épithéliales. Dans l'épaisseur de la muqueuse, çà et là quelques exsudations granuleuses. Les grains psorentériques adhèrent intimement au tissu de la muqueuse; ils sont nettement circonscrits et paraissent être des follicules gonflés par une matière finement grenue et une abondante quantité de noyaux lymphoïdes.

Les *muscles* grands droits de l'abdomen et les adducteurs des cuisses n'offrent pas d'altération appréciable à l'œil nu; mais au microscope on trouve en plusieurs endroits les lésions suivantes : tuméfaction et sinuosités des fibres, striation irrégulière en quelques points; en d'autres, exsudation cireuse peu étendue encore; çà et là multiplication des noyaux musculaires.

En résumé, un homme robuste, qui jusqu'alors avait eu une bonne santé, se fatigue et se refroidit à plusieurs reprises. Bientôt il est pris de fourmillements et de douleurs dans les membres inférieurs (12 octobre), et après quelques jours encore de prodromes, il offre un affaiblissement évident des membres inférieurs (22 oct.). A peine nettement déclarée, la paralysie fait en quelques jours des progrès effrayants, la paralysie devient complète, les membres supérieurs se prennent, la sensibilité, normale au début, s'affaiblit.

Cependant l'intelligence et les organes des sens sont intacts; mais le malade, en proie à une agitation et une inquiétude continuelles, ne goûte pas un instant de sommeil. Et le 29 octobre, à peine la respiration s'est-elle embarrassée, que la mort vient mettre brusquement un terme à cette scène pathologique.

Cette observation, malgré quelques omissions, présente dans son ensemble une physionomie nettement accentuée. Ainsi le début insidieux de l'affection, la perte du mouvement volontaire, se généralisant de bas en haut, la marche progressive des symptômes et la terminaison subite, tous ces traits caractéristiques de la paralysie ascendante aiguë sont tellement semblables à ceux des observations déjà publiées, en particulier par O. Landry (1) et P. Lévi (2), que le diagnostic, et par conséquent le titre de l'observation ne paraissent pas contestables.

Mais si l'étiologie, les symptômes et le diagnostic ne se prêtent pas à des considérations particulières; il n'en est pas de même des résultats fournis par l'autopsie. A ce propos, on pourrait soulever une discussion sur le point le plus important de la question, c'est-à-dire, sur la nature de la paralysie ascendante aiguë et sa place dans les cadres nosologiques; mais nous n'aborderons ce sujet très-difficile qu'avec la plus grande réserve.

Nous avons vu que les altérations du système cérébro-spinal,

(1) V. Landry. Note sur la paralysie ascendante aiguë *Gaz. hebdomadaire*, 1859.

(2) P. Levi. Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë ou extenso-progressive aiguë (*Arch. gén. de Médec.*, février, 1865.)

à peu près analogues à celles qui ont été notées dans les autres autopsies, étaient tout à fait insuffisantes pour expliquer les symptômes observés pendant la vie.

Cette observation établit donc bien, comme les autres, que l'état morbide en question n'est lié en aucune façon à une lésion aiguë du système nerveux, à une myélite ascendante par exemple ou, comme le croyait Olliviers, d'Angers, à des congestions sanguines de la moelle.

Mais, tandis que, dans la plupart des observations antérieures, l'examen de différents organes n'a donné que des résultats négatifs, vous venez de voir, au contraire, qu'à l'autopsie de notre malade, on a pu constater un certain nombre d'altérations.

Celles-ci, de nature congestive et inflammatoire, portent, en même temps, sur le foie, la rate, les reins, les ganglions lymphatiques et chylifères, les follicules intestinaux, les poumons, c'est-à-dire sur les principaux organes hématopoiétiques; et de plus sur les fibres musculaires de la vie de relation.

Or, on sait que ce sont précisément là les organes qui sont habituellement malades dans les maladies générales aiguës, particulièrement dans les grandes pyrexies (1); on peut donc dire que par leur siége aussi bien que par leur nature, ces lésions multiples attestent une altération de toute l'économie, une affection générale aiguë.

Si maintenant on se reporte à l'opinion des auteurs qui ont écrit sur la paralysie ascendante aiguë, on verra que les résultats matériels irréfutables fournis par cette autopsie, viennent à l'appui de quelques-unes de leurs réflexions; mais la question restera encore entourée de quelque obscurité.

D'après de Landry, « on doit placer cette forme morbide (la paralysie ascendante aiguë) dans la nombreuse classe des paralysies dites essentielles, c'est-à-dire, sans lésion saisissable du système nerveux. »

C'est là le point qui jusqu'à présent paraît le mieux établi; mais il ne renferme pas toute la pensée de l'auteur. Aussi je tiens à citer encore une des premières phrases de son travail: « par sa marche à la fois insidieuse et précipitée, par ses symptômes d'abord mal déterminés et ses effets presque foudroyants, enfin par l'absence de toute lésion nerveuse appréciable, la paralysie ascendante aiguë rappelle certains caractères des maladies malignes ou pernicieuses, et, à ce seul point de vue, mériterait de fixer spécialement l'attention des médecins, si elle n'était, en elle-même, intéressante à tous égards. »

Plus tard, dans le mémoire cité, M. P. Lévy, s'appuyant sur les idées de Landry, cherche à établir « que la généralisation rapide de la perte du mouvement volontaire doit être uniquement envisagée comme une simple forme pathologique, bien plutôt que comme une véritable entité morbide. »

M. Gubler (1), qui, mieux que personne, a fait ressortir toute l'étendue et l'importance de la question des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, n'hésite pas à faire rentrer, dans les classifications qu'il a établies, la paralysie ascendante aiguë. Il nous a semblé qu'elle était comprise dans le groupe des *paralysies asthéniques diffuses* des convalescents, ou *extenso-progressives*.

On voit donc que, d'après tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, la paralysie ascendante aiguë ne constitue pas par elle-même une affection particulière. Ce ne serait qu'une forme pathologique spéciale se rapprochant des paralysies plus ou moins généralisées, liées à une affection aiguë quelconque.

Cette opinion, acceptable lorsque les symptômes de paralysie centripète se déclarent dans le cours d'une convalescence et ne présentent alors qu'une des formes des paralysies asthéniques diffuses, devient difficile à soutenir et à comprendre dans les cas où le malade a toujours été bien portant et se trouve frappé presque brusquement.

Doit-on regarder la période prodromique insidieuse qui, dans l'observation dont vous venez d'entendre la lecture, n'a pas duré moins de trois semaines, comme une affection aiguë mal caractérisée, dans la convalescence de laquelle il serait survenu une paralysie ascendante aiguë ?

Doit-on, s'appuyant sur la relation de l'autopsie, admettre une affection générale maligne, qui, en altérant une économie tout entière, aurait revêtu, sous l'influence d'une cause spéciale qui nous échappe, la forme symptomatologique connue sous le nom de paralysie ascendante aiguë?

La première hypothèse n'étant pas admissible, il resterait encore, en acceptant la seconde, à déterminer quelle est cette affection générale inconnue.

(1) Voy. pour les altérations musculaires. Soc. de biologie. *Gaz. méd.*, 1866.

(1) Gubler. Remarquez à l'occasion de la note de Landry, *Gaz. hebd.*, 1859, et des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës et spécialement des paralysies asthéniques diffuses des convalescents *(Arch. gén. de médecine (1860—61)*.

La Société de chirurgie reprendra ses séances le 16 octobre.

— A son passage à Strasbourg, l'Empereur a donné la décoration de la Légion d'honneur à MM. Hepp, pharmacien en chef des hospices civils de Strasbourg ; Jacobi, doyen des médecins cantonaux du Bas-Rhin.

— Le doyen des médecins de Colmar, M. le docteur Molk, vient de succomber, à l'âge de soixante-trois ans, aux suites d'un accident. Sa mort laisse les plus vifs regrets dans la ville où il exerçait.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. —Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

SOMMAIRE. — CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL. — Nouvelles.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

Maintenant que le Congrès est terminé, il serait puéril de s'astreindre à l'ordre du programme ou des séances pour rendre compte des communications écrites, qui n'ont pas soulevé de discussion.

Ces mémoires pouvaient se produire tout aussi bien en dehors du Congrès. Ils n'avaient aucune liaison, en général, l'un avec l'autre, ou s'ils se trouvaient en avoir, les nécessités du programme les séparaient le plus souvent.

Ainsi, trois mémoires furent envoyés sur les maladies de l'oreille et leur diagnostic. L'ordre du jour avait distribué ces trois mémoires entre une séance principale et deux séances complémentaires. Il nous semble plus naturel de les réunir, aujourd'hui que le programme est lettre morte, et que les travaux communiqués valent par eux-mêmes, qu'ils répondent ou non au questionnaire tracé d'avance.

OTOSCOPE PARABOLIQUE.

Le docteur A. Garrigou-Desarènes a donné lecture d'un mémoire ayant pour titre *de l'otoscopie et de l'application de l'otoscope parabolique de l'auteur à l'étude des maladies du tympan.*

M. Desarènes y passe d'abord en revue les recherches faites par ses devanciers et ses contemporains pour faciliter, au moyen d'un examen direct, le diagnostic et le traitement des affections si délicates et si obscures de l'oreille.

Après avoir démontré l'importance de l'examen direct du conduit auditif et du tympan, et indiqué combien tous les médecins otologistes avaient fait d'efforts pour apercevoir la membrane tympanique si difficile à examiner dans les cas délicats où l'oreille malade ne supporte qu'avec beaucoup de peine l'application du spéculum, M. Desarènes a décrit un otoscope parabolique de son invention (1), dont il se sert depuis plusieurs années, qui est très-portatif, très-commode à manier et qui donne avec toutes les lampes, depuis 11 lignes, un éclairage très-puissant, éclairant parfaitement le tympan.

Ayant compris sous le nom d'otoscopie, l'examen de l'oreille externe et de la caisse, M. Desarènes a ensuite, après une brève analyse des anciennes méthodes employées pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, développé la méthode qui porte son nom et qui, dit-il, étant plus simple, donne les résultats les plus sûrs sans fatiguer le malade.

Dans la seconde partie de son travail, M. Desarènes a décrit l'aspect du tympan à l'état sain vu avec l'otoscope parabolique;

Les différents changements que présente cette membrane dans l'état de relâchement :

Lorsqu'elle est congestionnée ; à la suite de la présence de bouchons cérumineux gonflés sous l'influence des bains froids, l'eau ayant pénétré jusqu'au tympan et ayant été retenue en contact avec cette membrane.

Puis M. Desarènes a examiné les transformations nosologiques du tympan dans la myringite aiguë et chronique ; les perforations du tympan. Il a insisté sur la grande importance due au siége, bien plus qu'à la dimension de la perforation, pour les troubles apportés à l'audition.

Ensuite après avoir parlé des polypes de la membrane et de ceux venant de la caisse, il a insisté sur les changements de coloration, de forme, de mobilité apportés au tympan par le catarrhe chronique de la caisse.

Il s'est appliqué à montrer de quelle importance est l'examen direct du tympan pendant l'insufflation par la trompe, pour constater l'existence de brides entre la face interne du tympan et les parois de la caisse ou les osselets.

Il a terminé en parlant des différents changements que ces affections apportent dans l'étendue et la forme du triangle de Wilde et de leur influence sur l'audition.

Il a enfin donné plusieurs préceptes pour éviter la formation de ces brides, et un procédé opératoire pour les détruire. Puis il a présenté aux membres du Congrès :

1° Son otoscope parabolique ;

2° Son spéculum auris. — Ses sondes. — Son fumigateur ;

3° Son écraseur pour les polypes de l'oreille.

(1) Guéride, fabricant.

MYCO-MYRINGITIS.

M. Wreden, de Saint-Pétersbourg, a décrit sous ce nom une nouvelle affection du tympan due à la présence de petits végétaux parasites sur cette membrane. Ces végétaux, de la famille des champignons, se présentent sous deux aspects, quand on les examine au microscope. M. Wreden les a nommés *Aspergillus nigricans* et *Aspergillus flavescens*. Il paraît qu'au fond, ce sont les mêmes qui se développent sur les citrons ou oranges douces, et que l'on nomme alors *Aspergillus glaucus*.

Leur présence occasionne l'apparition de fausses membranes et de symptômes subjectifs assez pénibles.

M. Wreden. — *Symptômes subjectifs.* — Tous les cas de cette maladie que j'ai observée, excepté le sixième et le septième, étaient accompagnés d'une surdité très-marquée, qui étaient survenue quatre fois soudainement. Les bourdonnements d'oreille étaient très-forts dans tous les cas et s'accompagnaient de pulsations dans l'oreille qui augmentaient, surtout à certains changements de position de la tête. Cinq malades se plaignaient surtout d'un sentiment de pression douloureuse dans l'oreille, les cinq autres éprouvaient des douleurs violentes qui se communiquaient aux tempes, aux dents, au cou et à la nuque, comme on n'en trouve même pas dans le « myringitis acutissima. »

Symptômes objectifs. — Ils diffèrent suivant le stade de la maladie. Au commencement, on n'observe qu'une congestion intense des vaisseaux du manche du marteau. Peu à peu la rougeur et la tuméfaction de la couche cutanée superficielle, trouvant plus d'espace, s'étend au tiers interne du conduit auditif. On ne voit de l'insertion du marteau que l'apophyse courte. Ensuite le tympan devient terne et se couvre d'une poudre fine et blanche incrustée d'abord dans l'épiderme, puis se développant en fausse membrane blanche, unie, dense, plus ou moins épaisse à travers laquelle on ne peut plus distinguer la rougeur du tympan.

Après l'éloignement de cette pseudo-membrane par des injections, la couche cutanée du tympan apparaît tuméfiée, dépouillée de son épiderme et d'une teinte rouge foncée.

Il est à remarquer que chaque séparation de la pseudo-membrane est accompagnée d'une exacerbation momentanée des douleurs, qui s'apaisent ensuite ou disparaissent pour quelque temps d'une manière complète.

Lorsque la végétation parasitaire a été détruite définitivement par les moyens appropriés, la maladie cesse d'elle-même.

Il fut prouvé, par la culture, sur le citron et sur l'orange, des champignons retirés de l'oreille, que les deux variétés de champignons (*Aspergillus nigricans, Asp. flavescens*), bien que distinctes entre elles, et non moins distinctes de l'*Aspergillus glaucus*, retournent l'une et l'autre à la forme d'*Aspergillus glaucus*, forme primitive dont ils représentent des variétés, produites par la différence du milieu de culture.

EXCISION DU MANCHE DU MARTEAU.

Sachant combien la perforation artificielle de la membrane du tympan améliore l'état du malade, dans certains cas de surdité dus à des catarrhes de l'oreille interne, etc.; mais aussi combien les perforations artificielles se cicatrisent vite en général, M. le docteur Wreden eut l'idée d'exciser en même temps le manche du marteau.

Dans ce but, il a inventé une série d'instruments qu'il a présentés au Congrès :

1° Un myringotome, lame à deux tranchants, destinée à la section de la membrane du tympan ;

2° Un *synéchotome*, autre lame courbée à son extrémité, presque à angle droit, et destinée à détacher les adhérences de la membrane, s'il en existe ;

3° Un *sychyrotome*, instrument complexe, portant des ciseaux et une pince, destiné à couper et à ramener ensuite à l'extérieur le manche du marteau.

EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES
SUR DES SUPPLICIÉS.

Le mémoire que M. le professeur Marcellin Duval, directeur de l'École de médecine navale de Brest, a lu dernièrement au Congrès, contient le récit d'expériences dont quelques-unes, remontant aux années 1850 et 1851, ont été déjà publiées vers cette époque.

Dans le nouvel extrait que nous allons donner de ce mémoire, nous reproduirons seulement celles qui sont inédites.

M. Duval. — *Appareil génito-urinaire.* — *Uretère.* — Chez cinq sujets sur six la contractilité de l'uretère a été démontrée, soit par des irritations mécaniques, soit par l'électrisation, quelquefois même par la seule exposition à l'air. La première expérience date de 1850. Elle a déjà été publiée.

Sur un des sujets de 1866, les uretères se contractaient sous la seule influence de l'exposition à l'air : il suffisait pour obtenir ce résultat de les recouvrir avec le paquet intestinal, puis de les découvrir brusquement.

Nous avons observé sur deux sujets les contractions rhythmiques, vues sur divers animaux par Dunders, Goubeaux, Vulpian, etc., ainsi que la direction des mouvements qui ont lieu du bassinet vers la vessie.

D'après ses belles expériences, M. Vulpian a parfaitement raison de dire que la présence de l'urine n'est pas nécessaire pour provoquer les contractions de l'uretère ; car, chez un *seul* sujet sur cinq, il y avait encore, très-exceptionnellement, comme il est facile de le comprendre, passage de l'urine à travers ce conduit.

Vessie. — Sur un des quatre derniers suppliciés, l'application des réophores sur la vessie (un de chaque côté de l'organe) a provoqué l'émission, par le canal de l'urètre, d'une quantité notable d'urine (expérience faite par M. le professeur Barthélemy).

Canal déférent. — Sur deux suppliciés de 1866, ce canal s'est visiblement contracté sous l'influence de l'électricité, en devenant tortueux.

Vésicules séminales. — Sur un des suppliciés, elles se contractent sous la même influence. La contraction est assez puissante pour déterminer, à trois reprises différentes, l'éjaculation d'un liquide épais, visqueux, analogue au sperme que nous avions extrait des vésicules séminales des deux premiers suppliciés (1850, 1851) ; il a une odeur fade, bien différente de celle qu'il exhale pendant la vie.

Recueilli sur un verre de montre, il est soumis aussitôt à l'examen microscopique : j'y ai constaté la présence de quelques spermatozoïdes privés de mouvements (expérience faite par M. le professeur Gallerand).

Dans une expérience datant de 1851, nous avions déjà remarqué quelques contractions des vésicules séminales sous l'influence du galvanisme ; mais elles avaient été peu prononcées.

Mouvements réflexes de la vie animale. — Nous avons observé sur deux sujets, en 1866, des mouvements réflexes de la plus grande évidence. En pinçant la peau, et surtout en lui donnant avec la main un petit coup brusque, on voyait, presque immédiatement, les muscles sous-jacents se contracter, contraction assez lente à s'éteindre. Cette expérience a été répétée un grand nombre de fois, spécialement sur les membres. Entre autres muscles, la contraction du deltoïde, du biceps brachial, des muscles antérieurs de la cuisse et des gastrocnémiens, se traduisait par un relief des plus manifestes.

Chez le premier sujet, celui qui a servi à mes expériences sur les intercostaux, le pouvoir réflexe existait encore une heure trois quarts après la décapitation : j'ai pu provoquer quelques mouvements, toutefois plus lents à se produire ; ils étaient aussi moins prononcés que dans la première heure ; et, pour atteindre le but, la percussion devait être plus énergique.

Sur le second sujet, l'action réflexe était appréciable une heure un quart après la mort : chez lui, en outre, les muscles du cou, sectionnés par le fatal instrument, ont été pendant plus de trois quarts d'heure le siége de contractions fibrillaires très-visibles, et cela sans aucune excitation préalable, soit mécanique, soit électrique.

Dans ces dernières expériences, il faut faire deux parts.

Dans les unes, la sensibilité cutanée est mise en action par un pincement ou un choc léger, superficiel, et les muscles sous-jacents se contractent. C'est bien là une action réflexe proprement dite.

Dans les autres, le choc est plus violent, il porte sur la fibre musculaire elle-même et la fait contracter directement, sans qu'il soit besoin d'une action transmise à travers les centres nerveux.

Cette distinction est importante ; car l'action réflexe disparaît toujours assez vite, tandis que le muscle conserve longtemps la faculté d'entrer en contraction par l'effet du choc. L'action réflexe suppose l'intégrité de la partie des centres nerveux, où aboutissent également les nerfs sensitifs et moteurs qui la transmettent; tandis que le muscle, isolé des centres nerveux, se contracte encore lorsqu'il est frappé, tant qu'il conserve un peu de vie.

D'après les belles recherches de M. Brown-Sequard, le début de la rigidité cadavérique coïnciderait avec la fin de cette contractilité ; et même on pourrait quelquefois la faire reparaître dans un muscle rigide, en faisant passer, durant un certain temps, un courant de sang oxygéné dans les vaisseaux qui le nourrissent.

Les expériences de M. Duval sont confirmatives de ces données.

FIÈVRES TYPHOÏDES ET RÉMITTENTES.

Nul moins que nous ne serait disposé à mettre en doute l'influence extrême que les différences de localités, et par conséquent de conditions climatériques, etc., peuvent exercer sur les maladies, sur leurs caractères et sur leur marche.

Par exemple, il ne peut entrer dans l'esprit d'aucun médecin de réunir dans les mêmes statistiques les opérations pratiquées

à la campagne sur de robustes paysans, et dans un hôpital de grande ville sur des êtres débiles.

Mais autant il faut éviter des rapprochements semblables, autant il faut se tenir loin de l'excès contraire, qui consiste à ne plus vouloir reconnaître la même espèce de maladie quand on l'observe dans un autre lieu.

M. le docteur Bole (de Castelsarrazin) a lu au Congrès un mémoire sur ce qu'il nomme la fièvre rémittente.

Castelsarrazin est situé entre le Tarn et la Garonne; l'influence paludéenne s'y fait sentir à un certain degré. Partant de là, M. le docteur Bole s'est mis à chercher la rémittence dans toutes les maladies qu'il observait, et il en est venu à les considérer presque toutes, comme paludéennes.

Nous allons donner, textuellement, le passage où notre confrère indique ce qu'il nomme rémittence, et les raisons sur lesquelles il s'appuie pour réunir sous un même nom ce qu'ailleurs on appelle grippes, pneumonies, fièvres typhoïdes, etc.

M. Bole. — En 1855, pendant les mois d'août, septembre, octobre, les congestions affectaient les organes abdominaux, se traduisaient par du ballonnement du ventre, des vomissements, de la diarrhée, et ce sont ces accidents qui ont fait confondre la maladie avec la fièvre typhoïde, entéro-mésentérique continue de Paris.

Pendant les mois de novembre, décembre 1855, les congestions pulmonaires ont été plus fréquentes. C'étaient des catarrhes, des bronchites, des pneumonies, mais toujours avec le type rémittent; et en effet, le caractère distinctif et important à noter de la maladie, dont je vous entretiens, est la rémittence.

C'est-à-dire que dans les vingt-quatre heures, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, la maladie, quelle que soit la lésion d'organes, offre une rémission évidente. Les phénomènes morbides sont amoindris, le malade est plus calme, la chaleur de la peau moins forte, le pouls moins fréquent. Cette rémission est quelquefois difficile à saisir, surtout quand elle coïncide avec la nuit. Le médecin faisant ses visites le jour, si son attention n'est pas éveillée de ce côté, peut croire à une fièvre continue, sans rémittence ; mais, en questionnant le malade ou ceux qui l'ont veillé, il apprend que, dans la nuit, une légère moiteur s'est déclarée ; que le malade s'est trouvé mieux. Son diagnostic devient alors précis, et il se hâte d'administrer le sulfate de quinine à haute dose (jusqu'à trois grammes par jour). Le sulfate de quinine est vraiment un remède héroïque. Je dirai qu'il m'a presque toujours réussi; et, pour donner des chiffres : en 1855, 56 et 57, d'après le relevé fourni à l'administration, j'ai soigné 117 malades ; j'ai eu 8 morts.

(M. Bole rattache également à la même maladie certaines affections convulsives qui offrent des périodes de rémission ou des retours réguliers.)

M. Bole dit n'avoir jamais observé de fièvre typhoïde à Castelsarrazin.

Il n'a fait qu'une seule autopsie : celle d'une malade qui était morte le quarantième jour et qui ne lui a présenté ni ulcérations, ni cicatrices intestinales.

Il se loue beaucoup de son mode de traitement ; et cependant il déclare qu'il a fallu souvent le continuer trente ou quarante jours chez les malades qui n'ont pas fini par mourir.

Quant à nous, nous trouvons que de tels résultats sont peu encourageants. En restituant les noms vulgaires aux maladies soignées par M. Bole, nous nous étonnons de compter 8 morts sur un ensemble de 117 grippes, catarrhes, fièvres typhoïdes et muqueuses, etc., ainsi traitées dans un milieu très-favorable.

Ce n'est donc pas au point de vue de la thérapeutique que nous avons voulu parler du travail de M. Bole. C'est parce qu'il énonce un fait vrai.

Oui, presque toujours, dans les fièvres typhoïdes les plus ypiques, avec un peu de soin et d'attention, on peut constater que chaque jour à une heure à peu près la même pour chaque malade, mais qui varie de l'un à l'autre, il se fait un certain degré de rémission dans les symptômes. Je m'en suis assuré avec mon père, en suivant à toutes les heures du jour et de la nuit des malades atteints de fièvre typhoïde pendant les épidémies qui ont fait tant de victimes en Franche-Comté, il y a quelques années. Et cette connaissance est des plus importantes pour le praticien, car elle le conduit à donner les aliments et les remèdes exclusivement, à l'heure de cette rémission, moment où ils sont bien mieux supportés.

Avec cette seule précaution, en soutenant les forces du malade par du jus de viande à peine cuite, sans grand remède, la guérison devient la règle et se fait vite.

Du reste, on sait depuis longtemps que, dans presque toutes les maladies, les malades sont plus fatigués à certaines heures, souvent le soir. S'il suffisait d'une apparente régularité dans le retour du mieux pour constituer une fièvre rémittente, on pourrait étendre indéfiniment le cadre de cette maladie.

Ces réflexions ne s'appliquent nullement aux observations que M. le docteur Pantaleone, a présentées à cette occasion sur Rome, son climat, et les maladies particulières qu'on y observe.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

En ce moment, le choléra sévit d'une manière effrayante en Sicile, en Italie, en Hollande, etc. Les occasions d'expérimenter de nouveaux remèdes sont donc malheureusement trop nombreuses dans ces contrées.

C'est pourquoi nous ferons mention des médications recommandées contre cette terrible maladie par deux hommes très-convaincus, MM. Poznanski (de Saint-Pétersbourg) et Desprez (de Saint-Quentin).

M. Poznanski étudie le choléra depuis longtemps. Ses observations sur l'état du pouls pendant la durée de l'épidémie, chez les individus encore bien portants, ont été présentées à l'Académie des sciences, et un extrait en a paru dans les Comptes rendus de ce corps savant.

Le traitement que préconise M. Poznanski consiste dans l'emploi de l'acide prussique médicinal à fortes doses, jusqu'à vingt-cinq gouttes toutes les cinq minutes dans la période algide. Il emploie fréquemment la saignée au début, et même dans la période algide.

Dans la période typhoïde, il se trouve bien de l'ammoniaque.

Dans des expériences qu'il aurait faites à Saint-Pétersbourg, M. Poznanski n'aurait eu que huit morts pour cent.

Maintenant, voici quelle est la formule de M. Desprez (de Saint-Quentin), qui donne deux observations de succès obtenus par elle.

M. Desprez.— Dans quelques cas très-graves arrivés à la période algide ou cyanique, voici quelle est la formule à laquelle je me suis arrêté :

Chloroforme	1 gramme
Alcool	8 grammes
Acétate d'ammoniaque (esprit de Mindererus)	10 grammes
Eau	110 grammes
Sirop de chlorhydrate de morphine	40 grammes

M... A prendre une cuillerée ordinaire toutes les demi-heures.

Le chloroforme réparti d'une façon égale, au moyen de l'alcool, dans la masse du liquide, est un agent véritablement spécial ; à dose modérée, il produit une sensation de fraîcheur et en même temps de force incomparables. Les spasmes, les contractions de l'estomac cèdent comme par enchantement ; les liquides introduits prudemment et en très-petite quantité ne sont plus que très-rarement rendus. Dans l'estomac, il se volatilise, et ses vapeurs gazeuses sont certainement absorbées.

Les meilleurs stimulants diffusibles et diaphorétiques sont, sans contredit, les ammoniacaux et les opiacés : combinés ensemble, ils constituent des agents sudorifiques d'une puissance incontestable, et que je n'ai presque jamais invoqués en vain.

J'ai vu l'acétate d'ammoniaque neutraliser le narcotisme produit par les opiacés : il est bien supporté, en général, par la muqueuse digestive. Passé dans le torrent de la circulation, il diminue la plasticité du sang sans dissoudre les globules.

Une des propriétés les moins douteuses de l'opium est certainement celle de provoquer, d'une façon fréquente et presque certaine, la transpiration cutanée ; parallèlement à cette faculté, marche une autre propriété presque certaine aussi, c'est celle de diminuer l'abondance des sécrétions intestinales ; il n'entrera dans la pensée de qui que ce soit de dénier à l'opium la puissance de calmer les douleurs.

Mais, à dose un peu élevée, il prédispose aux congestions cérébrales, un des grands dangers du choléra lors de la période de réaction. Il importe donc de doubler sa puissance sudorifique de celle des ammoniacaux, qui n'ont pas l'inconvénient de stupéfier.

TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE.

Comme M. Gueneau de Mussy, M. le professeur Crocq (de Bruxelles) préconise contre la maladie de Brigth les préparations iodurées ; seulement, c'est à l'état d'iodure de potassium, et non d'iodure d'amidon, qu'il les administre.

Il a été conduit à cette médication par le raisonnement suivant : dans la maladie de Brigth, parvenue au second degré, dans la néphrite parenchymateuse, en outre des altérations qui se produisent dans les canalicules et leur épithélium, on observe autour des corpuscules de Malpighi, des enveloppes capsulaires formées de cellules pisiformes (cellules fibro-plastiques de Lebert) qui les entourent de toutes parts. Ces cellules se forment dans le tissu connectif, et ont pour point de départ une augmentation de l'activité nutritive et génerique des éléments de ce tissu. Comme l'iodure de potassium a, dans d'autres organes, la plus grande efficacité pour arrêter ce travail morbide siégeant dans le tissu connectif, M. Crocq a eu la pensée de l'employer également dans la maladie de Brigth. D'autres l'avaient essayé avant lui, mais à trop faibles doses ; aussi n'eurent-ils pas à s'en louer, comme M. Crocq.

Il commence ordinairement par 2 ou 3 grammes par jour ; puis il augmente progressivement d'un gramme par jour, jusqu'à ce qu'il arrive à 7, 8, 10, parfois 15 et plus. Il ne s'arrête dans cette progression que lorsque l'action curative devient évidente, ou lorsque la tolérance cesse. Pour faciliter cette tolérance, M. Crocq associe souvent au sel iodique le sous-nitrate de bismuth ou l'opium.

Les cas de néphrite albumineuse ne sont pas rares dans nos hôpitaux, et nous serons bientôt édifiés sur la valeur de cette médication.

PRÉSERVATIF DE LA COQUELUCHE.

Encore un Mémoire de thérapeuthique dont nous donnerons un extrait :

M. Davreux. — Pour me résumer, je pense être autorisé à conclure que l'aconit, associé à l'ipéca et à l'eau de laurier cerise, jouit, par rapport à la coqueluche, de propriétés préservatrices véritables ; celles-ci sont ou préventives dans le sens propre du mot, ou simplement abortives, ce qui revient au même au point de vue pratique ; et enfin ces propriétés se manifestent toujours, malgré le caractère épidémique de la maladie.

La formule qui m'a servi dès le principe, et dont je ne me suis pas encore départi, est la suivante ;

Eau gommeuse, 200 grammes.
Extrait d'aconit, 5 centigrammes.
Eau de laurier cerise, 4 grammes.
Sirop d'ipécacuanha, 3 grammes.

J'administre cette potion dès qu'un enfant présente la toux que j'ai décrite, surtout s'il a été exposé à la contagion. La dose est d'une cuillerée à café d'heure en heure pour un enfant du premier âge ; passé trois ans, on donnera deux cuillerées à la fois, et chez l'adulte on peut donner une cuillerée à bouche. Le traitement doit, en moyenne, être continué huit à dix jours, alors même que le malade ne tousserait plus ; il réussit d'autant mieux, que la toux sera plus récente ; je l'ai vu échouer chez un enfant de six ans qui toussait depuis neuf jours : le onzième jour, on constatait la coqueluche dont sa sœur était, du reste, atteinte.

SULFITE. — CHLOROFORME.

Les travaux de M. Polli sur l'emploi des sulfites et hyposulfites contre les maladies dues à un ferment morbide (lesquelles sont pour lui très-nombreuses), sont trop bien connues et depuis trop longtemps, pour que nous en parlions avec détails à propos du Congrès.

Disons seulement que M. Crocq a employé ces préparations sans en retirer les avantages annoncés par M. Polli.

Nous nous bornerons également à mentionner un mémoire de M. Charles Kidd, sur le chloroforme administré pendant l'accouchement et auquel, entre autres avantages, il attribue celui de modérer les contractions ultérines trop violentes.

Bandages platrés.

A côté de la thérapeutique médicale, on peut placer la thérapeutique chirurgicale dans laquelle les modes de pansements et les appareils ont une si grande importance.

Les bandages plâtrées de M. Van den Lohe sont connus depuis longtemps. Plusieurs chirurgiens de nos hôpitaux en ont adopté le principe ; et parmi eux il faut citer M. Maisonneuve, qui se sert d'une bande roulée imbibée de plâtre liquide, et M. Béchet, qui préfère le stuc, c'est-à-dire le plâtre auquel on ajoute un peu de gélatine.

Nous ne parlerions donc pas des bandages présentés par M. Van den Lohe, s'ils n'offraient pas certains avantages sur l'emploi de la bande roulée, il se placent plus commodément et se transforment plus aisément en bandages amovo-inamovibles.

M. Van den Loo. — *Bandage dit le nec plus ultra.* — On arrange en bandage de Scultet, sur un coussin revêtu d'une alèze, douze ou treize bandelettes plâtrées ; sur celles-ci, au milieu, trois ou quatre bandelettes plâtrées longitudinales, pour fortifier l'appareil à sa partie postérieure. Sur ceci on couche de douze à treize bandelettes non-plâtrées qui doivent dépasser les plâtrées de deux à trois travers de doigt d'un côté, et tant soit peu du côté opposé.

On place l'appareil ainsi préparé sous le membre fracturé. Puis on mouille, et l'on applique premièrement les bandelettes non-plâtrées et plâtrées du côté où les non-plâtrées dépassent le moins les plâtrées. Après les avoir appliquées, on mouille et l'on applique celles du côté opposé, et quand celles-ci sont toutes appliquées, on place encore des bandelettes plâtrées longitudinales antérieurement, et, si l'on veut, latéralement pour fortifier l'appareil.

De cette manière, les bandelettes non-plâtrées et les plâtrées d'un côté sont toutes placées sur celles du côté opposé, au point de croisement, et comme les non-plâtrées sont plus longues, on peut facilement ouvrir l'appareil en deux valves, en commençant par le bas.

Ce même procédé peut être appliqué avec des pièces de flanelle imprégnées de plâtre d'un côté, se correspondant par leurs côtés plâtrés.

Le bandage tricot plâtré est fait de trois bas, dont l'un est imprégné de plâtre extérieurement, le second des deux côtés, le troisième intérieurement.

On peut introduire ces trois bas à la fois, ou l'un après l'autre. Il faut qu'ils soient très-élastiques, afin de pouvoir se mouler sur les parties, et en prendre l'empreinte la plus exacte. On peut les fortifier à l'aide de bandelettes placées longitudinalement.

Ces appareils *trico-plâtrés*, qui peuvent varier à l'infini sont surtout à recommander dans les cas d'entorses, de tumeurs blanches, de varices, etc. Rien de plus facile que de rendre ce bandage amovo-inamovible, en le fendant dans toute sa longueur soit qu'on ait réservé un pli longitudinal, qu'on ouvre avant la solidification, soit qu'on ait posé les trois bas déjà fendus, de manière à les recouvrir par les bords, etc., etc.

TRAITEMENT DE L'EMPYÈME.

Un savant professeur de clinique médicale à la Faculté de Rome, M. Baccelli, dont le nom s'est trouvé transformé en Pazzelli dans notre dernier numéro, a lu un mémoire fort intéressant sur le traitement de l'empyème.

Il regarde ce mot d'empyème dans son acception ordinaire, comme beaucoup trop vague, car il s'applique à toute collection purulente contenue dans la plèvre.

M. Baccelli voudrait le réserver d'une manière exclusive au cas où l'épanchement purulent, causé par un processus irritatif, chronique, proliférant, interstitiel ou enchymateux du sac pleural, a transformé la plèvre en un kyste, pour ainsi dire de nouvelle formation à parois plus ou moins épaissies, à surface interne, tantôt lisse, tantôt irrégulière, d'une nuance grisâtre, dépouillée complétement ou presque complétement de vaisseaux autoplastiques.

En présence de tels caractères, dit M. Baccelli, il est évident que la structure normale de la plèvre se trouve entièrement effacée et pour toujours remplacée par un tissu de nouvelle formation, incapable désormais d'accomplir les fonctions de la séreuse pulmonaire. C'est alors seulement que l'empyème se trouve, pour nous, représenter une variété toute particulière de maladie.

Voici quel est, contre ce genre d'empyème, la méthode conseillée par M. Baccelli :

Il y a deux indications thérapeutiques à remplir : 1° évacuation du liquide; 2° modification de la surface interne de la poche.

L'évacuation du liquide doit se faire à l'aide d'une ponction pratiquée avec le *trois-quarts*. Toute incision doit être rejetée,

attendu que celle-ci peut entraîner l'infiltration purulente des lèvres de la plaie, circonstance qu'il faut soigneusement éviter. Un deuxième point important consiste à faire la ponction dans le point le plus déclive de la collection, et obtenir par là une évacuation complète; ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra soustraire le malade, déjà très-affaibli, aux dangers redoutables du croupissement du pus dans certains culs-de-sac de la poche. La canule doit être laissée en place jusqu'au moment où les bords ont acquis une espèce de consistance calleuse, auquel moment nous la remplaçons par un *tube* à drainage. La modification de la paroi interne, dans les cas dont il s'agit, doit être faite avec des solutions plus ou moins fortes de nitrate d'argent. Dans nos premières observations, nous avons injecté la teinture d'iode, mais nous avons échoué. Dans les cas d'empyème très-avancé, nous sommes allé jusqu'à injecter, en une seule séance, *une* once de nitrate d'argent dissous dans une livre d'infusion de camomille. Le nombre des injections a varié : parfois une, deux par jour, et, dans les cas les plus graves, des injections même toutes les trois heures. L'injection est laissée dans la poche. On pourra joindre aux injections des lavages avec la simple infusion de camomille. A mesure que la sécrétion tarit, l'on injecte de moins en moins la solution de nitrate d'argent, et l'on se sert davantage des simples lavages. Pour aider encore au prompt rétablissement du malade, je ne néglige point un régime reconstituant, et ce que j'appellerai la gymnastique pulmonaire.

CALCULS DE LA PARTIE PROFONDE DE L'URÈTRE.

M. Mazzoni a présenté un certain nombre de calculs urétro-prostatiques, prostatiques, et prostato-vésicaux. Quelques-uns sont d'une grosseur considérable. M. Mazzoni, après les avoir mis à découvert par une méthode ou par une autre, les a tous extraits, soit à l'aide d'un simple crochet, soit à l'aide de la branche femelle de son lithothriteur. Il considère comme très-dangereuses et peu efficaces les tentatives d'extraction par les tenettes; car les calculs de cette région ont, en général, une forme conique, avec la pointe dirigée en avant et en bas; ils glissent donc entre les tenettes qui se présentent vers leurs pointes, tandis qu'ils cèdent très-facilement à une force qui les pousse d'arrière en avant, comme, par exemple, un crochet glissé par derrière.

OBSTÉTRIQUE.

L'obstétrique a été l'objet de plusieurs communications intéressantes.

M. le docteur Lazarewitch (de Kharkoff) a présenté toute une série d'instruments fort ingénieux pour les manœuvres obstétricales. Ces instruments, y compris le forceps, ont en général un grand avantage : ils sont légers, et par là même gracieux et faciles à manier.

M. Kristeller (de Berlin) a lu un assez long travail sur l'*expressio fœti*, c'est-à-dire sur l'expulsion du fœtus, à l'aide de pressions énergiques et méthodiques que l'accoucheur exerce sur le ventre de la femme.

Cette méthode n'est pas nouvelle. Elle est très-usitée en Russie, comme l'a remarqué M. Matteï; et elle est loin d'être toujours applicable, car assez souvent, ainsi que l'a montré M. Baccelli, la tête du fœtus est appuyée sur la symphyse sacro-lombaire, et la force employée *a tergo* reste inefficace, quelque considérable qu'elle puisse être.

Souffrance de l'utérus pendant la grossesse. — Voici les conclusions d'un mémoire que M. Matteï a lu sur ce sujet :

M. Matteï. — 1° On doit établir, en pathologie, une différence marquée entre la douleur de nos organes, qui est perçue par le cerveau, et la souffrance de ces organes, qui ne va pas jusqu'à se faire sentir directement par le cerveau ; c'est-à-dire qu'il peut y avoir des souffrances sans douleur, mais non des douleurs sans souffrance ; et enfin, il peut y avoir des douleurs dont le siége apparent n'est pas le même que celui de l'organe souffrant ;

2° Les idées de Bichat sur la division des fonctions en celles de la vie organique et celles de la vie animale, comme les idées de Marshal-Hall sur les phénomènes réflexes de la moelle épinière ; ces idées expliquent un certain nombre de faits correspondants à la distinction entre la douleur et la souffrance des organes, mais elles ne les expliquent pas tous ;

3° L'utérus, qui appartient à la vie organique, et qui, à part la région cervicale, ne reçoit que des nerfs du grand sympathique, l'utérus peut transmettre directement la douleur au cerveau, ou souffrir sans que le cerveau en ait conscience ; mais, surtout, il peut n'envoyer au cerveau que des douleurs siégeant en apparence dans d'autres organes plus ou moins éloignés ;

4° Bien des phénomènes pathologiques locaux, et surtout les phénomènes sympathiques de la grossesse, sont l'irradiation de la souffrance utérine, et leur degré varie comme la souffrance elle-même ;

5° Ces phénomènes sympathiques suffiraient seuls à dénoncer la souffrance de l'organe gestateur ; mais l'examen local trouve dans le volume, la forme, la position, la tension, et surtout dans la sensibilité de l'utérus sous la pression, cet examen trouve la confirmation de la souffrance elle-même ;

6° Les causes les plus fréquentes de cette souffrance pendant la grossesse sont la congestion de l'utérus, et la gêne qu'éprouve cet organe dans son expansion. Ainsi, *l'enclavement* de l'utérus dans le petit bassin est plus fréquent qu'on ne le pense pendant les premiers mois de la grossesse. Enfin, bien des maladies locales ou générales, arrivant pendant la gestation, peuvent être aussi cause de la souffrance utérine ;

7° Cette souffrance peut, non-seulement rendre la grossesse pénible, elle peut compromettre la santé et la vie de la mère, la santé et la vie du fœtus, ou tout au moins provoquer l'expulsion prématurée du produit ;

8° Le traitement de la pathologie de la grossesse doit avoir pour but principal le soulagement de la souffrance utérine, et non, comme on l'a fait trop souvent, le traitement de tel ou tel phénomène sympathique, qui est une pure manifestation de cette souffrance. De plus, ce traitement doit avoir en vue la cause la plus apparente de la souffrance utérine ; en particulier, la congestion et la gêne dans l'expansion de l'organe gestateur. Ainsi, on a besoin de refouler plus souvent qu'on ne le croit l'utérus du petit bassin, en dehors même de la rétroversion utérine ; on a besoin de détourner (plus souvent qu'on ne le croit) le sang qui se porte ordinairement toujours trop vers l'utérus, chez la femme grosse ;

9° Les préparations sédatives sont employées avec fruit pour calmer la souffrance utérine, mais le moyen qui agit le plus efficacement pour calmer les phénomènes sympathiques de cette souffrance, quels qu'ils soient, ce moyen c'est l'iodure de potassium ioduré ; comme on peut en trouver des observations assez nombreuses dans ma clinique obstétricale. L'iode me paraît agir ici en resserrant les vaisseaux utérins, comme il le ferait dans toute autre hypertrophie ou dans une tumeur quelconque.

ÉCLAIRAGE DE L'ABDOMEN, ETC.

A propos de la grossesse et de son diagnostic, disons quelques mots d'un instrument que M. Millot (de Russie) a inventé pour l'éclairage par transparence du corps humain.

Cet appareil se compose d'un tube en verre renfermant un fil en platine contourné sur lui-même et communiquant par des tiges de cuivre avec les deux pôles d'une pile semblable à celle qu'on emploie pour la galvano-caustique, et lorsque le courant passe, le fil de platine rougi à blanc émet une lumière des plus intense. Cet appareil introduit sur le cadavre, soit par la bouche dans l'estomac, soit dans le vagin ou dans le rectum, a permis de voir, par transparence, les parois de l'abdomen. M. Millot a fait devant le Congrès des expériences sur les animaux : chien et chat. Il n'a pas encore eu l'occasion d'expérimenter sur l'homme vivant; mais érigeant en méthode générale ce procédé, que M. Fonssagrives et d'autres avaient essayé avant lui, il en attend les résultats suivants.

M. Millot. — J'indiquerai les maladies où réellement nous pouvons tirer parti de l'exploration par transparence : 1° certaines tumeurs des parois de la cavité buccale, maladie des dents si bien indiquées par M. Bruck dans sa brochure sur le stomatoscope ; tumeurs cystiques des mâchoires, etc. ; 2° les tumeurs de la cavité abdominale avec ou sans ascite. Je crois qu'au moyen de l'éclairage intra-abdominal et extra-abdominal, tout en tenant compte des autres signes de diagnostic, nous arriverons à diagnostiquer les tumeurs kystiques de l'ovaire et peut-être même les adhérences et à commettre par-là moins d'erreurs de diagnostic ; 3° les calculs et tumeurs de la vessie.

SYPHILIS

Nous regrettons vivement de ne pouvoir reproduire, faute de les avoir bien entendues, diverses communications de notre confrère en journalisme, M. Galligo, sur la syphilis, et particulièrement sur l'action funeste du tabac, chez ceux qui fument ayant des plaques muqueuses dans quelque partie de la bouche.

A propos de syphilis, nous ferons remarquer à ceux qui n'auraient pas d'eux-mêmes corrigé cette faute typographique, que l'élève de M. Ricord, dont il fut question dans la séance du mercredi 21, a pris la vérole en s'inoculant la matière d'un chancre induré, non d'un chancre mou.

ACCLIMATEMENT.

Avec un programme autre ou sans programme, deux des trois questions qui furent épuisées dans la dernière séance auraient pu fructueusement occuper un Congrès tout entier. L'acclimatement des races, l'alimentation et son influence, quels sujets vastes et intéressants! Mais le programme avait pris soin de limiter par leur énoncé et surtout par un questionnaire, l'étendue de ces belles questions, l'acclimatement des races était devenu ceci : acclimatement des races d'Europe dans les pays chauds, et si un anthropologiste très-distingué, M. Simonnot, ne se fût pas dévoué, on ne trouvait personne pour en parler.

M. Simonnot mettant hors de cause les croisements, dont les effets sont attribués à l'acclimatement avec aussi peu de raison qu'on gratifie la consanguinité des effets de l'atonisme, a distingué avec grand soin l'acclimatation de l'acclimatement: l'acclimatation, c'est-à-dire l'accommodation des êtres vivants à un milieu autre que celui où ils ont pris naissance; l'acclimatement, effet positif de cette accommodation une fois accomplie. Il a développé les principes d'après lesquels il peut étudier l'acclimatement et l'acclimatation.

A ses yeux, le principal obstacle pour l'Européen qui veut s'établir dans les pays chauds, n'est pas la latitude où le climat; mais l'existence du miasme paludéen.

Les races blanches sont dépourvues de l'immunité dont jouissent les races nègres par rapport à ce miasme. L'assuétude ne remplace pas pour elles cette immunité ; tout au contraire. Dans les lieux où elles s'établissent, il leur faut donc détruire ce miasme ou être détruites par lui.

Quant à l'élévation de la température, c'est un obstacle; mais non insurmontable.

La trop grande chaleur exalte d'abord les fonctions puis amène l'anémie ; ces effets funestes sont exagérés par les écarts de régime, les abus alcooliques, les excès génériques.

Les Européens, dans les pays chauds, doivent donc 1° entretenir les forces et faciliter la digestion par une alimentation réparatrice, mais non irritante; 2° maintenir l'énergie des fonctions cutanées par des vêtements appropriés à l'insolation diurne et à l'humidité nocturne; et l'intégrité de la contractilité organique par l'hydrothérapie, etc.

On peut ainsi arriver à produire un acclimatement avéré, comme on peut l'observer aux Canaries, à Madère, à la colonie allemande de San Leopold (Brésil), etc. Dans d'autres pays, l'acclimatement n'est pas fait, mais il faut tenir compte des croisements : par exemple, au Mexique, au Pérou, à la Plata, etc.

L'acclimatement douteux des Européens dans les îles où se trouve la race nègre, l'acclimatement commençant des créoles et leurs conditions d'existence ont été successivement examinés par M. Simonnot, qui conclut de cet examen que l'acclimatement des Européens est possible partout où manque le miasme paludéen; mais qu'en présence de celui-ci, c'est une espérance chimérique.

A cette occasion, mais en s'écartant de la question, le docteur Lombard a communiqué le résultat de ses recherches sur les lois de la mortalité en Europe dans leurs rapports avec les influences atmosphériques. Il a réuni dans ce but de nombreux documents statistiques sur la plupart des Etats européens, et a pu former ainsi des tables, où la répartition mensuelle et trimestrielle a été exactement établie. Il a pu dès lors transporter ces résultats sur des cartes d'Europe, où il a exprimé l'époque de la plus forte et de la plus faible mortalité pour chacune des quatre saisons, par des teintes différentes.

Il résulte de l'ensemble de ces recherches que l'hiver et le printemps sont l'époque la plus meurtrière pour la presque totalité des pays situés au nord et au centre de l'Europe. Tandis que les régions méridionales, et tout particulièrement celles situées sur les bords de la Méditerranée ont une mortalité estivale ou automnale. En Italie, la division de ces deux régions est constituée par la chaîne des Apennins, dont le versant oriental est presque partout caractérisé par une mortalité hivernale. tandis que le versant occidental est presque partout caractérisé par une mortalité estivale. Les îles de Corse, de Sardaigne et de Sicile ont également, les deux premières, une mortalité automnale, tandis que pour la dernière, c'est l'été qui est la saison la plus meurtrière.

Mais l'un des résultats les plus frappants des recherches du docteur Lombard est la démonstration qu'il a donnée dans un travail communiqué récemment à l'Académie de médecine : c'est que *le miasme paludéen est l'un des plus puissants modificateurs de la mortalité*, non-seulement en faisant périr les jeunes enfants pendant la saison chaude, mais aussi en transposant l'époque de la mortalité, qui devient estivale dans le midi de la France et automnale sur les bords de l'Océan, dans les îles de Corse et de Sardaigne, ainsi que sur quelques points du littoral de la Méditerranée et de l'Adriatique.

M. Lombard conclut en conjurant les médecins de chercher à réaliser cette parole du professeur Wlémynx : *qu'il est au pouvoir de l'homme de chasser la maladie du sol de notre Europe*, et il termine en citant ce qui a déjà été obtenu en divers lieux, comme Londres et Rochefort, où la mortalité a été non-seulement diminuée, mais encore transposée, et d'automnale est devenue hivernale. Ce qui a été obtenu en divers lieux peut certainement l'être ailleurs.

ALIMENTATION

Les communications faites sur ce sujet se rapportaient toutes à la pellagre. Ainsi le voulait le programme. Mais si l'on rassemble les documents qui ont été présentés dans diverses séances sur cette grande question de l'alimentation et de son influence, tant sur les individus que sur les races ou sur les peuples, on pourra dire, en vérité, que jamais sujet d'hygiène publique ne s'est trouvé tout d'un coup éclairé d'une plus vive lumière. L'hygiène publique est une chose si complexe qu'il est souvent bien difficile de faire la part des éléments qui la compose, examinés isolément. Aussi les règles sur ce sujet sont-elles devenues pour ainsi dire banales. On sait que l'homme a besoin de nourriture, qu'il doit respirer autant que possible un air sain, que l'exercice lui est utile, au moins dans certaines limites, que les fatigues intellectuelles, les excès, les passions, et surtout les chagrins, peuvent lui nuire.

On sait tout cela, mais cette notion reste vague, et par cela même inefficace.

Maintenant on saura que l'alimentation, toutes autres choses égales d'ailleurs, peut à elle seule faire prospérer ou dépérir toute une race.

M. Dropsy l'a démontré pour les Juifs de Pologne qui se nourrissent mal, et qui sont sujets à la phthisie, aux éruptions cutanées rebelles, qui sont décrépits avant l'âge, ont l'air de malades ou de vieillards presque dès l'enfance, sont emportés par le moindre malaise et tendent rapidement à disparaître, tandis que leurs voisins, paysans de Pologne, soumis aux mêmes influences, mais mieux nourris, se portent bien.

Au Canada, M. Kingstone nous a montré la race anglo-française qui fait usage d'une alimentation presque excessive, et toute animale, loin d'en souffrir, devenir chaque jour plus belle, plus grande et plus forte.

A côté d'elle se trouve une autre race qui, certes, ne se laisse pas encore mourir de faim, mais qui se nourrit à peu près comme en Europe : elle dépérit.

Ce fait est le plus instructif, car on aurait pu croire que la modération, la sobriété relative des Anglo-Canadiens, devait leur réussir mieux que le régime si nutritif des premiers venus. Il n'en est rien.

Les assertions de M. Kingstone sont confirmées par le mémoire que M. le docteur Cauniff a envoyé sur la phthisie au Canada. Elles sont également confirmées par les renseignements que j'ai pris auprès d'hommes qui avaient vécu dans ce pays.

Pour les individus isolés, la misère et l'alimentation insuffisante surtout, sont de puissantes causes de phthisie, comme l'ont démontré M. Lombard (de Genève) et plusieurs autres.

En cas d'épidémie, c'est une cause de mort, comme nous l'avons

observé pour le choléra, M. Marcowitz et moi-même. En effet, dans les pays chauds, en Egypte, la population pauvre, qui respire le même air que les riches, car tout le monde dort exposé à tous les vents, la population pauvre, dis-je, qui se nourrit encore très-mal, fut victime de l'épidémie en nombre immense, tandis que le choléra épargnait à peu près les riches, mieux nourris.

A propos de la pellagre, MM. Billod, Berthet, Demaria ont tracé le tableau de la maladie de misère, que les uns considèrent comme une pseudo-pellagre, les autres comme étant la pellagre elle-même.

Mal de misère qui s'accompagne de tous ces troubles des fonctions intellectuelles, morales, cutanées, digestives, que plusieurs auteurs attribuent à un véritable empoisonnement par le verdet, etc.

DE LA PELLAGRE.

M. Bouchut a retrouvé sur les grains de blé avariés par l'humidité, un champignon fort analogue à celui qui se trouve dans les mêmes circonstances sur le maïs, où elle constitue le verdet ou verderame. Il propose de nommer ce cham ignon *sporisorium tritici*, comme on a nommé *sporisorium maïdis* celui du verdet. Pour l'obtenir, dit M. Bouchut, il suffit de laisser le blé à l'humidité dans un vase de terre.

Telle serait sans doute, suivant M. Bouchut, l'origine des pellagres qu'on observe dans les pays où l'on ne mange pas de maïs.

M. Sorbets (d'Aire) croit aussi que la pellagre résulte toujours de l'empoisonnement par le verdet.

Mais telle n'est point l'opinion de M. Demaria, qui a pris la parole pour faire la part des diverses causes qui peuvent influer sur les pellagreux. On voit souvent la pellagre se perpétuer héréditairement dans la même famille, ce qui démontre qu'on ne peut pas la comparer d'une manière complète aux empoisonnements ordinaires. M. Demaria croit que le régime insuffisant joue le plus grand rôle dans sa production.

M. Berthet (de Cercoux) a remis un mémoire dont voici les conclusions :

M. Berthet.— 1° En dehors de l'action du maïs, altéré ou non, existe une maladie ayant les plus grandes analogies avec la pellagre épidémique ;

2° Cette maladie se rencontre un peu partout, et dans toutes les classes de la société, mais principalement chez les campagnards ;

3° Elle reconnaît pour causes, en dehors d'une prédisposition que nous considérons comme indispensable, les rudes travaux agricoles sous l'action des rayons solaires, la mauvaise nourriture ou son insuffisance, ainsi que les diverses passions qui assaillent notre pauvre nature ;

4° Cette maladie se rapproche des névroses, a une forme presque circulaire, régulière et annuelle ; elle est caractérisée par du délire, de la diarrhée, un érythème spécial, des accidents de paralysie, et par un penchant au suicide ;

5° Cette maladie n'est guère influencée par la thérapeutique ; mais elle est susceptible de s'améliorer et même de disparaître par l'emploi d'une bonne et sage hygiène.

Dans un mémoire adressé au Congrès, M. Billod va plus loin, car il nie jusqu'à l'existence de la pellagre comme entité. Les phénomènes pellagreux lui semblent résulter surtout de la misère, de l'alimentation insuffisante, quelle qu'en soit la cause, etc., etc.

Une communication de M. Wreden dont nous avons parlé plus haut et un discours de M. Favre sur un travail de M. Plass, travail dont nous donnons un extrait, ont terminé la dernière séance.

M. Plasse. — En résumé, nous avons remarqué :

1° Que les *byssoïdes* déterminent les maladies infectieuses externes végétatives, etc., transmissibles par transplantation ;

2° Que les *vérédinées* engendrent les épizooties internes, transmissibles par principe volatil ;

3° Que les *algues* qu'on voit naître à la surface de la saumure des charniers, et qu'on plonge dans le liquide chaque fois qu'on prend la viande, constitue le principe toxique de la vieille saumure, qui a tant de fois, chez nos clients, empoisonné les porcs, auxquels on en donne comme condiment.

A ce propos, M. Favre a émis le vœu suivant :

« Le Congrès international médical, considérant l'importance générale pour l'hygiène publique et la médecine d'avoir des renseignements exacts sur l'état des assolements et des conserves alimentaires des hommes et des animaux, émet le vœu que dans chaque pays les médecins soient invités à examiner les conditions diverses, dans le développement des épidémies et des épizooties. »

Docteur Victor Revillout.

Par décret, en date du 11 août 1867, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe, Courboulis, Beurdy, Baëlen, Roure.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe, Goupil, Balley, Ladoire, Sifflet, Bourot Villalon, Chevassu, Spillmann, Desterne, Bouland et Giard.

Au grade de pharmcien-major de 1re classe. — M. le pharmacien major de 2e classe Pressoir.

Au grade de pharmacien-majov de 2e classe. — M. le pharmacien aide-major de 1re classe, Lancelot.

— M. Perret, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à ladite école (emploi vacant).

— M. le docteur Berdot fils est nommé médecin adjoint au lycée impérial de Colmar.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. —Imp. A-E.. Rochette, boulevard Montparnasse, 7?-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 4 SEPTEMBRE 1867.

Sur la séance de l'Académie de médecine et le Congrès anthropologique.

L'Académie de médecine est bien le plus infatigable des corps savants.

Elle ne prend jamais de vacances. Quand les bancs en sont dégarnis, quand la plupart des membres se sont échappés de la ville et sont allés, dans un air plus pur, ranimer leurs forces pour le labeur d'une autre année, l'Académie tient ses séances.

Lorsqu'il y a huit jours, on déplorait la mort de l'illustre Velpeau, celle de Guibout, lorsqu'on annonçait qu'un nouveau deuil venait de rendre triplement funeste cette semaine, l'ordre du jour fut inexorable, et l'assemblée, atterrée, ne put obtenir un jour de répit pour pleurer ses morts.

Fatigués déjà par les longues séances des Congrès international, médical, anthropologique, etc.; affaissé chacun par la perte au moins d'un maître ou d'un ami, on n'écoutait guère; et ce fut à peine si M. Depaul put un instant fixer l'attention par le récit des syphilis vaccinales qui s'étaient produites à l'Académie.

Mardi dernier, M. Depaul reprit la suite de son discours, dont nous résumerons à la fois les deux parties.

Les comptes rendus du Congrès nous ont mis un peu en retard pour ceux de l'Académie; et nous devrons fondre trois séances en les abrégeant.

Le Congrès anthropologique a été clos deux jours plus tard que le Congrès médical.

La dernière séance s'est prolongée jusqu'à minuit.

Il est vrai qu'on y discutait une question très-controversée : celle de savoir si les races qui, les premières, ont peuplé l'Europe étaient brachycéphales ou dolichocéphales. En d'autres termes, si leurs crânes se rapprochaient de la forme ronde ou s'applatissaient sur les côtés en s'allongeant d'avant en arrière.

Contrairement à une doctrine répandue par M. Quatrefages, M. Broca et la plupart des membres les croyaient dolichocéphales.

On n'a pas, du reste, un grand nombre de crânes remontant à ces époques anté-historiques, au temps où l'homme était contemporain du renne, de l'ours des cavernes ou même d'animaux antérieurs.

Parmi ces quelques crânes, dont l'ancienneté semble bien établie, quelques-uns sont dolichocéphales, d'autres brachycéphales.

Faut-il en conclure que plusieurs races coexistaient dès cette époque? Faut-il, de la forme du crâne, faire un caractère pathognomonique ?

Ces questions étaient difficiles à résoudre d'une manière certaine; et les doutes furent encore accrus après une communication de M. Virchow.

L'illustre professeur de Berlin a rappelé que, sous l'influence de certains états pathologiques, les crânes deviennent assez mous pour se déformer sans se rompre. Ainsi, la seule pression des terrains qui les couvrent pourrait changer en dolichocéphales les têtes les plus brachycéphales, et *vice versa*.

En outre, on sait que les sutures, en se soudant prématurément, empêchent l'accroissement des os dans une direction perpendiculaire à leur diamètre. M. Virchow s'est assuré que pour la boîte crânienne, cette ossification prématurée de telle ou telle suture, quelle qu'en fût la cause, amenait de profonds changements dans la forme. Si les autres sutures ne se sont point soudées en même temps que les premières, elles cèdent au développement de la masse cérébrale, et l'on voit se produire une déformation compensatrice, qui résulte de l'accroissement dans un sens unique.

Sur les anciens crânes brachycéphales, M. Virchow a reconnu la soudure complète et l'ossification des sutures latérales.

Reste à savoir d'où viennent cette ossification et la déformation qui en est la conséquence. M. Virchow a vu, dans certaines familles, des anomalies de ce genre se perpétuer héréditairement; mais il ne croit pas qu'elles puissent être le caractère de certaines races.

Du reste, il faudrait plus de faits qu'on n'en possède jusqu'à présent pour motiver une conviction bien établie et qui s'impose.

Une autre question fut soulevée incidemment : celle de savoir si les premiers habitants de l'Europe étaient de race blanche ou de race nègre. On n'en peut parler, bien entendu, que par induction; et encore! la forme du crâne ou de la face ne pourrait prouver quelque chose que si l'on avait un grand nombre de têtes parfaitement conservées.

M. Quatrefages pense que les blancs ont précédé partout les nègres, lesquels en descendent. Le principal argument qu'il invoque en faveur de cette opinion est le suivant : tous les voyageurs qui ont vécu dans des contrées où la race nègre habitait seule, ont remarqué que parfois il naissait des enfants de teinte plus pâle, moins éloignés des types blancs. « Ceci, dit M. Quatrefages, doit s'expliquer par l'influence d'ancêtres blancs, dont le type reparaît exceptionnellement chez leurs descendants nègres. Cette réapparition du type des ancêtres est ce qu'on nomme l'*atavisme*. Elle permet de remonter parfois aux premières générations; et, comme on n'observe jamais d'enfants noirs dans les races blanches, on en peut conclure que, si les nègres descendent des blancs, les blancs ne descendent pas des nègres. »

La doctrine soutenue par M. Quatrefages sur les origines de la race humaine peut être vraie; mais l'argument de l'atavisme me semble susceptible de graves objections.

Est-il prouvé qu'on ne voie jamais naître, parmi les blancs, des enfants dont la teinte soit plus foncée que celle de leurs parents? comme la teinte des nègres en question est plus pâle. La chose est, pour le moins, douteuse.

En outre, il est toute une classe de colorations cutanées anormales, qui ne me semble point pouvoir s'expliquer par l'atavisme.

J'ai déjà, à plusieurs reprises, dans ce journal, appelé l'attention sur des faits de mélanodermie essentielle, se produisant à tel ou tel âge, sans altération de la santé, sans anémie, sans troubles fonctionnels d'aucune sorte.

Ces faits, très-différents des cas de mélanodermie pathologiques, décrits sous le nom commun de maladie d'Addison, ne doivent pas être excessivement rares.

Il serait bon qu'on ne négligeât plus de les noter, quand ils se présentent; car, pour la science anthropologique, leur importance est considérable.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. COLIN.

Apoplexie interstitielle du cœur. — Rupture de cet organe. Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par E. TACHARD, médecin stagiaire.)

M. X..., officier en retraite, âgé de soixante-douze ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 10 juin 1867, dans le service de M. le professeur Colin.

Quand ce malade se présente, on constate tous les symptômes d'une pneumonie du sommet du poumon gauche accompagnant une bronchite. Il est tombé malade dix jours avant son entrée.

L'état de subdélire du malade ne permet pas de procéder à une interrogation qui eût fait connaître le commencement de la maladie. N'ayant pas vu non plus les personnes qui l'ont assisté au début, on manque absolument de renseignements.

On trouve à l'examen du malade une fièvre très-modérée; en percutant la poitrine, on perçoit une matité relative peu accentuée à gauche, au sommet du poumon; l'auscultation fait découvrir l'existence de râles crépitants dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche. Dans le reste de l'appareil respiratoire existent des râles muqueux à bulles fines.

L'expectoration est peu abondante, visqueuse, collante.

La face est pâle; il y a eu du délire pendant la nuit dernière.

L'état des voies digestives n'offre rien de spécial à noter.

On applique un vésicatoire au-dessus du mamelon gauche, et l'on prescrit une potion avec 0,2 de tartre stibié.

Le 12 et le 13 juin, il n'y a pas de changement, et l'on continue le même traitement.

14. La nuit a été tranquille, la fièvre est tombée complétement, les symptômes locaux s'amendent, l'état général s'améliore; le malade demande à ce qu'on lui donne des forces.

On commence à l'alimenter et on lui prescrit une potion avec deux grammes d'extrait de quinquina.

15-16. Le mieux persiste. — Même traitement.

17. Le malade a vomi hier au soir, peu de temps après son dîner, les aliments qu'il venait de prendre.

Il paraît plus affaibli que la veille; l'intelligence semble moins nette. Il n'accuse cependant aucune douleur, et le poumon, examiné avec soin, n'est point le siége de quelque complication nouvelle.

Le 18, à l'heure de la visite, on nous apprend que le malade a succombé subitement dans la nuit; il avait, comme la veille, vomi peu de temps après son repas.

A deux heures du matin, l'infirmier de garde lui fait boire un verre de tisane; il n'accuse alors aucune douleur.

A quatre heures du matin, on le trouve mort dans son lit, couché dans le décubitus latéral gauche, la tête appuyée dans sa main.

Un officier couché dans la même salle, pas plus que l'infirmier de service n'ont rien vu ni entendu qui ait pu leur faire soupçonner la mort brusque de ce vieillard.

Il n'y a pas eu d'évacuations spontanées au moment de la mort.

Autopsie pratiquée vingt-huit heures après la mort.

Rigidité cadavérique très-grande. On ne constate pas de lividité à l'extérieur du corps. La face est excessivement pâle.

Après avoir soulevé le sternum, ce qui frappe tout d'abord est l'énorme volume du cœur. Le péricarde est très-fortement distendu et présente une teinte bleuâtre.

Les plèvres renferment très-peu de sérosité; il y a, au sommet du poumon droit, quelques adhérences anciennes; à gauche, la plèvre est un peu enflammée et le feuillet pariétal se laisse facilement détacher.

En sectionnant les vaisseaux du cou pour enlever les poumons, il s'écoule une grande quantité de sang noir non coagulé.

Les poumons ne présentent rien de spécial; ils sont congestionnés, et, au niveau des coupes que l'on y pratique, s'écoule du sang noir en assez grande abondance.

Le péricarde incisé, on le trouve distendu par un caillot sanguin dont l'épaisseur moyenne est de quinze millimètres; à la pointe du cœur, le péricarde est adhérent.

Après avoir débarrassé le cœur de l'énorme caillot qui le recouvre, on le voit surchargé d'une grande quantité de graisse; sa couleur est rouge cendré, et à un centimètre au-dessus de la pointe du ventricule gauche, près de la paroi interventriculaire, existe une déchirure irrégulière bouchée par un caillot.

A ce même point, le péricarde pariétal est adhérent en certains points; il est épaissi, comme gélatineux, et le péricarde viscéral porte les traces d'une inflammation déjà ancienne; çà et là s'observent des taches laiteuses à la surface du cœur.

Au niveau de la déchirure, les parois du ventricule sont transformées en une sorte de bouillie rougeâtre.

En introduisant une sonde, avec précaution, par cette ouverture de forme stellaire, et qui mesure environ de six à huit millimètres dans ses différents diamètres, on tombe dans une cavité dont on parvient à sortir, en portant le bec de la sonde vers la base du cœur.

Nous servant alors de la sonde comme d'un conducteur, nous avons, à ce niveau, incisé le ventricule gauche qui renfermait un caillot sanguin peu volumineux du volume d'une aveline.

Les parois de la poche sont excessivement minces, principalement la paroi interne ou intraventriculaire qui n'a que de deux à trois millimètres d'épaisseur. Elle présentait une fente peu considérable qui faisait communiquer cette cavité avec le ventricule.

Cette poche est, en outre, tapissée intérieurement par un dépôt ancien de fibrine qui se déchire avec facilité.

La paroi externe ou péricardique est un peu plus épaisse; elle est également recouverte de fibrine.

La face postérieure du ventricule gauche présente à la surface une ecchymose sous-séreuse; à ce même niveau, on trouve trois foyers hémorrhagiques récents. Ils n'ont pas tous les mêmes dimensions; le plus petit a la grosseur d'un pois; ils sont logés entre les fibres musculaires dissociées.

La hauteur totale du cœur est de 12 centimètres; son diamètre à la base mesure 11 centimètres et 5 à sa pointe.

La hauteur du foyer hémorrhagique principal est de 4 centimètres; sa largeur, de 15 millimètres.

L'anneau fibreux auriculo-ventriculaire, la valvule mitrale, l'anneau fibreux aortique, la crosse de l'aorte, les artères coronaires, disséquées dans une très-grande étendue, sont le siége de la dégénérescence athéromateuse.

Malgré cette altération, les orifices artériel ou auriculo-ventriculaire ne sont ni insuffisants ni rétrécis.

Le foie n'est pas augmenté de volume, et, à la simple vue, ne semble pas graisseux.

Il n'y a rien à noter du côté des autres organes.

Examen histologique du cœur.

Les altérations histologiques ont leur siége :

1° Dans la fibre musculaire des parois du cœur gauche. On rencontre, au milieu des stries musculaires, des gouttelettes de graisse irrégulièrement disséminées. Dans les fibres les plus excentriques, la graisse est localisée dans un point; elle comprime les stries et la gaîne connective de la fibre, et lui donne un aspect variqueux. Dans d'autres fibres, enfin, les stries ont partout fait place à la graisse.

2° Dans les parois du foyer. La paroi interne ne présente plus que du tissu conjonctif; l'élément musculaire strié a complétement disparu. La fausse membrane qui la recouvre a un aspect irrégulier et ne porte pas trace d'organisation; c'est un tissu fibrillaire renfermant de rares globules de sang dans ses mailles; c'est évidemment de la fibrine.

Ce fait clinique, qui nous montre une fois de plus le peu de précision de ce que nous appelons fort à tort notre science, mérite cependant de fixer l'attention *sur lui*, bien qu'il n'ait été reconnu que sur la table de l'amphithéâtre.

La terminaison rapidement mortelle d'une pneumonie qui, jusque-là, avait marché avec des allures si franches, fut pour nous, jusqu'à l'autopsie, la source d'un grand nombre de suppositions. Nous pensions bien qu'il s'était passé là quelque chose, *prœter rationem*; mais l'idée d'une rupture du cœur ne nous vint pas.

A propos de ce cas isolé, je ne ferai pas une monographie des ruptures du cœur; il présente des différences et des analogies assez frappantes avec les cas observés jusqu'ici, pour permettre de s'y arrêter.

Un peu de confusion existe encore à ce sujet, et excusera les développements dans lesquels nous allons entrer.

La mort par rupture du cœur est loin d'être aussi rare qu'on le croirait en lisant certains auteurs. Depuis que l'on pratique les autopsies avec soin, les cas se multiplient, et si l'on jette un coup d'œil dans les recueils périodiques d'anatomie pathologique, on en trouve d'assez nombreuses observations.

Beaucoup de ces morts subites, qui emportent les vieillards, ne doivent pas avoir sans doute d'autre cause. On ne peut cependant rien affirmer, puisque toutes les autopsies ne sont pas faites, même dans les hôpitaux.

Les cas rapportés dans la science ont été observés le plus souvent chez des personnes âgées. Ce fait n'a pas lieu de surprendre, quand on songe au peu de vitalité et de résistance qu'ont les tissus à un âge avancé, par la transformation des éléments organiques en graisse ou en tissu connectif.

Nous n'avons pas de détails sur l'état habituel de santé de notre malade; nous ne connaissons ni ses habitudes, ni son genre de vie, qui exercent, chez le militaire surtout, une influence capitale sur la santé.

Nous ne devons donc chercher à retirer de ce fait que ce qui en ressort jusqu'à l'évidence.

Le but de ce travail est de montrer, d'après les lésions anatomiques, quelle est la pathogénie des ruptures du cœur. C'est un sujet fort controversé encore, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant l'excellente thèse du docteur Pelvet, soutenue cette année même à la Faculté de Paris.

Le mot qui semble le plus propre à caractériser la lésion anatomique observée est bien celui d'apoplexie; il a l'avantage de désigner toute espèce d'hémorrhagie interstitielle, et, en outre, le genre de mort de notre malade, qui a dû tomber certainement privé de sensibilité, de mouvement et de connaissance.

C'est M. le professeur Cruveilhier qui, le premier, dans son *Anatomie pathologique* (17e livraison), a étudié ce genre de lésion: « Je crois devoir rapporter à l'apoplexie du cœur le plus grand nombre de ruptures de cet organe. »

D'autres auteurs ont vu un anévrisme dans des cas analogues. Les anciens (Morgagni, Weppfer) ont comparé les anévrismes faux aux apoplexies. S'il existe, dans une région, un tissu cellulaire résistant, après la rupture d'un vaisseau artériel ou veineux, il se formera un anévrysme; sinon, en son absence, on observera la formation d'un épanchement sanguin. M. Pelvet définit l'anévrysme du cœur: tout diverticulum anormal, formé par la substance de cet organe et communiquant avec son intérieur.

Pour le cas qui nous occupe, en adoptant la définition de M. Pelvet, cette expression doit être rejetée comme manquant d'exactitude.

L'étude anatomique et histologique de notre pièce permet de retracer la marche qu'a dû suivre cette maladie; elle confirme la plupart des résultats de nos prédécesseurs, qui ont vu comme nous, mais qui ont interprété et désigné ces faits différemment.

Le volume de notre foyer apoplectique n'est pas très-considérable, il ne fait aucune saillie à l'extérieur, en sorte qu'il faut inciser les parois du ventricule pour s'apercevoir de son existence.

Comme dans la plupart des cas analogues, on remarque, dans notre observation, que le péricarde est partiellement adhérent, qu'il existe dans l'intérieur du foyer une fausse membrane constituée par de la fibrine ancienne, et que la rupture s'est faite vers la pointe du ventricule gauche.

Un fait bien intéressant, et qui n'a pas été souvent observé, est la présence de foyers hémorrhagiques circonscrits dans l'épaisseur de la paroi postérieure.

L'explication que nous allons donner des conditions organiques qui ont provoqué cette apoplexie interstitielle, diffère des anciennes, beaucoup moins dans le fond que dans la forme. Nos prédécesseurs, privés du secours du microscope, n'interprétaient pas les faits observés comme nous; ne voyant que par leurs yeux, et considérant que l'inflammation a pour résultat de diminuer la cohésion des molécules organiques, ils soutenaient que l'inflammation était le plus souvent la cause de la perte de consistance du tissu du cœur. Ils attribuaient donc au ramollissement inflammatoire du muscle cardiaque les ruptures qu'ils observaient.

Il ne faut pas remonter bien loin derrière nous pour retrouver ces diverses théories sur le ramollissement; ainsi, Blaud (de Beaucaire), en a décrit une variété sous le nom de ramollissement sénile, et M. Cruveilhier un autre qu'il appelle apoplectique.

Nous ne saurions aujourd'hui conserver cette expression de ramollissement qui ne caractérise qu'une propriété physique.

Les auteurs ont classé, sous plusieurs chefs, les causes de rupture du cœur. Cette méthode analytique est préjudiciable aux progrès de la science. Au lieu de diviser toujours, il vaudrait mieux faire grouper la synthèse.

Dans le dictionnaire en trente volumes, l'auteur donne la classification suivante: 1° rupture spontanée du cœur survenant sans lésion antérieure de cet organe, au moins suffisamment déterminée.

2° Ruptures coïncidant avec un rétrécissement plus ou moins considérable des orifices vasculaires du cœur, avec ou sans hypertrophie, avec ou sans dilatation des cavités cardiaques.

3° Ruptures dans lesquelles le tissu du cœur est ramolli, soit en totalité, soit partiellement; la solution de continuité est la conséquence de cette altération.

4° Ruptures succédant à un abcès ou à une ulcération des parois de cet organe.

Dans sa thèse, notre ami le docteur Cuq, admet sept divisions:

1° Rupture des parois préalablement dilatées;

2° Rupture suite d'abcès;

3° Rupture par ulcération du cœur;

4° Rupture à la suite d'hémorrhagies interstitielles dans la paroi même du cœur;

5° Comme lésion déterminant souvent le ramollissement et la rupture, nous admettrons l'embolie des petits vaisseaux du tissu cardiaque, ou bien encore des vaisseaux coronaires;

6° Rupture par dégénérescence graisseuse;

7° Rupture suite de convulsions épileptiques.

Je ne discuterai pas la première classification, car elle n'a rien de pratique et semble faite sans l'auxiliaire de l'observation clinique.

Quant aux sept divisions de M. Cuq, la septième est au moins inutile; car il n'y aurait pas de raison pour ne pas ajouter dans une huitième classe la défécation qui, dans un très-grand nombre de cas, a été aussi la cause déterminante de la rupture du cœur.

M. Pelvet (*Des anévrysmes du cœur*, Th. Paris, 1867) a une division plus simple. Les anévrysmes, d'après lui, succèdent à l'inflammation, à la transformation fibreuse, à la dégénérescence graisseuse, à un certain nombre de causes accidentelles (rupture, apoplexie, kystes, traumatismes).

Pour moi, me fondant sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, d'après les faits que j'ai observés, et l'examen attentif des observations connues, je crois que l'apoplexie et les anévrysmes du cœur reconnaissent, pour cause unique, l'altération organique des artères cardiaques. C'est elle, ainsi que je vais essayer de le démontrer, qui cause la dégénérescence graisseuse du cœur, son hypertrophie excentrique, etc.

Je vais mettre sous les yeux du lecteur un certain nombre d'observations, qui permettront de raisonner par analogie; malheureusement, les auteurs ne leur ont pas donné toute l'extension que j'aurais désirée. N'importe, ces documents sont d'une grande valeur, lorsqu'on veut bien les traduire dans notre langage actuel.

I. *Obs. extr. de la Th. de Rochoux.* Paris, 1822, n° 215.

Péricarde distendu par beaucoup de sang noirâtre et en partie coagulé; ventricule gauche du cœur déchiré transversalement dans la partie moyenne de la région antérieure, dans l'étendue d'environ un pouce. Tissu du cœur ayant son épaisseur naturelle, mais mou, flasque, d'une couleur rougeâtre cendrée.

II. *Observation de Corvisart.*

Le cœur, fort volumineux, peu consistant, enveloppé d'une grande quantité de graisse, présentait, à la partie inférieure de la face externe du ventricule gauche, une déchirure... Le pourtour de l'ouverture présentait une altération évidente de la substance même du cœur, caractérisée par une couleur noirâtre livide, et une sorte de macération de la couche musculaire..... Les parois du ventricule s'étaient épaissies à la partie supérieure, diminuées à la partie inférieure, et surtout à l'endroit où la rupture avait eu lieu.

L'aorte était dilatée, on y voyait quelques légers points d'ossification.

III. *Observation de M. Cruveilhier, publiée en 1827 dans le Bulletin de la Société anatomique.*

Il s'agit d'un homme de 77 ans, d'une force musculaire considérable, qui mourut subitement.

A l'autopsie, dit M. Cruveilhier, « j'ouvre le péricarde, il adhérait au cœur par des filaments peu nombreux, le long de son bord gauche; ces adhérences détruites, une tumeur arrondie, du volume d'une noix, à parois résistantes, nous apparaît le long du bord gauche du cœur..... Les parois de cette poche étaient cartilagineuses et osseuses; elle était tapissée par une concrétion fibrineuse. Le bord adhérent des valvules mitrales présentait des concrétions pierreuses, et une matière semblable à de la craie préparée. Les artères coronaires étaient complétement ossifiées; l'artère aorte était parsemée de plaques phosphatiques.

Le malade a succombé, non pas à l'affection du cœur, mais à un asthme symptomatique. »

Ce même auteur dit, dans son *Anatomie pathologique* (26e livr., page 2): « Une fois j'ai trouvé le tissu du cœur gris blanchâtre, comme si un peu de pus eût été infiltré dans son épaisseur; une autre fois il semblait, au premier abord, qu'un commencement de transformation graisseuse avait lieu dans l'épaisseur de l'organe, au voisinage de la rupture; mais l'état graisseux, admis par quelques personnes qui virent la pièce, ne me parut nullement constaté. »

Malgré son autorité, et bien que je n'aie pas vu la pièce en question, je crois pouvoir affirmer que M. Cruveilhier a eu tort de ne pas partager la manière de voir des personnes qui l'entouraient.

En 1851, M. Denouh (*Bull. de la Soc. anat.*) présente une rupture du cœur, avec cavité hémorrhagique circonscrite dans l'épaisseur des fibres musculaires de cet organe. Cette observation présente avec la nôtre beaucoup d'analogie.

IV. — Une femme d'un embonpoint excessif, âgée de 78 ans, placée depuis 33 ans dans la Maison d'aliénés de Charenton, meurt subitement.

Autopsie, 28 heures après la mort.

L'état extérieur du cadavre ne présente rien de remarquable.....

Le péricarde était distendu par une grande quantité de sérosité et de sang liquide, pouvant être évalué à quatre verres. Le cœur est d'un volume normal; une couche de graisse assez épaisse recouvre la face antérieure du ventricule droit: les fibres musculaires n'offrent pas les caractères de la transformation graisseuse. A la face postérieure du cœur..... existe une petite déchirure un peu oblique, de haut en bas et de droite à gauche.

Au niveau de l'orifice externe de la déchirure, se rencontre une plaque ecchymosée, ayant un pouce de large sur un peu plus de un pouce de hauteur, faisant un relief assez notable sur la surface du cœur; au-dessous d'elle, dans l'épaisseur même de la paroi postérieure, et un peu dans la cloison interventriculaire, existe un noyau apoplectique de la grosseur d'une petite noix; autour de lui, plusieurs petits points noirâtres.

Il n'est rien dit de l'état des artères.

Voici enfin le cas que j'ai observé dans le cours de mes études.

V. — Une femme, aux antécédents alcooliques parfaitement connus, passe l'hiver atteinte d'un catarrhe chronique, dans la salle où je faisais alors le service d'externe. Pendant le cours de sa maladie, je pris le tracé sphygmographique de son pouls; il témoigne de l'état fortement athéromateux de ses artères.

Le 16 avril, alors qu'elle était dans un état de santé parfaite, on la trouve morte sur le siége des latrines; le corps était penché sur le côté gauche.

A l'autopsie, on trouve le péricarde rempli de sang; vers la pointe du ventricule gauche existe une rupture de 14 millimètres de longueur. Les artères sont athéromateuses, et les fibres cardiaques ont subi la dégénérescence graisseuse.

Il serait facile de citer bien d'autres observations, mais ce serait allonger fort inutilement ce travail, car elles se ressemblent toutes.

Le siége de la rupture, l'état déchiqueté des lèvres de la solution de continuité, l'aspect extérieur du cœur, son volume, sa consistance, l'état de ses vaisseaux quand il est noté; tout est identique dans le plus grand nombre des cas.

Il n'y a pas jusqu'aux causes éloignées de la rupture qui n'aient de l'analogie; c'est pendant le coït ou la défécation, pendant la toux ou le vomissement que la mort arrive, et, dans la majorité des cas, ce sont des personnes âgées qui sont les victimes de ce genre de mort.

Les lésions organiques qui dominent toutes les autres, dans l'observation de notre dernier malade, sont la dégénérescence athéromateuse des artères et la transformation graisseuse du cœur.

Les travaux commencés à Vienne par Kolliker, continués à Strasbourg par M. Morel, à Paris par M. Robin, ont démontré la valeur de cette altération vasculaire, sa fréquence et son action éloignée sur la nutrition du cœur.

Ces savants observateurs ont noté que l'altération vasculaire précède la dégénérescence graisseuse du cœur.

C'est là le nœud de la question; et, bien que ces faits soient aujourd'hui parfaitement acquis à la science, nous croyons cependant devoir y insister un instant, pour prouver l'exactitude de notre manière de voir.

La tunique interne des artères est le siége de l'évolution pathologique de l'athérome. Sous l'influence de causes dont nous ne débrouillons pas nettement le mode d'action, on voit apparaître sur cette tunique des nodosités de consistance gélatineuse et de couleur blanchâtre ayant l'aspect de taches. Ces renflements sont-ils dus à une exsudation ou à une matière plastique provenant directement du sang?

La question n'est pas encore tranchée.

Ce qui est constant, c'est que cette substance, qui forme tache à la surface de la tunique interne, peut subir deux modes différents d'évolution.

La plaque peut subir la dégénérescence graisseuse, ce qui rend fort cassante la tunique artérielle lorsque la lésion est étendue; ou bien, on observera un autre mode de terminaison, la transformation de la plaque en tissu osseux par incrustation de phosphate et de carbonate calcique dans ses cellules.

Mais les deux autres tuniques artérielles ne peuvent rester saines, en face de cette transformation désorganisatrice. La tunique moyenne, qui est une des plus importantes au point de vue du mécanisme physique de la circulation du sang, est particulièrement offensée, et la perte de son élasticité sera la première conséquence de ce fâcheux voisinage.

Ces vaisseaux malades, affaiblis, privés de résistance et d'élasticité, facilitent la formation d'anévrysmes, de ruptures des artères, d'embolies, etc.

Cette altération, primitivement locale, ne reste pas longtemps sans retentir sur le cœur. Pour compenser l'élasticité artérielle, le cœur est obligé de faire une dépense de force plus considérable que par le passé, ce qui finit par provoquer son hypertrophie.

Si ses vaisseaux nourriciers viennent eux-mêmes à s'obstruer ou à lui fournir une moindre quantité de sang que celle qui lui est nécessaire, que deviendra le cœur? Il vivra et se nourrira mal, il puisera en partie sa nutrition en lui-même, ses éléments vivants se résorberont ou se transformeront en graisse. Cet état se caractérise à l'œil nu par la couleur rouge cendrée, et la perte de consistance notée par les auteurs dans les autopsies.

Les développements dans lesquels je viens d'entrer, me semblent motiver ce que j'ai dit plus haut, qu'il n'y a qu'une seule cause intrinsèque de rupture du cœur; l'athérome artériel déterminant la transformation fibreuse du cœur ou son hypertrophie, qui n'est le plus souvent que le résultat d'un processus atrophique de ses éléments organiques.

Je nie formellement, excepté dans le cas de traumatisme, les ruptures qui ont lieu sans lésion antérieure de cet organe. Quant à l'hypertrophie excentrique, déterminant seule la lésion, les observations sur lesquelles se fonde Dezeimeris ne sont pas concluantes; certainement, les cœurs dont il parle étaient graisseux, par suite de l'altération vasculaire.

On ne saurait admettre davantage les abcès du cœur comme cause primitive, car ils nous semblent toujours être le résultat d'embolies.

Nous rejetons aussi les ulcérations du cœur; les anciens seuls les ont observées, et, tout en vénérant leurs travaux, nous n'avons pas en eux une foi aveugle.

Les ruptures, par suite d'hémorrhagies interstitielles, de ramollissement dû à une embolie, de dégénérescence graisseuse du cœur, sont évidemment le résultat de la cause première que nous invoquons, l'athérome des artères coronaires.

Si nous revenons, maintenant, à l'observation qui fait le sujet de ce travail, il sera facile de tracer l'évolution de la maladie. Nous n'avons qu'à laisser parler elles-mêmes les lésions anatomiques.

Le cœur, d'une couleur rouge cendrée, était manifestement malade depuis longtemps, ainsi que ses vaisseaux nourriciers.

Sous l'influence d'une maladie intercurrente, la pression dans le torrent circulatoire a été fortement augmentée; la force de résistance des vaisseaux a cédé sous cette impulsion, et le sang s'est infiltré dans les mailles du tissu musculaire, d'autant plus facilement qu'il avait subi la dégénérescence graisseuse.

La déchirure du ventricule a été amenée par l'excès de pression excentrique exercée sur les parois amincies du foyer apoplectique, par l'accumulation lente mais continue du sang.

Ce qui prouve, manifestement, que nous avions affaire à une apoplexie et non à un anévrysme, c'est le nombre relativement considérable de foyers hémorrhagiques qui existaient dans la paroi postérieure.

Notre manière de voir paraîtra peut-être exagérée; si elle n'est pas encore admise par tout le monde, elle a de la tendance au moins à se propager. Voici du reste un extrait de la thèse de M. Pelvet, que nous sommes d'autant plus heureux de citer que nous ne sommes pas en tout point de son avis. « L'anévrysme du cœur peut, dans certains cas, être le résultat de sa dégénérescence graisseuse.... La dégénérescence graisseuse du cœur succède à un trouble de nutrition purement local. Deux altérations surtout peuvent produire ces troubles de nutrition : ce sont l'inflammation des enveloppes séreuses et le rétrécissement des artères coronaires.

« Le rétrécissement des artères coronaires n'a guère attiré l'attention jusqu'ici, et pourtant elle est fréquente, et rien de plus simple que l'explication des troubles nutritifs qu'elle entraîne à sa suite. Aujourd'hui, je n'hésite pas à affirmer que c'est la cause la plus fréquente de la dégénérescence graisseuse du cœur. »

Je regrette que M. Pelvet n'en ait pas dit autant des anévrysmes par transformation fibreuse, mais je m'arrête, car si j'entrais dans la discussion de cette thèse si intéressante, que consulteront tous ceux qui voudront désormais s'occuper de cette question, je m'éloignerais du but que je me suis proposé.

Cette étude que je viens de faire des lésions anatomiques, est-elle une pure curiosité scientifique?

La thérapeutique ne peut-elle pas y puiser quelques indications? Dans la plupart des cas, le malade passe instantanément de vie à trépas; nous ne pouvons jamais guérir, nous n'avons même pas la satisfaction de pouvoir soulager celui que vient de frapper un pareil accident.

A cette période ultime, nous ne pouvons plus rien, il n'en est pas ainsi à une époque moins avancée. Nous n'avons pas de spécifique à notre disposition, mais nous pouvons remplir certaines indications rationnelles qui pourront être de la plus haute utilité à nos malades.

Ayant admis que c'est la dégénérescence athéromateuse qui est la cause première des accidents, nous avons à nous demander ce qu'il y a à faire :

1° Quand la dégénérescence des artères n'est pas encore établie;

2° Alors qu'elle existe déjà.

Il faut le reconnaître, l'étiologie de l'athérome est beaucoup moins connue que son anatomie pathologique.

Le rhumatisme, la goutte, l'abus des boissons alcooliques, la syphilis, les cachexies en général sont invoqués tour à tour, comme pour toutes les maladies.

Sans ajouter une trop grande importance pourtant aux prédispositions individuelles, au tempérament, à l'hérédité; il n'en est pas moins vrai que, lorsque pour répondre à notre première question, parmi nos malades nous trouverons un homme dans la force de l'âge, d'un tempérament sanguin, né de parents qui ont succombé par apoplexie, nous devrons chercher, par l'application des moyens hygiéniques, à prévenir le développement de l'altération vasculaire. Une nourriture plastique, la privation des aliments féculents ou hydrocarbonés, permettra peut-être, en s'aidant d'autres moyens hygiéniques, de modifier sa constitution.

Si la dégénérescence graisseuse est déjà établie, ce qu'il est toujours facile de constater au sphygmographe, nous ne sommes pas encore privés de ressources.

Les règles d'hygiène que nous prescrivions plus haut, trouvent ici leur place, et sont encore plus urgentes. Nous nous adresserons aux médicaments altérants. L'arsenic, bien que rentrant dans cette catégorie, nous semblerait très-peu indiqué; mais il n'en est pas de même des préparations iodées, et surtout de l'iodure de potassium, que nous avons expérimenté avec succès pour amaigrir un homme de quarante ans, atteint d'hémiplégie, due sans doute à une embolie cérébrale, et chez lequel le tracé sphygmographique, pris à la radiale, ne laissait aucun doute sur l'état de ses artères.

L'usage de la digitale à faible dose, donnée par intervalles pour diminuer la pression intravasculaire, donnerait encore d'excellents résultats, ainsi que de petites saignées pratiquées à intervalles réguliers.

Quand on songe aux graves dangers, aux périls qui menacent les athéromateux, ces indications hygiéniques si simples nous semblent de la plus haute importance.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 20 août 1867. — Présidence de M. Tardieu.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

L'Académie reçoit :

1° Un rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Florac (Lozère), en 1865 et 1866, par M. le docteur Monteils-Pons. *(Commission des épidémies.)*

2° Une note de M. le docteur Houat (de Paris) sur les produits thérapeutiques et fébrifuges de la fleur du faux acacia *(Robinia pseudo-acacia)*. *(Commission des remèdes nouveaux.)*

M. Béclard présente, au nom de M. le docteur Louis Nengebauer (de Varsovie), plusieurs ouvrages publiés en polonais et en allemand; un spéculum utérin; deux nouvelles aiguilles à suture, avec un porte-aiguille.

M. Cerise présente, de la part de M. le docteur Billod (de Sainte-Gemmes), un mémoire intitulé : *Considérations médico-légales sur les intervalles dits lucides chez les aliénés.*

M. Béhier offre en hommage, au nom de M. le docteur Roustan, une thèse intitulée : *Recherches sur l'inoculation de la phthisie.*

M. le Président annonce que MM. les docteurs Lombard, membre correspondant à Genève, Palasciano (de Naples), Seco Baldor (de Madrid), Rodolphe de Vivenot (de Vienne), Frédéric Holcomb (de New-York), Heifelder (de Saint-Pétersbourg) et Parola assistent à la séance.

LECTURES ET RAPPORTS

Thérapeutique. — **M. le docteur Chapelle** (d'Angoulême) lit une note sur l'azotite de cuivre, considéré comme dissolvant de la cellule cancéreuse.

L'azotite de cuivre, connu encore sous les noms d'*ammoniure de cuivre*, de *réactif de Schweitzer*, a été expérimenté contre les diverses variétés de cancer par M. Chapelle. Inoffensif pour les tissus normaux, cet agent attaque rapidement les surfaces cancéreuses; il détermine une sensation de chaleur vive et mordicante; il déterge l'ulcération, détruit la fétidité, dissipe les douleurs excessives, etc. Il faut, pour obtenir des résultats satisfaisants, plusieurs mois d'applications persévérantes de la solution saline. *(Commission : MM. Berthelot, Legouest et Gubler.)*

Hydrologie. — **M. Gobley**, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports tendant à autoriser l'exploitation de deux sources nouvelles pour l'usage médical; l'une de ces sources est à Corneto, près Civita-Vecchia (États-Romains).

Les conclusions en sont adoptées sans discussion.

Suite de la discussion sur la vaccine animale.

M. Guérin rappelle qu'il a proposé à la commission de limiter le nombre des sujets mis en expérimentation, afin de pouvoir, sans trop de frais, les suivre à peu près jour par jour.

Il eut désiré que la commission examinât jusqu'où la vaccine animale peut remplacer la vaccine humaine, jusqu'où elle possède les propriétés préservatrices de cette dernière.

Il considère l'ensemble des manifestations dont se compose l'évolution de la vaccine, comme constituant une sorte de formule qui comprend : l'inoculation, l'incubation, la pustulation, la marche de l'éruption, sa durée, sa terminaison, l'époque de la virulence, son degré de virulence, la résistance et la faculté conservatrice du liquide inoculable.

Il aurait voulu qu'on étudiât la vaccine animale à tous ses points de vue, comparativement à la vaccine humaine.

Suivant lui, la vaccine animale est plus lente à se montrer, plus irrégulière dans son mode d'apparition; mais une fois sortie, elle parcourt plus rapidement ses périodes que la vaccine humaine; elle dure en tout huit jours, et sa période de virulence trois au plus, du quatrième au sixième jour exclusivement. C'est le double presque pour la vaccine humaine. La durée et le degré de virulence offrent de part et d'autre les mêmes différences; alors que de l'aveu de M. le directeur de la vaccine, elle s'éteint dans la vaccine animale avec le septième jour, avec la transparence du liquide inoculable; elle comprend, dans la vaccine humaine, la période de suppuration jusqu'à la formation des croûtes, c'est-à-dire jusqu'au douzième ou treizième jour.

Les mêmes différences s'observent dans la durée de la virulence du virus recueilli et conservé.

La pustule de la vaccine animale, reconnaît le rapport, serait plus développée, plus volumineuse, entourée d'une auréole inflammatoire plus accentuée; mais, dès 1846, M. le docteur Sallette a indiqué que les mêmes phénomènes se produisaient dans la vaccine humaine lorsque l'on avait soin de recueillir le virus du sixième au huitième jour.

La vaccine humaine est donc supérieure à la vaccine animale par sa marche régulière, sa virulence durable, etc.; le cowpox vrai retrouvé à Passy l'emportait sur l'une et sur l'autre : la pustulation commençait plus tôt et finissait plus tard. La vaccine animale est donc à la vaccine humaine ce que celle-ci était au cowpox : un diminutif. Il eût été bon que la commission inoculât la vaccine humaine à la génisse, puis fît une étude comparative d'une série de transmissions à l'homme, d'une vaccine renouvelée par une inoculation de vaccin animal, en regard d'une série de transplantations de l'ancien vaccin. On aurait vu lequel des deux garde le mieux sa physionomie primitive et l'on aurait pu apprécier comparativement l'influence de l'élément animal et de l'élément humain.

Mais ce qu'il importait surtout, c'était de chercher, par toutes les voies possibles, la valeur comparative de la propriété préservatrice des deux vaccines. Il y avait pour cela deux voies : les revaccinations chez l'homme et les revaccinations chez les animaux.

Il n'a été fait qu'une seule tentative sur la vache, c'est sur la vache d'Orléans; mais cette expérience n'a aucune signification ni portée; cette vache était malade et elle est morte.

En ce qui concerne la revaccination chez l'enfant...

M. Depaul. — C'est fait.

M. Guérin. — Je suis d'autant plus aise de l'apprendre que quelques cas de réinoculation de vaccine animale et quelques cas de variole, peu distants des inoculations de vaccine animale, seraient de nature à faire craindre que la vaccine animale ne produisît qu'une préservation limitée.

M. Guérin s'attache à faire connaître les opinions et les recherches : 1° des médecins des hôpitaux, 2° des médecins de Paris, 3° de ceux des provinces, 4° de ceux de l'étranger.

Il cite d'abord un long extrait des comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux, séances du 27 décembre 1865, 22 janvier, 24 février 1866, où MM. Lallier, de la Ville-Jossy, Villarret, Empis, Gros, Féréol, Guyot, Archambaud, Gallard, Bernutz, Moutard-Martin parlent du succès moins constant et de l'incubation plus longue de la vaccine animale.

M. Depaul. — Mais il ne s'agit là que de revaccinations.

M. Guérin. — Je le sais parfaitement, et je passe aux vaccinations.

M. Guérin cite ici la note de M. Empis, publiée dans le numéro du 13 août de la *Gazette des Hôpitaux*, et d'où il résulte que M. Empis a obtenu soixante pour cent de succès avec la vaccine humaine.

M. Blot. — Ce n'est déjà pas si mal.

M. Guérin. — Pour la vaccine animale peut-être, mais non pour la vaccine humaine.

Sur neuf rapports des médecins vaccinateurs de Paris, dit M. Guérin, il y en a huit qui sont défavorables à la vaccine animale : un seul lui est favorable. Parmi ces rapports, rédigés tous avec un grand soin, on peut distinguer celui du 10e arrondissement, rédigé par M. le docteur Gauchet.

Sur 1,105 vaccinations, un seul insuccès, 100 malades non revus; sur 74 vaccinations, 34 résultats positifs.

Quant aux médecins des départements, les documents fournis par eux sont de deux ordres : la correspondance, c'est-à-dire les lettres de demande de vaccin et les rapports des préfectures.

Les lettres deviennent importantes par les réclamations qu'elles contiennent à propos de vaccin envoyé et qui n'a pas pris.

On peut les diviser en trois périodes : 1° de janvier à avril 1866; 2° de mai 1866 à la fin de la même année; 3° de mars à juillet 1867.

Dès la première période, on délivra les deux vaccins simultanément.

M. Depaul. — Je le nie.

M. Guérin. — Je l'affirme, et puis le prouver.

Les réclamations étaient dès lors devenues beaucoup plus fréquentes.

Pendant la deuxième période, pour 1,657 envois de vaccine de génisse, 80 réclamations; et pour 907 envois de vaccin humain, 9 réclamations seulement.

Pendant la troisième, où du vaccin humain seulement fut expédié, sur 1,052 demandes, 2,776 plaques ou tubes envoyés, 33 réclamations.

Et les tubes étaient plus nombreux que les plaques pour le vaccin animal; tandis que pour le vaccin humain, c'était le contraire.

M. Guérin rapporte les observations de M. Bazin, médecin-major de première classe, qui, avec du vaccin humain bien choisi, a pu obtenir 48,3 pour 100 de succès en revaccinant des varioleux, 78,9 pour 100 en revaccinant des vaccinés, et 95 pour 100 par la vaccination d'individus vierges de variole et de vaccine.

M. Bouteillier (de Rouen) regarde le procédé napolitain comme infidèle, non pratique, et devant faire abandonner la vaccine.

MM. Gintrac et Dubreuil (de Bordeaux) ne croient pas que la vaccine humaine puisse transmettre la syphilis.

MM. Carenzi et Eucolam (de Turin) avaient institué des expériences sur la vaccine.

Il résulte de ces expériences et de celles du chevalier Jedel (de Pise), comme de la fréquence des épidémies dans la Vénétie où le vaccin animal est employé, que ce ne peut remplacer le vaccin humanisé, tel est aussi l'avis du docteur Volpato (de Venise), et du docteur Parola, conservateur de la vaccine de la province de Coni, présent à la séance de l'Académie.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

163. Delsenne. Des doctrines et des connaissances nouvelles en syphiliographie.

164. Vincent. Des eaux de Baréges et de leur emploi dans le traitement des maladies de la peau.

165. Vlădescu. De l'hypermyotropie.

166. De Gaffary. Des fistules de la glande parotide et du canal de Sténon.

167. Lemaire. De la scarlatine régulière et de la rayure scarlatineuse.

168. Mondineu. De quelques considérations sur la pathogénie et l'hygiène de Landes de l'arrondissement de Nérac.

169. Plateau. Essai sur le tremblement.

170. Teissier. *Du Senecio canicida* et de ses applications médicales.

171. Theulet-Luzié. Essai sur les nouveaux procédés opératoires de la cataracte par extraction scléroticale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels :

M. Felz est nommé premier interne, aide de clinique, près la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Schmidt, démissionnaire.

M. Delacour, professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de clinique interne à ladite école, en remplacement de M. Pinault, décédé.

M. Aubrée, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de clinique externe à ladite école, en remplacement de M. Delacour, appelé à d'autres fonctions.

M. Dayot, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nomme professeur adjoint de clin'que externe à ladite école, en remplacement de M. Aubrée, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Petit est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, en remplacement de M. Dayot, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Bellamy, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, est nommé suppléant pour les chaires de pharmacie et toxicologie, matière médicale et thérapeutique, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, en remplacement de M. Chauvel, démissionnaire.

— M. le maire de Chuelles, canton de Château-Renard, arrondissement de Montargis (Loiret), nous prie d'annoncer que sa commune est privée et de médecin et de pharmacien.

Il donnera tous les renseignements au médecin qui voudrait venir s'établir dans ce pays.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Bandage plâtré amovo-inamovible d'emblée et tricots plâtrés, par le Dr Van de Loo (de Venlo), in-8; prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, J.-B. Baillière, et Bruxelles, H. Manceaux.

Quelques Recherches sur l'atrophie musculaire progressive avec la dégénérescence graisseuse, par le Dr Loewenhard, in-4; prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Du Traitement des varices, et spécialement du Procédé par les injections de liqueur iodo-tannique, par le Dr Rouby, in-8; prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'inoculabilité de la phthisie,, par le Dr Roustan, in-8 avec 2 planches lithographiées; prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Traité de l'érysipèle épidémique, par le Dr Dandé, médecin adjoint de l'hospice de Saint-Jacques de Marvejols, etc., ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine, in-8; prix : 5 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Étude sur les polypes du larynx chez les enfants, et en particulier sur les polypes congénitaux, par le Dr A. Causit, lauréat des hôpitaux de Paris et de Bordeaux, membre de la Société anatomique, etc., 1 vol. in-8 de 170 pages, avec 6 planches et 26 figures lithographiées; prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

Notions d'anatomie et de physiologie générales. Essai sur la physiologie des épithéliums, par Ernest Cabadé, docteur en médecine, 1 broch. in-8 de 90 pages et 2 planches gravées; prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

Secours aux blessés militaires. La gutta-percha ferrée appliquée à la chirurgie sur les champs de bataille et dans les hôpitaux, par le Dr F. Paquet, chirurgien de l'hôpital Napoléon III, à Roubaix, etc., 1 broch. in-8 de 60 pages; prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

Études sur les tumeurs blanches (physiologie pathologique — histologie — thérapeutique), par le Dr A. Paquet, interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté, etc., 1 broch. in-8 de 70 pages, avec figures intercalées dans le texte; prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

Etudes médico-philosophiques sur Joseph Guislain.— Aliénation mentale. — Questions sociales, par le Dr Burggraeve. Un volume grand in-8 avec Portrait. Prix : 12 fr. — Paris, 1867, Victor Masson et Fils.

Pour tous les articles non signés :

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. —Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 7?-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 6 SEPTEMBRE 1867.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
PAR LE MERCURE ET L'IODURE DE POTASSIUM.

III

Si le mercure est le traitement unique des accidents secondaires, est-il indifférent d'avoir recours à tel ou tel mode de traitement ; à telle ou telle préparation mercurielle ? Il est évident, dans tous les cas, que le mercure n'agit contre l'intoxication syphilitique qu'à la condition d'être absorbé et porté dans le torrent de la circulation. Appliqué localement, autrement qu'en frictions, il agit souvent comme un excellent topique, mais il ne constitue pas une médication générale et ne saurait guérir les accidents généraux.

On conçoit, dès lors, qu'il n'est pas indifférent de s'adresser à telle ou telle préparation ; celle évidemment qui agira le mieux, le plus vite et le plus énergiquement, est celle qui se dissoudra le plus aisément dans les liquides de l'économie. Si, dans quelques cas, les préparations insolubles agissent, c'est uniquement parce que, au contact de nos humeurs, une partie au moins se change en préparation soluble. Ceci admis, un premier point se présente : vaut-il mieux donner le mercure à l'intérieur, ou bien à l'extérieur sous forme de frictions, de fumigations ou de bains ?

Les frictions mercurielles sont extrêmement énergiques et conseillées par un grand nombre de praticiens ; il semble que, sous cette forme, l'absorption du mercure soit plus active et plus rapide ; dans tous les cas, la salivation mercurielle ne tarde pas à survenir dans un très-grand nombre de cas et à montrer que l'économie est, en quelque sorte, saturée de médicament. Les accidents syphilitiques disparaissent promptement et le traitement peut être d'autant diminué.

En somme, les frictions mercurielles constituent une très-bonne médication et nous comprenons, sans aucune peine, qu'un grand nombre de bons médecins les préconisent, même à l'exclusion du traitement par les voies digestives. Cependant nous n'y avons que très-exceptionnellement recours, et seulement pour quelques cas très-graves ou rebelles à tout autre mode de traitement. Bien que, aujourd'hui surtout, la salivation mercurielle, grâce au chlorate de potasse, ne soit pas un accident bien grave, nous tenons, autant que possible, à l'éviter à nos malades qui en sont sérieusement incommodés et dont l'haleine infecte peut aisément trahir une maladie qu'on s'efforce toujours de cacher. Or, les frictions mercurielles amènent facilement la salivation et celle-ci peut, dans ces cas, être beaucoup plus persistante que lorsque le mercure est pris par la bouche.

En outre, les frictions constituent un mode de traitement fort sale, qui répugne aux malades aisés et qui est fort dispendieux pour les pauvres, à moins de les laisser croupir dans la malpropreté. — Toutefois, encore un coup, c'est une ressource dont il ne faut pas se priver d'une façon systématique et qu'il convient de savoir utiliser au besoin, alors surtout que les voies digestives sont dans un tel état qu'il est absolument impossible d'administrer le mercure par la bouche.

Les bains mercuriaux, et on n'emploie guère que les bains de *sublimé*, ne constituent qu'un adjuvant du traitement général ; mais ils offrent une utilité réelle dans les syphilides, à forme sèche ; par contre, il ne faut jamais les employer dans les affections ulcérées de la peau. M. Desprès a contesté qu'il se fît de la sorte aucune absorption, et il ne considère les bains de sublimé que comme des bains de propreté. De quelque façon que l'absorption se fasse, il est certain qu'elle se produit, en sorte que les bains de sublimé ont tout à la fois une action topique et une action générale. Seulement, comme l'absorption est réellement peu active, il serait difficile d'employer les bains de sublimé comme traitement général, et c'est pour cela, très-probablement, qu'ils ne provoquent presque jamais la salivation.

Les fumigations mercurielles sont à peu près abandonnées aujourd'hui, et à tort selon nous. Non pas que nous pensions qu'il faille en faire une méthode générale de traitement, mais c'est un excellent et puissant moyen dont il faut savoir user dans quelques circonstances, principalement dans les véroles invétérées, persistantes et qui ont résisté à tous les autres moyens de traitement. Elles trouvent principalement leur emploi dans les ulcérations cutanées qui sont la conséquence de certaines formes graves de syphilides.

Dans les villes, il est toujours facile de faire prendre aux malades des fumigations, mais il n'en est pas de même dans les villages et les campagnes. On peut, dans ces dernières circonstances, recourir au procédé employé par Récamier, qui faisait un fréquent usage des fumigations avec le cinabre et le proto-iodure de mercure. Le malade, assis sur une chaise de paille, était enveloppé jusqu'au cou dans une épaisse couverture de laine qui traînait à terre ; on introduisait, sous la chaise, une pelle de foyer, rougie au feu, et sur cette pelle on projetait de cinq en cinq minutes un paquet de :

Cinabre en poudre	1 gram.
Proto-iodure d'hydrargyre . .	0,50.

M.

La fumigation doit durer de vingt à trente minutes.

Les préparations mercurielles prises à l'intérieur arrivent toutes au même but, mais plus ou moins vite, selon qu'elles sont plus ou moins solubles, plus ou moins bien tolérées par l'estomac. Quoi qu'on en ait dit, dans ces derniers temps, le proto-iodure d'hydrargyre est un médicament excellent, auquel cependant nous préférons le sublimé, soit en pilules, soit sous forme de liqueur de Van-Swieten. Quant aux préparations hydrargyriques très-actives, telles que l'acétate, le bi-iodure de mercure, il n'y faut recourir que dans les cas exceptionnels, où le sublimé et le proto-iodure auraient complétement échoué. Toutefois, disons-le franchement, nous n'attachons pas une importance capitale à la nature du médicament et nous pensons que toutes les préparations mercurielles indistinctement peuvent trouver un emploi efficace. Nous recommanderons seulement de les varier de temps en temps, et pendant le traitement d'employer tantôt l'une et tantôt l'autre, de manière à éviter l'*accoutumance* de l'économie qui n'est pas toujours vaincue par une augmentation graduelle des doses. — Je n'ai pas besoin de dire que si l'on continue quelque temps la même préparation mercurielle, il faut absolument en augmenter graduellement la dose.

Parmi les accidents secondaires, il en est un très-commun, très-persistant, qui, tout en indiquant l'opportunité du traitement général, nécessite l'usage des topiques et disparaît très-vite sous leur influence, je veux parler des *plaques muqueuses*. Qu'elles siégent à la gorge, à la bouche, à l'anus ou sur les bourses, et les grandes lèvres chez la femme, elles disparaissent rapidement sous l'action d'une cautérisation légère avec le nitrate d'argent et l'usage, soit de la poudre de calomel, soit de la pommade au calomel. — Le praticien doit être prévenu que les plaques muqueuses récidivent avec la plus grande facilité et que, à la gorge en particulier et à la bouche, elles constituent une sorte d'accident à répétitions.

Quant à la pommade au calomel, je dirai en passant que la formule du codex est beaucoup trop faible : 4 grammes pour 30 ; à cette dose, la pommade au calomel est presque sans effet, il convient de doubler la proportion du proto-chlorure de mercure.

On pourrait, sans la moindre crainte, pousser encore plus loin la dose du calomel, puisqu'il n'y a aucun inconvénient et qu'il y a même, quand on le peut, utilité à employer la poudre à l'état naturel.

Le chancre véritablement induré, même en l'abandonnant à lui-même, se guérit presque toujours très-vite et très-facilement ; mais si l'ulcération disparaît, l'induration persiste un temps plus ou moins long et qui n'est presque jamais moindre de six à dix semaines. Il est loin d'en être de même du chancre mou qui persiste, au contraire, un temps fort long, quelque traitement qu'on mette en usage. La pommade au calomel, selon la formule que nous venons d'indiquer, est encore un excellent mode de pansement ; mais il est nécessaire de savoir, au besoin, varier le traitement. Ici le vin aromatique (bien qu'il soit loin de mériter la réputation qu'on lui a faite) rend de signalés services ; c'est surtout chez les personnes débilitées ou lymphatiques. — Là la poudre de calomel convient mieux que la pommade ; — enfin, dans quelques cas rebelles, pour des chancres qui ne semblaient avoir aucune tendance à la guérison, l'onguent napolitain nous a admirablement réussi.

Cela prouve qu'il ne faut pas être exclusif ni systématique ; M. Ricord s'est élevé avec son talent et sa verve ordinaire contre les corps gras, et surtout contre l'onguent mercuriel dans le pansement des chancres. Après avoir, pendant un certain temps, suivi l'opinion du maître, je me suis aperçu qu'elle n'était pas fondée dans tous les cas et que l'onguent napolitain réussissait très-bien, ainsi que je viens de le dire, contre les chancres qui restent longtemps sans aucune tendance apparente à la guérison. — Nos devanciers l'employaient presque exclusivement dans le pansement des ulcérations syphilitiques et en obtenaient souvent de fort mauvais effets ; c'est au praticien à ne pas suivre une routine dangereuse et à savoir varier les remèdes selon les cas divers qu'il peut avoir à traiter.

Depuis de longues années déjà, j'ai l'habitude d'*associer*, dans le traitement des accidents secondaires, *le mercure* et *l'iodure de potassium*.

En général, on n'administre pas en même temps, pour un seul accident bien déterminé, les préparations mercurielles et iodées ; on se contente de donner soit le mercure, soit l'iode isolément. M. Ricord a ainsi institué autrefois le traitement dans ses leçons orales et dans ses livres : pour les accidents franchement secondaires, le mercure ; pour les accidents franchement tertiaires, l'iodure de potassium ; pour les accidents dits de transition, qui tiennent un peu des premiers et un peu des seconds, il est bon de donner simultanément l'iodure de potassium et le mercure ; ces accidents de transition sont surtout les tubercules profonds de la peau, le testicule vénérien, etc.

J'ai longtemps suivi cette méthode de traitement, et je l'ai abandonnée enfin pour plusieurs raisons que je vais exposer.

M. Ricord lui-même paraît l'avoir profondément modifiée dans ces dernières années et il a établi la proposition suivante : « Six mois de traitement par le mercure à une dose journalière, qui influence les accidents à combattre et qui indique, après qu'ils ont été détruits, que le médicament agit encore par ses effets physiologiques connus ; puis, trois mois d'un traitement induré destiné à prévenir les accidents éloignés de la diathèse : telle est la médication qui donne des cures soutenues ; qui réussit, dans la majorité des cas, à neutraliser le virus, je dirais presque la vérole, dans la généralité de ses manifestations. » (FOURNIER, *Leçons sur le chancre*). Il y a douze ans environ que nous avions écrit à peu près les mêmes choses, avec moins d'autorité.

On sait, disions-nous, combien sont fréquentes les récidives après un traitement mercuriel même parfaitement dirigé ; le malade se croit guéri à la suite d'une médication plus ou moins longue, vous le croyez guéri vous-même, vous vous en assurez en l'envoyant prendre des bains sulfureux ; puis, au bout de quelques mois, d'un an ou davantage, apparaît une nouvelle invasion syphilitique. Ces récidives, qui font le désespoir du malade et du médecin, m'ont beaucoup tourmenté dans le temps, et je me suis demandé s'il n'y aurait aucun moyen de les prévenir.

C'est alors que j'ai songé à faire prendre pendant quelque temps de l'iodure de potassium à la fin d'un traitement mercuriel dirigé soit contre l'induration sous-chancreuse, soit contre tout autre accident secondaire. Ainsi, quand le malade a pris du mercure selon la méthode qui me paraît la plus convenable et pendant tout le temps que je juge nécessaire, je le soumets à l'usage de l'iodure de potassium pendant un ou deux mois environ et à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Depuis que j'emploie cette méthode de traitement, je n'ai observé qu'un très-petit nombre de cas de récidive.

Dois-je ce résultat au soin que j'apporte dans le traitement ? le dois-je au temps très-long que je lui consacre ? le dois-je enfin à l'iodure de potassium ? Il me serait difficile de le dire d'une façon positive (1).

Dans tous les cas, il n'y a aucun inconvénient, il y a même avantage à employer d'iodure de potassium à la fin d'un traitement mercuriel. Le mercure affaiblit considérablement l'organisme ; à une certaine dose, l'iodure de potassium agit presque comme tonique et a la meilleure influence sur les voies digesti-

(1) Comment dans ces cas agirait l'iodure de potassium ? Serait-ce comme antisyphilitique et spécifique, ou, en d'autres termes, agirait-il directement contre le virus et achèverait-il l'œuvre du mercure en chassant le virus du sang, ou tout au moins en le neutralisant pour toujours ? N'agirait-il que comme *reconstituant*, et mettrait-il tout simplement l'économie en mesure de lutter plus efficacement contre une récidive future ? — Quoique penchant pour la première hypothèse, j'avoue qu'il me serait bien difficile de me prononcer sur ce point. Je dirai seulement que, comme médicament reconstituant, la matière médicale en fournirait un grand nombre de préférables assurément, et qu'aucun toutefois ne m'a paru offrir les avantages de l'iodure de potassium au point de vue des récidives de la syphilis.

ves. Je continuerais encore à m'en servir comme correctif du mercure, quand même je ne croirais pas qu'il pût prévenir ou au moins éloigner les récidives.

D'ailleurs, aujourd'hui un grand nombre de praticiens donnent ce mélange d'iode et de mercure sous forme d'iodure de mercure, et ce sel ne doit peut-être ses avantages incontestables qu'à sa composition. Mais il est évident que cette préparation contient trop peu d'iode pour agir efficacement dans le but que j'indique.

J'ai déjà dit que le véritable spécifique des accidents tertiaires est l'iodure de potassium; mais ici encore il est bon d'associer les deux médicaments antisyphilitiques. Pour moi, il n'est plus douteux qu'en faisant prendre l'iodure de potassium seul le traitement est toujours plus long, et quelquefois même inefficace; tandis que si on fait précéder son usage par celui des préparations mercurielles, on guérit et plus vite et plus sûrement. Ainsi, quand un individu se présente porteur d'accidents tertiaires (à moins qu'il ne s'agisse de guérir promptement des douleurs ostéocopes, auquel cas il faut immédiatement administrer l'iodure de potassium concurremment avec les préparations mercurielles), je commence toujours par lui faire prendre du mercure seul pendant environ quinze jours; puis, pendant trois semaines, je lui fais prendre le mercure le soir et l'iodure de potassium le matin; enfin alors je continue pendant tout le reste du traitement l'iodure de potassium seul. Je répète qu'en agissant ainsi il m'a toujours semblé que j'avais plus facilement prise contre les accidents tertiaires, et que la guérison était beaucoup plus rapide et plus sûre.

Quelques praticiens ont adopté cette méthode, mais seulement dans un cas bien déterminé ; c'est lorsqu'un malade se présente porteur d'accidents tertiaires, sans avoir déjà suivi un premier traitement par le mercure, ou n'ayant pris du mercure qu'à dose évidemment insuffisante. C'est là une faute, et, dans tous les cas indistinctement, il faut d'abord donner du mercure, à moins que les accidents tertiaires ne viennent à se développer pendant un traitement par les préparations hydrargyriques, ce que, pour mon compte, je n'ai jamais vu, mais ce que M. Ricord dit avoir observé plusieurs fois. Et encore, comme dans cette supposition il existerait tout à la fois des accidents secondaires et tertiaires, ce serait une raison de plus pour donner simultanément le mercure et l'iodure de potassium.

En résumé : dans le traitement des accidents secondaires, après le mercure, je donne l'iodure de potassium; — dans le traitement des accidents tertiaires (à moins de cas urgent), *j'administre du mercure avant de faire prendre l'iodure de potassium.*

Dr H. Montanier.

(A suivre.)

HOPITAL NECKER. — M. Luys.

Contributions à l'étude de la symptomatologie des maladies cérébelleuses. — Deux observations de lésions du cervelet diagnostiquées pendant la vie.

L'étude des maladies du cervelet est encore, pour beaucoup de médecins, environnée d'incertitudes et d'obscurités ; et cela s'explique :

Les détails anatomiques propres au cervelet lui-même et aux fibres qui en émergent, les rapports réciproques du cervelet et du cerveau ont été laissés, jusque dans ces derniers temps, dans un tel état d'obscurité et de délaissement, que l'on est amené à comprendre aisément comment l'anatomie, étant à peine ébauchée, la physiologie n'a pu être qu'incomplète et vague, et, par suite, comment il s'est fait que les études cliniques ont été jusqu'ici stérilement dirigées dans une direction aventureuse.

Les recherches d'anatomie et de physiologie entreprises dans ces derniers temps, sur ce département spécial du système nerveux, tant en France qu'à l'étranger, ont fait légitimement justice du rôle imaginaire que Gall avait attribué au cervelet, et démontré ce que l'anatomie seule a, du reste, pleinement confirmé, à savoir :

Que le cervelet était un appareil exclusivement en rapport avec les fonctions motrices;

Qu'il transmettait à nos muscles en action une force sthénique *sui generis*, et que, de la juste répartition de cet influx cérébelleux, résultait la parfaite équilibration de nos mouvements.

Les expérimentateurs modernes, parmi lesquels nous devons citer Rolando, Flourens, Longet, Wagner et les récents travaux de deux jeunes savants confrères, MM. Ollivier et Leven, ont, en outre, démontré que cette action spéciale de l'influx cérébelleux se répartissait, non-seulement sur les grands appareils musculaires de la locomotion générale, mais encore sur certains groupes isolés de muscles, sur ceux, par exemple, qui servent à la motricité des globes oculaires et aux mouvements de l'iris ; et, qu'en somme, les lésions générales ou partielles des hémisphères cérébelleux se manifestaient par une extinction en quelque sorte proportionnelle à la lésion de la force motrice, dans tel ou tel département du système musculaire, sans paralysie proprement dite ; il est dit, en effet, dans le récit de leurs expériences, que les animaux intéressés n'étaient que faibles, asthéniques et non paralytiques. C'est là, en quelque sorte, le symptôme prédominant et la caractéristique des lésions du cervelet, sur lesquels nous aurons tout à l'heure à insister.

Les deux observations dont nous allons exposer les détails présentent, en effet, à un haut degré, ce cachet spécial des lésions cérébelleuses, avec des signes tellement significatifs qu'en présence des symptômes accusés par les malades, nous n'avons pas hésité à diagnostiquer une lésion des appareils cérébelleux. L'autopsie, dans les deux cas, est venue justifier nos prévisions.

Observation I. — La nommée Madeleine G... est entrée dans mon service à l'hôpital Necker, alors que je remplaçais M. Vernois, en juillet 1864.

Cette femme, âgée de quarante ans, était d'un embonpoint notable; elle était dans le décubitus dorsal; la face injectée et les axes oculaires légèrement divergents ; — on remarquait, en même temps, que le côté gauche de la face était légèrement effacé.

La malade nous dit que le début de sa maladie remontait à environ huit mois ; qu'elle avait toujours eu une excellente santé ; qu'elle avait toujours été bien réglée ; qu'elle n'avait pas d'enfants, et surtout qu'elle n'avait, à aucune époque de sa vie, eu soit des écoulements vaginaux, soit des ulcérations aux parties génitales, soit des taches sur la peau, des maux de gorge et de l'alopécie. Elle niait, en un mot, tout antécédent syphilitique.

La maladie avait débuté par une céphalalgie sous-occipitale à droite, revenant par accès, puis disparaissant, pour revenir ensuite d'une façon presque continuelle. En même temps, des vomissements irréguliers, mais presque quotidiens se montraient; ces vomissements accompagnant les accès de céphalalgie.

Peu à peu, elle remarquait qu'elle ne pouvait plus faire son ouvrage qu'avec difficulté, ses forces diminuaient insensiblement, surtout dans les extrémités inférieures ; lorsqu'elle était debout, elle sentait, disait-elle, ses jambes se dérober sous elle. Ne pouvant se faire soigner chez elle, quelques jours avant d'entrer à l'hôpital Necker, elle alla demander son admission dans un des hôpitaux du centre de Paris. — « Le médecin, me dit-elle, en la voyant arriver, en voyant l'incertitude de ses mouvements de progression et la rougeur de la face, la croyant en état d'ivresse, ne voulut pas la recevoir dans ses salles. »

A son entrée, le 4 juillet, nous constatâmes les symptômes suivants : la malade ne pouvait opérer ses mouvements qu'avec une extrême lenteur; elle remuait bien volontairement la jambe, le bras, elle tirait la langue en ligne droite, mais il lui fallait un certain temps pour accomplir ces mouvements demandés. — Les pupilles étaient contractiles, l'œil gauche légèrement strabique en dedans.

Elle ne pouvait pas se tenir debout, c'est à peine s'il lui était possible de se tenir assise dans son lit.

La sensibilité était intacte des deux côtés, l'intelligence paraissait très-bien conservée; la malade répondait avec précision à toutes les questions qu'on lui posait.

Il n'y avait pas de paralysie des sphincters.

Les fonctions organiques ne présentaient aucun trouble.

La malade ne mangeait pas seule : on était obligé de l'alimenter, non à cause de l'impossibilité de produire les mouvements nécessaires, mais à cause de l'extrême lenteur avec laquelle elle les produisait.

En présence de ces troubles si caractéristiques, et en voyant groupés des symptômes si accusés entre eux, les perturbations des fonctions motrices, la céphalgie sous-occipitale, les vomissements, les troubles de la motricité oculaire ; je n'hésitai pas à diagnostiquer une lésion des appareils cérébelleux.

Le traitement consista en prescriptions hygiéniques surtout; mais insensiblement les forces allèrent en décroissant, et, trois semaines après son entrée à l'hôpital, cette malade succomba dans un état de prostration progressive analogue à l'état typhoïde.

L'autopsie, pratiquée par nous-même, nous fit constater, en effet, l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse noix, occupant l'hémisphère cérébelleux droit et, d'une autre part, celle d'une autre tumeur plus petite, implantée dans l'épaisseur de la protubérance, au niveau de l'émergence du trijumeau gauche.

Ces tumeurs étaient constituées par un stroma de tissu fibroïde, très-riche en ramifications vasculaires.

La plus volumineuse était bossuée, adhérente aux méninges cérébelleuses ; elle comprimait le lobe droit et la partie correspondante des régions latérales de la moelle allongée.

La plus petite était moins vascularisée ; à la loupe elle se présentait sous l'aspect d'un tissu grisâtre, nacré, translucide, et donnait l'idée très-nette de certaines tumeurs d'origine syphilitique des centres nerveux.

Histologiquement, elle n'était constituée que par une gangue de tissu conjonctif parcouru par de nombreuses ramifications vasculaires. Les parois des vaisseaux étaient surtout le siége d'une prolifération très-abondante de cellules de nouvelle formation.

Le cerveau était très-sain; on constata seulement un peu de sérosité sous les méninges, les circonvolutions étaient très-fermes.

Les viscères thoraciques et abdominaux ne nous ont pas offert de particularités dignes d'être rapportées.

II. Observation. — Le nommé Th. H..., âgé de quarante-cinq ans, ouvrier mécanicien, entre à l'infirmerie de Bicêtre le 20 janvier 1866, pour des accidents d'embarras gastrique avec fièvre.

Comme renseignements, cet homme raconta qu'à l'âge de vingt ans, il fit une chute sur la tête, et qu'il était fréquemment atteint de céphalalgie. Il dit ne pas être adonné aux boissons alcooliques, n'avoir pas eu la syphilis; l'examen des organes génitaux ne révèle aucune trace d'ancienne cicatrice. Depuis environ six semaines, il perd la mémoire et raconte ce fait que ne sachant se diriger vers l'endroit où il travaillait, sa femme était obligée de le conduire. Les maux de tête devenant de plus en plus violents, il entra à l'hôpital Saint-Antoine, c'est de là qu'à la suite d'un mouvement d'excitation cérébrale il fut dirigé vers Bicêtre.

Sa femme interrogée sur l'état antérieur de son mari, répéta qu'effectivement sa mémoire s'était affaiblie très-notablement et qu'il était sujet à des illusions de la vue ; qu'ainsi, il avait oublié le numéro de sa maison ; qu'il prenait le Luxembourg pour l'hôpital Saint-Antoine ; qu'il était devenu d'une indifférence et d'une apathie très-profondes depuis quelque temps, qu'ainsi il ne s'était nullement inquiété de pertes d'argent assez considérables qu'il avait faites.

A l'examen du malade, nous le trouvâmes dans l'état suivant : il était dans le décubitus dorsal ; se plaignant d'une céphalalgie occipitale revenant par accès ; les yeux étaient presque toujours fermés ; lorsqu'il les ouvrait, le regard était celui d'un amaurotique. Les traits de la face exprimaient la souffrance ; les pupilles étaient inégales ; il y avait du strabisme par moments; en effet, le malade voyait les objets doubles. Néanmoins, quoique étant très-notablement affaiblies, les perceptions visuelles s'effectuaient encore. L'ouïe était pareillement affaiblie des deux côtés. Quant aux fonctions intellectuelles, sauf la mémoire qui avait perdu en grande partie son énergie, puisque le malade ne savait pas à quel mois et à quel jour il était de la semaine, elles ne paraissaient pas s'exercer irrégulièrement; ainsi le malade répondait d'une façon sensée aux questions, mais lentement; il paraissait comprendre tout ce qu'on lui disait. La sensibilité cutanée était conservée ; quant aux mouvements soit partiels soit généraux, ils pouvaient encore s'accomplir sous l'influence de la volonté, seulement ils étaient faibles et le malade ne pouvait marcher et se tenir debout qu'en trébuchant.

Outre la céphalalgie intense qui avait déterminé le malade à venir à l'infirmerie, il existait des vomissements survenant comme toujours à la suite des crises de douleur encéphalique. Les matières vomies étaient tantôt des résidus alimentaires, tantôt des liquides muqueux.

En présence de cet ensemble de symptômes : la céphalalgie, l'affaiblissement musculaire, les troubles des fonctions visuelles et surtout des vomissements ; nous diagnostiquâmes l'existence d'une tumeur siégeant dans les environs du cervelet.

Comme traitement, l'indication qui nous parut la plus urgente, fut de calmer les crises céphalalgiques et de diminuer le nombre des vomissements. L'emploi des opiacés et des applications vésicantes ne nous réussit que très-incomplétement. Pensant, d'un autre côté, que malgré les dénégations du malade, l'existence d'une masse de nature syphilitique n'était pas invraisemblable, nous administrâmes l'iodure de potassium. Ce fut en vain. Insensiblement, les forces du malade diminuèrent; il tomba ainsi dans un état soporeux presque continuel. Les douleurs de tête diminuaient, il est vrai, ainsi que les vomissements; mais un matin, le 1er avril, on s'aperçut que le malade toussait, quoiqu'il ne se plaignît de rien. A l'auscultation, on trouva des râles sous-crépitants aux deux bases, avec de la matité. Cet état local et général alla en empirant, et huit jours après, sans avoir manifesté aucune réaction, le malade s'éteignit dans un état adynamique.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Après avoir enlevé la boîte du crâne et détaché avec précaution la masse encéphalique, on reconnut l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse noix, pesant trente-cinq grammes, et située comme un coin entre la protubérance, le pédoncule cérébelleux moyen, le cervelet et le cerveau. Là elle s'est fait une loge qui déprime, sans les détruire, les régions nerveuses ambiantes; c'est ainsi qu'on note une dépression très-forte de la protubérance et du cervelet. Cette tumeur peut être facilement énucléée de sa loge, elle n'est adhérente qu'à la dure-mère. Les tubercules quadrijumeaux du côté gauche sont atrophiés par compression; on ne trouve plus de trace des nerfs pathétiques.

Le plancher du quatrième ventricule est aplati de dehors en dedans. Les rapports des nerfs acoustiques avec la tumeur sont mal définis, ces nerfs ayant été déchirés. Le tissu du cervelet lui-même paraît légèrement ramolli; les membranes sont vascularisées.

Quant au cerveau, les membranes s'enlèvent facilement, la substance grise est notablement vascularisée, les couches optiques et les corps striés ne présentent aucune particularité notable.

Quant à la tumeur, étudiée dans sa structure, elle se présente sous une apparence mamelonnée, irrégulière à la surface et d'une coloration très-rougeâtre. Sa membrane d'enveloppe, qui est adhérente aux méninges cérébelleuses, représente une espèce de coque qui de sa face interne envoie des prolongements qui la divisent en lobes et lobules. On trouve à son intérieur des points de tissus ramollis qui sont le siége de petites hémorrhagies. Elle est constituée histologiquement par du tissu conjonctif en voie de prolifération et doit être rangée par conséquent dans la classe des cancers fongueux.

On trouva, dans les deux poumons, des traces d'une double pneumonie. Les autres viscères ne présentaient aucune particularité notable. L'estomac examiné avec soin présente vers sa grande courbure une injection très-notable, son tissu était en même temps très-ramolli.

Si l'on veut bien comparer ces deux observations, et voir les points par lesquels elles se ressemblent, on remarque que, dans les deux cas, nos deux malades ont présenté rapidement des phénomènes d'affaiblissement extrême des forces musculaires ; qu'ils étaient tous les deux, dans les derniers temps, presque continuellement dans le décubitus dorsal ; qu'ils ne pouvaient se tenir debout, et cependant qu'ils n'étaient pas paralysés. Leurs muscles n'avaient plus la force nécessaire à accomplir leurs fonctions, mais ils obéissaient encore au stimulant de la volonté, parce qu'ils se mettaient en action, faiblement, il est vrai, sous l'excitation spontanée des malades. Il n'y avait donc pas dans ces cas-là, à proprement parler, interruption dans les conducteurs chargés de transmettre les ordres de la volonté aux muscles.

Il est encore un fait à noter, à propos des perturbations locomotrices, qui a une grande valeur séméiologique, c'est la titubation spéciale qu'affectent, dans les premiers périodes de la maladie, certains sujets atteints de lésions cérébelleuses, et qui donne à leur allure l'apparence de celle de l'ivresse. Ainsi, notre première malade a été victime d'une illusion de ce genre. Lallemant a rapporté, du reste, un cas semblable. (*Lettres sur l'encéphale*, tome II, page 320.) Dans nos relevés, le nombre de malades atteints de lésions cérébelleuses, qui ont présenté des troubles moteurs analogues à ceux déterminés par l'injection de l'alcool, est noté sept fois sur vingt-quatre.

Les troubles de l'articulation des sens que nous avons rencontrés dans la proportion de 20 p. 100, n'étaient pas très-accusés chez notre second malade, quoique ses réponses fussent lentes à se révéler, et monotones comme expression vocale. Ils étaient au contraire très-accusés chez la première malade, lorsqu'on l'avait fait causer pendant quelques minutes. A ce moment, il y avait un peu d'hésitation dans sa parole.

Nous avons signalé par contre, d'une façon très-accusée, chez notre second malade, une perturbation du côté des appareils

de la vision. C'est ainsi que nous avons indiqué l'aspect vague de son regard, semblable à celui d'un amaurotique, l'inégalité des pupilles, la diplopie. Ce trouble des appareils qui servent à la perfection des fonctions visuelles est encore un des symptômes les plus fréquents, par lesquels se manifestent les lésions du cervelet; puisque nous l'avons rencontré dans plus de la moitié des cas : cinquante-neuf fois sur cent.

Il est encore deux autres symptômes non moins significatifs, qui ont une grande valeur par eux-mêmes, et qui groupés aux précédents, permettent de porter avec quelque certitude un diagnostic motivé. C'est, d'une part, l'existence de la céphalalgie, et, d'autre part, celle des vomissements.

La céphalalgie, qui occupe ordinairement un point circonscrit de la région crânienne, est quelquefois localisée au point où siége la tumeur.

Elle occupe la région occipitale, le plus souvent, dans le quart des cas. D'autres fois elle répond aux régions antérieures ou aux régions pariétales. C'est elle qui, avec certaines perversions du caractère ou bien un affaiblissement progressif de la mémoire comme dans notre seconde observation, éveille, dès le début, l'attention des malades. Elle est alors accompagnée, le plus souvent, de troubles de la vue et surtout d'affaiblissement musculaire.

La manière dont elle se révèle mérite encore de fixer l'attention. En général, elle commence à apparaître sous une forme intermittente. Les malades accusent, en effet, son retour habituel chaque soir, et, chose remarquable, ce retour est régulier. Il revient soit avec le type quotidien, soit avec le type tierce, soit même avec le type quarte; et il est des exemples assez fréquents rapportés par les auteurs dans lesquels l'intermittence a paru si franchement établie qu'on a été porté à administrer, en vain du reste, des préparations de quinquina.

Peu à peu, cette céphalalgie intermittente, dont les moments d'exacerbation arrachent des cris aux malades, devient continue. Elle les oblige à garder presque constamment la tête horizontale et dans une position d'immobilité complète, sous peine de réapparaître avec son ancienne intensité, lorsqu'ils essaient de se lever ou de s'asseoir; quelques-uns même éprouvent dans ces conditions des sensations de vertige intolérables. C'est de cette façon qu'elle se révélait chez notre second malade. Il nous a dit en effet plusieurs fois qu'il évitait de parler haut dans la crainte de réveiller ses crises de douleur encéphalique.

Les vomissements qui sont le cortége habituel des lésions cérébelleuses, puisque nous les avons trouvés signalés dans nos relevés une fois sur trois, ont apparus chez nos deux malades avec ce caractère spécial, qu'il accompagnaient les accès de céphalalgie et cessaient avec eux. On sait, en effet, qu'ils coïncident quelquefois avec des troubles gastriques, qui varient depuis une simple irritabilité de l'estomac jusqu'à une intolérance absolue.

En résumé, si l'on rapproche les détails de ces deux observations, de ceux dont nous avons déjà signalé l'existence dans la partie clinique de notre travail, on peut voir :

Que les lésions du cervelet se révèlent par un ensemble de caractères pathognomoniques, et qu'il est des circonstances dans lesquelles on peut avec assurance les reconnaître.

Qu'elles se révèlent par des troubles multiples, intéressant les appareils de la locomotion. Ces troubles portent tantôt sur les grands systèmes musculaires qui servent à la progression; ils se manifestent alors par une titubation spéciale, par une hésitation caractéristique de la démarche, trop bien distincts des perturbations propres à l'atonie locomotrice, avec lesquelles on est aisément tenté de les confondre. Tantôt, au contraire, ce sont des groupes de muscles isolés qui sont frappés tout d'abord; c'est ainsi que l'on voit les muscles de tout un côté du corps. Ceux des extrémités inférieures seulement peuvent être isolément atteints; de là des hémiplégies et des paraplégies d'origine cérébelleuse.

C'est ainsi qu'on voit quelquefois ceux qui servent à la motricité des appareils sensoriels, soit visuels, soit auditifs, ceux qui servent à l'articulation des sons, être frappés d'asthénie partielle et ne plus accomplir que d'une façon vicieuse leurs fonctions physiologiques. De là des troubles particuliers de la faculté d'accommodation de l'œil; de là certaines paralysies de l'iris (inégalité des pupilles, regard amaurotique); de là certains troubles survenus des appareils auditifs et certaines surdités particulières. Nous avons, en effet, noté dans nos relevés la surdité comme s'étant présentée neuf fois sur cent, dans les lésions du cervelet. De là enfin cette monotonie de l'expression vocale et ces troubles si curieux de l'articulation des sons qui peuvent, dans certains cas, devenir un véritable bredouillement, et simuler, à s'y méprendre, ceux de la paralysie générale.

Mais, quelles que soient les formes symptomatiques sous l'apparence desquelles elles se révèlent, les lésions cérébelleuses ont entre elles ce point commun, c'est qu'elles ne causent pas, à proprement parler, de paralysie de la motricité volontaire, et qu'elles ne provoquent qu'un affaiblissement général ou partiel de la force motrice.

La céphalalgie, avons-nous dit, se rencontre dans plus de la moitié des cas avec des modalités variées, aussi est-elle un signe d'une très-grande valeur; d'autant plus que la persistance des fonctions intellectuelles, celle de la sensibilité cutanée et l'absence de paralysie de la motricité volontaire, impliquent l'intégrité de la sphère de l'activité intellectuelle, et éloignent l'idée d'une lésion du cerveau proprement dit.

Les vomissements qui se rencontrent aussi très-souvent, lorsqu'ils coexistent avec des troubles des appareils sensoriels et de l'affaiblissement musculaire, sont encore un des éléments du diagnostic des lésions cérébelleuses d'une très-grande importance.

Enfin, il est encore un fait sur lequel nous demandons la permission d'insister et qui doit tenir une grande place dans le pronostic des lésions dont nous exposons en ce moment la symptomatologie, c'est ce qu'elles ont d'imprévu et de rapide, souvent, dans leur dénouement et l'arrivée des accidents ultimes. Il est, en effet, très-fréquent de voir les malades atteints de lésions cérébelleuses s'éteindre, soit d'une façon rapide, soit même subitement.

Sur notre relevé de cent observations, en effet, nous avons noté que, onze fois, les malades atteints depuis longtemps d'ailleurs d'une lésion cérébelleuse ont été enlevés d'une façon rapide, dans l'espace de huit à dix jours par exemple; soit par des accidents convulsifs répétés, soit par une congestion encéphalique généralisée; et, d'une autre part, il existe une catégorie d'entre eux, quatorze sur cent, qui ont succombé d'une façon subite. Ainsi, tantôt on trouve le malade mort dans son lit, du jour au lendemain; une autre fois, c'est une syncope subite; une autre fois, c'est un affaissement général qui amène la mort du malade. En somme, ces accidents ultimes si fatalement rapides, que l'on observe dans les lésions du cervelet, nous paraissent être encore assez fréquents, puisqu'en ajoutant ces deux chiffres, nous arrivons à un total de vingt-cinq pour cent; ce qui implique donc que, dans le quart des cas où l'on a été amené à diagnostiquer une lésion du cervelet, il faut s'attendre à voir arriver rapidement une terminaison funeste.

Nos deux malades rentrent dans les cas de cette catégorie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 27 août 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé étranger.

M. Virchow est présenté en 1re ligne, M. Bunsen (de Heidelberg) en 2e, M. Brown-Sequard (de New York) en 3e, M. Donders (d'Utrecht) en 4e.

Le nombre des votants étant de 48, la majorité absolue de 25. Au premier tour de scrutin :

M. Virchow obtient	40 voix.
M. Brown-Sequard	6
M. Bunsen	2

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant étranger.

Sont présentés : M. Helmhotz (de Heidelberg), M. Schmidt (de Dorpat), M. Stas (de Bruxelles), M. Munoz de Luna (de Madrid).

Le nombre des votants est de 46; majorité, 24. Au premier tour de scrutin :

M. Helmhotz obtient	38 voix.
M. Stas	5
M. Schmidt	1
M. Munoz de Luna	1
M. Brown-Sequard	1

En conséquence, M. Virchow est proclamé associé étranger, et M. Helmhotz correspondant étranger de l'Académie.

Suite de la discussion sur la vaccination animale.

M. Husson. — Dans une de nos dernières séances, notre collègue, M. le docteur Depaul, a présenté deux observations sur les résultats des vaccinations et des revaccinations que j'avais communiqués à l'Académie à l'ouverture de la discussion sur la vaccination animale.

Il a fait remarquer d'abord que, dans le nombre de 5,449 fourni par mon travail pour les vaccinations pratiquées avec le cowpox sur les enfants, on avait confondu les vaccinations et les revaccinations. Cela est vrai, et je sais gré à M. Depaul d'avoir relevé cette inexactitude; mais l'erreur n'est pas de très-grande conséquence, comme on va le voir.

Sur les 5,449 inoculations pratiquées avec le cowpox sur les enfants, on compte

1,286 revaccinations
et 4,163 vaccinations

presque toutes faites sur des nouveau-nés.

Si l'on applique à ces deux nombres, séparément, la méthode que j'ai suivie, c'est-à-dire si l'on attribue leur proportion centésimale aux opérations douteuses, on obtient les résultats ci-après :

1,286 revaccinations d'enfants ont donné

Opérations réussies	316 ou	24,57 0/0
— non-réussies	786 ou	61,12
— douteuses	184 ou	14,31

4,163 vaccinations d'enfants ont donné

Opérations réussies	2,614 ou	62,79 0/0
— non-réussies	949 ou	22,80
— douteuses	600 ou	14,41

Mais si, pour les vaccinations, l'on élimine le chiffre des opérations douteuses, afin d'établir le calcul, seulement sur celles dont le succès ou insuccès a été constaté, les résultats, on le conçoit, sont différents et la proportion des opérations réussies s'élève de 62,79 0/0 à 73,37 0/0.

En effet, les enfants vaccinés pour la première fois sont au nombre de 4,163
Les résultats douteux sont au nombre de 600

Il reste donc 3,563 vaccinations dont les résultats soient connus.

Sur ce nombre il y a

Opérations réussies	2,614 ou	73,37 0/0
— non-réussies	949 ou	26,63

Tel sont les chiffres exacts que fournit un nouveau calcul basé sur la distinction à faire entre les vaccinations et les revaccinations d'enfants.

Notre savant collègue a, en outre, signalé comme vicieuse, la méthode que j'ai adoptée pour comparer les résultats obtenus dans les hôpitaux et à l'Académie de médecine, dans les expériences qu'elles a instituées. J'ai, en effet, attribué à chacune des divisions de chiffres inscrits dans le projet de rapport au ministre, une proportion centésimale correspondante. Cette méthode rigoureuse a été appliquée au deux termes de la comparaison, et, par conséquent, elle semble pleine d'équité; mais je lui reconnais volontiers deux défauts : d'abord, en prélevant pour les résultats douteux, une proportion centésimale, on abaisse forcément celles des opérations réussies et cela peut n'être pas sans inconvénients, si l'on ne s'en prend qu'au résultat, sans rechercher comment il a été obtenu. D'un autre côté, comme le nombre des cas non revus ou douteux est, toute proportion gardée, moitié plus grand pour les vaccinations de l'Académie de médecine que pour celles des hôpitaux (30,25 0/0 au lieu de 14,41), la comparaison se trouve être désavantageuse aux expériences de l'Académie. Je crois donc avec M. Depaul qu'il vaut mieux, dans la circonstance, tenir pour non avenus les résultats douteux, les déduire par conséquent du nombre total des opérations, et n'établir les calculs que sur deux termes correspondant aux succès et aux insuccès constatés.

Si l'on adopte ces nouvelles bases, on voit s'élever de 61,82 0/0 à 88,63 0/0 le nombre des opérations réussies, pratiquées avec le cowpox à l'Académie de médecine.

Mais je dois faire ici une observation importante. Comparant toutes les vaccinations faites sur les enfants, dans les hôpitaux, avec celles de l'Académie, j'ai dû établir mes calculs sur les chiffres du tableau de la page 43 du rapport, où les inoculations avec le cowpox ont été portées sans distinction; on ne saurait accepter une autre manière d'opérer, puisque les vaccinations des hôpitaux ont eu lieu dans les conditions ordinaires d'un service à l'état d'essai et qui ne pouvait disposer que d'un nombre restreint de génisses.

Mais si, quittant le terrain de la comparaison, l'on prétend montrer comment, dans un service de vaccination animale organisée avec soin, on peut voir réduire à quelques unités le nombre des insuccès, il faut consulter le tableau de la page 46, où le rapporteur n'a inscrit que les vaccinations faites avec le cowpox pris sur la génisse au troisième, quatrième, cinquième et sixième jour.

On voit par ce tableau que, sur 283 vaccinations pratiquées dans ces conditions de faveur, cinq seulement n'ont pas réussi, et que 278 ont été suivies de succès, ce qui élève à 98,23 0/0 la proportion des opérations réussies. Quant au surplus des vaccinations faites avec du cowpox pris au septième jour et au delà, ou provenant d'une génisse malade, elles ont fait l'objet d'un troisième tableau (page 47). Sur 192 vaccinations dont le résultat ait été constaté, 143 ont réussi, 49 ont échoué, et la proportion des succès s'est trouvée abaissée à 74,48 0/0.

J'ai résumé à mon tour, dans un tableau ci-après, les divers résultats des vaccinations pratiquées dans les hôpitaux, et des quatre séries d'expériences faites à l'Académie de médecine.

Dans les hôpitaux avec le cowpox 73,37 succès pour cent vaccinations, à l'Académie avec le cowpox du sixième jour 98,83 0/0; avec celui du septième jour 74,48 0/0; sans distinction du jour 88,63 0/0; avec du vaccin d'enfant 36,73.

Obtenus les uns dans une pratique devenue courante, les autres dans des expériences suivies avec le plus grand soin et dans des conditions choisies ou défavorables, les résultats que nous venons de faire connaître présentent des écarts sensibles; ainsi la différence entre les vaccinations des hôpitaux et celles qui ont été faites à l'Académie est de 15,26 0/0. L'explication d'une telle différence a été donnée par M. Depaul qui a fait remarquer que les vaccinations pratiquées dans les hôpitaux ayant lieu sur de tout nouveau-nés elles présentaient naturellement moins de chances de succès que les vaccinations opérées à l'Académie sur des sujets un peu plus âgés.

Au surplus, et quelles que soient les différences dans les résultats obtenus, tout concourt à prouver que les essais de vaccination animale pratiqués en grand, tant à l'Académie que dans les hôpitaux, ont pleinement réussi, et qu'il y a lieu d'encourager les Administrations municipales et hospitalières à organiser, partout où cela est possible, des services de vaccination par le cowpox; on obtiendra ainsi, sur tous les points du territoire, un vaccin toujours abondant, et l'on affranchira les vaccinés et les revaccinés des dangers résultant de l'inoculation de virus contagieux. Ce sera un grand résultat qu'il est digne de l'Académie de procurer par l'influence de sa haute recommandation aux populations de notre pays.

Je ne terminerai pas, Messieurs, sans remercier notre savant collègue, M. Depaul, de ses critiques; elles m'ont mis à même de rectifier un résultat erroné fourni pour les vaccinations d'enfants, et de présenter, dans une forme assurément plus exacte, les chiffres comparatifs que j'avais produits dans mon résumé.

Habitué aux méthodes rigoureuses de la statistique, n'aimant que celles-là et tenant pour détestable tout ce qui s'en éloigne, il m'en coûterait d'avoir apporté dans cette discussion, des chiffres incertains. Je présente donc avec confiance à l'Académie les nouveaux résultats que j'avais promis de lui soumettre, car j'ai vérifié par moi-même, avec une attention scrupuleuse, les éléments divers qui leur servent de base.

M. Depaul commence par établir que, dans sa réponse, le ministre a parfaitement fait comprendre qu'il accordait exclusivement, pour faire des expériences sur la vaccine animale, une partie de la somme qui lui était demandée dans un double but.

La dégénérescence de la vaccine n'avait plus à être prouvée par la commission, elle était parfaitement reconnue par tous les bons observateurs, et chacun cherchait un moyen d'y remédier.

Mais ce moyen ne pouvait être la culture de la vaccine, comme l'a prétendu M. Guérin, car enfin à quoi se réduisent les procédés de culture? à choisir le sixième jour, et les plus belles pustules? Mais cela est élémentaire et ne peut remédier à la dégénérescence de la vaccine. M. Guérin a autre chose à proposer pour faire réussir cette culture?

Quant à la question principale, celle qui doit surtout préoccuper, la possibilité d'inoculer la syphilis avec la vaccine, la contamination du vaccin humain, M. Guérin a pris, par rapport à elle, une position ambiguë, pour ainsi dire, comme du reste, par rapport à la commission. Il ne nie rien d'une manière absolue, ni la syphilis vaccinale, ni les résultats obtenus par la commission, mais il émet des théories et atténue la portée des faits.

Il aurait voulu que la commission établît d'abord le danger

de la vaccine humaine, comme son insuffisance; mais elle n'avait pas à s'en occuper, c'était fait.

M. Guérin oppose au rapport que nous avons fait, moi et M. Roger, sur les cas de syphilis observés dans le Morbihan, un rapport au préfet, de M. le docteur Fouquet, médecin des épidémies du département. Mais il y a lu une inexactitude que je dois relever. M. le docteur Fouquet n'a point observé les mêmes malades. Auray et Vannes sont des villes assez proches pour que l'une s'émeuve de ce qui s'est passé dans l'autre. C'est ce qui est arrivé dans cette circonstance. Comme il y avait eu à Auray des syphilis transmises par la vaccine, on a cru d'abord en voir à Vannes, et M. Fouquet fut chargé, par le préfet, de s'assurer du fait qui se trouva être faux.

Les assertions de M. Guérin sont également inexactes pour le département du Lot. Il n'est pas vrai que l'examen de la mère du vaccinifère n'ait rien fait trouver de suspect chez elle. On découvrit à l'origine des grandes lèvres, une ulcération qui parut de nature douteuse à l'un des médecins qui l'examinaient, et qui motiva de sa part un supplément de rapport.

M. Guérin a invoqué les expériences de M. Delzenne; mais ce jeune docteur lui-même croit à la transmission possible de la syphilis par le sang. Dans sa thèse, il émet seulement la pensée que le virus vaccin ne peut pas, par lui-même, transmettre la vérole. D'ailleurs, les faits de M. Delzenne sont, du moins les premiers, susceptibles de graves objections. Ce n'est pas au moment de l'inoculation que M. Delzenne vit que le vaccinifère était syphilitique, c'est seulement six semaines plus tard, qu'il observa un érythème des parties génitales. Or, cet enfant vivait à Saint-Lazare, où les sources de contagion étaient nombreuses. Il se pourrait donc que la syphilis lui eût été communiquée après le moment où il a fourni le vaccin, et alors il serait naturel qu'il n'ait pu communiquer ce qu'il n'avait pas. L'expérience de M. Delzenne sur lui-même est la seule probante; mais elle reste isolée.

Malheureusement, j'ai pu acquérir sur ce sujet une expérience personnelle dans les circonstances suivantes.

Le 19 août 1865, un confrère de Paris envoyait à l'Académie, pour y être vacciné par moi, son neveu, jeune homme de vingt-sept à vingt-huit ans, qu'il avait chargé d'une lettre de recommandation à mon adresse.

Je ne pus venir ce jour-là, et les vaccinations se firent en mon absence. M. le docteur Lanoix y assista, il prit les noms et les adresses des enfants qui furent vaccinés; le jeune homme paya 20 francs à la mère du vaccinifère, et je croyais que le tout s'était passé le plus normalement, lorsque je fus averti que ce jeune homme était atteint de syphilis vaccinale. MM. Millard, Hardy, Ricord virent également et soignèrent ce malade, qui guérit difficilement.

Plein d'inquiétude pour les autres vaccinés, je courus aux informations, j'appris que ce jour-là on avait employé le virus de deux vaccinifères, avec lesquels on avait inoculé quelques enfants et quelques soldats. Grâce aux renseignements recueillis par M. Lanoix, je vis les enfants qui étaient atteints de syphilis; deux en moururent. Quant aux soldats, j'espérais d'abord qu'ayant été inoculés en très-grande majorité avec le vaccin de l'autre enfant, ils auraient échappé. Un chirurgien militaire qui s'informa de leur état m'avait rapporté une réponse dans ce sens; mais un jour, je reçus du *Val-de-Grâce*, une lettre qui me priait de venir examiner des soldats atteints de syphilis vaccinale. J'y allai, ils étaient là trois qui présentaient des ulcérations caractéristiques des ganglions, etc.; je les interrogeai, et j'eus la certitude que c'étaient bien trois des soldats vaccinés à l'Académie, le même jour que le jeune homme, et que les enfants en question.

Alors que j'observais ces faits, j'en fis part au conseil de l'Académie, mais je ne dus pas les publier. Il y avait à craindre un procès, que je fis tout pour éviter. Je suivis les sujets malades pendant plus de trois mois, je les soignai, je leur fournis les médicaments, et je ne les perdis de vue qu'après la guérison de ceux qui ne moururent pas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 août 1867, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. Dimulle et Godot, médecins-majors de 2e classe.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de noti e collaborateur M. Betbèze, interne des hôpitaux de Paris.

— Nous rappelons à nos lecteurs que la *Société protectrice de l'Enfance* a ouvert un concours sur la question suivante :

« De l'allaitement maternel étudié aux points de vue de la mère, de » l'enfant et de la société. »

Les mémoires doivent être adressés francs de port, avant le 15 décembre 1867, au secrétariat général, rue Béranger, 17. Le prix sera de 500 francs.

La Société décernera dans sa séance annuelle, en janvier 1868, des récompenses en argent aux nourrices qui lui seront signalées pour leur dévouement dans l'accomplissement de leur tâche.

Les propositions, accompagnées de pièces justificatives, seront reçues à la même adresse jusqu'au 30 novembre prochain.

— M. le docteur Robert R. Mac-Ilvaine, de Cincinnati, Ohio, nous prie d'annoncer qu'il était délégué au Congrès international par l'Association médicale américaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez;— à Genève, chez Jullien frères;—pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'opération de la cataracte, par **l'extraction linéaire scléroticale,** par le Dr Ferreira. In-8 avec 16 figures. Prix : 2 fr. — Paris 1867, Adrien Delahaye.

De la pathogénie des symptômes urémiques, étude de physiologie pathologique, par le Dr Rommelaire. 1 vol. in-8. Prix : 2 f. 50 — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte du palais et de son voile, par A. Préterre, lauréat de la Faculté et médecine de Paris. 1 vol. grand in-18 de 340 pages. — Paris, 1867, Victor Rozier, éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. —Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 9 SEPTEMBRE 1867.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Traitement de la Goutte et du Rhumatisme articulaire chronique.

(Leçon recueillie par M. le Dr Ball.)

Messieurs,

Nous abordons aujourd'hui la dernière partie de notre cours. Nous avons rejeté le traitement de la goutte à la fin de ces leçons, afin de pouvoir le mettre en parallèle avec celui du rhumatisme articulaire chronique. C'est ce sujet qui va nous occuper aujourd'hui.

I. *Traitement de la goutte, envisagé d'une manière générale.*

La goutte est une maladie héréditaire, constitutionnelle, primitivement chronique, malgré ses manifestations aiguës.

Mais la goutte est quelquefois aussi une maladie acquise, tantôt par des écarts de régime, tantôt par d'autres causes; c'est là une sorte de génération spontanée.

On peut en conclure que les modifications hygiéniques ont droit ici à la première place, et que les agents thérapeutiques ne viennent qu'en seconde ligne. C'est là, d'ailleurs, ce que l'expérience avait déjà démontré.

Nous ne prétendons point que la maladie soit radicalement incurable; on possède des exemples de guérison spontanée, mais l'art n'est pas encore parvenu à reproduire, avec certitude, les procédés de la nature.

Toutefois il existe des moyens pour amoindrir les effets du mal, et pour en éloigner les paroxysmes; c'est sur l'ensemble de ces moyens que repose le traitement de l'état constitutionnel dans l'intervalle des accès.

Mais nous avons encore une mission plus humble, quoique fort utile, à remplir. Les manifestations périodiques, les paroxysmes de la goutte, soit aiguë, soit chronique, sont accompagnées de souffrances exquises et presque insupportables. Peut-on supprimer ces crises de douleur, ou tout au moins en diminuer l'intensité, en abréger la durée? C'est là ce qui constitue le traitement du paroxysme de la goutte. Occupons-nous tout d'abord de ce dernier point.

II. *Traitement des accès de goutte aiguë et chronique.*

Il s'agit ici d'un traitement en grande partie palliatif. Quelques médecins vont même jusqu'à proscrire tous les moyens de soulagement comme dangereux et pernicieux. C'est l'école de Sydenham, qui se place au point de vue téléologique. « *Dolor acerrimum naturæ pharmacum,* » disait le grand maître. — « La goutte est le meilleur remède de la goutte, » a dit Mead. — « Patience et flanelle, » disait Cullen.

Les partisans de l'expectation s'appuient sur le peu d'efficacité des remèdes connus, sur le danger de leur application, et surtout sur le soulagement éprouvé par le malade après l'accès. Mais on peut répondre à leurs arguments que l'inertie des hommes instruits ouvre la carrière aux empiriques. Le médecin s'éloigne du goutteux; les charlatans s'emparent de lui. Ils arrivent avec des moyens de soulagement dont l'effet est presque instantané et qui, s'ils produisent quelquefois de graves accidents, sont souvent sans aucun danger réel. Tels sont l'élixir de Reynolds, la liqueur de Laville, le vin d'Anduran, les pilules de Lartigue, etc., etc.

Or, il paraît établi que tous ces prétendus spécifiques doivent leur efficacité à la présence du *colchique*. Le rôle du médecin est donc d'étudier attentivement les propriétés thérapeutiques de cet agent redoutable, qui tantôt procure au malade un immense soulagement, sans aucun dommage, et tantôt détermine de graves accidents, qui peuvent entraîner la mort. Personne, du reste, pas même ses ennemis les plus acharnés, ne conteste sa puissance. Il fait disparaître, comme par enchantement, l'inflammation goutteuse et la douleur terrible qui l'accompagne. Son action, à cet égard, est comparable à celle du quinquina dans les fièvres intermittentes.

Dès le sixième siècle de l'ère chrétienne, les anciens connaissaient les avantages et les inconvénients du colchique: Alexandre de Tralles nous apprend que, de son temps, on ne l'administrait qu'aux gens pressés par leurs affaires, et qui n'avaient pas le temps d'être malades. Démétrius Pépagomène, qui vivait vers l'an 1200, l'appelle *Theriaca articulorum.*

Mais le colchique des anciens n'est pas le nôtre. Ils faisaient usage de l'*hermodactyle* (*colchicum variegatum*, Planchon); nous employons aujourd'hui le *colchique d'automne.*

Tombé en désuétude, ce médicament a été remis en vogue par les effets du *remède de Husson*. Everard Home a préconisé le colchique, déjà remis en honneur par Störck, mais pour d'autres affections que la goutte. Plus tard, ses effets ont été bien étudiés par Wandt, Halford, Watson et Garrod.

Toutes les parties de la plante sont utilisées, bulbe, semences et fleurs. On l'administre en extrait, en vin et en teinture. Le vin de bulbe de colchique se donne à la dose de 2 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures, en trois ou quatre fois; l'extrait acétique se prescrit à la dose de 5 ou 15 centigrammes.

Un mot sur les effets physiologiques de ce médicament. A doses élevées, il produit:

1° Des phénomènes de gastro-entérite plus ou moins graves;

2° Une sédation marquée du système circulatoire avec algidité et ralentissement du pouls;

3° Enfin des symptômes nerveux et une ivresse particulière.

A doses minimes, il ne donne lieu qu'à de faibles nausées et à un ralentissement modéré de la circulation.

Or, c'est à faible dose qu'il agit favorablement dans la goutte; il faut, en l'administrant, éviter les phénomènes inflammatoires du côté du tube digestif.

Son action spécifique se manifeste par la disparition de la fluxion goutteuse et de la douleur qui l'accompagne; la résolution s'opère, comme par enchantement, au bout de huit à quatorze heures. Il est loin de posséder le même degré d'influence sur les autres inflammations, et sur les diverses formes du rhumatisme articulaire.

Quel est donc son mode d'action? Question jusqu'à présent insoluble. On a attribué les effets qu'il produit à l'élimination de l'acide urique; cette opinion, appuyée par Chélius, Maclagan et Gregory, est combattue par Garrod, Bocker et Hammond.

On a invoqué son action sédative sur le système circulatoire; mais là n'est point le secret, car il n'agit pas de la même façon dans les autres inflammations.

Il ne s'agit pas non plus de son action purgative; car la vertu spécifique peut se manifester sans aucune évacuation intestinale.

On ne saurait enfin s'appuyer sur sa puissance narcotique, car il présente encore ici un effet tout spécial à la goutte.

Quoiqu'il en soit, son efficacité est hors de question. Mais il faut envisager le revers de la médaille; voyons donc quels sont les dangers qu'il présente.

Il est incontestable que lorsqu'il est imprudemment administré, des accidents fort graves peuvent en être la conséquence. Quelles sont les règles qui doivent présider à son emploi?

1° La goutte est une maladie à rétrocession, comme nous l'avons établi plus haut. Si donc vous supprimez brusquement l'accès, des troubles viscéraux peuvent se développer; mais on n'a aucun danger de ce genre à redouter lorsqu'on emploie de faibles doses. D'ailleurs on ne doit pas administrer le colchique immédiatement au début de l'accès (Halford, Trousseau); on laisse s'écouler quelques jours avant d'en commencer l'usage. Enfin, on doit redouter son action irritante sur les voies digestives; c'est une raison de plus pour n'en prescrire que des doses minimes;

2° Non-seulement il faut éviter les doses élevées, mais encore il convient de *fractionner* les doses; car on doit craindre les effets accumulés et l'impression brusque qui peut être produite sur le système nerveux. Je serais disposé à croire que plusieurs cas de goutte, rétrocédés sous l'influence du colchique, sont des cas d'empoisonnement par cette substance (Potton);

3° Il ne faut point habituer le malade à l'usage de ce médicament, car alors il est forcé d'en prendre des doses toujours croissantes. Il y a des buveurs de colchique, comme des mangeurs d'opium et des ivrognes. (Todd.) Dans ces conditions, il se produit une modification plus ou moins profonde de l'organisme, et la goutte passe à l'*état atonique;*

4° Le colchique ne doit pas être employé dans la goutte asthénique, mais on peut l'utiliser dans certains paroxysmes de la goutte chronique. On l'accuse quelquefois de tranformer la goutte aiguë en goutte chronique, mais souvent, au contraire, il s'oppose à la prolongation des accès (Goupil, de Rennes);

5° L'action du colchique doit être favorisée par un régime convenable (diète, repos au lit) et par des adjuvants; tels sont les alcalins qui combattent la surcharge urique; il faut donner la préférence aux sels de potasse et de lithine. Enfin les purgatifs seront souvent employés avec fruit, mais il faut éviter les mercuriaux.

Il est des cas où le colchique ne peut pas être employé. La médecine n'est point pour cela complétement désarmée : il existe d'autres moyens auxquels on peut utilement recourir.

A l'intérieur, dans les accès aigus, on donne les narcotiques, surtout la jusquiame. On peut aussi prescrire l'opium, mais il a l'inconvénient de ralentir les sécrétions, ce qui entrave l'évolution régulière de la maladie.

On peut administrer aussi le sulfate de quinine.

Dans l'état chronique, le sulfate de quinine est encore utile; on peut recourir, de plus, à l'iodure de potassium et à la teinture ammoniacale de gaïac (20 à 40 gouttes).

A l'extérieur, on peut employer divers topiques. On a souvent fait des applications d'eau froide sur les jointures malades; rien n'est plus apte à provoquer les rétrocessions, comme nous l'avons déjà montré.

On prescrivait autrefois les sangsues *loco dolenti*. Ce moyen est aujourd'hui abandonné, car il affaiblit le malade et produit souvent des ankyloses.

Les narcotiques, et surtout l'atropine, peuvent être appliqués sur la jointure malade.

Les vésicatoires sont souvent utiles, soit dans les cas aigus, soit dans les cas sub-aigus. Un petit vésicatoire agit souvent d'une manière efficace au milieu d'un paroxysme (Todd, Cartwright). J'ai quelquefois employé cette méthode avec succès.

Enfin, on a quelquefois employé des moxas. On peut citer, à cet égard, l'exemple du chancelier William Temple.

III. *Traitement de l'état constitutionnel.*

L'indication par excellence serait ici de modifier la crase du sang, et d'empêcher la formation d'acide urique en excès. Ce serait là l'idéal du traitement; mais comment le réaliser? On ne peut guère agir dans ce sens qu'en combattant la dyspepsie, en prévenant les excès, en condamnant le malade à la diète, en le soumettant à un régime approprié.

Mais, une fois que l'acide urique est formé dans le sang, on peut combattre les effets qui en résultent. On doit favoriser l'excrétion de ce produit par les reins, et les remèdes ont ici une action puissante; on doit empêcher les dépôts d'urate de soude de se former dans les tissus, et lorsque ces dépôts existent déjà, on doit les dissoudre.

L'empirisme avait fait connaître un groupe d'agents qui répondent à ces indications longtemps avant que l'acide urique n'eût été découvert. Ces agents, ce sont les *alcalins*. Sous ce titre, on comprend :

1° Les alcalis (soude, potasse, lithine) et leurs carbonates. Ils ont une action marquée sur l'estomac pour en neutraliser l'acidité;

2° Les sels organiques (citrates, tartrates, etc.) à base alcaline;

3 Les phosphates de soude et d'ammoniaque, qui ont une réaction alcaline et une action spéciale sur l'excrétion urinaire.

On aurait tort de croire que tous les alcalins peuvent être indifféremment substitués les uns aux autres. Qu'on se rappelle à cet égard les expériences de MM. Cl. Bernard et Grandjeau, répétées plus tard par Guttmann (1). Ces observateurs ont constaté qu'un gramme d'un sel de potasse injecté dans les veines d'un chien de moyenne taille suffisait pour le tuer; 20 centigrammes suffisaient pour tuer un lapin. Pour obtenir les mêmes effets avec un sel de soude, il fallait une dose au moins trois fois plus forte.

Voyons donc quelle est l'action spéciale de chacune de ces substances prises séparément, et pour commencer par les deux bases les plus habituellement employées, comparons entre elles la potasse et la soude.

Les sels de potasse ont une action diurétique dont la réalité a été bien démontrée par Mitscherlich. Celle des sels de soude n'est pas aussi marquée.

L'action dissolvante de la potasse sur l'acide urique est bien plus énergique que celle de la soude. On sait que l'urate de potasse est beaucoup plus soluble que celui de soude. D'ailleurs, si vous plongez un cartilage incrusté d'urate de soude dans une dissolution de carbonate de potasse, vous constaterez une action

(1) Berlin. Klin. Woch. 1865.

dissolvante rapide : si vous le plongez, au contraire, dans le carbonate de soude, à peine obtiendrez-vous un effet appréciable.

Ainsi la potasse serait, *à priori*, plus efficace que la soude : cette dernière base est cependant avantageuse dans le cas où il existe une affection hépatique (Garrod).

Mais il est une substance encore peu connue, la *lithine*, qui paraît l'emporter à tous égards sur la potasse et la soude.

Cette base, qui a été découverte, en 1817, par Arfwedson, existe dans plusieurs eaux minérales, à Carlsbad, à Vals, à Vichy, à Baden-Baden et à Weilbach, où il existe une source nouvelle qui a reçu le nom de *Natrolithionquelle*, et qui renferme une forte proportion de cette substance.

L'analyse spectrale a permis à MM. Bunsen et Kirchkoff d'en constater la présence dans le lait et dans le sang de l'homme. Ce n'est donc pas une substance étrangère à l'organisme, et si la potasse existe dans les globules, la soude dans le sérum, la lithine se trouve aussi, quoique en faible quantité, dans le liquide nourricier de l'économie.

Ce nouvel agent répond à toutes les indications dont nous avons parlé. Son action diurétique est très-manifeste ; elle rend l'urine fortement alcaline et dissout avec énergie l'acide urique. Sous ce rapport, elle est bien supérieure à la potasse, car l'urate de lithine est le plus soluble de tous les urates.

Garrod s'est livré à l'expérience suivante : dans trois solutions contenant, la première, 5 centigrammes de carbonate de lithine; la seconde, 5 centigrammes de carbonate de potasse; la troisième, 5 centigrammes de carbonate de soude, pour 30 grammes d'eau, jetez des fragments d'un même cartilage imprégné d'urate de soude. Au bout de quarante-huit heures, la lithine a opéré une dissolution complète; la potasse a exercé une action très-légère ; la soude donne un résultat complétement nul.

L'urate de lithine est donc évidemment le plus soluble de tous les urates.

Quel sera le mode d'action des alcalins sur le sang dans la goutte ? Ils n'ont aucun pouvoir pour amoindrir la formation d'acide urique; ils ne sauraient pas non plus le *dissoudre*, comme on l'a prétendu, car il existe à l'état d'urate de soude. Mais, en rendant les tissus alcalins, ils peuvent s'opposer à la formation des dépôts; d'ailleurs, les carbonates de lithine et de potasse pourraient dissoudre les dépôts déjà formés, ce que ne peut faire le carbonate de soude. Au reste, leur influence serait inutile, s'ils n'avaient pas en même temps une action diurétique.

Voilà ce que dit la théorie : interrogeons maintenant l'expérimentation thérapeutique.

Les alcalins, surtout la potasse et la lithine, administrés à petites doses, à doses très-diluées, car l'action de l'eau est très-efficace, et surtout administrés pendant un long espace de temps, ont une action remarquable sur la goutte. Ils en éloignent les paroxysmes, ils dissolvent et réduisent les dépôts déjà formés, et donnent aux jointures plus de mobilité.

Le carbonate de lithine s'administre à la dose de 25 à 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Je l'ai prescrit moi-même jusqu'à la dose de 40 centigrammes, sans produire sur l'estomac aucun effet fâcheux.

Strickes (1) a réussi à guérir un goutteux qui présentait des dépôts tophacés en lui faisant prendre une imitation artificielle des eaux de Weilbach, d'après la formule suivante ;

Eau chargée d'acide carbonique	500 grammes
Bicarbonate de soude	25 —
Carbonate de lithine	10 —

Cette quantité représentait la dose journalière.

Schutzenberger emploie l'eau chargée de protoxyde d'azote et contenant un gramme de lithine par litre.

En prescrivant les alcalins d'après cette méthode, on parvient à les faire tolérer pendant plusieurs mois. Il ne se produit aucun inconvénient sérieux, lorsqu'on s'en tient aux doses que nous avons indiquées.

Il faut d'ailleurs savoir les cas auxquels le traitement alcalin est applicable. Il est formellement contre-indiqué :

1° Chez les sujets d'un âge avancé;

2° Chez ceux dont les reins, plus ou moins altérés, n'ont plus aucun pouvoir d'élimination;

3° Chez les individus qui, par une idiosyncrasie particulière, supportent mal les alcalins.

Les dangers de la saturation du sang par les alcalis ont été fort exagérés, en ce qui concerne du moins le bicarbonate de soude. Mon expérience personnelle est contraire à l'opinion généralement accréditée à cet égard. Mais, pour ce qui est de la potasse, je n'ai point eu l'occasion d'en étudier directement les effets.

Il nous reste à dire quelques mots des eaux minérales dans le traitement de la goutte; c'est là le complément naturel de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer.

D'une manière générale, les eaux chargées des principes salins précipitent les accès et déterminent la crise qu'il faut éviter.

Les eaux sont contre-indiquées chez les malades atteints d'affections organiques du cœur et des reins.

Quant aux sources alcalines (Vals, Vichy, Carlsbad, etc.), elles sont utiles surtout au début de la maladie chez les sujets robustes, et surtout chez ceux qui ont des affections du foie. Mais elles ne peuvent dissoudre les tophus, et sont absolument inutiles dans la goutte chronique, à moins qu'il n'existe de la dyspepsie.

(1) Virchow's Archiv. Bd XXXV.

Les eaux salines sulfureuses (Aix-la-Chapelle) ou simplement salines (Wiesbaden) conviennent à l'état torpide, aux cas atoniques; mais, comme nous venons de le dire, elles ont l'inconvénient de provoquer des accès.

Il existe des eaux indifférentes, à peine chargées, dans lesquelles le véritable principe actif est l'eau bue en grande quantité. Nous rangeons dans cette catégorie Wildbad, Töplitz, Gastein, Bath, Buxton et Contrexéville. Elles sont souvent utiles dans la goutte chronique.

Enfin, les eaux ferrugineuses (Pyrmont, Schwalbach, Spa) peuvent être utiles, dans le cas où le fer est indiqué.

Parlons maintenant des *toniques*, et des *reconstituants*. Ils ont une action indirecte sur la goutte, en modifiant l'état de l'estomac, en combattant l'atonie, et en relevant les forces.

On emploie avec succès la *décoction de feuilles de frêne* (*Fraxinus excelsior*); son emploi est recommandé par Pouget et Peyraud. On la prépare de la manière suivante :

Feuilles de frêne . . .	30 grammes.
Eau	1 litre.

Faites bouillir pendant 10 minutes.

On emploie aussi la gentiane (*Portland powder*) et le quinquina.

IV. *Traitement de l'affection locale, des tophus, et de la rigidité des jointures.*

L'exercice doit être prescrit aux goutteux: il tend à faire disparaître la rigidité; Sydenham l'avait déjà constaté.

Pour dissoudre les tophus, on peut pratiquer des lotions avec la potasse et la lithine: et, si les concrétions sont petites et superficielles, on peut ponctionner la peau pour les extraire, surtout lorsqu'elles sont demi-liquides. Mais, en général, lorsqu'elles sont larges, dures et profondes, il faut éviter toute opération ; il en résulte souvent des ulcères difficiles à cicatriser: d'ailleurs il peut survenir un érysipèle de mauvaise nature, chez les sujets atteints d'affections rénales.

Quand il s'est formé des ulcères spontanés, il faut évidemment les respecter.

V. *Traitement de la goutte anormale.*

Quand la goutte est rétrocédée à l'estomac, il faut avoir recours aux révulsifs sur les articulations, aux stimulants, aux cordiaux, à l'eau-de-vie: l'expérience a démontré l'utilité de ce traitement.

Quand il s'agit d'une goutte *mal placée*, (migraines, ophthalmies, etc.), le colchique est indiqué, d'après Watson, Holland et quelques autres auteurs.

VI. *Régime diététique.*

Le goutteux doit marcher, prendre de l'exercice: il doit être sobre dans son alimentation, mais sans rien exagérer, car autrement il tomberait dans la goutte atonique. On doit lui interdire rigoureusement la bière et les vins forts, mais on lui permettra le moselle, le bordeaux. Il pourra voyager; le changement de climat est souvent avantageux, d'après les médecins anglais; il pourra visiter l'Inde, l'Égypte, Malte et d'autres stations dans les pays chauds : mais cela ne dispense nullement d'observer le régime.

Il faut enfin régler l'hygiène de l'esprit, combattre l'irritabilité si naturelle à ce genre de malades, éviter la tristesse, la préoccupation et les excès de travail intellectuel.

VII. *Traitement du rhumatisme articulaire chronique.*

On peut dire que le traitement du rhumatisme articulaire chronique est encore moins efficace que celui de la goutte: nous sommes encore moins avancés sous ce rapport, et nous n'avons même pas le colchique pour combattre les accidents les plus aigus de la maladie.

Dans l'état aigu, les indications sont, à peu près, les mêmes que dans le rhumatisme articulaire aigu. On prescrit l'opium, le sulfate de quinine, les saignées locales, etc. Mais on ne peut pas arrêter la progression des accidents.

Les alcalins à haute dose sont moins efficaces, d'après Garrod. C'est cependant le traitement auquel j'aurais le plus de confiance, d'après mon expérience personnelle, en le combinant au quinine. C'est là, d'ailleurs, une médication purement empirique.

J'ai souvent prescrit de 30 à 40 grammes de carbonate de soude par jour, pendant plusieurs mois, avec des résultats avantageux. Jamais je n'ai vu se produire les symptômes d'une *dissolution du sang*, au contraire, les malades avaient une certaine tendance à engraisser. Par ce traitement, on arrive à leur procurer un certain soulagement; mais quelquefois il y a des rechutes.

La *teinture d'iode*, à l'intérieur, a été préconisée par M. le professeur Lasègue.

L'*arsenic* a été employé par Bardsley et Jenkinson. On se sert de la liqueur de Fowler, à la dose de 8 à 20 gouttes par jour. Ce médicament paraît avoir une action spéciale sur les jointures. J'en ai moi-même expérimenté les bons effets, dans un très-grand nombre de cas, mais je l'ai vu souvent échouer. Il y a quelques années, Beau et M. Guéneau de Mussy l'ont employé sous forme de bains.

L'*iodure de potassium* (Gaïac) a été quelquefois prescrit contre le rhumatisme chronique.

Chez les sujets chlorotiques ou débilités, le fer, l'huile de foie de morue peuvent avoir indirectement une influence utile, en modifiant l'état général.

Les moyens locaux les plus usités sont les vésicatoires, les badigeonnages avec la teinture d'iode, etc.

Quant aux eaux minérales, on a conseillé le Mont-Dore, Lamalou l'Ancien, Vals, Néris, Plombières ; ces trois dernières contiennent de l'arsenic, ce qui serait en faveur de leur efficacité.

Mais, il faut en convenir, le rhumatisme chronique est une affection que toutes les ressources de la médecine, dans la majorité des cas, ne parviennent pas à guérir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 3 septembre 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger. Etaient présentés : en 1re ligne, M. Bunsen (d'Heidelberg); en 2e, M. Brown-Sequard (de New-York); en 3e, M. Donders (d'Utrecht).

Au premier tour de scrutin, sur 39 votants, la majorité étant 20, M. Bunsen a obtenu 34 voix.
M. Brown-Sequard — 5

En conséquence, M. Bunsen est proclamé membre correspondant de l'Académie.

COMMUNICATION.

M. Stallberg (de Sibérie) lit un travail sur l'efficacité du koumiss (lait fermenté de jument) contre la phthisie pulmonaire.

Suite de la discussion sur la vaccination animale.

M. Depaul. Je dois maintenant parler des vaccinifères qui avaient fourni le virus inoculé ce jour-là. Comme je l'ai déjà dit, ils étaient deux. Le premier s'est trouvé parfaitement portant : c'était lui qui avait servi à la vaccination de la plupart des soldats.

Quant à l'autre enfant, je ne pus le voir, il était mort le lendemain du jour de la vaccination. Quand j'entrai chez sa mère, elle me dit ces mots, que je cite textuellement : « Est-ce qu'il aurait donné du mal aux autres? »

J'appris que cette femme était mariée, qu'elle habitait d'abord la campagne, et qu'obligée de venir à Paris, où elle se plaça comme concierge, elle avait mis cet enfant en nourrice, confiant la surveillance de la nourrice à un ami de son mari, un garde champêtre, qui lui écrivit bientôt après, ainsi qu'un autre, que la nourrice se conduisait mal, qu'elle avait une affection vénérienne, et qu'il était urgent de revenir lui reprendre l'enfant. La mère alla donc le chercher et le fit vacciner à l'Académie peu de temps après. Elle eut peur d'abord, quant je l'interrogeai, qu'il fût question pour elle de responsabilité, de dommages-intérêts, etc. Je la rassurai, et j'obtins des renseignements qui me prouvèrent que l'enfant était bien atteint d'une maladie vénérienne. Cette observation est donc complexe. On put remonter à la source, et on la trouva empoisonnée.

Du reste, les faits de syphilis vaccinale ne sont pas très-rares. Dans mon rapport de l'année dernière, M. Guérin aurait pu trouver une observation communiquée par un médecin du département de l'Allier, qui a fait dans son département plus de vingt-cinq mille vaccinations. Il s'agit d'un enfant qui avait été vacciné en même temps que huit autres, et qui, trois mois après, me fut ramené portant au bras une ulcération indurée qui remplaçait la pustule vaccinale, et une éruption syphilitique. Les autres enfants n'eurent rien. La vaccinifère était syphilitique, ainsi que sa mère, une femme qui lui avait donné le sein.

Une autre observation semblable me fut communiquée récemment par un médecin du Bas-Rhin. Il avait pris du vaccin sur un enfant dont la mère avait eu certainement la syphilis, comme le vaccinateur put s'en assurer par des renseignements fournis par un autre médecin qui l'avait soignée. Onze enfants furent vaccinés le même jour avec ce vaccin. Neuf eurent la syphilis; un seul y échappa; chez ce dernier le vaccin avait échoué complétement. L'enfant qui avait fourni le vaccin resta bien portant en apparence, sauf un gonflement qui survint trois mois après la vaccination, au point où avait existé la pustule, gonflement qui céda à quelques soins fort simples.

M. Guérin connaît beaucoup de genres de vaccin, dont un seul lui semble bon, et qu'il nomme le vaccin humain ; c'est-à-dire, selon lui, le vaccin qui s'est uni, combiné, conjugué avec le principe varioleux, qui existe chez l'homme. Eh bien, ce sont des hypothèses que je repousse ; je nie qu'il existe chez l'homme, à sa naissance, un principe varioleux : c'est là une vieille théorie qui me semble mal établie.

M. Guérin reproche à la commission de n'avoir pas suivi et observé les faits de vaccination animale. Ce que n'a pas fait M. Guérin à ce sujet, la commission l'a fait. Chacun des membres de la commission, sauf M. Guérin, est allé voir une série d'enfants vaccinés, les adresses des mères ont été prises, nous sommes allés à plusieurs reprises chez quelques-uns.

M. Guérin a eu des élans de générosité, il a proposé de prendre chez lui les animaux ; mais lorsqu'on lui eut dit ce que coûterait leur entretien, il n'a pas donné suite à sa proposition.

M. Guérin. J'ai proposé de garder chez moi les animaux; mais non de les nourrir, et la commission n'a pas fourni les fonds.

M. Depaul. Nous avions compris que vous vouliez les nourrir.

M. Guérin reproche à la commission de ne pas avoir établi si la vaccine animale pouvait remplacer la vaccine humaine. Mais elle n'avait pas à le faire.

M. Guérin dit que la vaccine animale produit plus tard ses effets; mais, si quelquefois la vaccination a été plus tardive, souvent on a observé le contraire. Ce n'est point une règle.

Il dit ensuite que la vaccination animale, plus tardive, dure moins longtemps. Où donc a-t-il trouvé cela ? En général, c'est tout le contraire.

Il ajoute que les effets en durent seulement quelques semaines; mais je pourrai lui citer des cas où ils ont duré plusieurs mois.

Il admet que les pustules sont plus grosses, s'entourent d'une auréole plus marquée. J'ajouterai que la vaccination animale est beaucoup plus énergique en tout ; je crois qu'elle a une influence beaucoup plus prolongée.

M. Guérin cite parallèlement le cowpox de Passy; mais j'en

avais aussi parlé, et je dois ajouter que ce cowpox n'avait pas été trouvé sur une vache. Une femme présentait des pustules sur la figure; elle était laitière; on s'aperçut qu'elle avait dû s'inoculer avec du cowpox, on adressa cette femme à M. Bousquet; on fit des inoculations qui restèrent d'abord sans résultat, puis produisirent une unique pustule, avec laquelle d'autres enfants furent vaccinés.

M. Guérin reproche à la commission de n'avoir pas inoculé du vaccin humain sur des vaches pour voir quel en serait le résultat. Mais elle n'avait pas à le faire. M. le docteur Alfredi (d'Elbeuf) qui emploie depuis vingt ans la vaccination animale, m'a récemment écrit une lettre sur ce sujet, lettre dans laquelle il établit qu'ayant inoculé sur des génisses le vaccin d'enfant, il l'avait ainsi régénéré; et que les premiers enfants qui furent inoculés avec le vaccin pris sur ces vaches ont eu des pustules plus grosses.

Si la commission n'a pas fait de revaccinations sur les enfants inoculés avec la vaccine animale, comme le lui reproche M. Guérin, moi j'en ai fait. J'ai non-seulement revacciné, dans mon service, des enfants que j'avais inoculés avec du vaccin animal; mais j'en ai même inoculé quelques-uns avec du virus varioleux, et ils sont restés indemnes.

M. Guérin. Combien de temps après.

M. Depaul. Les enfants que j'ai inoculés avec la variole avaient été vaccinés par moi six semaines avant. On doit me tenir compte de ces expériences, que je trouve suffisantes, et ne veux pas recommencer.

M. Guérin a cité des passages pris dans le compte rendu d'une séance de la Société médicale des hôpitaux; mais, dans cette même Société, on a rapporté des faits favorables à la vaccination animale. D'ailleurs, les remarques de médecins qui les cherchent dans leur mémoire, sont loin de valoir ce que vaudraient des observations recueillies avec soin et mises par écrit.

Je repousse donc les inductions qu'on pourrait tirer de cette discussion improvisée de la Société médicale des hôpitaux.

M. Empis a expérimenté sur des enfants nouveau-nés, chez lesquels la vaccination réussit bien plus rarement.

M. Guérin a déclaré que les rapports des médecins vaccinateurs d'arrondissement étaient défavorables; — mais il n'en est rien. Sur les vingt arrondissements, M. Guérin a pu se procurer neuf rapports; eh bien, ces rapports, lorsqu'on les examine, loin d'être défavorables à la vaccination, ou n'en parlent pas, ou la louent, ou demandent qu'on la rende possible dans toutes les mairies, ou enfin, tout au plus, citent des faits qui ne signifient pas grand'chose; par exemple, un succès par le vaccin humain chez un enfant qui avait été vacciné inutilement par le vaccin animal. Mais on observe constamment l'inverse. Un enfant peut être inoculé une première fois inutilement, et avec fruit une seconde, ou bien il s'agissait de revaccination.

Quant aux lettres des médecins de province qui demandaient du vaccin, lettres qu'on ne nous envoie pas en général, que je n'avais pas vues, je les ai consultées. Quelques médecins, en effet, ont demandé qu'on ne leur envoyât pas du vaccin animal, parce qu'il n'avait pas réussi; mais cela ne prouve absolument rien, car tout vaccin envoyé en province échoue souvent. Du reste, si ces documents prouvaient quelque chose, ils prouveraient plutôt en faveur du vaccin animal; car, pendant les quatre premiers mois où j'ai moi-même recueilli les lettres, où je les ai toutes reçues, on s'est plaint plus souvent du vaccin humain qu'on ne s'était plaint du vaccin animal pendant les huit mois précédents, d'après les lettres que d'autres ont recueillies, sans que je les visse.

Quant aux médecins de la Seine-Inférieure, ils ont fait les expériences les plus concluantes en faveur de la vaccination animale. M. Hélo, dont on a envoyé une lettre, avait lui-même écrit tout le contraire. Il était d'abord très-partisan de la vaccination animale, et le déclarait.

J'ai reçu, d'ailleurs, du même département, une lettre que je lirai dans la prochaine séance.

COMMUNICATION.

M. Van de Loo fait connaître à l'Académie les derniers perfectionnements qu'il a apportés à la confection des bandages plâtrés.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juillet 1867. — Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend la lettre suivante de M. le Dr Kuhn, de Gaillon (Eure):

« Je reçois à l'instant, par la *Gazette des Hôpitaux*, le compte rendu de votre séance du 3 juillet dernier, et de la discussion sur le fait intéressant communiqué par M. Depaul. Sans vouloir revenir sur ce fait ni sur les remarques auxquelles il a donné lieu, je me permettrai, quoique un peu tard, de revenir sur les observations que j'ai adressées, le 24 septembre 1861, à l'Académie impériale de médecine, dans une note qui se trouve entre les mains du rapporteur nommé à cette occasion (M. Gosselin), dont le rapport n'est pas encore fait.

» Cette note renferme, entre autres, une observation d'hydrorachis à travers le périnée, au-devant de l'anus. Le sujet était un fœtus monstrueux, du genre *agénosome* (G. St. H.), c'est-à-dire sans trace extérieure visible d'organes génito-urinaires, de telle façon que la poche devait et surtout pouvait en imposer pour un scrotum.

» Ce fait, que j'ai observé et disséqué en 1837, est remarquable en ce que, malgré son siége au-dessous du périnée, la poche renfermait tous les éléments de l'hydrorachis central, c'est-à-dire formée par une accumulation de liquide dans l'épaisseur de la moelle. De cette façon, les parois de la poche comprenaient, non-seulement les téguments et les méninges, mais leur surface interne était encore tapissée par la moelle elle-même, distendue par le liquide et formant une mince pellicule accolée aux méninges, et des deux côtés de laquelle on voyait se détacher les dernières paires spinales, qui, de leurs points d'émergence, remontaient de *bas en haut* pour gagner leurs trous de conjugaison respectifs, en d'autres termes, c'était la queue de cheval à rebrousse-poil.

» Sans m'étendre ici davantage sur les causes et sur le mécanisme de l'élongation extraordinaire, dans certains cas, du spina bifida central, circonstances que j'ai abordées dans la *note* ci-dessus indiquée, je pense que mon observation (dont le sujet, appartenant à M. J. Guérin, doit encore exister au musée de Clamart) suffit, et au delà, pour établir la possibilité du siége de poches hydrorachiques au périnée.

» La proposition XI de ma note, adressée à l'Académie, relate un fait que je crois avoir découvert et qui me paraît de nature à jeter quelque jour sur certains points encore obscurs de l'étiologie des tumeurs qui font l'objet de vos discussions. Voici cette proposition: »

« L'on rencontre chez beaucoup de sujets, et notamment chez ceux » qui naissent avec des difformités musculaires des membres inférieurs, une *dépression infundibuliforme*, espèce de cicatrice en » cul-de-poule, quelquefois très-profonde, toujours infiniment adhérente aux tissus fibreux de la colonne, et se continuant avec la » membrane qui revêt l'orifice inférieur du canal sacré. Elle est toujours située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation » sacro-coccygienne.

» La conformation singulière de cette cicatrice et son adhérence » avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal rachidien, » permettent de supposer, non sans quelque raison, qu'elle est la » trace d'une ancienne hydrorachis périphérique des premiers temps » de la vie embryonnaire, ayant été ouverte et puis cicatrisée.

» Cette disposition est très-commune: on la rencontre une fois » sur quatre ou cinq individus; dans les établissements orthopédiques, la proportion est d'au moins un sur trois. »

« Je crois inutile, en présence des compétences toutes spéciales de la Société impériale de chirurgie, d'insister plus longtemps sur l'importance et la portée de ces faits relativement à l'étiologie des tumeurs actuellement en discussion.

» Dr F. A. Kuhn. »

M. Tarnier. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie, une brochure intitulée: *Un mot de réponse à la dernière brochure du Dr Chassagny*, par le docteur Berne, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur adjoint à l'École de médecine de Lyon. Le titre de ce travail fait penser à une polémique qui se serait élevée entre M. Berne et M. Chassagny; on sait, en effet, que c'est à Lyon qu'est née la méthode des tractions mécaniques, continues, appliquées à la terminaison des accouchements difficiles, et tandis que M. Chassagny s'en déclare le partisan zélé, M. Berne n'en admet l'emploi qu'avec un assez grand nombre de restrictions. Ce débat a fourni à M. Berne l'occasion de publier la brochure que je présente à la Société et d'insérer dans ce travail, deux observations de rétrécissement du bassin où l'accouchement fut terminé heureusement par la version. Ces faits ont une valeur incontestable, et sans préjuger la question, je puis dire qu'ils fourniront des documents importants pour la solution de la meilleure opération à appliquer dans les accouchements avec rétrécissement du bassin. Vous connaissez tous M. Berne, la position qu'il occupe à l'École de Lyon, et la notoriété qui s'attache à son nom est une garantie de la valeur scientifique des travaux qu'il nous envoie.

Dilatation variqueuse des lymphatiques.

M. Léon Labbé présente, au nom de M. Théophile Auger, ancien interne des hôpitaux, pour le concours du prix Duval, une thèse intitulée: *Des tumeurs érectiles lymphatiques* ou *adéno-lymphocèles*. Dans ce travail, M. Anger a étudié, d'une façon beaucoup plus complète que ses devanciers, les tumeurs dues à la dilatation des vaisseaux des ganglions lymphatiques. Au début de ses recherches, il a constaté que les vaisseaux qui constituent les ganglions lymphatiques présentent des dispositions anatomiques qui n'avaient pas encore été signalées jusqu'à ce jour. Il a démontré que ces vaisseaux ne ressemblent en rien aux troncs lymphatiques. Les tubes cylindriques qu'ils représentent sont, à l'intérieur, cloisonnés en tous sens, par des lamelles minces qui leur donnent un aspect feutré, assez analogue à celui des sinus de la dure-mère. Au centre de ces cloisons, on aperçoit facilement un vaisseau sanguin dirigé dans l'axe du vaisseau lymphatique. C'est cette disposition normale, fort exagérée, que l'on retrouve dans les tumeurs dues au développement anormal des vaisseaux des ganglions lymphatiques, et cette disposition anatomique justifie la dénomination de *tumeurs érectiles lymphatiques*.

M. Labbé, ayant pris connaissance du compte rendu de la précédente séance, a été étonné de voir M. Verneuil donner des tumeurs lymphatiques la classification suivante: 1° varices du réseau superficiel; 2° varices des troncs lymphatiques; 3° varices intra-ganglionnaires; parce que M. Verneuil, dans un article publié récemment dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, avait donné de ces mêmes tumeurs une autre classification, dans laquelle il reconnaissait les trois espèces suivantes: 1° dilatation du réseau lymphatique superficiel ou intra-dermique; 2° dilatation des troncs sous-cutanés; 3° dilatation des troncs sous-aponévrotiques. Ces deux classifications ne se correspondent pas; il est bien évident que, dans la seconde, la première en date, il n'est pas question de la dilatation des vaisseaux intra-ganglionnaires. Or, dit M. Labbé, l'on sait que c'est à M. Nélaton qu'est due la première description de ces tumeurs lymphatiques intra-ganglionnaires. L'examen d'une pièce anatomique, qu'il fit en commun avec M. Sappey, lui démontra le siége réel de la dilatation lymphatique. Le travail de M. Anger fait encore mieux connaître l'anatomie pathologique de ces lésions, mais il a eu pour point de départ les recherches de M. Nélaton.

Après le fait de M. Nélaton se place celui, communiqué en 1864, à la Société de chirurgie, par M. U. Trélat; aussi M. Labbé a-t-il été étonné de voir ce chirurgien ne pas insister davantage, dans la dernière séance, sur la différence qui existe entre la dilatation des vaisseaux intra-ganglionnaires et celle des troncs lymphatiques. Le fait de M. Trélat a bien fait voir quelle gravité présentaient ces tumeurs lorsqu'elles s'enflamment. Son malade avait été opéré d'une très-petite fistule à l'anus, et il succomba aux suites de l'inflammation propagée aux tumeurs inguinales, puis aux troncs et aux ganglions lymphatiques intra-abdominaux.

Ces tumeurs s'observent rarement. On a prétendu qu'elles se développaient seulement chez les individus habitant les pays chauds, mais ce n'est pas une règle générale, et le malade, sujet de la principale observation du travail de M. Anger, n'a jamais quitté le nord de la France.

M. Léon Labbé termine sa communication par la présentation d'un malade normand d'origine (l'observation de ce malade est reproduite dans la thèse de M. Anger), qui porte dans les deux régions inguinales des tumeurs lymphatiques ganglionnaires. Au niveau du périnée existe en même temps une dilatation des troncs lymphatiques qui se rendent aux ganglions inguinaux, ce qui permet d'étudier comparativement et de bien voir la différence qui existe entre les tumeurs formées par la dilatation des troncs lymphatiques et celles constituées par la dilatation des vaisseaux des ganglions. Chez ce malade, on peut voir, au niveau de la partie droite du cou, les restes d'une tumeur analogue qui a considérablement diminué de volume, vraisemblablement par suite de la disparition du tissu adipeux qui entourait la tumeur. Le malade, qui avait autrefois beaucoup d'embonpoint, est réduit aujourd'hui à un assez grand état d'amaigrissement.

M. Trélat. Dans la dernière séance, j'ai donné mon avis sur le malade que nous présentait M. Verneuil; ce n'est qu'incidemment et sans vouloir les décrire que j'ai parlé des diverses espèces de varices lymphatiques. Je présenterai une simple remarque. On peut certainement considérer les tumeurs observées par M. Nélaton comme étant constituées par la dilatation des réseaux ganglionnaires. Quant aux observations d'Amussat, de Breschet, celle que j'ai rapportée moi-même, on ne peut soutenir qu'il s'agisse seulement d'une affection ganglionnaire. Dans ces trois cas, outre les dilatations portant sur les vaisseaux des ganglions on observait des varices de tous les troncs lymphatiques; je ne comprends donc point l'utilité de décrire à part une variété de varices lymphatiques qui siégeraient dans les ganglions.

Il y a, dans la communication de M. Labbé, un point intéressant, relatif à l'étiologie des tumeurs lymphatiques. Jusqu'ici on avait toujours invoqué l'origine insulaire de ces varices; cependant la malade observée par M. Gubler avait toujours habité la France, elle n'avait fait qu'un simple voyage à l'île Bourbon. Le malade présenté par M. Labbé n'a jamais quitté la France, et ce fait démontre que les varices lymphatiques ne constituent pas une maladie qui serait exclusive aux pays chauds.

M. Labbé accorde à M. Nélaton la priorité dans la détermination des varices lymphatiques. Lorsqu'on a lu la thèse de M. Binet et les diverses observations déjà mentionnées, on acquiert la conviction qu'il n'y a dans tout cela rien de nouveau. M. Nélaton a bien mis en lumière les caractères de certaines tumeurs lymphatiques, il a bien démontré les dangers qui sont inhérents à cette maladie, mais il y a une parenté tellement étroite entre les faits anciens et les observations modernes, qu'il me paraît équitable de reporter sur Amussat et Breschet l'honneur d'avoir décrit les premiers les tumeurs formées par des vaisseaux lymphatiques dilatés.

Je reviens au malade de M. Verneuil. En comparant sa maladie à celle qu'offre le sujet présenté aujourd'hui par M. Labbé, on peut bien se rendre compte de la grande différence qui existe entre ces deux cas pathologiques. M. Després, après diverses citations, nous a mentionné les travaux de Virchow; j'ai lu le *Traité des Tumeurs*, et j'ai constaté que Virchow a des opinions confirmatives de celles que j'ai développées. Il range les éléphantiasis parmi les fibrômes, et il dit que dans ces hypertrophies on observe diverses manifestations, telles qu'ulcérations, obstructions et dilatations des lymphatiques, fistules lymphatiques, etc. On trouve même la dénomination suivante: éléphantiasis avec lymphorrhagie.

En somme, Virchow a décrit l'histoire de la maladie dont M. Verneuil nous a montré un exemple. Pour l'auteur allemand, c'est l'hypertrophie du tissu fibreux qui apparaît primitivement, les lésions lymphatiques ne sont que consécutives.

M. Verneuil. Il est vrai, comme l'a dit M. Labbé, que je n'ai point donné de nom aux dilatations des lymphatiques ganglionnaires. Cela tient à ce que cette variété de varices lymphatiques n'a point été démontrée par des faits positifs. J'ai décrit sous le nom de varices lymphatiques profondes la dilatation simultanée des lymphatiques de la paroi abdominale et des ganglions correspondants; j'ai même imaginé une théorie ayant pour but d'expliquer comme quoi les varices procéderaient des vaisseaux de la cavité abdominale vers les ganglions.

Il y a une telle analogie entre les faits anciens et ceux qui ont été observés par M. Nélaton et ses élèves, que la priorité doit être attribuée à Amussat et à Breschet.

Je répondrai à M. Trélat que je trouve une certaine analogie entre mon malade et celui de M. Labbé. Je ne puis m'empêcher d'établir un rapprochement: Quelle différence y a-t-il entre les varices ampullaires de la veine saphène et ces varices qui s'accompagnent d'éléphantiasis du membre? Cependant ce sont toujours des varices. Je pense qu'il en est de même pour les dilatations lymphatiques, et, dans cette hypothèse, il y aurait les varices lymphatiques simples et les varices avec hypertrophie éléphantiasique.

Deux mots maintenant pour vous signaler un fait relatif à mon malade. Depuis qu'il vous a été présenté, cet homme a eu divers accidents: une varice lymphatique s'est rompue, et le lit a été littéralement inondé. A la suite, nous avons observé un frisson et des rougeurs qui trahissaient l'inflammation des lymphatiques. Cette angioleucite a rendu apparents des réseaux exagérément développés, mais les ganglions n'ont point été pris, ce qui ferait admettre l'oblitération des troncs lymphatiques.

M. Labbé. Je persiste dans l'opinion que j'ai émise: il ne me paraît pas possible d'attribuer à Amussat la découverte des tumeurs lymphatiques; il ne suffit point d'observer un fait, il faut encore l'interpréter. Follin dit très-nettement, dans son livre, que jamais Amussat n'a pensé à autre chose qu'à la dilatation des troncs lymphatiques. Nulle part, même dans les auteurs classiques, il n'est question de tumeur formée par la dilatation des réseaux lymphatiques ganglionnaires, et c'est M. Nélaton qui, le premier, a décrit cette variété importante de varices lymphatiques. La pièce qui a été déposée au musée par M. Trélat a été utilisée par M. Anger, et l'on a bien constaté la dilatation des réseaux ganglionnaires. M. Robin a vérifié l'exactitude de ce fait anatomique. Comme M. Verneuil, je reconnais qu'il y a de l'analogie entre tous les faits qui ont été cités à plusieurs reprises, mais l'interprétation des auteurs a beaucoup varié. Quant à la dilatation concomitante des réseaux ganglionnaires et des troncs qui se rendent à ces ganglions, je suis loin de la nier, et on l'observe chez le malade que j'ai présenté.

M. TRÉLAT. Il est bien certain qu'Amussat s'était trompé; il avait fait une erreur de diagnostic; mais l'anatomie pathologique n'a rien laissé à désirer, la lésion a été bien interprétée et ce fait a été le point de départ des recherches ultérieures. On ignorait à cette époque l'existence des réseaux lymphatiques ganglionnaires, il est donc tout naturel que leur dilatation n'ait point été mentionnée.

M. VERNEUIL. La question peut facilement être précisée. Existe-t-il une observation qui démontre que les varices lymphatiques se développent primitivement et isolément dans les ganglions lymphatiques? je ne le crois pas. Au contraire, la dilatation simultanée des réseaux ganglionnaires et des troncs afférents est démontrée par l'autopsie. Jusqu'à démonstration il me paraît inutile d'admettre l'adénolymphocèle.

M. DESPRÉS. On ne peut démontrer que l'éléphantiasis soit le résultat des dilatations du système lymphatique, mais ces deux maladies sont corrélatives. Chez le malade de M. Verneuil, l'hypertrophie a été précédée d'inflammation des vaisseaux lymphatiques et vous avez pu voir les traces d'un bubon suppuré. N'y a-t-il qu'une coïncidence, je l'ignore; cependant je serais disposé à admettre qu'il s'agit d'une affection primitive des vaisseaux lymphatiques.

M. TRÉLAT. On a observé des varices lymphatiques anciennes sans hypertrophie éléphantiasique des membres. Pour conclure comme l'a fait M. Després, il faudrait des faits et je pense, pour ma part, qu'il est sage de rester dans le doute.

M. LABBÉ. Si comme le disait M. Trélat, Amussat et les auteurs qui l'ont suivi, ignoraient l'existence des réseaux ganglionnaires, cette circonstance est une preuve que les varices de ces réseaux ont été trouvées récemment. Il existe des varices lymphatiques qui portent tantôt sur des troncs, tantôt sur des réseaux; pourquoi M. Verneuil se refuserait-il à admettre les varices limitées aux ganglions. Je ne puis accepter pour ma part que les varices ganglionnaires soient la conséquence nécessaire de la dilatation des troncs afférents.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la racine du nez.

M. HOUEL présente à la Société un homme d'une trentaine d'années qui porte à la racine du nez, entre les deux yeux, et s'étendant jusque dans la région frontale, une tumeur oblongue qui a le volume environ d'un gros œuf de pigeon. Cette tumeur est irrégulière à sa surface, bosselée et sans changement notable de couleur à la peau; les bosselures sont au nombre de deux principales, l'une est située sur la racine du nez, l'autre à la partie inférieure de la région frontale. Si on applique la main sur les tumeurs, on constate d'une manière évidente qu'elles battent, qu'il existe même un mouvement d'expansion assez marqué et l'application du stéthoscope fait reconnaître l'existence d'un bruit de souffle intermittent des plus évidents.

De chaque côté du nez se rendant dans la tumeur, on voit battre sous la peau les deux branches terminales dilatées des artères faciales, qui, au niveau de l'angle interne de l'œil s'anastomosent avec la branche dilatée de l'ophthalmique de Willis. Une compression exercée au niveau de l'anastomose de ses branches, fait cesser tous les battements de la tumeur, ainsi que le bruit de souffle, et si la tumeur est comprimée en même temps, on constate qu'elle est en partie réductible, car il reste une portion de la masse qui ne peut disparaître. La compression des deux carotides primitives ne modifie en rien les battements et le bruit de souffle.

Avec ces symptômes, la première idée qui se présente, c'est qu'il s'agit ici d'une tumeur érectile, mais le siége de la tumeur et certains caractères de son évolution font craindre à M. Houel que derrière il n'existe un encéphalocèle, c'est pour cette dernière raison qu'il demande l'avis de la Société. Ce qui fait admettre à M. Houel la possibilité d'un encéphalocèle à la surface duquel existerait une circulation plus active, comme cela a été déjà observé plusieurs fois, c'est que, en interrogeant le malade avec soin on arrive à constater d'après le dire des parents, que dès l'âge de deux ans il portait à la racine du nez une petite tache rouge sous laquelle existait une tumeur faisant un léger relief. Cette tache et la tumeur seraient restées longtemps stationnaires, et depuis six ans seulement elles auraient grossi insensiblement de manière à prendre le volume qu'elles présentent aujourd'hui. Cette dernière circonstance serait cependant en faveur de l'existence d'une tumeur anévrysmale.

M. TARNIER. Les tumeurs de la racine du nez ont donné lieu à des erreurs graves, surtout lorsqu'il s'agissait d'enfants nouveau-nés. Dans le cas actuel, on a affaire à une tumeur qui n'a pris naissance qu'après la seconde année. Une tumeur traitée à la Clinique par M. Dubois, fut déclarée de nature érectile; M. Nélaton admit l'existence d'un encéphalocèle, enfin, M. Velpeau exprima une troisième opinion, qui fut confirmée par l'opération; il s'agissait d'un fibrôme.

M. TILLAUX. J'ai observé le malade qui vous est présenté en ce moment conjointement avec M. Gosselin; nous sommes tombés d'accord pour admettre l'existence d'une tumeur érectile artérielle. Dans ce cas, on pourrait employer les injections coagulantes.

M. LEFORT. La marche de cette tumeur, les symptômes auxquels elle donne lieu, tout est en faveur d'une tumeur érectile.

M. HOUEL. Quand on comprime l'artère faciale, le souffle disparaît et la tumeur se réduit, mais la compression de la carotide primitive est sans influence sur la tumeur; c'est là un fait qui attend son explication.

M. MARJOLIN. Il serait désirable de connaître à quelle époque ont apparu les battements dans la tumeur.

M. HOUEL. Les battements existent depuis douze ou quinze ans; la tumeur, qui était restée stationnaire, grossit depuis six ans.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. le docteur Lazarewitch présente une série d'instruments destinés aux opérations obstétricales.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

Le concours pour les prix de fin d'année de la Faculté de Montpellier a donné les résultats suivants :

1[re] *année*. Prix : M. Urdy.—1[re] mention honorable : M. Pizot; 2[e] mention honorable, M. Cade.
2[e] *année*. Prix : M. Alquier. Mention honorable : M. Domec.
3[e] *année*. Prix : M. Martin.
4[e] *année*. Prix : M. Descola.

— On demande un médecin dans un chef-lieu de canton, station de chemin de fer à 4 kilomètres de Paris.

S'adresser à M. F. Pelez, rue de la Ferme-des-Mathurins, 7, à Paris, de midi à une heure.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. —Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 107. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 12 SEPTEMBRE 1867. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 11 SEPTEMBRE 1867.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Étiologie du rhumatisme articulaire (1).

(Leçon recueillie par M. le Dr. Ball.)

Messieurs,

L'étude des causes qui président au développement du rhumatisme articulaire, va fournir de nouvelles preuves à l'appui de l'opinion que nous avons toujours soutenue.

En effet, sur le terrain de l'étiologie, nous verrons les diverses formes de cette maladie se rapprocher et se confondre : nous les verrons s'éloigner, au contraire de la goutte : et nous constaterons ainsi que les types en apparences si divers, que nous avons décrits jusqu'ici, reconnaissent, au fond, une commune origine.

Il ne faut cependant pas oublier que, d'après quelques observations, le rhumatisme articulaire peut créer par voie d'hérédité, une prédisposition à la goutte : et la réciproque de cette proposition paraît être également vraie.

I. *Pathologie historique et géographie médicale.* — Nous avons déjà constaté, en étudiant l'histoire de la goutte, que le rhumatisme articulaire avait fort peu attiré l'attention des médecins de l'antiquité, dont les descriptions se rapportent presque exclusivement à la goutte : ils confondaient d'ailleurs cette dernière affection avec le rhumatisme, sous le nom de *maladie articulaire* (*articulorum passio*). Baillou est le premier auteur qui ait signalé le rhumatisme comme une maladie à part : et ce qui prouve que cette distinction mit un certain temps à s'établir, c'est qu'elle n'est point encore admise dans les premières éditions de Boerhaave.

Le silence des anciens a fait supposer à quelques auteurs que le rhumatisme n'existait pas avant les temps modernes. Mais les ossements retrouvés dans les fouilles de Pompéi, nous ont procuré sous ce rapport des renseignements plus positifs que ne peut en fournir la littérature médicale. Dans plusieurs cas, on a constaté, sur ces débris humains, les lésions qui caractérisent le rhumatisme chronique. On trouve, à cet égard, de précieux renseignements dans l'*Osteologia Pompeiana*, du professeur Delle-Chiaje, de Naples. Les figures qui sont jointes au texte ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit du lecteur.

La *géographie médicale* du rhumatisme est encore à faire. Sous l'influence de certaines idées préconçues, il s'est établi une confusion regrettable entre toutes les maladies qui reconnaissent le *froid* pour origine : et l'on comprend combien la tâche de la critique devient difficile lorsqu'il s'agit de contrôler les observations recueillies dans des régions lointaines.

Il paraît cependant établi que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie qui appartient plus spécialement aux climats tempérés : elle est inconnue dans le voisinage immédiat des pôles et de l'équateur. Cependant, on rencontre assez souvent cette affection dans les climats chauds: elle est fréquente en Égypte, d'après Prunet-Bey, et aux Indes-Orientales, d'après Webb : dans ce dernier pays, elle se complique souvent d'endo-péricardite.

Au cap de Bonne-Espérance, dans la patrie du géranium, l'armée anglaise fournit une proportion de *cinquante-sept* rhumatisants sur 1,000 malades; tandis que sous le climat rigoureux de la Nouvelle-Écosse, sur le même chiffre de malades on ne rencontre que *trente* rhumatisants.

Pour ce qui touche au rhumatisme articulaire chronique, on ne possède aucun renseignement précis. Il est certain, du moins, qu'il abonde dans les pays tempérés, en Angleterre, en Irlande, en France, en Allemagne, et dans toute l'Europe centrale. Mais il paraît exister aussi dans les pays chauds. Aux Indes, Malcolmson en a signalé l'existence chez les Cipayes : et j'ai constaté moi-même qu'il était assez fréquent à Naples.

II. *Hérédité.* — L'étude de cette question offre une grande importance pour la théorie du rhumatisme, car les affections héréditaires ne sont pas des maladies accidentelles, passagères, elles tiennent à la constitution même du sujet; nous le voyons bien pour la goutte.

(1) Par une erreur de mise en pages, cette clinique se trouve placée après la leçon sur le traitement. Sa publication complète la série des leçons de M. Charcot.

Les statistiques de Chomel et Requin établissent ici la fréquence de la transmission héréditaire : malheureusement ces auteurs ont confondu le rhumatisme avec la goutte. Mais Fuller, qui tient compte de la distinction, a constaté la transmission héréditaire du rhumatisme 96 fois sur 300, ce qui donne une proportion de 29 pour 100; pour la goutte, la proportion est de 50 pour 100.

Pour le rhumatisme articulaire chronique, de nouvelles recherches seraient indispensables. Toutefois, ce qu'on sait tend à établir que cette affection procède souvent par voie d'hérédité, soit du rhumatisme aigu, soit directement du rhumatisme chronique.

Il faut cependant établir ici une distinction entre les trois types que nous avons décrits.

Pour le *rhumatisme noueux*, il ne saurait exister aucun doute à cet égard. Sur quarante-cinq cas de ce genre, M. Trastour a constaté que dix fois le père ou la mère étaient rhumatisants, et trois fois les femmes malades avaient des enfants déjà frappés de rhumatisme articulaire. J'ai recueilli moi-même une intéressante observation de ce genre. Il existe en ce moment à la Salpêtrière une femme atteinte de rhumatisme noueux, dont la *fille* et la *petite-fille* éprouvent déjà des douleurs dans les petites jointures. Voilà donc trois générations simultanément atteintes de la même affection.

Pour le *rhumatisme d'Heberden*, l'hérédité me paraît bien établie d'après mes observations personnelles; c'est là bien souvent une affection de famille.

En ce qui concerne le *rhumatisme chronique partiel*, la question est encore à l'étude, et je ne saurais me prononcer là-dessus.

III. *Age.* — La période classique du *rhumatisme articulaire aigu* s'étend de quinze à trente ans; mais cette affection n'est pas rare aux premières années de la vie; on la voit se développer chez des enfants de cinq à dix ans; et, d'après West et la plupart des auteurs, les maladies du cœur sont plus fréquentes chez les jeunes rhumatisants que chez les sujets plus âgés.

Nous avons ici une différence à signaler entre le rhumatisme et la goutte, qui ne se développe guère avant l'âge de vingt ans, comme nous l'avons déjà fait observer.

La forme aiguë du rhumatisme articulaire se présente rarement après l'âge de cinquante ans. Sur cent quatre-vingt-dix-neuf cas, Macleod ne l'a vu se développer qu'une seule fois après l'âge de cinquante cinq ans ; et Fuller, sur deux cent quatre-vingt-neuf cas, n'en a vu que sept après cinquante ans.

J'ai moi-même observé deux faits de ce genre après soixante-dix ans. Il s'agissait dans le premier cas, d'un rhumatisme aigu léger : dans le second, il s'était développé un rhumatisme subaigu fébrile, d'une grande ténacité.

Pour le *rhumatisme noueux*, nous avons démontré, M. Trastour et moi, qu'il est deux périodes de la vie où l'on est plus particulièrement exposé à subir ses atteintes. C'est de vingt à trente ans, époque de développement complet, et de quarante à soixante ans, époque de la ménopause, que cette affection se développe le plus volontiers. Haygarth avait donc commis une erreur, en rattachant presque exclusivement le rhumatisme chronique à la ménopause.

Néanmoins cette maladie peut se montrer, soit avant, soit après les époques que nous venons de signaler. Nous possédons plusieurs observations qui en fournissent la preuve.

Le *rhumatisme partiel*, et surtout l'*arthrite déformante* ne se rencontrent pas chez des sujets avancés en âge; néanmoins on en a vu des cas au-dessous de trente ans.

Quant aux *nodosités d'Heberden*, on les rencontre surtout dans l'âge sénile : elles sont très-rares chez les jeunes sujets, si toutefois elles existent.

IV. *Sexe.* — Les hommes sont plus sujets que les femmes au *rhumatisme articulaire aigu*. Cependant il n'existe pas, sous ce rapport, une différence bien prononcée.

Le *rhumatisme noueux* est incomparablement plus fréquent chez les femmes (Trastour, Vidal). Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les habitants de Bicêtre aux femmes infirmes de la Salpêtrière.

Le *rhumatisme partiel* est peut-être plus commun chez les hommes; c'est ce qui a lieu surtout pour l'arthrite déformante.

Les *nodosités d'Heberden* paraissent être plus fréquentes dans le sexe féminin ; mais ce point n'est pas encore bien élucidé.

V. *Causes extérieures.* 1° *Froid humide.* — L'impression brusque et passagère du froid ne peut être considérée que comme une cause occasionnelle, et nullement comme une cause spécifique du rhumatisme. Il ne faut point imiter l'erreur d'Eisenmann, qui, sous le nom d'*Erkaltungskrankheit* (*Maladie par refroidissement*), a écrit un ouvrage dans lequel le rhumatisme embrasse la pathologie tout entière, ou peut s'en faut.

Il est certain, toutefois, que chez les sujets prédisposés, le froid jouit d'une grande puissance pour développer, soit le rhumatisme articulaire aigu, soit le rhumatisme chronique, à évolution rapide.

Mais nous sommes loin de contester l'influence d'un *séjour prolongé dans une habitation humide.* Nous reconnaissons au contraire, qu'il s'agit là de la cause la plus efficace, soit du rhumatisme articulaire aigu, soit surtout du rhumatisme noueux.

Les trois-quarts environ des femmes atteintes de cette dernière maladie, la rattachent à l'influence prolongée du froid humide. En affirmant que cette condition est constante, Beau a exagéré, sans doute, une vérité incontestable : mais il est certain que cette cause existe dans la majorité des cas.

Des habitations au rez-de-chaussée, des chambres humides et sombres, des draps mouillés, des papiers tombant des murs, de vraies demeures de Troglodytes, telles sont les conditions que Beau a rencontrées à Chantilly, et qui se retrouvent chez la plupart des sujets atteints de rhumatisme chronique. En outre, la plupart des malades ont séjourné longtemps dans ces tristes habitations, pendant quatre, six, huit et même *dix ans.*

Et pourtant, d'une manière générale, la maladie n'éclate pas brusquement; il y a le plus souvent une période d'incubation, pendant laquelle les sujets n'éprouvent que des douleurs musculaires vagues. Souvent la maladie n'éclate que trois ou quatre ans après la cessation de la cause.

On ne saurait contester l'influence de la *misère*, et d'une mauvaise alimentation sur le développement du rhumatisme; nul doute que le régime des *workhouses* n'y prédispose les indigents, en Angleterre et en Irlande, malgré l'opinion contraire de Haygarth.

Les *causes traumatiques*, comme pour la goutte, peuvent déterminer à la fois l'explosion de la maladie, et le siége primitif qu'elle doit occuper. Pour en citer un exemple historique, nous rappellerons les conséquences de la blessure de Garibaldi. Nous possédons plusieurs observations dans lesquelles le rhumatisme aigu ou chronique s'est développé à la suite d'un coup, d'une chute, d'un phlegmon, d'un panaris, en débutant par l'articulation la plus voisine du point lésé.

VI. Les *causes pathologiques* agissent souvent à la manière des accidents extérieurs. On voit le rhumatisme articulaire se développer à la suite d'un *érysipèle*, d'une *angine*, d'une *scarlatine*; mais c'est surtout la *blennorrhagie* dont les rapports avec le rhumatisme ont attiré l'attention dans ces derniers temps.

Existe-t-il un rhumatisme blennorrhagique? C'est là une question qui mérite de nous arrêter un instant.

Le plus souvent, il se manifeste quelques arthropathies subaiguës, au nombre de deux ou trois, avec coïncidence d'iritis (Rollet); c'est là le type classique de l'arthrite blennorrhagique.

Mais on voit aussi le rhumatisme articulaire aigu, avec endocardite, survenir à l'occasion d'une simple chaudepisse. (Lorain, Brandes.)

Enfin, le rhumatisme chronique, avec déformation des jointures, peut aussi se développer à l'occasion de cette maladie. (Garrod, Lorain, Broadhurst, Rousseau.)

Comment interpréter ces faits? S'agit-il toujours ici de manifestations rhumatismales? Non, sans doute. Nous savons que les arthropathies consécutives aux fièvres ne sont pas toujours liées à cette diathèse. Les manifestations articulaires de la morve, de la variole, de l'infection purulente, ne sont pas rhumatismales. Il peut donc se faire qu'il y ait des arthrites scarlatineuses ou blennorrhagiques indépendantes du rhumatisme. Mais souvent l'affection articulaire qui naît dans ces circonstances *est bien le rhumatisme*, développé consécutivement à des affections qui ont aussi, dans certains cas, le pouvoir de frapper directement ces jointures pour leur propre compte.

VII. *Fonctions utérines.* — Tous les auteurs ont reconnu l'influence exercée par les fonctions de l'appareil génital chez les femmes sur le développement des diverses formes du rhumatisme articulaire. Cela est vrai, non-seulement pour la forme aiguë, mais encore pour la forme chronique de la maladie.

En effet, l'apparition des règles, la ménopause, la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral, l'allaitement, voilà, pour les femmes, des causes qui exercent une puissante influence sur le développement du rhumatisme articulaire.

La chlorose, la dysménorrhée, la suppression brusque des règles peuvent aussi coïncider avec l'apparition du rhumatisme. Chez des personnes déjà malades, on a vu une exacerbation des douleurs se produire à chaque menstruation.

Rappelons enfin que non-seulement le rhumatisme peut se montrer pendant la grossesse, mais qu'il existe une endocardite puerpérale.

Il serait intéressant de comparer cette étiologie à celle de la goutte, et de faire ressortir les différences qu'elles présentent ; mais le temps nous presse, et il faut nous contenter d'une vue d'ensemble.

D'une manière générale, les causes de la goutte se rattachent au bien-être, aux excès, à la bonne chère ; d'une manière générale, les causes du rhumatisme, et surtout du rhumatisme chronique, sont la misère, le froid humide, l'insuffisance de l'alimentation, et les influences débilitantes de toute nature.

Mais le contraste devient plus frappant encore, si nous comparons aux affections qui s'associent volontiers avec la goutte, celles qui accompagnent le plus habituellement le rhumatisme.

D'un côté, nous trouvons le diabète, l'obésité, la gravelle, dont nous avons démontré (pages 98 à 106) les rapports de parenté avec la goutte, et qui ne se rencontrent que rarement avec le rhumatisme ; de l'autre côté, la scrofule, la phthisie, les affections cancéreuses, fréquentes dans le rhumatisme chronique, peu communes, au contraire, chez les goutteux.

Voilà bien des dissemblances, au point de vue étiologique, entre ces deux diathèses ; et cependant, malgré les profondes différences qui les séparent et que nous nous sommes efforcé de faire ressortir, elles présentent de remarquables analogies ; aussi les a-t-on souvent confondues ; et même lorsqu'on les distingue, on est forcé de les rapprocher dans toute bonne classification nosologique.

Il est d'ailleurs certain qu'une relation, qui peut se démontrer de plusieurs manières, relie le rhumatisme à la goutte.

On les voit coexister quelquefois chez le même sujet, qui présente à la fois les lésions de la goutte et celles du rhumatisme articulaire chronique.

D'autres fois, le rhumatisme articulaire aigu se manifeste chez un malade, pendant la jeunesse ; puis, la goutte se développe à l'âge d'élection. Les uns voient là une transformation, les autres une succession.

Enfin, la relation peut s'établir par voie d'hérédité. Le rhumatisme articulaire aigu est fréquent chez les enfants issus de parents goutteux (Heberden, Fuller, Todd). Les enfants des rhumatisants deviennent souvent goutteux (Fuller). Enfin, l'hérédité peut se manifester par voie collatérale. J'ai vu le rhumatisme noueux se montrer chez une femme dont le frère était goutteux.

Ces relations, en apparence intimes, prouvent-elles l'identité de ces deux affections ? Non, certes : tout au plus admettrons-nous qu'il existe une base commune, un fonds commun, une *prédisposition articulaire*, un état *arthritique*, d'où l'une et l'autre tirent leur origine.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. FABRE.

Physiologie pathologique et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive.

(Leçon recueillie par M. Boubillat, externe de service.)

I

D'après la description que je vous ai donnée dans notre dernier entretien et d'après ce que vous avez observé vous-mêmes chez notre n° 16 de la salle Sainte-Catherine, vous connaissez les principaux symptômes de l'ataxie locomotrice progressive. Vous avez également présent à la mémoire le tableau que je vous ai tracé des lésions de cette maladie. Vous êtes donc dans de bonnes conditions pour me suivre dans l'étude que nous allons faire ensemble d'un problème extrêmement difficile dans l'ataxie ; je veux parler de la physiologie pathologique, à laquelle j'accorde ici une très-grande importance, à cause de ses conséquences cliniques.

La physiologie pathologique de l'affection qui nous occupe comprend deux questions principales :

1° Comment les lésions de l'ataxie se produisent-elles et et comment s'enchaînent-elles ?

2° Comment, dans l'ataxie, les lésions anatomiques déterminent-elles les symptômes fonctionnels ?

Au sujet de la nature des lésions et de leur processus, quelques auteurs se retranchent derrière les mots sclérose et atrophie des cordons postérieurs de la moelle ; d'autres, tels que Friedreich et M. Axenfeld, faisant un pas de plus dans la voie des explications, attribuent ces altérations à un processus inflammatoire chronique aboutissant à une atrophie ; l'ataxie est pour eux une sorte de myélite chronique, à processus cirrhosique.

Contre cette opinion, l'on peut objecter, comme l'a fait M. Topinard, la fréquence des altérations des nerfs crâniens, qui passent successivement comme les cordons postérieurs de la moelle, par une période d'hyperémie et par une période d'atrophie, et surtout la marche de ces altérations des nerfs crâniens, qui commencent par le bout périphérique pour se propager ensuite vers le bout central, ainsi qu'on peut le constater d'une manière manifeste sur le nerf optique.

Il y a donc là une influence plus générale que celle d'une myélite. Cette influence, d'où provient-elle ? Peut-être du grand sympathique, qu'on n'a guère songé à faire intervenir, exception faite toutefois par M. Duchenne (de Boulogne). Ce médecin, après avoir signalé, dans l'ataxie, les phénomènes de congestion oculaire et de rougeur fugitive des pommettes dépendant du grand sympathique, fait remarquer de plus que, dans les lésions de la moelle, l'altération primordiale est une dilatation vasculaire, c'est-à-dire une paralysie ou une asthénie vaso-motrice, sans exsudat inflammatoire ; ce qui constitue une présomption en faveur d'une affection primitive des nerfs vaso-moteurs qui président à la nutrition des cordons postérieurs de la moelle et d'une partie du système nerveux.

Si, maintenant, on cherche dans ces lésions, non plus leur cause directe, mais leurs analogies ; non plus l'altération primitive dont elles dépendent, mais les états anatomiques dont elles se rapprochent, on les classe de suite dans un groupe assez bien défini. Elles sont, en effet, une des formes de ce grand processus atrophique, à peu près identique au fond, mais très-variable dans les apparences, qui joue, en pathologie, un rôle immense en détruisant dans les organes les éléments doués d'une structure propre et de propriétés spéciales, pour les remplacer par du tissu conjonctif ou des granulations graisseuses, c'est-à-dire par des tissus de remplissage, les plus simples dans leur structure et les moins utiles dans leurs fonctions.

Je ne puis m'empêcher de comparer l'altération du système nerveux dans l'ataxie et dans une autre maladie que je vous ai déjà décrite, l'atrophie musculaire progressive. Cette comparaison donne lieu à de singuliers contrastes.

La lésion, dans la première, commence à la moelle par le renflement lombaire, et, dans la seconde, par le renflement cervical, de sorte que les troubles fonctionnels de l'ataxie se montrent d'abord aux membres inférieurs, et ceux de l'atrophie aux membres supérieurs.

Dans l'une, l'altération commence par le système postérieur et envahit les cordons avant les racines ; dans l'autre, elle commence par le système antérieur, et envahit les racines bien avant les faisceaux correspondants.

Toutes deux sont accompagnées de lésions des nerfs crâniens, mais l'une s'attaque, dès le début, au nerf optique et au groupe crânien antérieur ; l'autre ne se montre qu'à une période avancée sur les nerfs crâniens ; elle choisit surtout le grand hypoglosse et le groupe postérieur.

Ici le mal frappe d'abord les nerfs antérieurs du crâne, pour se porter bientôt après sur le système postérieur de la moelle, comme le prouvent ces amblyopies passagères et ces paralysies transitoires des muscles oculaires qui précèdent l'ataxie proprement dite ; là le mal sévit d'abord sur le système antérieur de la moelle, pour se porter, beaucoup plus tard, sur le groupe postérieur des nerfs crâniens correspondants.

Et cependant ces deux altérations du système nerveux sont de même nature ; elles sont atrophiques. Toutes deux sont accompagnées d'une affection du grand sympathique, tout dernièrement démontrée pour l'une comme lésion anatomique, et qui, pour l'autre, bien qu'elle ne paraisse pas avoir été recherchée par le microscope, n'en est pas moins incontestable à cause des troubles fonctionnels qui la révèlent. Mais, ce qui est surtout remarquable, c'est de voir les deux maladies offrir également une prédilection extrêmement prononcée pour le sexe masculin et pour l'âge moyen de la vie ; toutes deux être manifestement héréditaires ; toutes deux suivre une marche progressive, en quelque sorte fatale et singulièrement longue, avec des temps d'arrêt plus ou moins prolongés ; toutes deux enfin se montrer presque incurables ; je dis presque, à cause des espérances que pourraient faire concevoir l'opinion d'Axenfeld sur la curabilité de l'ataxie et les assertions de Remak sur les guérisons obtenues dans l'atrophie.

On dirait que la lésion de l'ataxie et celle de l'atrophie, parties de deux points d'un même cercle nerveux, marchent ensuite en sens inverse à mesure qu'elles s'étendent.

Si la maladie se prolonge, si les altérations se propagent au point d'envahir une grande partie de ce cercle nerveux, celle des deux affections qui s'étend ainsi doit finir par produire quelques-uns des effets de l'autre, ce qui, en réalité, arrive quelquefois. C'est alors que l'on voit, dans l'ataxie, apparaître la dégénérescence d'une branche quelconque du groupe postérieur des nerfs crâniens, ou bien, comme chez notre malade, se manifester cette atrophie des muscles des mains, qui révèle, ainsi que vous le savez, une lésion des racines antérieures des nerfs cervicaux. M. Topinard a remarqué que, lorsqu'apparaît, dans l'ataxie, cette atrophie musculaire, elle procède le plus souvent de haut en bas, contrairement à ce qui a lieu dans l'atrophie primitive.

De toutes les considérations auxquelles je viens de me livrer, je conclus que, dans la maladie appelée ataxie locomotrice progressive, les altérations du système nerveux consistent en une congestion qui provient probablement d'un trouble dans l'innervation vaso-motrice et qui est suivie d'une dégénérescence atrophique.

J'ajoute que ces altérations ne diffèrent que par leur siége des lésions du système nerveux qui se manifestent dans l'atrophie musculaire progressive, lésions dont elles sont accompagnées si la maladie prend une extension considérable.

Ces remarques de physiologie pathologique, en même temps qu'elles convient l'anatomie et la physiologie à de nouvelles recherches sur la nutrition et sur les connexions des différentes parties du système nerveux, doivent, si elles se confirment, aboutir à des conséquences pratiques, à des conséquences thérapeutiques, et c'est ce qui m'a engagé à vous les exposer ; car nous devons, autant que possible, donner des bases scientifiques à la pratique médicale.

En effet, si ces remarques sont exactes, l'ataxie locomotrice et l'atrophie musculaire doivent être attaquées par un même ordre de moyens médicamenteux, et le remède le plus rationnel pour ces maladies c'est l'arsenic, qui est le modificateur le plus puissant que nous connaissions du système vaso-moteur et l'agent qui paraît le plus capable d'enrayer les mouvements d'atrophie ou de dénutrition. Ainsi se trouveraient confirmées plus fortement encore les espérances que MM. Teissier (de Lyon) et Isnard (de Marseille) ont fondées sur l'emploi de ce médicament dans l'ataxie ; ainsi se trouverait expliquée l'action incontestable des eaux de La Malou dans un certain nombre de cas de cette maladie.

Mais, pour que les symptômes d'une maladie soient atténués par un traitement qui s'adresse aux lésions, il faut que les symptômes soient bien réellement sous la dépendance des lésions, ce qui, au sujet de l'ataxie, ne fera, je l'espère, pour vous, aucun doute, quand nous aurons examiné ensemble notre seconde question de physiologie pathologique :

Comment, dans l'ataxie locomotrice progressive, les altérations anatomiques déterminent-elles les troubles fonctionnels ?

Rapprochons tout d'abord, dans cette maladie, le symptôme essentiel et la lésion principale ; comment le phénomène ataxie est-il produit par une atrophie des cordons postérieurs de la moelle ?

Pour la plupart des médecins, ce problème est insoluble ; en effet, on définit l'ataxie un trouble dans la coordination des mouvements ; or, la physiologie moderne donnant pour organes à la coordination des mouvements soit le cervelet, soit la substance grise de la moelle et plus spécialement les cellules des cornes antérieures, suivant qu'ils sont volontaires ou involontaires, on ne comprend pas que l'ataxie puisse être produite par une lésion des cordons postérieurs de la moelle.

Ici, il est nécessaire que je vous donne, aussi succinctement que possible, quelques notions anatomiques ; elles sont puisées dans le remarquable ouvrage de M. Jaccoud sur les paraplégies et les ataxies du mouvement.

Les recherches de la micrographie contemporaine ont établi que les cordons postérieurs de la moelle contiennent des tubes nerveux qui montent directement dans ces cordons ; d'autres qui, au contraire, les traversent d'arrière en avant pour aller aboutir aux grandes cellules des cornes antérieures de la substance grise ; d'autres enfin s'insèrent aux cellules des cornes postérieures, qui communiquent avec les précédentes et avec l'encéphale.

Il y a donc communication des cordons postérieurs de la moelle, d'une part avec l'encéphale, auquel ils transmettent en grande partie les impressions sensitives ; et, d'autre part avec les cellules des cornes antérieures de la substance grise, qui sont considérées comme le point de départ des mouvements réflexes.

Si les cordons postérieurs sont altérés, deux phénomènes devront donc se produire :

D'une part, les impressions sensitives ne parviendront pas toutes jusqu'à l'encéphale, qui n'aura plus la perception nette des points sur lesquels s'appuie une portion de membre et particulièrement le pied qui vient toucher le sol ; qui n'aura pas non plus conscience de l'étendue de la contraction musculaire qu'il a mise en jeu, et qui, par conséquent, ne pourra, sans le secours de la vue, *graduer* exactement les mouvements qu'ordonne la volonté, ni en préciser la durée.

D'autre part, les mouvements réflexes, cette série d'actes coordonnés par la moelle, et qui font, par exemple, que, dans la marche, un ensemble de muscles extenseurs et fléchisseurs destinés à la même fonction concourent régulièrement au même acte fonctionnel ; ces mouvements réflexes coordonnés continueront à s'exécuter. Mais les centres moteurs de la moelle, n'éprouvant plus au même degré qu'à l'état normal la sensibilité inconsciente et instinctive qui leur venait des cordons postérieurs, ne pourront pas non plus *graduer* cette association de mouvements automatiques, suivant les besoins du sujet.

Vous le voyez, la physiologie pathologique aboutit précisément à ce résultat auquel nous avait déjà conduits l'analyse séméiotique : dans la maladie appelée ataxie locomotrice progressive, ce n'est pas la coordination des mouvements qui est altérée, c'est leur graduation.

La physiologie pathologique s'accorde parfaitement, sous ce rapport, avec la pathologie proprement dite, qui place la coordination motrice dans le cervelet et dans les cellules antérieures de la moelle ; avec l'anatomie pathologique, qui localise, au contraire, la lésion de l'ataxie dans le système postérieur de la moelle ; enfin avec l'observation clinique, qui constate que, dans les cas ordinaires d'ataxie, ce sont toujours, pour un but déterminé, les mêmes groupes musculaires qui se contractent dans l'état normal, en suivant le même ordre, la même succession que dans l'état normal, et que leurs mouvements sont réellement coordonnés ; avec l'observation clinique, qui constate encore que, dans l'ataxie, les mouvements musculaires ne sont pas gradués.

Ce qui est essentiellement affecté dans l'ataxie, c'est donc la graduation des mouvements ; elle l'est pour deux raisons :

1° Parce que, par suite de la dégénérescence des cordons postérieurs, l'encéphale n'a plus la perception nette de l'étendue

des contractions volontaires qui s'opèrent dans un membre en mouvement;

2° Parce que, par suite de la même lésion, les centres moteurs de la moelle n'ont plus à un degré normal la perception instinctive qu'il faut pour graduer les contractions automatiques.

Les fonctions conductrices des racines postérieures étant forcément celles des cordons postérieurs, leur atrophie doit produire les mêmes symptômes que l'atrophie des cordons eux-mêmes. Or, chez un ataxique qui succomba dans le service de M. Gubler, les cordons postérieurs paraissaient encore intacts, mais les racines correspondantes étaient sensiblement atrophiées. C'est donc bien à tort que M. Trousseau s'est servi de ce cas unique, pour soutenir récemment encore cette vieille opinion que l'ataxie est une névrose; erreur capitale, contre laquelle je dois d'autant mieux vous prémunir qu'elle émane de plus haut.

Maintenant que nous connaissons l'origine et la nature du symptôme ataxie dans l'ataxie locomotrice progressive, appliquons les notions, que nous possédons sur les lésions de cette maladie et sur la physiologie de la moelle, à l'explication détaillée des divers symptômes qu'observe le clinicien.

Dans le début et la marche des lésions, ce qui nous frappe le plus, c'est une altération non pas localisée, mais assez généralisée dès son origine, qui atteint à la fois, avec une prédilection marquée, d'une part les cordons postérieurs de la moelle, et en particulier la région lombaire, d'autre part, le groupe antérieur des nerfs crâniens, et en particulier le nerf optique. Nous comprenons donc très-bien comment dès son début, à la période prodromique, la maladie s'annonce à la fois par des troubles de la sensibilité générale avec prédilection pour les membres inférieurs, par des désordres dans les fonctions générales et par des phénomènes oculaires.

Dans la nature des lésions, nous trouvons la raison de deux ordres de faits. L'altération anatomique de l'ataxie est congestive d'abord, atrophique ensuite. Congestive, elle produit des amblyopies fugitives, des paralysies momentanées dans le système des nerfs crâniens, des douleurs vives mais passagères dans les parties dont les nerfs aboutissent aux cordons rachidiens, et ces excitations génésiques, si fréquemment répétées, que l'on rencontre au début de l'ataxie. Atrophique, elle détermine d'une part l'amaurose persistante et les paralysies durables des nerfs crâniens; d'autre part, l'anaphrodisie et l'anesthésie proprement dite dans le système rachidien.

Enfin, dans le siége précis des lésions de la moelle on trouve l'explication des divers phénomènes d'origine rachidienne que présentent les ataxiques. L'altération profonde et rapide des fibres sensitives qui montent à l'encéphale par les cordons postérieurs rend compte de l'anesthésie.

On a beaucoup discuté sur l'anesthésie dans l'ataxie locomotrice: il importe, par conséquent, de se rendre compte des conditions dans lesquelles ce symptôme se produit. Cette anesthésie devrait être constante et complète, d'après la doctrine physiologique relativement ancienne qui considérait les cordons postérieurs comme les seuls et uniques conducteurs de la sensibilité. Elle doit être inconstante et surtout incomplète, d'après les recherches modernes qui prouvent qu'une partie de ce pouvoir conducteur est réservée à la substance grise de la moelle. Seulement, il y a plusieurs anesthésies. Il y a celle de la peau; il y a celle des parties profondes; il y a la perte du tact, celle de la douleur, celle du sentiment de la température, celle du sentiment de la contraction musculaire, et nous ignorons encore si chacune de ces anesthésies est représentée dans l'axe médullaire par l'altération de filets spéciaux : si, par exemple, la substance grise est plus spécialement chargée de la sensibilité cutanée et si aux cordons postérieurs est plus spécialement confiée la transmission du sentiment de contraction musculaire. Toujours est-il que, dans l'ataxie, ces deux dernières sensibilités peuvent être fort différemment affectées, la peau conservant la conscience du moindre contact, les muscles ayant perdu celles des mouvements qu'ils opèrent. Nous trouvons un exemple de ce contraste chez notre malade, dont la sensibilité cutanée est à peine émoussée, tandis que ses muscles ignorent l'étendue des mouvements qu'ils produisent et l'énergie de la résistance qui leur est opposée. Comme l'a démontré M. Jaccoud, l'anesthésie musculaire est une règle très-générale dans l'ataxie. L'encéphale ne pouvant alors graduer ses mouvements d'après les sensations qu'il éprouve, vous vous expliquez très-bien la nécessité de la vue pour mesurer chez les ataxiques, les mouvements volontaires et le malaise qu'éprouvent ces malades quand, ayant les yeux bandés, ils ne savent plus, ni dans quelle étendue leurs muscles se contractent, ni dans quelle position ils se trouvent eux-mêmes.

Si la diversité des fibres de transmission sensitive et la multiplicité des formes de la sensibilité expliquent les différences très-grandes que peut présenter l'anesthésie des ataxiques, suivant le point qu'on examine; la succession des deux périodes qui se suivent dans les altérations médullaires donne la raison de ces hyperesthésies, qui peuvent précéder l'anesthésie elle-même; et comme la lésion de la partie postérieure de la substance grise est très-souvent à la période congestive alors que la dégénérescence atrophique a détruit la plupart des fibres des cordons postérieurs; ce mélange d'hyperesthésie et d'anesthésie que l'on trouve chez certains ataxiques, cesse d'être une singularité pour paraître un fait tout naturel.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que l'anesthésie musculaire, liée à l'atrophie des fibres ascendantes des cordons postérieurs, n'est pas plus un phénomène unique qu'un phénomène dès le début, nécessaire dans la maladie appelée *ataxie locomotrice progressive*. Il faut tenir compte aussi de l'altération des fibres horizontales de ces mêmes cordons et de la lésion de la substance grise du système postérieur de la moelle.

Le rôle que la lésion des fibres des cordons postérieurs qui se rendent à l'encéphale, joue dans les troubles de graduation des mouvements volontaires, l'altération des fibres qui se rendent aux centres moteurs rachidiens, doit le jouer dans les troubles de graduation des mouvements automatiques; aussi, chez la plupart des ataxiques, bien qu'ils aient les yeux fixés sur leurs membres, les mouvements de ceux-ci sont-ils exagérés.

A une période très-avancée, les centres moteurs de la moelle ne recevant plus qu'un petit nombre de fibres sensitives, les incitations étant très-obscures, les mouvements réflexes peuvent être plus faibles et faire croire à la paralysie; ou bien, ces divers petits centres étant exilés d'une manière inégale, il peut se produire un défaut réel de coordination des grands mouvements d'ensemble.

Mais il ne faut pas oublier que l'atrophie des cordons postérieurs est précédée d'un travail congestif, il ne faut pas oublier non plus qu'à une période même avancée du mal, on constate de la congestion autour des cellules postérieures de la moelle, qui reçoivent des fibres des cordons postérieurs et en émettent qui se rendent aux cellules antérieures. C'est là, selon toute apparence, une cause d'hyperesthésie médullaire, et partant soit d'exagération dans les mouvements réflexes, soit de production spontanée de mouvements automatiques. Voilà donc probablement pourquoi chez certains ataxiques on voit survenir brusquement des contractions involontaires; voilà une des raisons qui font que les ataxiques ont de la peine à se maintenir debout; voilà le motif pour lequel, dans la marche, plusieurs d'entre eux sont obligés de précipiter leurs mouvements; une contraction réflexe se produisant dès que leur pied touche le sol.

L'intégrité des cordons antérieurs et des cellules antérieures, c'est-à-dire des organes conducteurs et des organes producteurs du mouvement dans la moelle, vous explique pourquoi la force musculaire est conservée dans l'ataxie.

Enfin, l'extension rare de l'atrophie aux racines antérieures correspond à l'apparition rare de l'atrophie musculaire dans l'ataxie locomotrice très-avancée.

Et voilà que nous avons passé en revue tous les principaux symptômes de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive. Vous voyez qu'on en trouve une explication, sinon toujours positive, au moins toujours rationnelle, en les plaçant sous la dépendance des lésions. Cette discussion scientifique conduit, remarquez-le bien, à une conclusion pratique : dans le traitement de l'ataxie, ce ne sont pas les symptômes, c'est la lésion qu'il faut combattre.

La physiologie pathologique de l'ataxie, l'étude attentive du mode de production des symptômes de cette maladie, et par conséquent, leur connaissance exacte et complète, jettent aussi un très-grand jour sur une question essentielle pour le clinicien, celle du diagnostic, que nous allons maintenant aborder.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 3 mai 1867. — Présidence de M. BOYS DE LOURY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Voisin constate que les chirurgiens qui ont pris la parole dans la dernière séance, ont repoussé la ponction dans le traitement des kystes; quant à lui, il admet, sans doute, l'ouverture largement pratiquée pour les kystes superficiels, mais il voulait que cette méthode ne fût pas toujours appliquée ; il est incontestable que M. Dolbeau s'est tiré avec bonheur d'un cas suivi d'accidents graves; mais les accidents ne peuvent-ils pas être en partie attribués au mode de traitement qu'il a choisi? On peut lire dans le très-remarquable mémoire de M. Moissenet que ce médecin a traité un grand nombre de kystes hydatiques avec succès par les ponctions capillaires évacuatrices. M. Voisin se demande donc, si on ne devrait pas toujours commencer le traitement des kystes hydatiques par les ponctions capillaires évacuatrices, sauf à employer ensuite les larges incisions si elles étaient nécessaires.

M. Forget dit que, dans son rapport sur le travail présenté à la Société par M. Dolbeau, il a implicitement répondu à la question soulevée par M. Voisin. Il s'agissait, en effet, d'un kyste devenu sous-cutané et superficiel par le relief qu'il faisait au périnée, et M. Forget n'a entendu parler que du traitement des kystes superficiels. Il ne s'est aucunement occupé des kystes profonds et il n'a jamais eu la pensée de faire de larges incisions dans les cas de kyste des organes profonds ; or, c'est exclusivement de ces derniers que M. Moissenet a parlé dans son mémoire. Il est bien évident que le traitement doit être différent pour les kystes viscéraux et pour les kystes superficiels. Pour ces derniers, il faut ouvrir largement ; pour les kystes viscéraux, on doit employer les ponctions capillaires.

M. Giraldès appuie sur la distinction établie par M. Forget, et recommande, comme lui, les ponctions capillaires pour les kystes hydatiques viscéraux et les larges incisions pour les kystes superficiels. Mais, il faut bien le dire, les ponctions capillaires sont loin d'être aussi innocentes qu'on l'a prétendu, et, dans un cas semblable à celui de M. Dolbeau, si on avait pratiqué une ponction, on aurait certainement déterminé des accidents, à cause de l'état constitutionnel mauvais du sujet. M. Dolbeau a agi très-sagement en incisant largement.

M. Richard comprend bien la très-grande différence qu'il faut établir entre les kystes superficiels et les kystes profonds ; mais il n'est jamais possible de savoir si un kyste qui vient faire saillie sur un point quelconque du tronc ne tient pas aux viscères. Il n'est donc pas démontré que ces kystes doivent être traités avec la hardiesse qu'on a recommandée ; car, lorsqu'on va porter l'instrument tranchant dans la tumeur, on ne sait pas à quelle espèce de kyste on a affaire. Selon M. Richard, M. Moissenet a fait une véritable révolution dans la thérapeutique de ces accidents, en employant méthodiquement les ponctions capillaires, et on doit toujours les employer, avant tout autre mode de traitement, dans les cas de kystes du tronc dont on ne peut connaître exactement l'origine. Ce qui doit encourager dans cette voie, c'est que, sur sept faits cités par M. Moissenet et huit faits cités par M. Davaine, il n'y a eu qu'un seul cas de mort.

M. Voisin confirme ce que vient de dire M. Richard.

M. Moissenet, sur quinze faits de kystes hydatiques profonds, traités par la ponction, n'a eu qu'un seul cas de mort. Dans un autre cas, seulement, on a dû recourir consécutivement à l'incision largement pratiquée.

M. Giraldès. — Le traitement de M. Moissenet n'est applicable qu'aux kystes hydatiques viscéraux d'un petit volume. Il est évident que la ponction capillaire serait insuffisante dans le traitement de certains kystes énormes, comme ceux qu'a cités Bright.

M. Giraldès, pour sa part, a eu, dans son service, à traiter un kyste qui fut ponctionné quatre fois ; la ponction donna lieu, la première fois, à l'issue de 300 grammes de liquide ; la deuxième fois, d'une nouvelle quantité de 300 grammes ; de même à une troisième ponction ; et enfin, en dernier lieu, on en fit sortir plus de 2,000 gr., à la suite de l'inflammation de la poche. Il est évident que, dans ce cas, on aurait mieux fait d'avoir recours, dès le début, à la large incision qu'on dût pratiquer consécutivement.

On ne doit pas croire que tous les kystes du tronc puissent être en communication avec les viscères ; ainsi, il paraît bien évident que ceux de la région postérieure du dos ne peuvent avoir de communication de ce genre ; quant à ceux du petit bassin, qui font saillie du côté du périnée, ils sont en dehors des aponévroses et ils n'ont aucun rapport avec les viscères ; autrement, ils feraient saillie dans le rectum ou le vagin.

M. Giraldès résume son opinion en disant qu'on doit employer les ponctions capillaires, seulement pour les kystes du foie ou des viscères, mais que, pour les kystes qui ne siégent ni au cou, ni à l'abdomen, ni dans la région pelvienne, on doit ouvrir largement.

M. Richard insiste sur ce fait que les kystes hydatiques (ceux des muscles exceptés) sont toujours des lésions graves ; mais que les kystes splanchniques ont une gravité bien plus grande encore. Il regarderait donc comme plus qu'imprudent de ne pas commencer par la ponction capillaire dans un cas de kyste splanchnique.

M. Forget dit qu'il y a, avant tout et par-dessus tout, une question de diagnostic. Lorsque le diagnostic d'un kyste hydatique superficiel est très-clair et très-évident, il est certain qu'on peut et qu'on doit ouvrir largement; si ce diagnostic offre quelque obscurité, on doit commencer par la ponction capillaire. Quant aux kystes du petit bassin, qui sont particulièrement en cause, il est prouvé par les autopsies qu'ils sont tous extra-abdominaux ; ces tumeurs ne sont jamais intra-péritonéales. Il ne faut donc pas s'exagérer la gravité de l'origine de ces kystes ; ils siégent toujours dans le tissu cellulaire, dit M. Nélaton, qui en a vu un très-grand nombre.

M. Giraldès est de l'avis de M. Richard pour les kystes des cavités séreuses ; mais il n'admet pas que les kystes du tronc soient toujours d'origine splanchnique ; c'est une vue de l'esprit ; mais rien, dans l'anatomie pathologique, ne justifie cette opinion.

M. Richard constate qu'il n'a pas été nié que les dix-neuf vingtièmes des kystes du tronc peuvent avoir des accointances splanchniques ; c'est pour lui un point capital et le seul qu'il tienne à bien établir.

M. Briquet croit qu'il est intéressant de connaître quelles sont les suites des opérations des kystes hydatiques. Il a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu qui avait été opéré trente ans auparavant. Il restait, au point qu'avait occupé la tumeur, une masse dure; quant à la membrane hydatique, elle existait tout entière ; elle était mince, opaque ; on aurait pu la retirer du kyste et la déployer en l'insufflant.

M. Gallard remercie de vive voix la Société de la manière favorable dont elle a accueilli sa candidature.

ÉLECTION

Le vote a lieu sur la candidature de M. Dolbeau au titre de membre titulaire de la Société. M. Dolbeau, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

RAPPORT

M. Blachez lit ensuite un rapport sur les divers travaux de M. E. Bertin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, candidat au titre de membre correspondant, et conclut à sa nomination.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel,
Dr AIMÉ MARTIN.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

172. Lebègue. Du traitement de l'ophthalmie blennorrhagique par l'alcool.

173. Pradeau. Parallèle des miasmes, des virus, des venins, des poisons et des médicaments.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers décrets, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Dutemple, ancien chirurgien militaire ; Bachelet, pharmacien-major de 1re classe ; Vielcazals, vétérinaire en premier.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Rayer, grand-officier de la Légion d'honneur, médecin ordinaire de l'Empereur, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris. Le docteur Rayer a succombé aux suites d'une attaque d'apoplexie.

Ses obsèques auront lieu à l'église Saint-Louis-d'Antin, jeudi prochain, 12 courant, à dix heures très-précises. On se réunira rue de Londres, 14, à la maison mortuaire.

— Lundi prochain 16 septembre, à dix heures très-précises, un service de bout de l'an sera célébré en l'église Saint-Thomas-d'Aquin, pour le repos de l'âme de M. le Dr Mélier, inspecteur général des services sanitaires.

— La Société impériale de médecine de Lyon met au concours les questions suivantes :

1° De l'emploi de la viande crue en médecine.
2° De l'assistance publique.

— La ville de Fontenoy-le-Château (Vosges), d'une population de 2,560 habitants, vient de voter, en faveur d'un docteur-médecin qui prendrait résidence en cette ville, une subvention annuelle de 900 francs, augmentée d'une autre de 200 francs faite par le Bureau de bienfaisance. Les localités voisines, dépourvues de médecin, prendraient la même mesure ; à ces avantages se joindraient encore les abonnements pris par les particuliers.

Les candidats sont priés de vouloir bien se présenter à M. le maire de Fontenoy-le-Château dans le plus bref délai.

— La *Revue de Paris* — que nous donnons à tous nos abonnés au prix de 16 francs — a publié, dans son numéro du 1er septembre, les articles suivants :

I. Guigniaut (de l'Institut). — Figures contemporaines, M. Hase.
II. Georges Grand. — La Baguette de cristal.
III. — Amaury de Cazanove. — La Revanche du capitaine Georges, — nouvelle (2e et dernier article).
IV. E Dionis du Séjour. — Les médecins militaires et le service de santé en France (deuxième et dernier article).
V. N. Joly, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. — Quelques bonnes idées lorraines.
VI. — Jourdan, doyen de la Faculté des sciences de Lyon. — Vals et ses environs (géologie et paléontologie (deuxième et dernier article).
VII. — E. de Grenville. — Feuilles volantes.

— L'éditeur L. Guérin, dont les belles et savantes publications viennent d'être honorées d'une des rares médailles d'argent accordées à la librairie, à l'Exposition universelle de 1867 vient de faire paraître à la librairie scientifique, anatomique et artistique de Théodore Morgand, 5, rue Bonaparte, à Paris, le volume et l'atlas III et dernier de la *Flore médicale usuelle et industrielle du XIX siècle*, qui fait partie du magnifique *Règne végétal*, arrivé ainsi presque à son terme. En effet quatorze volumes, dont sept atlas de planches merveilleusement gravées et coloriées, ont déjà paru. Le dernier volume et le dernier atlas (*Plantes agricoles et forestières*) paraîtront avant deux mois.

La même librairie Théodore Morgand met en vente les premières livraisons des suppléments à la nouvelle édition du grand *Traité complet de l'anatomie de l'homme et de médecine opératoire*, de Bourgery, Claude Bernard et Jacob, fait avec le concours de Ludovic Hirschfeld, Jarjavay, Gerbe, etc.

Ces suppléments, qui sont en général applicables à la médecine opératoire, sont exécutés par le dessinateur anatomiste Pochet, sous la direction de M. le professeur Duchaussoy, auteur du texte supplémentaire.

Enfin l'éditeur L. Guérin, propriétaire des œuvres de François Arago, de Humboldt, etc., va faire paraître, à la même librairie, les dernières livraisons du remarquable *Atlas du Cosmos*, exécuté par MM. Jacobs et Vuillemin, sous la direction de M. Barral. Cet atlas, le plus savant et le mieux exécuté de tous ceux que l'on connaît, et d'ailleurs unique dans son genre, sera terminé avant la fin de l'année.

— M. le docteur Fano continuera ses conférences cliniques sur l'ophthalmologie et la chirurgie, tous les jours, pendant toute la durée des vacances, à midi, à sa clinique, rue Séguier, 14.

— Nous prions nos lecteurs de rectifier une faute typographique, page 408, 2e colonne, communication de M. Davreux, sur un préservatif de la coqueluche.

Au lieu de sirop d'ipécacuanha *3 grammes*, lisez *30 grammes*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Étude sur les polypes du larynx chez les enfants, et en particulier sur les polypes congénitaux, par le Dr A. Causit, lauréat des hôpitaux de Paris et de Bordeaux, membre de la Société anatomique, etc., 1 vol. in-8 de 170 pages, avec 6 planches et 26 figures lithographiées ; prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

Notions d'anatomie et de physiologie générales. Essai sur la physiologie des épithéliums, par Ernest Cabade, docteur en médecine, 1 broch. in-8 de 90 pages et 2 planches gravées ; prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

Secours aux blessés militaires. La gutta-percha ferrée appliquée à la chirurgie sur les champs de bataille et dans les hôpitaux, par le Dr F. Paquet, chirurgien de l'hôpital Napoléon III, à Roubaix, etc., 1 broch. in-8 de 60 pages ; prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

De l'opération de la cataracte, par l'extraction linéaire scléroticale, par le Dr Ferreira. In-8 avec 16 figures. Prix : 2 fr. — Paris 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 13 SEPTEMBRE 1867.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Chute d'utérus.

Observation recueillie par M. Ch. Eailly, externe de service.

Les chutes d'utérus sont assez fréquentes; toutes ne présentent pas les mêmes complications. Celle dont nous publions aujourd'hui l'observation nous a paru intéressante à plus d'un titre : elle se trouve accompagnée d'hypertrophie et d'ulcération de la lèvre antérieure du col, d'atrophie de la lèvre postérieure, d'une cystocèle incomplète, de l'entraînement d'un ovaire et de rectocèle. Nous ne saurions du reste mieux placer qu'à la fin de cette observation la description d'un appareil contentif, fabriqué par M. Galante, sur les indications de M. Demarquay, et toujours employé avec succès.

Mme Julie-Françoise T..., atteinte d'une précipitation de l'utérus, est entrée à la Maison municipale de santé, le 13 août. Elle est couchée au deuxième étage du bâtiment des dames, chambre n° 15, lit n° 3.

On la fait asseoir sur le bord de son lit pour l'examiner.

Une énorme tumeur faisant hernie à travers l'orifice vulvaire, et pendante entre les cuisses, permet à M. Demarquay de porter un diagnostic immédiat; cependant, comme le paquet utérin pourrait contenir des corps étrangers, fibrômes, polypes, etc., la tumeur est soumise à un examen plus attentif.

Au premier abord, on la prendrait pour un pénis de dimensions outrées. Elle mesure, du méat urinaire, à son extrémité inférieure, une longueur de 19 centimètres; sa circonférence moyenne est de 26 centimètres. Elle a la forme d'un cylindre renflé vers son milieu, et terminé par une sorte de calotte sphérique. Celle-ci excoriée, ulcérée, couverte d'une sécrétion mucopurulente, se sépare nettement du corps de la tumeur à laquelle elle fait suite pourtant, mais dont elle semble s'échapper, comme un gland sortant du prépuce; elle forme, en longueur, près du tiers de la tumeur totale.



Cette tumeur, dans ses deux tiers supérieurs, présente extérieurement l'aspect des surfaces enflammées : elle est luisante, d'un jaune rougeâtre, et, autour de la partie ulcérée, d'un gris violacé. De haut en bas, mais de moins en moins rapprochées, des raies circulaires s'étendent autour d'elle; à peine creusées, elles séparent des rubans lisses, irréguliers, d'un relief presque insensible, avec lesquels, lorsque les choses étaient dans leur état normal, elles ont dû former de véritables plis actuellement aplanis ou effacés. C'est qu'en effet cette surface n'est autre que la muqueuse du vagin qui, se déversant sur lui-même, à la manière d'un doigt de gant, s'est entièrement invaginé. Ses qualités de muqueuse ont en partie disparu, et soumise à des frottements répétés, exposée à l'action de l'air, mouillée d'urine à chaque miction, elle s'est transformée en une enveloppe qui a toutes les apparences de la peau.

La tumeur, à sa sortie de l'anneau vulvaire, s'infléchit immédiatement le long du périnée. On peut lui donner toute espèce de position et même la tordre sur elle-même. Nous avons ainsi fait, pour la dessiner et montrer, dans la représentation, l'ouverture du col de l'utérus.

La palpation fournit la sensation d'un corps mou renfermant des parties plus ou moins saillantes et à formes plus ou moins bien déterminées. Si, la tumeur étant prise à deux mains, on remonte avec les deux pouces vers le milieu, on délimite parfaitement un corps pyriforme : l'utérus.

Au delà du fond de l'utérus, on ne trouve plus, à l'exception d'un autre corps dont nous parlerons plus loin, que des tissus lâches remontant jusque dans le bassin.

M. Demarquay, pour s'assurer d'une façon certaine que l'utérus est bien extra-pelvien, mesure la distance qui sépare l'ouverture du col du fond de la matrice; il trouve sept centimètres. Un cathéter utérin introduit dans le col et dirigé dans tous les sens n'y pénètre que de six centimètres et demi. L'utérus a donc été chassé en entier hors du bassin, et la chute ne peut être confondue avec un allongement du col, ce qu'on voit fréquemment.

La seule portion de l'utérus qui ait subi une modification est le museau de tanche. Une des lèvres, l'antérieure, constitue toute la portion ulcérée citée plus haut; la lèvre postérieure, au contraire, a disparu complétement. L'orifice du col borné d'un côté par la lèvre antérieure hypertrophiée, est limité de l'autre par une sorte de pli à peine sensible et dont l'aspect ne rappelle pas plus la muqueuse vaginale que la muqueuse utérale, toutes deux ayant subi en ce point des altérations sensibles : c'est, selon M. Demarquay, la lèvre postérieure atrophiée.

Un déplacement si considérable devait nécessairement avoir déterminé une chute totale ou partielle de la vessie.

En effet, en avant de la tumeur on ressent, en palpant et en percutant, une sensation de fluctuation. La vessie est alors explorée avec une sonde de femme. M. Demarquay, en dirigeant l'instrument avec attention, ne tarde pas à s'apercevoir que l'urine est contenue dans deux réservoirs : l'un situé audessus de l'orifice vulvaire en dedans du bassin, l'autre au-dessous, renfermé dans l'intérieur de la tumeur prolabée.

La portion de vessie extra-pelvienne ou le diverticulum a une profondeur de douze centimètres. Il est exploré avec le plus grand soin et l'on n'y trouve rien de particulier; il est vide de tout calcul urinaire. Lorsque la malade urine, on voit fort bien les contractions vésicales s'opérer dans le diverticulum et l'urine s'écouler en nappe sur la tumeur par un méat toujours béant.

L'examen de M. Demarquay s'est ensuite porté sur un autre point. Postérieurement on sent, au toucher, un petit corps ovoïde du volume d'une grosse noix ni plus ni moins douloureux que les parties avoisinantes. L'existence d'une tumeur anormale en cet endroit pourrait paraître vraisemblable, mais la position et les connexions anatomiques des ovaires font penser à M. Demarquay qu'il a sous la main un ovaire entraîné, comme les annexes, par la chute de l'utérus.

Ajoutons que l'absence de tout gargouillement exclut l'idée d'une anse intestinale à l'extérieur du bassin.

La partie postérieure de la tumeur est presque contiguë à l'anus. Celui-ci semble laisser échapper un bourrelet hémorrhoïdal, mais d'hémorrhoïdes point. C'est le rectum qui fait hernie. Il a été entraîné en arrière à la manière de la vessie entraînée en avant; il est du reste à peine saillant d'un ou deux centimètres.

En présence de tous ces désordres, on se demande sous quelle influence et comment il se sont accomplis. Ici l'histoire de la malade va nous éclairer. Mme T... est âgée de 56 ans; elle a traversé depuis deux ans la période de l'âge critique. Elle se maria à vingt ans, eut deux couches assez laborieuses à vingt-deux et à vingt-quatre ans. Depuis, elle n'a vu son mari qu'à de rares intervalles et s'est trouvée obligée de vaquer seule aux soins de sa maison, de diriger un commerce d'épicerie et d'accomplir des travaux trop rudes pour une femme peu forte, molle, à muscles lâches et flasques.

Sa santé se mantint bonne longtemps. Il y a douze ans, en soulevant une pesante cruche d'huile, elle ressentit une violente douleur dans le ventre. Quelques jours après les douleurs n'avaient pas cessé; elle éprouvait des tiraillements et une sensation de pesanteur insupportable dans le bas-ventre. Elle consulta un médecin de Paris qui reconnut chez elle un abaissement de matrice et lui conseilla l'emploi d'une plaque contentive sur le ventre. D'après la description que nous en fait la malade, cet appareil a dû produire un résultat tout contraire à celui qu'on s'était proposé. En effet, la matrice, loin de reprendre sa position primitive, n'a pas tardé à glisser peu à peu dans le vagin et à se montrer constamment à la vulve.

Cette maladie incommodait Mme T..., sans la faire trop souffrir; l'utérus était facilement refoulé à l'aide de la main, et, dans le décubitus horizontal, il rentrait de lui-même et permettait sans inconvénient l'introduction du pénis.

Cet état dura douze ans. Enfin, il y a deux mois, un nouvel effort fait par la malade en soulevant un pain de sucre, amena une précipitation complète.

D'après ce qui précède, le mécanisme de cette chute se conçoit aisément. Lors du premier effort, parmi les ligaments suspenseurs de la matrice, les uns se sont rompus probablement, d'autres relâchés. L'utérus s'est abaissé peu à peu, et parallèlement à lui-même, dans le vagin, qu'il a entraîné et envaginé. Le nouvel effort a précipité l'organe au dehors, et avec lui, en avant, la vessie, en arrière le rectum, en haut l'ovaire.

Pour comprendre les désordres et les anomalies constatés sur le col, il suffit de se rappeler les déplacements continuels de l'utérus, les frottements répétés du col contre les parois d'un vagin baigné constamment de lochies, de mucus, mouillé pendant les deux années qui précédèrent la disparition des règles, d'un sang provenant de pertes continuelles, enfin l'exposition à l'air et à l'urine pendant ces deux dernières années.

Ajoutons que les fonctions de la malade se sont toujours opérées régulièrement, et que, par une heureuse compensation, loin d'éprouver actuellement les douleurs intolérables que font subir aux autres femmes le plus minime déplacement de la matrice, elle n'éprouve que l'embarras d'avoir entre les cuisses une tumeur incommode et peu propre. Le jour où nous la vîmes pour la première fois, elle était trop enflammée pour qu'on songeât à une réduction immédiate. On prescrivit quelques jours de repos, l'emploi de bains, l'application de cataplasmes émollients, et surtout une position élevée du bassin et des organes pour favoriser la circulation en retour.

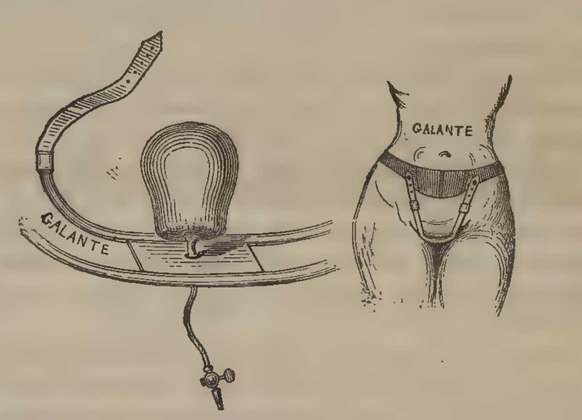
Bientôt M. Demarquay pratiqua un taxis modéré, et fut assez heureux pour refouler avec la plus grande facilité toute la tumeur dans le bassin. La vulve resta béante; la portion libre et vide du vagin fut garnie de tampons d'ouate, quelques compresses et un bandage en T fixèrent le tout.

Depuis, M. Demarquay a appliqué à Mme T... son appareil contentif.

Il consiste en trois pièces : une ceinture, un pessaire et un plancher périnéal.

La ceinture, faite d'un tissu élastique, embrasse exactement la taille, se lace à la manière d'un corset et prend un fort point d'appui sur les hanches.

Le pessaire a la forme d'une poire un peu aplatie; il est en caoutchouc et creux à l'intérieur. On le roule sur lui-même pour l'introduire dans le vagin, puis on l'y fixe en le gonflant d'air à l'aide d'un ingénieux soufflet inventé par M. Galante : c'est un ellipsoïde creux en caoutchouc muni de soupapes intérieurement et qui se manœuvre d'une seule main. Le pessaire velouté, d'un poli tomenteux présente l'avantage de se mouler exactement sur les organes qui s'appuient sur lui sans être trop comprimés. A lui seul, il suffirait à maintenir l'utérus en place, mais on le renforce encore en lui donnant pour point d'appui solide un plancher périnéal rattaché à la ceinture.



Le plancher périnéal est formé d'un rectangle de caoutchouc vulcanisé, doux au toucher, souple, mais ferme, s'appliquant exactement sur le périnée, épais d'un demi-centimètre et taillé suivant le sujet. Des quatre angles de ce plancher partent, deux en avant et deux en arrière, quatre tubes en caoutchouc solides et terminés par des brides de cuir munies de boutonnières et se fixant à la ceinture à l'aide de boutons. Le dessin ci-contre fait du reste comprendre très-bien la manière dont l'appareil doit s'appliquer.

Grâce à lui, notre malade peut marcher aisément, et dans quelques jours elle reprendra le chemin de la maison.

Ici se pose naturellement la question de savoir, si la cure sera radicale ou palliative. La réponse à cet égard, est douteuse; mais voici en résumé, dans les cas semblables, les résultats obtenus par M. Demarquay. Depuis quatorze ans, il a successivement employé à l'hôpital Saint-Louis, à la Maison municipale de santé et surtout dans sa pratique particulière la plupart des appareils contentifs.

Aucun n'a mieux rempli les indications que le précédent, et dès lors il en fait un usage exclusif.

Le pessaire de caoutchouc, dont il se sert au début, est d'un volume assez considérable (8/10 de décimètre cube); il lui substitue peu à peu des pelotes moins grosses jusqu'au moment où elles sont abandonnées définitivement. Par elles les organes remis à leur place perdent leur caractère inflammatoire, se dégorgent, diminuent en même temps de volume et de poids. La circulation mieux rétablie donne aux ligaments suspenseurs une vitalité plus grande; revenus sur eux-mêmes, ils s'affermissent, se consolident et préviennent de nouveaux désordres.

Tous ces résultats ne s'obtiennent pas en un jour; du temps, des précautions, et souvent un traitement général fortifiant sont nécessaires. Règle générale, il est permis d'espérer une cure radicale chez des sujets encore jeunes. La plupart du temps, elle ne peut être que palliative chez les personnes âgées. En tous cas, ce n'est pas un mince résultat que d'épargner à de pauvres femmes de longues douleurs et de leur rendre supportable une vie pleine d'ennui et de dégoût.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. FABRE.

Physiologie pathologique et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive (1).

(Leçon recueillie par M. Boubillat, externe de service.)

II

Le phénomène appelé ataxie, est formé, je vous l'ai démontré tantôt, par l'association des deux éléments : 1° un trouble dans la graduation des mouvements volontaires, par suite de l'anesthésie musculaire qui résulte de l'altération des fibres ascendantes des cordons postérieurs; 2° un trouble dans la graduation des mouvements automatiques, produits par l'altération des fibres qui se rendent des cordons postérieurs aux centres moteurs de la moelle. Eh bien, chacun de ces deux ordres de symptômes, le défaut de graduation des mouvements volontaires par anesthésie musculaire, et le défaut de graduation des mouvements automatiques peut se montrer isolé chez des sujets que l'on prendrait volontiers pour des ataxiques.

Examinons d'abord l'anesthésie musculaire qui, d'après Landry, constituerait à elle seule l'ataxie locomotrice.

Elle est connue, depuis l'exemple fameux observé par Ch. Bell, d'une mère qui, nourrissant son enfant, avait été atteinte de paralysie du mouvement d'un côté et du sentiment du côté opposé; cette femme ne pouvait tenir son enfant au sein avec le bras qui avait conservé la puissance musculaire, qu'à condition de regarder toujours son nourrisson; si son attention était distraite, ses muscles se relâchaient peu à peu.

Ce fait avait servi Ch. Bell pour créer son sens musculaire, sens qui a été découvert de nouveau par Gerdy et par Landry. Nous n'avons pas à rechercher aujourd'hui ce qu'est au juste ce prétendu sens musculaire; mais, ce que je sais, c'est qu'à l'état normal, nous avons la sensation de l'étendue des mouvements qu'opèrent nos muscles et de la résistance qui leur est opposée, sensation qui est altérée ou détruite chez les ataxiques et chez les individus atteints d'anesthésie musculaire.

Ce phénomène, lorsqu'il est isolé, se rencontre principalement chez les hystériques; il a donné lieu, entre autres travaux, à une excellente étude de M. Lasègue, publiée dans les Archives de 1864. M. Lasègue met surtout en relief la nécessité qu'éprouvent ces malades de diriger leurs mouvements par le regard; elles ne peuvent coudre qu'en ayant les yeux fixés sur leurs doigts, et, pour nouer un ruban sous leur menton, il leur faut un miroir.

Si une paralysie de cette nature frappe les deux membres inférieurs et qu'elle soit complète, la malade ne pourra absolument pas marcher dans l'obscurité, et elle ne marchera à la lumière qu'à la condition expresse, absolue, d'avoir toujours les yeux fixés sur ses pieds. Si l'anesthésie est incomplète, la malade marchera encore sans regarder ses pieds, mais en trébuchant comme et plus encore que les ataxiques; ses mouvements inégaux et irréguliers, tantôt iront au delà, tantôt resteront en deçà du but.

Précision et graduation exacte des mouvements dirigés par la vue; irrégularité très-grande des mouvements que la vue ne dirige pas; voilà le caractère essentiel de l'anesthésie musculaire, voilà le signe qui la distingue de l'ataxie proprement dite, sur laquelle la vue n'a pas cette influence capitale et dont les mouvements ne sont jamais bien gradués, malgré le concours de la vue. Il est un autre caractère qui peut être commun aux deux affections; c'est une sensation de légèreté du membre et l'absence de fatigue après un exercice prolongé; ce caractère est plus sensible dans l'anesthésie musculaire, où le phénomène anesthésie est plus complet et plus exclusif.

Un autre état, qui ressemble plus encore à l'ataxie proprement dite, et qui n'est, en effet, que l'exagération de l'un de ses deux éléments essentiels, c'est le défaut de graduation des mouvements automatiques, lequel peut être dû soit à une surexcitation de l'action réflexe, soit, au contraire, à un défaut de cette sensibilité inconsciente qui est nécessaire pour que les mouvements réflexes de la moelle s'opèrent régulièrement. La première de ces deux formes n'a été, à ma connaissance, nettement signalée que par un seul auteur français, M. Jaccoud; la seconde n'a pas, que je sache, encore été observée isolément, et je ne fais que vous l'indiquer comme une simple possibilité.

Le défaut de graduation des mouvements automatiques paraît être extrêmement rare, peut-être parce qu'on l'a méconnu; on ne l'a rencontré jusqu'ici que chez les hystériques. Ici l'épreuve des yeux fournit des résultats négatifs; les mouvements sont à peu près les mêmes, que la malade tienne les yeux fermés ou non; et de plus, si l'on observe la malade successivement au lit et debout, les résultats de ces deux examens forment un singulier contraste.

Au lit, elle paraît avoir conservé sa force musculaire, elle élève la jambe avec facilité et la maintient un certain temps élevée. Ses mouvements sont aussi assez bien gradués, quoiqu'ils soient quelquefois un peu exagérés; l'action motrice de la moelle dépasse un peu le but, mais la volonté conserve la suprématie, aucun agent extérieur d'excitation réflexe n'ayant été appliqué. La sensibilité cutanée est intacte, le moindre contact est senti; la sensibilité musculaire est conservée, car la malade a la notion précise du degré de résistance que l'expérimentateur oppose à ses mouvements; la sensibilité réflexe est à coup sûr conservée et paraît exaltée, car le moindre chatouillement sur la plante des pieds est suivi d'une contraction assez vive des muscles fléchisseurs de la jambe.

Si, après cet examen au lit, on fait lever la malade, aussitôt ses genoux fléchissent et elle se laisse tomber. C'est que le contact de la plante du pied sur le sol provoque, dans les muscles fléchisseurs de la jambe, des mouvements réflexes exagérés. Je ne dis pas que cette contraction brusque s'opère toujours dans ce groupe musculaire et que la chute soit inévitable, mais en choisissant cet exemple, j'ai mon dessein. Si on soutient la malade pour prévenir sa chute, à cette contraction exagérée des fléchisseurs succédera la contraction également exagérée d'un autre groupe, et l'on sera témoin d'un défaut de graduation musculaire qui ressemblera beaucoup à celui que présentent les individus fortement ataxiques.

Le contraste frappant qui existe entre les résultats de l'examen dans la position au lit et dans la station debout, résultats presque nuls dans le premier examen et très-saillant dans le second; la conservation parfaite de la sensibilité musculaire, manifeste surtout par l'épreuve des yeux, l'absence de douleurs fulgurantes et de paralysies passagères parmi les antécédents, de phénomènes oculaires et d'ataxie des bras parmi les symptômes concomitants, établissent une différence bien tranchée entre cet état morbide et l'ataxie locomotrice progressive.

Le défaut de graduation des mouvements réflexes, cette maladie distincte de l'ataxie locomotrice avec atrophie des cordons postérieurs de la moelle, cette affection qui n'est réellement bien accusée que lorsque le sujet cherche à quitter son lit, ce phénomène si bizarre, si rare peut-être, et à coup sûr si mal connu; vous pouvez l'étudier quand vous le voudrez. Je l'ai désigné ce matin même à vos investigations en vous engageant à observer avec soin le n° 11 de la salle Sainte-Catherine, et c'est d'après l'examen que j'ai fait moi-même de cette malade que je viens de vous en donner la description.

Oui, notre n° 11 a un trouble dans la graduation des mouvements des membres inférieurs, par surexcitation de l'action réflexe. Si, pour désigner nettement cet état, j'osais me servir d'un terme nouveau, je l'appellerais une hyperkinésie automatique. Le mot hyperkinésie veut dire excès de mouvements; il est d'origine grecque et de fabrication germanique, mais je n'ai pas encore eu le courage d'employer ce néologisme, ce qui fait que, me soumettant à cette erreur de langage qui confond, sous le nom commun d'ataxie, plusieurs maladies différentes, j'ai fait inscrire sur la feuille de diagnostic le mot d'ataxie hystérique.

Mais, indépendamment de cette erreur volontaire, tribut payé au langage classique, j'ai à mon premier examen de notre n° 11, commis une erreur plus grave. J'ai bien vu tout d'abord, par l'absence de tout phénomène ataxique dans les membres supérieurs, par la conservation entière de la vision, par les résultats négatifs de l'épreuve des yeux, et, parmi les commémoratifs, par l'absence absolue de douleurs fulgurantes, qu'il ne s'agissait pas de l'ataxie locomotrice progressive, et, la malade étant mal réglée, avouant qu'elle avait des pertes blanches, j'ai de suite reconnu une ataxie hystérique ou par cause utérine. L'exploration au spéculum est venue apporter une preuve de plus en faveur de ce diagnostic en montrant un col utérin couvert de granulations, au milieu desquelles se trouvent çà et là de petites excoriations. Mais, d'un autre côté, ma première pensée fut que cette ataxie était mélangée de paraplégie; je l'ai cru parce que, quand la malade avait relevé la jambe dans son lit, elle la laissait retomber brusquement; et ensuite, parce que, quand j'ai fait lever cette femme, immédiatement ses jambes ont plié sous elle, et elle est tombée. C'étaient là des mouvements brusques de flexion, que j'avais pris à tort pour de l'inertie musculaire; et voici ce qui m'a fait revenir de mon erreur première. D'abord, au lit, la malade peut relever lestement la jambe et la tenir élevée pendant un temps assez long, ce qui n'aurait pas lieu s'il y avait paraplégie; et puis, quand elle est debout, immobile, appuyée sur deux aides qui la soutiennent contre ses propres mouvements de flexion, on peut, à certains moments, peser très-fortement sur ses épaules, sans l'ébranler.

Notre malade du n° 11 nous présente donc purement et simplement une surexcitabilité réflexe, une hyperkinésie automatique sans ataxie proprement dite, ou du moins sans ataxie complète, et sans paraplégie.

Les deux affections que nous avons étudiées jusqu'ici, l'anesthésie musculaire et le défaut de graduation des mouvements automatiques, nous ont offert à l'état isolé deux éléments dont la réunion forme le symptôme ataxie dans la maladie de Duchenne. Ce sont les hystériques qui présentent isolément l'une et l'autre de ces deux affections; peuvent-elles être atteintes de l'une et de l'autre simultanément? C'est possible, mais jusqu'ici, à ma connaissance, aucun fait ne l'a démontré. On ne peut donc, pour le moment, admettre une ataxie hystérique complète. Si elle existait, le diagnostic serait à faire, non plus entre deux symptômes mais entre deux maladies; le médecin devrait éviter de confondre deux maladies, la maladie de Duchenne et l'hystérie, dans le cas où elles présenteraient un symptôme commun, l'ataxie.

Si l'ataxie hystérique complète n'est pas démontrée, je ne saurais affirmer qu'il en soit de même de ce que M. Jaccoud appelle une ataxie dyscratique, développée à la suite de la diphthérie. Ce médecin éminent en rapporte un fait assez probant, qu'il a observé lui-même, sans parler d'autres faits plus contestables qu'il a groupés autour de celui-là. Eisenmann a exprimé une opinion plus formelle et tant soit peu paradoxale, en avançant que les cas de paraplégie diphthérique ne sont que des ataxies. On se gardera bien, si cette ataxie dyscratique existe, de confondre un symptôme avec une maladie; les antécédents du malade, la marche du mal et la nature des symptômes qui précèdent ou accompagnent le phénomène ataxie, permettront toujours de reconnaître si l'on se trouve, oui ou non, en présence de l'ataxie locomotrice progressive.

La science classique admet encore des ataxies encéphaliques; c'est donner au mot ataxie une étendue immense; c'est englober, sous un nom commun, toutes les altérations que peuvent présenter la graduation et la coordination des mouvements. Confondons tous ces états dans un seul mot, je le veux bien; mais qu'on ne vienne pas nous dire que des maladies de l'encéphale engendrent le phénomène ataxie, tel que nous le trouvons dans la maladie de Romberg et de Duchenne. Un défaut de graduation dans les mouvements volontaires et dans les mouvements réflexes, occupant tous les membres, mais beaucoup plus manifeste sur les membres inférieurs, portant sur tous les muscles qui concourent à une même fonction, avec exagération habituelle des contractions musculaires, conservation de l'énergie des muscles et anesthésie musculaire, rendue évidente surtout par l'épreuve des yeux; voilà ce qui caractérise l'ataxie proprement dite, l'ataxie médullaire; voilà ce qu'aucune lésion de l'encéphale ne pourra jamais produire, tant que l'encéphale ne se chargera pas des fonctions qui ne lui appartiennent pas, tant que la moelle aura des fonctions spéciales à remplir.

La science marche vite à notre époque; nous devons considérer comme déjà bien éloigné le temps où M. Duchenne (de Boulogne) plaçait dans le cervelet le siége de la maladie dont, le premier, il a donné une bonne description clinique, et où M. Bouillaud, rappelant les expériences qu'il avait faites pour démontrer l'action du cervelet sur la coordination des mouvements, appuyait sur elles ses prétentions à la découverte de l'ataxie. Cependant les auteurs les plus recommandables admettent encore une ataxie cérébelleuse.

Les affections cérébelleuses et l'ataxie locomotrice présentent, il faut en convenir, deux catégories de phénomènes analogues: les désordres du côté des yeux, les désordres du côté du système moteur. Du côté des yeux, j'observe cette différence que l'amaurose est, dans les affections du cervelet, un phénomène assez tardif, qu'elle suit une marche progressive et qu'elle devient très-souvent complète, puisque MM. Leven et Ollivier ont noté la cécité absolue dans un tiers des cas; tandis que, dans l'ataxie, on la rencontre assez souvent dès le début, où elle n'est que passagère, et à la période d'état, où elle s'arrête d'ordinaire à un simple degré d'amblyopie; de plus, les paralysies des muscles des yeux, notées cinquante-neuf fois sur cent observations de lésions cérébelleuses recueillies par M. Luys, sont remarquables, dans ces affections, par leur fréquence et par leur persistance absolue, caractères qu'elles n'ont pas dans l'ataxie.

J'ai parcouru un certain nombre d'observations de maladies du cervelet avec autopsie, et voici ce que j'ai noté relativement aux troubles de la locomotion.

Quand le cervelet est affecté dans toute son étendue, comme dans les cas de sclérose et d'atrophie, ce qui prédomine, c'est une grande impuissance musculaire, une asthénie, comme dit M. Luys avec raison. Si alors le malade marche avec difficulté et en s'aidant d'un bâton, comme les ataxiques, il traîne les jambes au lieu de frapper, comme eux, du talon; ce qui suffit au praticien.

Si l'affection cérébelleuse est étendue, mais légère, et se manifeste plutôt à la périphérie qu'à la profondeur de l'organe, le trouble fonctionnel consiste dans l'irrégularité bien plus que dans la faiblesse; et alors les auteurs ont noté tantôt des tremblements qui ressemblent à ceux de la paralysie générale; tantôt cette titubation vertigineuse analogue à celle que produit l'état d'ivresse, et que M. Duchenne (de Boulogne) a présentée, en 1864, comme la caractéristique de l'ataxie cérébelleuse, mais qui est beaucoup trop rare pour qu'on puisse la considérer comme pathognomonique; tantôt des mouvements involontaires et d'une certaine étendue, c'est-à-dire des mouvements choréiques, mais jamais des phénomènes ataxiques semblables à l'ataxie rachidienne, ce qui sera impossible tant qu'il y aura une physiologie et une clinique médicale.

Dans d'autres cas encore, où la lésion était soit localisée, soit prédominante sur un point, il y avait inégalité dans les mouvements des deux moitiés du corps et défaut consécutif d'équilibration des mouvements. Les muscles, soit d'un côté, soit de la partie antérieure ou postérieure du corps, rompaient l'équilibre par leur prédominance d'action, de sorte que le malade était entraîné d'un côté, ou bien, pour maintenir son équilibre, et ne pas tomber pendant la marche, il se livrait instinctivement à quelques mouvements exagérés ou anormaux. Il n'y a là qu'une ressemblance grossière avec l'ataxie.

Ainsi donc l'ataxie et les lésions cérébelleuses présentent des différences notables dans les symptômes qui, au premier abord, leur paraissaient communs: les troubles visuels, les troubles de la locomotion.

Je vous signalerai en passant des différences non plus de nature, mais de fréquence, dans deux phénomènes accessoires qui peuvent se rencontrer dans l'un et l'autre cas: la surdité, prodigieusement rare dans l'ataxie, a été constatée neuf fois dans les observations d'affection du cervelet rassemblées par M. Luys; l'embarras de la parole, accident très-rare et tout à fait tardif

(1) Fin. — Voir le prédent numéro.

dans l'ataxie, et assez fréquent, au contraire, dans les lésions du cervelet.

Vous êtes suffisamment éclairés, je pense, et cependant je ne vous ai pas rappelé les véritables bases du diagnostic différentiel, c'est-à-dire les signes propres de l'une et de l'autre affection : pour l'ataxie, les douleurs fulgurantes et l'anesthésie, les paralysies fugitives des nerfs crâniens, les dysuries temporaires, la spermatorrhée suivie d'impuissance; pour l'altération du cervelet, les vertiges, les étourdissements, les convulsions épileptiformes, les mouvements de manége et les mouvements de recul, la céphalalgie fixe, permanente, très-souvent localisée à la région occipitale, les vomissements enfin, sur lesquels M. Hillairet a tant insisté, et que MM. Leven et Ollivier ont rencontrés dans la moitié des cas.

Il est encore une autre maladie de l'encéphale qui a été considérée comme cause d'ataxie, c'est la paralysie générale. MM. Jaccoud et Bouillaud, en France; Wunderlich, en Allemagne; Forbes Winslow, en Angleterre, ont observé, au début de cette affection, des troubles dans la coordination ou dans la graduation des mouvements, ce qui constitue une ataxie, dans le sens le plus large, je dirai volontiers le plus vague du mot; quant à une ataxie franche, véritable, identique à l'ataxie médullaire, je défie bien qui que ce soit de l'observer jamais dans une affection quelconque de l'encéphale. Ce que l'on rencontre au début chez les paralytiques généraux, ce sont des sortes d'oscillations, des espèces de tremblements bien plutôt que des contractions brusques, énergiques, dépassant franchement le but, exagérées dans l'obscurité; les mouvements réflexes ne sont pas, ne peuvent pas être altérés chez eux; il n'est pas prouvé qu'ils aient de l'anesthésie musculaire. D'ailleurs l'invasion rapide, et manifeste dès le début, des troubles de la mobilité dans les membres supérieurs; les congestions cérébrales répétées, l'exaltation de l'intelligence, l'inégalité dans la dilatation des pupilles, qui est la règle pour la paralysie et l'exception pour l'ataxie, et surtout ce tremblement caractéristique des lèvres, qui est un des premiers et des plus importants symptômes de la paralysie; voilà de quoi permettre au clinicien de baser sûrement son diagnostic.

Dans toutes les affections que nous avons jusqu'ici passées en revue, on dit qu'il y a de l'ataxie : à mon sens, c'est une erreur ou un abus de langage, et je crois vous l'avoir prouvé. Mais cette identité de nom prouve une certaine ressemblance dans les choses, et partant, une certaine difficulté dans le diagnostic différentiel. Nous arrivons maintenant à un diagnostic beaucoup plus facile, bien que, jusqu'aux travaux de M. Duchenne (de Boulogne), il ait à peu près échappé à la sagacité de tous les médecins, sans exception, même pour Romberg.

Le paraplégique, quand il peut encore marcher, traîne la jambe, tandis que l'ataxique lève fortement le pied et le laisse ensuite retomber avec bruit. Vous reconnaîtrez, les yeux fermés, le paraplégique à l'espèce de frottement, de glissement de ses souliers contre le sol, et l'ataxique au bruit de son talon. S'il y a ataxie avec prédominance de l'hyperkinésie réflexe et que le malade ne puisse marcher, faites-le soutenir par des aides et mettez-lui sur les épaules un poids très-lourd, il le supportera; tandis que, dans des conditions analogues, le paraplégique s'affaissera. Enfin, si vous les examinez au lit, faites-leur élever la jambe, et ordonnez-leur de la tenir un moment élevée, l'ataxique la détachera brusquement et la maintiendra en balançant, le paraplégique la détachera doucement et la laissera vite retomber.

La chorée, qui diffère complétement de l'ataxie par sa nature, offre un phénomène que l'on retrouve aussi dans l'ataxie; c'est la production des mouvements réflexes spontanés; mais ces mouvements sont exceptionnels et ne se montrent que de loin en loin chez les ataxiques. On les observe rarement quand le malade est au lit, tandis qu'ils sont à peu près incessants dans la chorée, où, développés aux bras au moins autant qu'aux jambes, ils n'épargnent ni la face ni le tronc, et affectent assez souvent d'une manière inégale les deux côtés du corps.

Enfin, dans l'alcoolisme chronique, on n'observe nullement les contractions franches, énergiques et brusques de l'ataxie, mais une série de tremblements, d'oscillations, de mouvements indécis, qui offrent à l'œil du clinicien un aspect tout différent.

En résumé, vous le voyez, le diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive est facile, mais à condition qu'on se rappelle qu'il s'agit d'une maladie, et que l'on tienne compte de l'ensemble de ses symptômes; à condition aussi que l'on sache exactement ce qu'est le phénomène ataxie dans cette maladie.

PRÉSENTATION DE LA FACE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Application du retroceps (1). — Réduction, extraction des plus faciles de l'organe. — Merveilleuse efficacité de cet instrument dans les présentations vicieuses de la tête.

Par M. le Dr HAMON (de Fresnay).

Le 28 juillet dernier, vers huit heures du soir, j'arrivais, à quatre lieues de ma résidence, auprès de Mme C...., en mal d'enfant depuis une heure du matin. Cette femme, âgée d'une trentaine d'années, a eu antérieurement un accouchement physiologique. Comme les douleurs n'avaient cessé de se reproduire assez violentes depuis le début du travail, et qu'elles étaient restées infructueuses, il y avait tout lieu de soupçonner un obstacle tenant à une mauvaise présentation, soupçonnée, d'ailleurs, par la matrone qui avait fait réclamer mon assistance.

Par le toucher, en effet, j'acquis bientôt cette certitude. Il s'agissait d'une présentation de la face au détroit supérieur, en position mento-iliaque gauche.

C'était la quatrième fois, depuis que je possède mon instrument, que j'allais avoir à affronter ce terrible écueil, si justement redouté des accoucheurs. Dans les trois cas précédents, grâce à ses précieuses vertus, que lui assure un mode d'action tout spécial, j'avais pu, à la lettre, me faire un jeu de cette difficulté, qui, par le fait, n'est que relative. Mais le même succès devait-il, dans l'espèce, couronner mes efforts? Ce ne fut donc pas sans éprouver, je l'avoue, une certaine appréhension, que je me mis à l'œuvre.

La tête se trouvant encore arrêtée au détroit supérieur, je pensais que la manœuvre la plus convenable devait consister à en tenter la réduction. En conséquence, la femme placée en travers du lit, dans la position affectée aux grandes opérations tocologiques, je procédai au placement de mes deux cuillers, qui s'engagèrent spontanément en arrière de l'organe, dans l'aine postérieure droite du bassin. Ce premier temps accompli en un clin d'œil, j'articulai mes deux leviers sur leur support commun. Mon instrument constituait ainsi une cuiller double, engagée en arrière de la tête, et saisissant cet organe par sa partie postérieure, sans distinction d'ailleurs de sa région anatomique.

M'étant assuré, par une légère traction, que mes cuillers avaient trouvé une prise assez solide, je saisis le manche du retroceps avec la main droite, et, dirigeant mes tractions de haut en bas, de droite à gauche, par rapport à la mère, je m'efforçai d'abaisser le sommet de la tête, en vue de convertir la présentation de la face en celle du sommet. A la suite de ma seconde traction, je m'empressai de constater l'effet que j'avais obtenu. La face était descendue, dans la même position, en pleine excavation. Mon espoir se trouvait donc ainsi déçu : je ne pouvais plus compter que sur un dégagement mento-pubien.

Ma double cuiller, remontée tout d'une pièce en arrière de la tête, je repris mes tractions, effectuées cette fois directement de haut en bas, et toujours au moyen de ma seule main droite, la gauche étant utilisée pour surveiller le jeu de mes leviers, et suivre les mouvements imprimés à l'organe. Or, il me fut bientôt donné de sentir d'abord, puis de voir de mes yeux ce dernier rouler en avant de mes cuillers. Au bout de quelques instants, le menton venait spontanément se présenter en arrière du pubis. Quelques minutes plus tard, j'amenais au monde une fille vivace, et dont la face, fortement infiltrée, témoignait suffisamment de la véritable cause de la marche anormale du travail.

Les manœuvres de l'extraction, accomplies sans le moindre effort, d'une seule main, ont été aussi effectuées avec une rapidité vraiment merveilleuse.

Il en a été, d'ailleurs, absolument de même dans les trois autres cas dont j'ai parlé plus haut. Dans les deux premiers, la tête étant au détroit supérieur, j'ai pu convertir la présentation de la face en celle du vertex. Dans le troisième il s'agissait d'une position M I G, l'organe descendu en pleine excavation. Un honorable confrère, appelé avant moi, avait vainement tenté plusieurs applications de forceps croisé. En désespoir de cause, il avait pratiqué la crâniotomie, et fait, en pure perte, usage du crochet aigu. Dans ces graves conditions, ainsi que dans les autres, il m'a suffi de quelques instants, pour effectuer, sans aucun effort, l'extraction de l'organe, par le précieux concours de mon retroceps. Encore un enfant qui eut pu lui devoir la vie s'il avait pu être utilisé en son temps.

Cet instrument, du reste, agit merveilleusement dans toutes les présentations vicieuses de la tête. Indépendamment de ces quatre cas de présentation de la face, j'ai effectué non moins aisément, moi-même, une autre extraction non moins épineuse, tenant à une présentation du pariétal.

J'ajouterai que divers confrères n'ont pas eu, moins que moi, à se louer des précieuses vertus de mon instrument, dans ces conditions de dystocie qui, pour être heureusement tranchées, par le moyen du forceps classique, exigent une habileté opératoire qui nous fait toujours plus ou moins défaut à nous tous qui, par le fait, ne sommes que des accoucheurs de circonstance.

C'est ainsi que M. le docteur Lemariey (de Pont-Audemer) a pu, par le moyen du retroceps, triompher, en quelques minutes, et sans la moindre peine, d'une présentation de l'oreille;

Que M. le docteur Devaux (de Coulombiers) a extrait, avec non moins de facilité et de bonheur, un enfant se présentant par la face;

Que M. le docteur Lambert (de Goetzenbruck) a mené à bien deux de ces redoutables présentations.

En voilà assez pour témoigner que de tels succès ne tiennent en rien à une adresse manuelle propre au seul inventeur du retroceps, mais qu'ils dépendent uniquement des conditions spéciales, du mode propre d'action de l'instrument.

Pour ce qui est des cas les plus ordinaires pour mettre hors de doute les précieuses vertus du retroceps, il me suffit de rappeler que le docteur Lambert en a fait usage seize fois, le docteur Devaux dix-sept, et que le succès n'a jamais failli à leur espoir. Pour ce qui me concerne, j'en suis à ma quarante-neuvième épreuve heureuse. Ces chiffres disent assez que le retroceps est un instrument aussi sûr que fidèle, et que l'on est en droit de tout attendre de lui, dans les limites du possible.

(1) Voir le dessin de cet instrument dans le compte rendu de la séance du 19 février 1867 de l'Académie de médecine (no 22 de cette année de la *Gazette des hôpitaux*.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 septembre 1867. — Présidence de M. RICORD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Monteils-Pons (de Florac), sur la vaccine considérée au point de vue de l'économie politique et sociale (Commission de vaccine);

2° Un rapport de M. le docteur Coural, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné à Saint-Chinian, de 1865 à 1867.

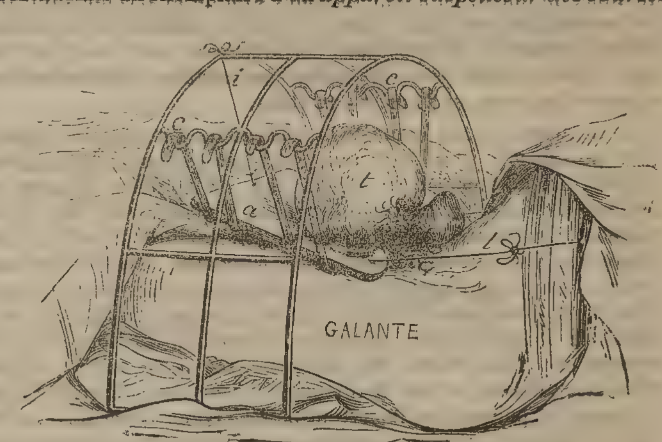
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Un travail de MM. les docteurs Warin et de Gott (de Metz), sur les résultats obtenus dans les revaccinations avec le vaccin animal (Commission de vaccine).

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie, offre à l'Académie un exemplaire d'un *appareil suspenseur des bourses*,



construit par lui sur les indications de M. le docteur Demarquay. Cette présentation est accompagnée de la note suivante :

« Il arrive souvent au chirurgien d'être embarrassé pour soutenir les testicules enflammés, soit à la suite d'orchite, d'hydrocèle, ou bien encore après les opérations d'hématocèle, de castration, etc.

Les suspensions ordinairement employées en cette circonstance remplissaient mal les indications, en ce qu'ils pelotonnaient les bourses et ne les empêchaient pas de tomber entre les cuisses. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'on s'est servi d'une feuille de gutta-percha échancrée au niveau des bourses, et qui, étant placée sur les cuisses, formait une sorte de tablette sur laquelle les testicules étaient placés.

Cette amélioration demandait encore un perfectionnement, car le malade, dans ces conditions, ne pouvait mouvoir les jambes, sous peine de développer dans ses bourses de vives douleurs. De plus, M. Demarquay nous fit observer qu'un plan incliné, ayant sa partie inférieure vers le malade, favoriserait la circulation en retour et déterminerait le dégorgement des parties malades.

Telles étaient donc les indications données :

1° Rendre les points d'appui de la tablette indépendants du malade;

2° Donner à cette tablette une position inclinée susceptible d'être variée facilement.

Ces indications se trouvent parfaitement remplies dans l'appareil que nous présentons. Nous avons vu, dans le service de M. le docteur Demarquay, des malades, souffrant d'orchites très-intenses, éprouver un soulagement immédiat par l'application de cet appareil, dont le principal avantage est de faire cesser toute traction sur le cordon; chez un malade opéré d'une hématocèle, son emploi a été également suivi de succès.

Cet appareil est composé d'une plaque de gutta-percha échancrée à la partie moyenne du bord qui doit être en contact avec le malade. A l'aide de cinq lacs en caoutchouc, elle se trouve reliée à un cerceau placé autour du malade; ce cerceau, construit en fil de fer galvanisé, est assez large et assez haut pour donner au malade la facilité de se mouvoir à volonté. Sur les côtés, et assez près de la ligne médiane, il présente une disposition de boutons fixés à une lame métallique, c'est à ces boutons que s'adaptent les lacs qui soutiennent la plaque de gutta-percha; en outre, deux bandes, assujetties de chaque côté de l'échancrure, viennent s'attacher à une ceinture quelconque portée par le sujet; ces bandes ne sont employées que pour éviter le déplacement durant le sommeil du patient.

Ainsi conditionné, cet appareil permet : 1° d'élever les bourses au-dessus du niveau des cuisses; 2° d'éviter sur le cordon des tractions toujours douloureuses; 3° de favoriser la circulation en retour par l'inclinaison donnée à la plaque. »

M. Béclard donne lecture d'une lettre de M. le docteur Pfeufer, professeur de clinique médicale à Munich. Ce médecin déclare que l'usage du lait artificiel de Liebig est assez généralement répandu à Munich. Les insuccès de M. Depaul tiennent à ce que ce lait ne doit être administré que trois jours au moins après la naissance.

M. Robinet présente, au nom de M. le docteur Fluckiger (de Berlin), un livre intitulé : *Histoire naturelle des médicaments du règne végétal.*

M. le président annonce la perte que l'Académie vient de faire en la personne de M. Rayer.

Discussion sur la vaccine animale.

M. Depaul termine son discours sur la vaccine animale.

M. Jules Guérin demande la parole pour une des séances prochaines.

M. Depaul n'ayant pas publié son discours, M. Guérin attendra son insertion au *Bulletin de l'Académie*. En attendant, il déclare que sa conviction est toujours la même : la vaccine animale est une mauvaise chose.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Magne, au sujet de la candidature d'un correspondant étranger.

— Dans la dernière Académie, M. le Dr Depaul a mentionné

les travaux sur les vaccinations animales de M. le Dr Alfred Vy (d'Elbeuf), et non Alfredi, comme il a été imprimé par erreur.

CORRESPONDANCE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi, au sujet de la communication du docteur Dropsy au Congrès international, sur la tuberculose et son traitement par *l'électricité*, qui, dit-il, est celui qui lui a le mieux réussi, quelques renseignements utiles, peut-être, pour les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*.

Depuis longtemps, j'ai conseillé l'électricité dans la phthisie pulmonaire, et je suis heureux de me rencontrer sur ce point avec mon savant confrère de Cracovie.

Sans être exclusif, je donne cependant la préférence à l'électricité statique, plus appropriée, je crois, à nos tissus que l'électricité galvanique.

Je l'emploie, dans ce cas, ordinairement en bain sec, pendant quelques minutes, en ayant toujours soin de m'arrêter sitôt que le respiration est plus libre, et que le malade dit lui-même *mieux respirer*, ce qui, dans certains cas, peut avoir lieu au bout d'une minute, chez des enfants ou certains malades excessivement nerveux et impressionnables.

A ce sujet, je vous demande la permission d'une petite digression qui donnera à réfléchir aux confrères partisans des longues séances électriques. Il y a deux ans, un confrère m'amène sa femme, atteinte de gastralgie rebelle depuis douze ans, compliquée d'hystérie. Toutes les fois que j'ai voulu dépasser *quinze secondes*, j'ai provoqué une crise nerveuse. Dans le cas contraire, chaque application a donné un mieux sensible et la guérison a été prompte et durable. Aussi, je ne suis nullement partisan de l'électrisation prolongée et surtout douloureuse; le *dosage* de l'électricité est indispensable pour arriver à des résultats sérieux. Il est malheureux, pour l'art de guérir, que cet agent si puissant se trouve le plus souvent entre des mains inexpérimentées, n'ayant pas les notions anatomiques et physiologiques nécessaires.

Je reviens à mon sujet.

Sous l'influence de l'électricité, le malade n'éprouve aucune sensation, si ce n'est celle d'une respiration plus profonde, plus facile, et un sentiment de fraîcheur agréable le long de la trachée et des principales bronches.

Après quelques séances, les forces reviennent, l'appétit s'améliore, la toux se calme, l'expectoration devient plus facile, les sueurs nocturnes diminuent ou cessent; en un mot, tous les symptômes s'amendent et on arrive à des résultats inespérés.

Lorsqu'il y a un point douloureux, de la chaleur le long du thorax, des points pleurétiques, on les calme, ou on les fait cesser, en promenant un conducteur métallique sur le point malade, en tenant ce conducteur à distance, de manière à faire éprouver au patient une sensation de légère fraîcheur *loco dolenti*.

Comme le docteur Dropsy, je serais désireux de voir mes confrères essayer de cette médication qui m'a parfaitement réussi, surtout en y joignant les moyens hygiéniques qui, d'après l'opinion de mon excellent ami, le docteur Marchal (de Calvi), doivent être préférés à la médication *offensive* : iode, soufre, fer et même quinquina, laquelle médication serait plutôt nuisible qu'utile.

Agréez, etc. POGGIOLI.

Les obsèques de M. Rayer ont eu lieu hier jeudi, au milieu d'un grand concours de médecins et de célébrités.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Chevreul, Ricord, Michel Lévy et le duc de Fitz-James.

Une députation de la Faculté en robes, composée de MM. Wurtz doyen, Cruveilhier, Gosselin, Bouchardat, Houel et Sappey, assistait à la cérémonie.

Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe, par MM. Payen, au nom de l'Institut; H. Roger, au nom de l'Académie de médecine; Bussy, au nom du Comité d'hygiène et de salubrité; Husson, au nom de l'Assistance publique; Michel Lévy, au nom de la Société centrale de l'Association générale; Amédée Latour, au nom de l'Association générale; Ball, au nom de la Société de biologie.

M. Brun, au nom de l'amitié, est venu enfin payer un dernier souvenir à la mémoire de M. Rayer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 septembre 1867, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Bagnéris, médecin à Douai; Lemaire, médecin des épidémies à Dunkerque.

— Par décret en date du 6 septembre 1867, M. le docteur Fauvel, inspecteur général du service sanitaire, a été nommé médecin consultant de l'Empereur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la pathogénie des symptômes urémiques, étude de physiologie pathologique, par le Dr ROMMELAIRE. 1 vol. in-8. Prix : 2 f. 50 — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte du palais et de son voile, par A. PRÉTERRE, lauréat de la Faculté et médecine de Paris. 1 vol. grand in-18 de 340 pages. — Paris, 1867, Victor Rozier, éditeur.

Le Bandage plâtré amovo-inamovible d'emblée et tricots plâtrés, par le Dr Van de Loo (de Venlo), in-8; prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, J.-B. Baillière, et Bruxelles, H. Manceaux.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 109. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 17 SEPTEMBRE 1867. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 16 SEPTEMBRE 1867.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
par le mercure et l'iodure de potassium.

IV

A quelle dose doit-on administrer le mercure? Comment peut-on être assuré que le médicament agit?

Il est assez difficile de résoudre la première de ces questions, et on ne peut guère établir que des indications générales, variables selon les cas, l'âge, le tempérament du sujet. Le praticien doit toujours être attentif à ce qui se passe et se tenir prêt à agir selon les circonstances. — Certains malades, même parmi les hommes, les femmes et les enfants, sont très-susceptibles, en général, à l'action des préparations mercurielles; d'autres, au contraire, par suite d'une certaine idiosyncrasie, en ressentent à peine quelques effets, à des doses relativement très-fortes.

J'ai soigné pendant tout l'été et tout l'automne de 1866, un marchand de grains, de quarante et un ans, très-sanguin, très-vigoureux, chez lequel, à dose très-élevée, les préparations hydrargyriques ne produisaient aucun effet appréciable, ni physiologique, ni thérapeutique. Le proto-iodure, à la dose de trente centigrammes, tous les jours; le sublimé, à la dose de vingt centigrammes, non-seulement n'avaient aucune action sur la vérole, mais même ne produisaient aucun effet appréciable sur les intestins, ni sur la bouche. — Les frictions mercurielles furent à peine un peu plus efficaces, et il n'y eut que les fumigations de cinabre qui finirent par triompher du mal, sans toutefois amener aucune salivation. — J'ai vu quelques autres malades dans le même cas, mais se sont là de rares exceptions.

En général, il faut manier les préparations mercurielles avec une grande précaution au début du traitement, de façon à tâter et à sonder son terrain et n'avancer que peu à peu, car même en agissant de la sorte, on n'est pas toujours sûr d'éviter la salivation. Mais comment peut-on s'assurer que la dose est suffisante et qu'elle agit efficacement?

Je n'ai plus besoin de dire que je regarde le mercure comme à peu près infaillible contre la vérole; spécifique ou non, qu'il agisse de telle façon ou de telle autre, il agit incontestablement, et, dès lors, son effet doit être d'amener la disparition du mal. C'est là la pierre de touche. Tant que le mal s'aggrave, tant que même il demeure stationnaire, la dose du médicament est insuffisante, il faut l'augmenter graduellement. Mais même alors que le mal diminue, il faut encore augmenter cette dose, à laquelle le malade s'habitue assez promptement. Cette augmentation doit se faire à peu près tous les dix jours, sans préjudice du changement qu'il faut apporter de temps en temps, à la préparation médicinale elle-même.

Malheureusement on peut être arrêté, et même arrêté court, par un accident désagréable : l'inflammation des gencives et la salivation.

La *salivation* que, à juste raison, nous nous efforçons d'éviter, était, au contraire, provoquée systématiquement par les médecins des trois derniers siècles et surtout par ceux du seizième. Il ne faudrait pas trop se hâter de les blâmer et juger leur thérapeutique par la nôtre. Encore aujourd'hui, il est des véroles très-graves qui ne se guérissent réellement qu'après une salivation plus ou moins abondante. Il est certain que les véroles qu'eurent à traiter les médecins des seizième et dix-septième siècles étaient plus graves que celles que nous observons aujourd'hui et que la guérison devait en être très-pénible, très-lente et très-difficile. Aujourd'hui que, plus ou moins, nous sommes tous, ou par nos ancêtres ou par nous-mêmes, imprégnés de syphilis constitutionnelle, les accidents de la vérole présentent une bien moins grande intensité, et ce n'est que, par exception, qu'on rencontre encore quelques cas offrant, même de loin, une certaine ressemblance avec les descriptions que nous ont laissées Bénédictus, Ulrich de Hutten, Catanée, Fracastor, etc., etc.

Aussi, n'est-il plus nécessaire aujourd'hui de provoquer la salivation, attendu qu'on guérit très-bien la vérole sans elle; elle constitue un accident fâcheux qui enraye le traitement et fatigue beaucoup le malade. Il est bon toutefois d'amener un certain état d'irritation du côté de la bouche, un peu de chaleur aux gencives, des garde-robes plus molles qu'à l'ordinaire; cela est suffisant, et prouve que le médicament est bien absorbé, ce qui donne quelques chances à une guérison plus rapide et plus certaine. — Disons cependant que le praticien ne doit pas trop s'effrayer de la salivation, dont il se rendra toujours maître, en fort peu de temps, avec le chlorate de potasse.

Quelle est l'action réelle du mercure et comment agit-il dans la vérole? Jusqu'ici nous l'avons regardé et nous le regardons encore comme un véritable spécifique, et nous pensons qu'il agit directement sur le virus. — Un théorie nouvelle tend à s'introduire dans la science, c'est celle de M. le professeur Sée. Esprit investigateur, chercheur, aimant à se rendre compte des choses, n'acceptant les hypothèses qu'après démonstration, esprit vraiment scientifique, enfin, et vraiment médical, M. Sée explique différemment l'action des préparations hydrargyriques, et nous croyons utile d'exposer ici sa théorie en quelques mots.

Pris à l'intérieur, le mercure, comme l'avait établi M. Mialhe, est absorbé sous forme de bichlorure et transporté par le sang, qui le décompose finalement en chloro-albuminate mercurique. L'albumine du sang diminue; mais il n'est pas vrai qu'il y ait diminution de la fibrine et des globules; il y a plutôt augmentation de fibrine, et la plasticité du sang augmente au lieu de diminuer. Cette proposition, on le voit, est contraire à toutes les idées reçues jusqu'à ce jour.

Le mercure est peu à peu éliminé; mais une partie reste un temps plus ou moins long dans le système nerveux, les muscles, les os, etc.; l'élimination se fait principalement par les glandes salivaires, l'intestin, les reins et la peau; mais au lieu de se faire d'une façon ininterrompue, elle se produit, au contraire, successivement et par intervalles plus ou moins espacés. La syphilis agit de même par poussées successives et ne constitue pas, pour M. Sée, une diathèse. Ces poussées syphilitiques se caractérisent par des hyperplasies, et le traitement consiste à poursuivre ces hyperplasies et non pas un virus imaginaire.

Or, le mercure amène une dénutrition générale; sous son influence, surtout quand elle est poussée un peu loin, tout l'organisme se dénourrit et, sur son chemin, il attaque et détruit les hyperplasies, c'est-à-dire les symptômes actuels de la vérole.

Telle est la nouvelle théorie de M. le professeur Sée, théorie ingénieuse, fort séduisante et possédant le grand mérite de rendre compte des choses, que nous n'acceptons cependant que sous bénéfice d'inventaire, car elle détruit l'idée de virus et de diathèse, et nous ne saurions encore nous ranger à une telle manière de voir. Il nous est impossible de voir, dans la syphilis, autre chose que l'action d'un virus spécial, manifestant trop souvent et trop profondément son action délétère.

M. Diday a aussi exposé une théorie nouvelle de la syphilis; il admet bien que c'est là une maladie virulente, mais essentiellement parasitaire.

« Comme les germes des parasites végétaux et animaux, les agents des maladies virulentes ont toujours une période d'incubation variable suivant les espèces; — comme ces germes, les virus ont des périodes alternatives de sommeil et d'activité, de stérilité et de procréation. A ces périodes répondent, symptomatiquement, les alternatives d'arrêt et de poussées successives des manifestations morbides.

» — Un troisième caractère établissant l'identité des maladies parasitaires et des maladies virulentes, c'est qu'il n'existe pas, dans la nature, d'autres corps que des êtres organisés qui aient la propriété de proliférer et de donner naissance à des produits identiques jouissant de la faculté de se reproduire. Pourquoi certains corps, sous le nom de virus, feraient-ils exception à cette loi, alors qu'ils présentent tous les caractères des germes végétaux ou animaux.

« L'étude attentive de l'évolution de la syphilis confirme l'assimilation de la maladie avec l'affection parasitaire. Physiologiquement, le virus, comme les germes, persiste dans l'organisme, tant qu'il y trouve les conditions de son existence et de son développement.

« Au point de vue thérapeutique, la même impuissance du parasiticide à empêcher l'éclosion des germes, se retrouve dans le mercure, qui ne peut prévenir l'explosion de la syphilis. D'autre part, l'efficacité que possède le parasiticide pour détruire les germes une fois développés, le mercure la possède également pour faire disparaître les manifestations du virus. Tant que le germe reste à l'état de germe, impuissance du parasiticide; tant que le virus reste latent, impuissance du mercure; dès que le virus est développé, efficacité du parasiticide; dès que le virus a effectué sa poussée, efficacité du mercure. — Impuissance du parasiticide à prévenir une nouvelle génération de parasites; impuissance du mercure à prévenir les récidives des accidents syphilitiques; efficacité du parasiticide à détruire chaque génération nouvelle de parasites; efficacité du mercure à modifier chaque manifestation nouvelle de la syphilis. — Le parallélisme est complet. — Dans la syphilis, comme dans le parasitisme, il importe de tenir grand compte de l'état de l'organisme vivant. La condition de l'éclosion et du développement des parasites, végétaux ou animaux, c'est la faiblesse de l'organisme, ainsi que l'a très-bien établi M. le professeur Ch. Robin; les champignons, les mousses, les lichens, se développent sur les arbres vieux et rabougris; les parasites de l'homme se manifestent de préférence sur les individus faibles et malades. De même, la syphilis trouve dans la faiblesse de l'organisme les conditions favorables à son développement et à sa persistance. C'est pourquoi il faut, dans le parasitisme, faire intervenir à la fois le parasiticide et l'hygiène reconstituante; de même, dans la syphilis, il convient de faire la part du mercure donné à propos et de l'hygiène reconstituante, où, en d'autres termes, du traitement tonique et réparateur. » (*Union médicale*, 22 juin 1867.)

Cette théorie ingénieuse n'est qu'une simple hypothèse que rien jusqu'à présent n'est venu démontrer. Dans tous les cas, elle a conduit son auteur à une thérapeutique qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, ne saurait, en aucun cas, avoir notre approbation.

Quelle doit être la durée du traitement par le mercure? Cette question a été longtemps débattue, et aujourd'hui encore la plupart des médecins n'ont pas de notions précises sur le temps qu'ils doivent consacrer au traitement de la syphilis; ils s'en rapportent beaucoup plus au hasard qu'à l'expérience. Et d'abord, le traitement ne doit jamais se mesurer ni par le nombre de jours ni par le poids du mercure absorbé. Tel malade peut être guéri en six semaines, tel autre seulement en six mois; chez tel individu il suffit de doses très-faibles de mercure, chez tel autre il en faut de beaucoup plus considérables. En général, on doit continuer l'usage du médicament pendant un temps très-long; le médecin ne saurait jamais trop insister auprès de son malade pour lui faire prolonger le traitement.

Voici quelques considérations qui peuvent guider le médecin et lui permettre d'apprécier la durée du traitement; elles se déduisent principalement du symptôme que l'on a à combattre. Ainsi, je suppose que l'on ait à diriger un traitement contre l'induration sous-chancreuse ou ganglionnaire; il est absolument indispensable: 1° de faire prendre du mercure jusqu'à ce que toute trace d'induration ait complétement disparu; 2° de continuer encore les préparations hydrargyriques pendant la moitié du temps qu'il aura fallu pour faire disparaître l'induration. Ainsi, je suppose que l'induration ait disparu après soixante jours de traitement; il faudra que le malade continue à prendre du mercure pendant trente jours au moins, On se conduira de même pour tout autre accident à combattre : syphilides, ulcérations secondaires, etc.; puis on fera prendre pendant un mois environ de l'iodure de potassium.

Nous avons déjà eu occasion de dire qu'un des points les plus importants dans le traitement de la syphilis consiste à savoir *varier les préparations mercurielles;* les praticiens ne sauraient trop se conformer à ce principe. Sans doute, ce n'est pas telle ou telle préparation de mercure qui guérit la vérole, mais bien le mercure en général; cependant il faut savoir aussi que telle préparation convient mieux que telle autre dans une circonstance donnée: que là où l'iodure hydrargyrique échoue, le sublimé sera héroïque; que la liqueur de Van-Swieten ne remplace pas toujours les pilules de deuto-chlorure; que dans les cas enfin où toutes les autres préparations ont échoué, l'acétate de mercure peut exceptionnellement réussir.

Or, il est triste de le dire, mais cela est, beaucoup de praticiens traitent tous les vérolés, ceux-ci avec ce qu'ils appellent les pilules de M. Ricord (iodure de mercure), qu'ils ne se donnent même pas la peine de formuler, et dont souvent ils ne connaissent pas au juste la préparation; ceux-là avec les pilules de Dupuytren; les uns avec les pilules de Sédillot, les autres avec la liqueur de Van-Swieten. Toutes ces préparations sont excellentes sans doute, et elles réussissent le plus souvent, à la vérité; mais elles peuvent dans certains cas échouer isolément,

et il est nécessaire par conséquent de pouvoir les varier et les modifier selon les circonstances.

En thèse générale (ce n'est pas l'opinion dominante aujourd'hui), le deuto-chlorure de mercure m'a paru surtout convenir dans les accidents les plus récents de l'infection syphilitique, c'est-à-dire dans l'induration ganglionnaire et les variétés les plus légères des syphilides. Je fais fréquemment usage de la liqueur de Van-Swieten, surtout chez les femmes, parce que, mélangée avec du lait, c'est une des préparations mercurielles les mieux tolérées par l'estomac. Mais il ne faudrait pas croire cependant, comme on l'a dit et redit, que le sublimé ne donne jamais lieu à la salivation; c'est là une erreur facile à constater.

Dans les accidents syphilitiques qui indiquent une infection plus ancienne et plus profonde, le proto-iodure hydrargyrique m'a paru plus utile que le deuto-chlorure. Cependant, il est bon de savoir que ces règles subissent de très-nombreuses exceptions.

Enfin, dans quelques cas de syphilis rebelle et invétérée, l'acétate de mercure, vanté par Parent-Duchatelet, m'a rendu de véritables services, et mon regrettable ami, le docteur Follin, a eu aussi à s'en louer. Seulement ce médicament, extrêmement énergique, ne doit trouver qu'exceptionnellement place dans la thérapeutique de la vérole.

Dans un grand nombre de cas de syphilis, il est bon d'unir l'usage interne et externe du mercure. J'ai vu beaucoup de formes de syphilis que le mercure pris à l'intérieur semblait ne modifier en aucune façon, pâlir et s'éteindre rapidement dès que les malades avaient pris quelques bains de sublimé. Dans quelques cas rares, enfin, on se trouvera bien d'unir les frictions mercurielles à l'usage du mercure à l'intérieur, mais alors il faut attentivement surveiller les gencives.

Traitement des accidents tertiaires. — Iodure de potassium. — J'ai peu de choses à dire sur le traitement de la syphilis tertiaire par l'iode; quelques mots suffiront. J'ai déjà établi que les préparations d'iode constituaient le spécifique par excellence des accidents tertiaires, et, si j'y reviens, c'est que cette vérité ne saurait être trop mise en relief. Devant un cas douteux, en présence d'une de ces tumeurs dont le diagnostic est embarrassant, le médecin ne doit jamais négliger d'employer l'iodure de potassium comme pierre de touche. S'il a affaire à une affection syphilitique, la tumeur se fondra en quelque sorte sous l'influence du traitement, et cela avec une rapidité vraiment prodigieuse. Le mercure, au contraire, serait tout à fait inutile dans ces cas.

Cependant, il est parfaitement vrai que l'iode n'est pas un aussi bon antisyphilitique que le mercure; souvent même l'iode ne paraît nullement jouir de la propriété antisyphilitique, même dans les cas le mieux indiqués. Il semble qu'il ne soit destiné qu'à terminer ce que le mercure seul ne pourrait faire; et dans un très-grand nombre d'occasions, il serait complétement inutile si déjà l'organisme n'était imprégné de mercure. De là la nécessité de ce précepte, que j'ai déjà donné plus haut: « Avant de faire prendre l'iodure de potassium, ou en même temps que ce dernier médicament, ordonnez au malade quelques préparations mercurielles. »

L'iode ou l'iodure de potassium est un médicament que tout le monde manie aujourd'hui avec la plus grande hardiesse. On semble avoir oublié ou n'avoir pas appris que ce remède si utile n'est cependant pas exempt de tout danger. Ainsi, le praticien doit bien savoir, et au besoin prévenir même les malades, que les préparations d'iode donnent souvent lieu à des éruptions cutanées, à du coryza, du larmoiement, de la céphalalgie, à un vrai rhume de cerveau enfin, de courte durée, à la vérité, mais fort incommode. Chez certaines personnes, ce rhume de cerveau se montre très-rapidement, et sous l'influence de la dose la plus minime du médicament. On observe aussi quelquefois des troubles nerveux assez singuliers et généralement passagers. Il n'est pas rare de voir survenir, chez les femmes, un dérangement du côté des fonctions menstruelles, et quelquefois un peu de métrorrhagie. Mais ces accidents sont peu importants. En voici de plus graves, et auxquels le médecin doit faire la plus sérieuse attention: il est incontestable que l'iode a sur les glandes une action atrophique remarquable, et que sous son influence on peut voir les testicules s'atrophier considérablement et les érections diminuer ou même cesser complétement. Le tissu de la glande mammaire peut s'atrophier aussi et la sécrétion lactée diminuer en proportion; fait très-important à connaître s'il s'agissait de traiter une nourrice.

Quelques médecins ont donné l'iodure de potassium à des doses vraiment fabuleuses; il est probable que les malades ne prenaient pas tout le médicament. En général, on doit le donner à faible dose, commencer par 0,50 à 1 gramme, et ne pas dépasser 3 à 4 grammes d'iodure de potassium en vingt-quatre heures.

Habituellement l'iodure de potassium est bien toléré, et ne fatigue pas les organes digestifs; aussi ne l'emploie-t-on à peu près qu'à l'intérieur. Cependant, dans quelques cas, on l'incorpore à des graisses pour l'appliquer en topique, soit comme traitement général, soit plus fréquemment comme traitement local. Ainsi, on peut hâter la fonte des tumeurs gommeuses par l'application de semblables pommades. Toujours est-il cependant qu'on ne peut nullement comparer les frictions iodiques aux frictions mercurielles, et que les premières constituent un simple moyen accessoire d'assez médiocre importance.

Je regrette que le cadre que je me suis tracé ne me permette pas de parler de la *syphilisation*, cette singulière méthode de traitement qui consiste assez souvent, sous prétexte de la guérir, à donner la vérole à des gens qui ne l'auraient jamais eue; méthode presque barbare, qui, lorsqu'elle est inutile, imprime sur le corps de ses victimes des centaines de stigmates indélébiles. — Je croyais, je l'avoue, la syphilisation bien morte et enterrée, quoique je n'ignorasse point qu'elle avait fait son apparition en Angleterre et eu de nombreux adeptes dans les Etats scandinaves. Le Congrès médical international nous a péniblement surpris en nous montrant que nous étions dans l'erreur.

Toutefois, la syphilisation paraît avoir eu un médiocre succès dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et ce qui paraît ressortir de la discussion fort animée à laquelle elle a donné lieu, c'est que ses principaux adeptes ne l'emploient plus guère comme méthode préventive, mais seulement comme méthode curative; — que M. Sperino (de Turin), après l'avoir préconisée et écrit, à sa louange, un énorme volume in-8°, ne l'emploie plus que très-exceptionnellement et dans les cas de syphilis les plus graves et rebelles à tout autre mode de traitement; — que plusieurs médecins de renom, M. Simpson en particulier, ont l'air de croire à l'efficacité de la syphilisation, mais se gardent bien de la pratiquer eux-mêmes.

Pour moi, j'espère bien que cette prétendue méthode de traitement de la vérole ne tardera pas à disparaître, pour ne laisser qu'un souvenir fâcheux et pénible, et attester que, en fait d'erreurs, on ne saura jamais jusqu'où peuvent s'aventurer les esprits, même les plus droits et les plus sérieux.

Dr H. MONTANIER.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BLACHE.

Fièvre typhoïde; contagion; hémorrhagie intestinale le vingt-troisième jour. Guérison.

(Par le Dr Xavier GOURAUD.)

Le 14 janvier, est entrée dans le service de M. le docteur Blache, salle Sainte-Catherine, n° 56, la nommée Cécile, âgée de quatorze ans. Cette enfant, dit-on, est d'une bonne santé habituelle, et, dans les renseignements qui ont été fournis sur son compte, il n'a pas été dit qu'elle ait fait de maladie grave. Elle est à Paris depuis quinze mois seulement. Son régime est en général mauvais: nourriture insuffisante, habitation humide et peu exposée au soleil. L'influence contagieuse est ici évidente: la mère est actuellement atteinte d'une fièvre typhoïde grave: les trois frères de Cécile ont été également atteints de la même maladie; l'un a été traité chez ses parents et les deux autres à l'Hôpital des Enfants; enfin une petite sœur de la malade est couchée dans le lit voisin et présente les symptômes d'une légère dothiénentérie. Quant au père de cette malheureuse famille, il est actuellement alité; son état est encore mal déterminé; mais le médecin redoute également pour lui la contagion typhique.

Le 14, jour de son entrée, Cécile était malade depuis huit jours: l'enfant avait eu chez elle plusieurs vomissements, une courbature assez forte et un sentiment de malaise général. Aucune céphalalgie: pas d'épistaxis. Un peu de délire pendant la nuit, et cela plusieurs jours de suite. Le sulfate de quinine avait été administré une seule fois.

Etat actuel. L'enfant présente les symptômes d'une fièvre typhoïde légère: courbature, faiblesse générale; la fièvre, du reste, est modérée.

L'éruption commence à se montrer sur le ventre et un peu sur la poitrine.

Le ventre n'est douloureux qu'à la pression, et surtout à la fosse iliaque droite. — Diarrhée.

La malade dit qu'elle est sourde depuis qu'elle a pris le sulfate de quinine.

15. Purgation avec 6 grammes d'huile de ricin.

Du 15 au 22, aucun phénomène nouveau ne se manifeste; la fièvre continue.

22. Les symptômes sont plus accusés et plus intenses.

— Etat saburral de la langue. Ballonnement du ventre très-marqué et douleur, non-seulement à la pression, mais encore spontanée. Les taches sont plus nombreuses; la fièvre est vive et le pouls fort.

23. Ce matin, même état qu'hier: poudre d'ipéca 0,50
sirop d'ipéca 75 grammes.

L'enfant n'a vomi que quatre ou cinq fois, et a paru soulagée.

Le soir, 0,05 de calomel.

24. Ce matin, 8 grammes d'huile de ricin, pour assurer l'effet purgatif du calomel administré hier.

A la visite du soir, les douleurs du ventre semblent avoir cédé.

La poitrine, qui jusque-là n'avait présenté aucun symptôme, commence à se prendre. Râles secs et sonores des deux côtés, en petit nombre; du reste, aucune matité. Légère toux et légère expectoration.

26. La fièvre est violente, et les forces paraissent tomber un peu. Recrudescence de l'éruption lenticulaire: il y a une sorte d'éruption secondaire.

Les râles sibilants se sont généralisés et sont beaucoup plus nombreux. Teinture d'iode en arrière: looch, kermès, 0,10.

27. On est obligé de supprimer le kermès, à cause de la diarrhée: la poitrine est dans le même état; mais la stupeur augmente et les signes d'adynamie commencent à se produire.

28. Les râles ont presque disparu; la faiblesse est toujours très-grande: 30 grammes de sirop de quinquina.

29. L'aspect extérieur paraît meilleur: potion ainsi composée:

Eau distillée........................ 125 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges..... 30 —
Extr. mou de quinquina...... 2 —

Le soir, je trouve l'enfant mieux; la potion au quinquina a été bien supportée; le pouls est toujours mou, dépressible, quoique un peu moins vite.

30. Les forces reviennent un peu, légère amélioration; même prescription.

Le soir, on me dit que la malade a eu une hémorrhagie intestinale: les matières sont en effet brunâtres et contiennent manifestement du sang. Il y a eu aussi une légère épistaxis. Malgré cela, la petite malade ne paraît pas affaiblie d'une façon notable.

31. Pendant la nuit, nouvelle hémorrhagie intestinale, et cette fois avec de véritables *caillots*; l'enfant est pâle et très-faible: pouls déprimé et vite, 104.

Potion avec 3 gr. de perchlorure de fer; limonade sulfurique; toujours la potion au quinquina, et de plus un lavement froid.

A la visite du soir, je trouve l'enfant assez bien, et cependant, après la visite du matin, elle avait eu une nouvelle hémorrhagie intestinale, encore avec caillots, mais moitié moins abondante que celle de la nuit. Dans la journée, encore deux selles rougeâtres, cette fois sans caillots. Le pouls n'a que 96, et est un peu remonté; il est moins mou et moins dépressible.

1er février. La malade a eu, depuis la visite d'hier soir, une selle diarrhéique sans trace d'hémorrhagie. Ce matin l'amélioration est plus évidente qu'hier; le lavement froid est encore prescrit, ainsi que la potion au quinquina et la potion au perchlorure de fer, qui n'est donnée qu'à la dose de 1 gr. 50.

2 fév. Aucun accident hémorrhagique ne s'est renouvelé; état général de plus en plus satisfaisant; suppression du perchlorure de fer.

4 fév. Ce soir l'enfant a mangé un œuf frais.

5 fév. La malade a pris aujourd'hui un peu de viande blanche et une petite quantité de vin.

6 fév. A la visite du soir, je trouve le pouls de la petite malade véritablement fébrile: il a 120 pulsations. Cet accès de fièvre, qui avait commencé le matin à 10 heures, cesse à 6 heures du soir. Encore quelques taches pâles sur la région hypogastrique, malgré la recrudescence de la fièvre, qui avait cédé depuis plusieurs jours, l'amélioration se maintient.

7 fév. Pas d'accès de fièvre: l'enfant va de mieux en mieux.

9 fév. La malade se lève aujourd'hui pour la première fois; le soir, je constate qu'elle a bien supporté cette fatigue: elle est encore faible, cela va sans dire; et encore sa faiblesse n'est-elle pas aussi grande qu'on aurait pu le craindre, à la suite de l'accident redoutable qui est venu compliquer sa maladie.

A partir d'aujourd'hui, on peut regarder la petite malade comme étant en pleine convalescence.

Les trois jours suivants, rien de nouveau.

13. L'enfant continue à aller vraiment bien: la fièvre n'a pas reparu depuis le 6 février: la poitrine est en parfait état; les fonctions digestives sont régulières, et l'appétit est excellent.

Du 13 février au 13 mars, Cécile est restée dans la salle Sainte-Catherine, à titre de convalescente. Pendant ce mois entier, elle n'a présenté aucun accident, ni aucune rechute: ses forces revenaient de jour en jour et le 13 mars elle put quitter l'hôpital, portant encore quelques symptômes de l'anémie de sa convalescence, mais enfin relativement forte et en état de bonne santé.

L'histoire clinique de cette petite malade est extrêmement claire: cette enfant âgée de 14 ans, vivant dans des conditions hygiéniques défavorables, a été prise d'accidents typhoïdes, en soignant sa mère, qui avait une fièvre typhoïde. La maladie, après avoir suivi une marche régulière pendant trois septénaires, s'est tout à coup compliquée d'une hémorrhagie intestinale, qui s'est renouvelée trois fois. Cet accident n'a pas empêché la convalescence de s'établir, et la malade a pu quitter l'hôpital parfaitement guérie.

Le fait clinique que je viens de mettre sous vos yeux, tout simple qu'il est, est remarquable par deux circonstances sur lesquelles les médecins sont loin d'être d'accord et que je voudrais élucider devant vous: la pyrexie, dont ma malade a été atteinte, a eu une origine particulière, qui fournit une occasion naturelle de faire quelques réflexions sur le caractère épidémique et contagieux de la fièvre typhoïde: de plus, dans le cas actuel, la fièvre typhoïde a présenté une hémorrhagie, dont il est utile de fixer la valeur séméiologique, si diversement interprétée par les auteurs: telles sont les deux circonstances qui m'ont paru mériter quelque attention, et qui m'ont décidé à vous donner lecture de cette observation.

Relativement au caractère du mode étiologique, les renseignements que j'ai obtenus sont tout à fait précis. L'enfant venant d'une famille où quatre autres enfants (trois frères et une sœur), la mère et peut être le père étaient atteints de fièvre typhoïde: deux des frères ont été soignés à l'hôpital des Enfants, l'un dans le service de M. Bouvier, l'autre dans le service de M. Roger; il ne peut donc y avoir aucun doute sur la nature de l'affection dont ces deux enfants ont eu à souffrir: quant à la sœur, je l'ai observée dans le service de M. Blache, et le caractère typhoïde de sa maladie a été des plus évidents: chez cette enfant, plus jeune que sa sœur de 4 ans et demi, la forme de l'affection a été purement abdominale: elle a été légère et n'a point présenté d'hémorrhagie intestinale. Quant à la maladie dont les autres membres de la famille ont été atteints, nous avons dû nous en rapporter au récit fait par les personnes qui ont amené les enfants à l'hôpital.

Ainsi donc successivement, bien qu'à un intervalle très-rapproché, six et peut-être sept personnes de la même famille ont été frappées.

Comment doit-on comprendre le mode de développement de la fièvre typhoïde dans le cas qui nous occupe? Notre malade a-t-elle été victime d'une épidémie partielle, ou a-t-elle été atteinte par la contagion? Je crois que c'est à cette dernière hypothèse qu'il convient de s'arrêter. On peut prévoir que la contagion doit être facile dans une famille malheureuse, où tous se trouvent soumis aux mêmes influences débilitantes, de mauvais air, d'insolation incomplète, d'alimentation insuffisante: je sais bien que ces circonstances sont à elles seules assez puissantes pour produire une épidémie: mais comment expliquer la coïncidence de ces six ou sept fièvres typhoïdes nées dans le même milieu, si ce n'est par la contagion, dont la mère a été le point de départ. Pour ma part, je comprends mal que tout le monde dans cette famille ait été frappé d'une façon en quelque so indépendante, sans que la maladie de l'une ait eu aucune

fluence sur la maladie de l'autre. Lorsqu'elle est ainsi restreinte dans son action, la transmission ne peut s'effectuer que par contagion. Le caractère contagieux de la fièvre typhoïde n'est point un fait exceptionnel, et un grand nombre l'admettent comme parfaitement démontré.

Chomel et Louis croyaient à la contagion de la fièvre typhoïde; Bretonneau, dès l'année 1829, avait publié dans les Archives un mémoire favorable à la doctrine de la contagion, et depuis un grand nombre d'observateurs et d'auteurs, dont l'autorité ne peut être contestée, admettent cette manière de voir; et, comme le fait justement remarquer M. le professeur Trousseau, en passant en revue les rapports que l'Académie de médecine reçoit chaque année sur les épidémies des départements, on est obligé de reconnaître que la contagion de la fièvre typhoïde est un fait acquis à la science.

Je rappellerai ici quelques propositions qui ont été formulées par M. le docteur Gendron, et que vous trouverez consignées dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales pour l'année 1834. Selon ce médecin, la transmission peut être directe par le contact immédiat des malades, où le séjour dans leur atmosphère. Elle peut être indirecte à la suite des rapports médiats avec les personnes qui ont soigné les malades, ou avec les objets qui ont servi à ces derniers. Pour le même auteur, la contagion a une influence proportionnée à la fréquence des communications avec les malades et à leur nombre; elle est surtout puissante pendant le troisième et le quatrième septénaire. Ces propositions sont d'une importance qui ne doit échapper à personne; car le caractère contagieux que présente une affection, n'est utile à connaître qu'à la condition d'avoir en même temps une connaissance exacte des circonstances qui président à sa transmission, j'allais dire de la pathogénie de sa transmission. A ce sujet, j'appellerai votre attention sur une opinion qui est assurément connue en France, mais qui a principalement cours chez nos confrères d'outre-Manche et d'outre-Rhin; cette opinion est relative à la transmission de la fièvre typhoïde par les matières des garde-robes. Suivant le docteur Murchison, c'est surtout l'influence des latrines — où les matières, longtemps accumulées, imprégnent la terre — qui est à redouter.

Dans le cas qui nous occupe, il est très-raisonnable d'admettre que la transmission de la mère à la fille a pu s'effectuer de la sorte.

Les quelques considérations que je viens de présenter n'ont d'intérêt qu'autant qu'elles peuvent avoir une utilité pratique. Ici l'utilité pratique est évidente.

Lorsque l'on connaît bien les conditions qui président à la production d'une maladie, on est éclairé sur la direction qu'il convient d'imprimer au traitement, et dans une certaine mesure sur les moyens qui sont propres à prévenir le mal. La notion de la contagion dans la fièvre typhoïde ne change rien aux indications thérapeutiques, spéciales à cette pyrexie : mais elle est la base des mesures préventives qui doivent être prises pour limiter le champ d'action du poison morbide.

Parmi ces mesures, une des plus indiquées, c'est l'isolement. Pourquoi n'isole-t-on pas les malades atteints de fièvre typhoïde, comme on isole les varioleux et les scarlatineux? C'est ce que, pour ma part, je ne puis pas comprendre, et c'est la pratique de l'isolement que je viens proposer ici, comme conséquence des propositions que j'émettais tout à l'heure. Dans quelle mesure doit-il être pratiqué? Telle est la question que je veux encore étudier. A coup sûr, la rigueur d'une mesure préventive doit toujours être proportionnée au degré de la contagiosité; et il est juste de recommander à l'égard des maladies diphthéritiques, par exemple, des précautions qui pourront être négligées pour une affection moins constamment contagieuse. Mais, s'il est raisonnable d'apporter une certaine modération aux mesures préventives dans les circonstances où la contagion n'est point constante, où elle n'est même que possible, il est imprudent de ne tenir aucun compte, pour ces sortes d'affection, de la possibilité de la transmission par voie de contagion. Je crois donc, et c'est ainsi que je résumerai mon opinion relativement à la question en litige, que l'isolement restreint dans la fièvre typhoïde sporadique, à plus forte raison s'il y a une influence épidémique quelque légère quelle soit, est recommandé par l'observation rigoureuse des faits.

Il me reste maintenant à examiner la deuxième circonstance qui s'est présentée dans l'observation que je viens de lire. Ma malade a eu une hémorrhagie intestinale au commencement du troisième septénaire. Cette hémorrhagie, sans être d'une abondance extrême, a été cependant copieuse; malgré cet accident, la malade a guéri : voilà le fait. Cette guérison est-elle exceptionnelle? ou bien faut-il la regarder comme un phénomène ordinaire?

L'hémorrhagie intestinale, dans la fièvre typhoïde, a toujours été considérée comme un accident grave et avec raison; et accident est, en effet, sous la dépendance d'un état du sang qui peut amener incessamment de nouveaux accidents de la même nature, qui finissent par épuiser les forces des malades, et, de plus, le siége de l'hémorrhagie ne peut être atteint que d'une manière indirecte. Enfin, la manière foudroyante dont surviennent le plus souvent ces hémorrhagies, comme toutes les hémorrhagies ataxiques, met tout à coup les malades dans un danger imminent. Dès qu'il voit survenir une hémorrhagie intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde, la première impression du médecin est donc celle d'une vive inquiétude et le pronostic prend tout à coup une singulière gravité.

Toutefois, les médecins expérimentés, qui ont observé avec soin un grand nombre de fièvres typhoïdes, finissent par se familiariser avec les hémorrhagies intestinales, parce qu'ils ont remarqué, qu'après tout, un assez grand nombre de malades guérissent très-bien. Quelques personnes sont même allées jusqu'à regarder cette espèce d'hémorrhagie comme une crise favorable; il faudrait au moins dire, comme les anciens, que c'est une crise mal placée.

Il y a donc des distinctions à faire, et le cas présent nous paraît très-propre à établir plusieurs de ces distinctions.

Quand, au début d'une fièvre typhoïde, on voit un malade avoir des épistaxis foudroyantes, puis des hémorrhagies intestinales répétées et abondantes, on a lieu de penser que la diathèse hémorrhagique, innée, comme cela arrive quelquefois, ou acquise par le fait même de l'état typhoïde, donnera aux hémorrhagies intestinales un caractère de plus en plus grave et de plus en plus alarmant. Si les hémorrhagies du côté des différentes muqueuses, et même du côté de la peau, viennent à s'accompagner de symptômes généraux, indiquant soit l'ataxie, soit l'adynamie, si, en un mot, la dothiénentérie prend l'allure de la fièvre putride hémorrhagique, il est clair que le phénomène de l'entérorrhagie est sous la dépendance d'un état général, qui ne peut être que fatal dans son évolution.

Si, dans le cours de la fièvre typhoïde, l'hémorrhagie intestinale survient chez un sujet dont les forces sont à l'avance épuisées par l'état typhoïde, et dont le pouls est réduit, avant la perte sanguine, à une grande débilité, on ne peut que craindre une fâcheuse terminaison.

Enfin, vous reconnaîtrez avec moi que, dans le cas où l'hémorrhagie intestinale se renouvelle avec une évidente périodicité, l'hypothèse d'une fièvre pernicieuse hémorrhagique doit venir à l'esprit, et avec elle la pensée que le malade est en danger de mort.

Il n'est pas indifférent non plus, pour le salut du malade, que l'hémorrhagie intestinale se produise au commencement ou à la fin de la dothiénentérie. Si elle a lieu à un moment où l'ulcération de la plaque de Peyer n'a pas encore eu le temps de se produire, le phénomène hémorrhagique ne peut être attribué qu'à la rupture de capillaires très-fins, distendus par l'état congestif de la muqueuse gastro-intestinale. La perte de sang, ordinairement peu abondante dans ce cas, n'a point de gravité, et peut même avoir une heureuse influence sur la marche de la maladie, qu'elle sert parfois à diagnostiquer. L'influence favorable de l'hémorrhagie s'explique dès lors par ce fait, que l'issue du sang met un terme à l'état congestif de la muqueuse intestinale. Plus tard, pendant le troisième septénaire, lorsque l'ulcération existe, le système circulatoire se trouvant ouvert en quelque sorte d'une manière large, la récidive de l'hémorrhagie et surtout son abondance constituent un danger qui ne peut échapper à personne.

Enfin, ce serait une omission grave que de ne point mentionner l'état des forces après l'accident, c'est-à-dire la manière dont le malade supporte la perte sanguine : cette circonstance est évidemment un élément de pronostic qui ne peut guère tromper. L'observation du pouls, qui tantôt se relèvera, tantôt, au contraire, conservera sa débilité, les moyens thérapeutiques étant impuissants à ramener à son niveau normal la tension vasculaire, fournira des données précieuses pour présager de l'issue funeste ou favorable de la complication hémorrhagique.

La malade, dont j'ai lu tout à l'heure l'observation, fournit un exemple à l'appui de ce que je viens de dire. L'accident eut lieu à une période avancée de la maladie, vers le vingt-troisième jour, à une époque où, selon toute probabilité, l'ulcération intestinale existait déjà, et cependant la guérison a eu lieu. Hâtons-nous d'ajouter que la malade a toujours bien supporté son état, que son pouls n'est jamais monté très-haut, et qu'elle n'a jamais présenté de symptômes adynamiques bien caractérisés. La guérison s'explique donc ici tout naturellement.

Doit-on considérer ce fait comme exceptionnel, ou doit-on le regarder comme un phénomène ordinaire, telle est la question que je posais tout à l'heure. A ce sujet, il s'est produit parmi les auteurs deux tendances contraires et toutes les deux exagérées : les uns diraient, à propos du cas actuel : Oui, cette guérison est exceptionnelle, car le pronostic est presque toujours fatal dans l'hémorrhagie intestinale; les autres penseraient qu'il n'y a rien de particulier, puisque cette variété d'hémorrhagie doit, selon eux, guérir le plus souvent. Ces deux opinions sont fondées sur l'observation de plusieurs séries de faits, dans lesquelles la terminaison fut constamment fatale ou constamment heureuse. Il me semble que cette manière de voir ne répond pas à la réalité des choses; les conditions qui président à la production d'une hémorrhagie intestinale et à son évolution, sont si nombreuses qu'on ne peut guère poser ici de loi générale; chaque fait, ainsi que je me suis efforcé de le faire voir dans les propositions générales qui précèdent, a sa valeur particulière, en rapport avec les conditions mêmes qui ont aidé à sa manifestation; et ce serait s'exposer à être contredit par les faits cliniques, que de tirer d'une observation, et même d'une série d'observations, une conclusion générale. Il me semble donc qu'il y a lieu de modifier l'interprétation trop favorable qui a été donnée, dans ces dernières années, au phénomène que j'étudie en ce moment, et de se borner, dans l'appréciation de la valeur séméiologique de ce symptôme, à la considération de chaque fait en particulier, qui, je le répète, doit être envisagé séparément, et non en vue d'un pronostic, comprenant l'ensemble des cas bien observés. De cette façon, on a le grand avantage de se rapprocher de la vérité, et de ne pas apporter à la considération d'un phénomène aussi important que l'hémorrhagie intestinale, des idées trop absolues, qui, dans certaines circonstances pourraient, en favorisant une expectation inopportune et non justifiée, être une cause de préjudice pour les malades.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 25 mars 1867. — Présidence de M. BARTHEZ.

LECTURE.

M. Gouraud lit une observation intitulée : *Fièvre typhoïde, contagion, hémorrhagie intestinale au vingt-troisième jour.* — Guérison.

DISCUSSION.

M. Beaumetz. — Je ne crois pas que le fait rapporté par M. Gouraud soit probant en ce qui touche la contagion. La contagion de la fièvre typhoïde me paraît infirmée par ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris. La salle d'hôpital, avec ses émanations, avec l'encombrement, et toutes les causes d'insalubrité que je puis en particulier observer à la Pitié, la salle d'hôpital est la meilleure pierre de touche qui puisse mettre la contagion en évidence. C'est ce qui a lieu pour la variole. Au contraire, on ne voit jamais la fièvre typhoïde se propager de lit à lit dans une salle; il y a souvent des épidémies au dehors, mais jamais dans la salle elle-même de l'hôpital; on n'y observe aucun fait de contagion. Il n'est pas dit dans l'observation de M. Gouraud si la fièvre typhoïde régnait épidémiquement dans le quartier de sa malade, et le cas actuel démontrerait plutôt l'épidémicité que la contagion.

M. Gouraud. — Il y a deux modes de contagion : celle qui s'effectue par un contact direct et celle qui se fait par l'intermédiaire de l'air. Ma malade s'est trouvée soumise à ces deux conditions réunies. J'ai cru que ce cas était concluant en faveur de la contagion; mais on ne peut rien affirmer avec un seul fait; il faut le comparer à d'autres analogues, et celui que j'apporte me semble pouvoir entrer en ligne de compte.

M. Beaumetz. — Le titre de l'observation est trop absolu. Dans les hôpitaux, les agglomérations de malades atteints de fièvre typhoïde ne déterminent jamais un foyer de contagion, comme cela a lieu pour les varioles et les érysipèles.

M. Martineau. — Je crois que M. Gouraud aurait élucidé cette question, s'il avait bien défini la contagion. Blancardi confond l'infection et la contagion. M. Gouraud aurait pu comparer ce qui se passe dans la fièvre typhoïde avec ce qu'on observe dans le typhus. Ce dernier peut être épidémique et contagieux. Il est contagieux dans certaines circonstances, tandis que par l'amélioration des conditions hygiéniques il cesse d'être contagieux. C'est ce qu'on a toujours observé au Val-de-Grâce. Il en est de même de la fièvre jaune qui s'éteint à Paris. En s'appuyant sur ces faits, on aurait pu résoudre la question de la contagion. Je crois, pour ma part, à la contagion de la fièvre typhoïde, en tenant compte des faits observés dans les petites villes. Les conditions hygiéniques qu'on rencontre dans les salles d'hôpital sont infiniment meilleures que celles au milieu desquelles vivent les familles de la classe pauvre. Pour moi, l'infection est un mode de contagion.

M. Ollivier. — En s'en tenant aux données fournies par l'observation de M. Gouraud, on ne peut admettre dans ce cas de propagation de la fièvre typhoïde que par infection. Il s'agissait, en effet, simplement des divers membres d'une même famille qui vivaient dans les mêmes conditions d'insalubrité.

M. Gouraud. — Je crois que dans mon observation, si l'on avait séparé les personnes saines encore de la première qui fut atteinte de fièvre typhoïde, on aurait empêché chez elles la maladie. Pour moi, l'infection rentre dans la contagion, et le mot épidémie pourrait être remplacé par le mot de transmission. La plupart des épidémies sont, en effet, contagieuses, et si l'on se place au point de vue pratique, la première condition à remplir c'est l'isolement des malades. Dans les colléges, par exemple, si l'on voit survenir des fièvres typhoïdes, la séquestration des malades est une sage mesure.

M. Ollivier. — Je ne conteste pas l'opportunité de la mesure mise en avant par M. Gouraud, mais elle s'applique aussi bien à l'infection qu'à la contagion : il est inutile, en effet, de modifier le sens de mots qui sont parfaitement définis dans tous les auteurs classiques.

M. Gérin Roze. — Dans cette discussion, nous dévions de la ligne de conduite que nous ont tracée nos prédécesseurs dans cette Société. Nous devons relater des faits et conclure d'après ce qu'ils nous enseignent. Aujourd'hui le contraire a lieu : on nous lit une observation qui prouve peu en faveur de la contagion, et on entre, à ce sujet, dans une discussion de pathologie générale, sur laquelle personne ne s'entend, en l'absence de faits.

M. Barthez. — Je suis de l'avis de M. Gérin Roze, et nous nous écartons entièrement des habitudes de la Société. L'observation de M. Gouraud, en effet, n'est pas démonstrative en faveur de la contagion dans la fièvre typhoïde. La contagion de la fièvre typhoïde est, je crois, bien prouvée. Mais pourquoi n'observe-t-on pas sa transmissibilité dans les hôpitaux? C'est que cette maladie attaque toujours les individus bien portants : on ne la voit pas atteindre les phthisiques ou les individus affectés d'une autre maladie antérieure. Telle est la raison pour laquelle les malades des hôpitaux lui échappent; mais cette immunité de nos malades est loin d'être une preuve d'impossibilité de contagion.

Le secrétaire, V. CORNIL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 mai 1867. — Présidence de M. BOYS DE LOURY.

LECTURE.

Péritonite spontanée.

M. Blachez lit les deux observations suivantes de *Péritonite spontanée.*

Observation I. — Le nommé M. Antoine, âgé de quarante ans, charbonnier, de robuste constitution, entre à l'Hôtel-Dieu annexe dans le service de M. Blachez le 21 mars 1867.

Cet homme de bonne santé antérieure, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, ne faisant pas d'excès alcooliques habituels, ressent le samedi 16 mars, probablement après une orgie, des douleurs de ventre et des frissons. Il garde le lit le dimanche, puis se relève et quoique encore souffrant il travaille encore pen-

dant trois jours. — Le 20 mars il s'alite de nouveau ; la douleur du ventre a augmenté; il a une diarrhée des plus intenses, accompagnée de quelques nausées et de rétention d'urine.

Le 21 à onze heures du matin, il se fait porter à l'hôpital où le cathétérisme est pratiqué et amène une grande quantité d'urine. — On ne constate ni trace de coups ni hernie. — A cinq heures du soir, douleur vive dans le ventre au niveau de la vessie; dyspnée intense, fièvre vive, pouls serré à 120 ; visage couvert de sueur. A l'auscultation rien d'anormal ni dans la poitrine ni au cœur ; intelligence très-nette. Ventre un peu météorisé, très-douloureux au toucher, dans toute son étendue; pas de matité vésicale; le malade accuse de violentes envies d'uriner, cependant la sonde n'amène pas d'urine; nausées sans vomissements — pas d'ictère; bouche mauvaise.

Le 22 à huit heures du matin : vomissements vert foncé pendant la nuit — ce matin même état — une selle ; urines faciles. Les vomissements persistent toute la journée et le malade succombe à cinq heures et demie du soir, malgré un traitement qui a consisté en cataplasmes laudanisés, frictions mercurielles, tisane chaude et lavements purgatifs.

Autopsie le 24. *Poitrine* : Poumons, plèvres, cœur sains.

Cavité abdominale: Pas de hernies, intestins violacés, péritoine injecté ; des fausses membranes blanches, molles, caséeuses se rencontrent entre deux anses contiguës; un pus verdâtre est répandu un peu partout; il s'accumule dans le petit bassin et peut être évalué à 250 ou 300 grammes. L'appendice cæcal est libre et sain; tous les viscères sont sains; le foie un peu blanchâtre à sa surface est déformé, et sa couleur est d'un brun rougeâtre. — La rate est blanche à sa surface. — La face interne des intestins ne présente aucune lésion.

Observation II. — Victor, âgé de vingt ans, journalier, a toujours joui d'une bonne santé. — N'est à Paris que depuis huit mois.

Il nous raconte que le début de sa maladie, qui ne remonte qu'à huit jours environ, s'est annoncé par des frissons, suivis de coliques, de diarrhée et de perte de l'appétit. — Pas de céphalalgie. — Pas d'épistaxis. — Pas de vomissements.

Obligé de cesser son travail, il entre à l'hôpital de Villas le 8 janvier 1867.

Etat du malade à son arrivée :

Décubitus dorsal. — Immobilité. — Abattement. — Stupeur. — Ses réponses sont nettes, mais très-lentes. — Ses paupières demi-closes ; ses yeux, légèrement excavés, sont entourés d'un cercle bleuâtre.

Pas de céphalalgie. — Pas de vertige, aucun bourdonnement d'oreilles, même lorsque le malade est sur son séant. Le malade ne se plaint que de coliques vives et d'un malaise général dont il ne se rend pas bien compte.

Pupilles légèrement et également dilatées. — Pas trace de délire. — Conservation entière de l'intelligence.

Pouls fréquent, dépressible, tend à se dédoubler. — Chaleur vive à la peau, qui est très-sèche.

Langue sèche, rouge à la pointe, couverte, dans le reste de son étendue, d'un enduit épais, brunâtre, qui lui donne l'aspect rôti. — Fuliginosité sur les gencives.

Appétit nul. — Soif vive. — Bouche amère. — Pas de vomissements. — Pas même une seule nausée. — Le malade se plaint de coliques vives. — Diarrhée assez fréquente (depuis son entrée à l'hôpital, quatre garde-robes liquides. — Le malade dit que la veille de son arrivée, il est allé à la selle plus de vingt fois).

Ventre tendu, ballonné. — Météorisme prononcé. — La pression la plus légère sur l'abdomen provoque une vive douleur et arrache des cris au malade. (Limonade. — Cataplasmes émollients. — Vingt-cinq sangsues sur le ventre. — Diète.)

9 janvier. — Les sangsues ont abondamment coulé. — Pâleur assez manifeste du visage. — Aucune amélioration dans l'état du malade. — Le ventre est toujours excessivement douloureux. — Météorisme plus prononcé. — La respiration est gênée par les progrès du météorisme. (Le malade dit que son ventre est enflé.) — Facies plus altéré, plus grippé.

Même état de la langue. — Pas de vomissements. — Pas de hoquets. — Le malade continue à avoir de la diarrhée. — Il a eu une épistaxis hier, dans l'après-midi.

Pouls très-fréquent, misérable, filiforme. — Chaleur mordicante à la peau.

Pas de délire. — Conservation de l'intelligence.

A huit heures et demie du soir, l'état du malade s'est encore aggravé, la respiration est accélérée ; c'est à peine si l'on peut sentir le pouls radial.

Mort à dix heures et demie du soir.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

Abdomen. — Ne présente aucune trace de traumatisme quelconque.

A l'ouverture de la cavité abdominale, écoulement d'un pus abondant, séreux, mélangé à des flocons albumino-fibrineux, de couleur jaunâtre.

Le grand épiploon est rouge, très-injecté. — Les intestins sont dilatés par les gaz qu'ils contiennent. — On voit sur leurs faces une arborisation vasculaire assez notable.

En plusieurs endroits, comme au niveau de la face convexe du foie, la séreuse péritonéale a perdu son poli et sa transparence habituels. Elle est recouverte, en différents points, de quelques plaques jaunâtres, peu épaisses et peu consistantes, qui ne sont autres que des débris de fausses membranes. Ces pseudo-membranes s'écrasent facilement sous les doigts.

D'ailleurs les intestins ne présentent aucune adhérence entre eux ni avec les organes voisins.

L'examen attentif de tout le tube intestinal ne fait découvrir aucune perforation.

A l'ouverture de l'intestin grêle, on voit que les plaques de Peyer, au niveau de la valvule iléo-cæcale sont hypertrophiées. Elles sont rouges et paraissent excoriées dans plusieurs points de leur étendue. — Elles sont gaufrées. — Il n'y a pas d'ulcérations proprement dites. — A mesure que l'on s'avance vers le duodénum, les plaques de Peyer, bien que très-visibles, sont loin de présenter l'aspect de celles qui occupent la fin de l'iléon. Un autre caractère de ces dernières, est la présence d'une multitude de points noirâtres, couvrant la superficie de la plaque.

Outre cette altération des plaques, on voit entre elles de petites élevures grisâtres, du volume d'une tête d'épingle, comme celles qui caractérisent la psorentérie.

Poumons. — Sains. — Légèrement congestionnés.

Cœur. — Rien d'anormal.

Il en est de même des reins, qui, à la coupe, paraissent anémiques. Quant à la rate, elle n'est pas même plus volumineuse qu'à l'état normal.

Le foie est sain également.

(Sera continué.)

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 110. — JEUDI 19 SEPTEMBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 19 SEPTEMBRE 1867. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 18 SEPTEMBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

Les rigueurs de la mort, qui, depuis quelque temps, semblent s'acharner après nos sommités médicales, viennent retentir tristement au début de chacune des séances de nos Académies. Hier, c'était M. Civiale, c'était M. Trousseau, c'était M. Guibourt et puis M. Velpeau ; aujourd'hui, c'est l'illustre Faraday, c'est M. Rayer, que ses mérites et son heureuse fortune avaient élevé à la première situation médicale de France. En reprenant la plume, après trois mois d'absence, il faut que mes premiers mots soient une expression de regrets et d'hommage pour ces illustres morts, qui nous lèguent avec leurs travaux l'exemple de leur vie. En attendant le jugement de l'histoire, l'amitié et la reconnaissance, quand elles n'ont pas été enchaînées par le respect d'une volonté suprême, sont venues joindre, dans les touchants discours qui ont été prononcés au nom des divers corps savants, leur douloureux tribut à l'expression officielle des regrets et des sympathies de tous. Tel est, en particulier, le caractère de l'allocution prononcée, sur la tombe de M. Rayer, au nom de l'Académie de médecine, par M. H. Roger, qui, en énumérant les titres nombreux de ce médecin éminent, n'a pas craint de les affaiblir en y mêlant le témoignage de son attachement et de son admiration personnels.

Mais laissons un moment les morts pour les vivants.

Après ces tristes devoirs remplis, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre correspondant étranger, dans la section de médecine vétérinaire. Les trois candidats, présentés par la section, étaient : M. Fuchs (de Carlsruhe), M. Ercolani (de Bologne) et M. Simonds (de Londres). M. Fuchs a été nommé à la majorité de trente suffrages sur trente-cinq votants.

L'Académie a entendu ensuite un rapport favorable de M. Vernois sur un très-bon mémoire de M. le docteur Mahier, relatif à l'hydrologie de l'arrondissement de Château-Gonthier. Nous joindrons nos éloges à ceux que le rapporteur a très-légitimement donnés, à cette occasion, au laborieux praticien qui sait trouver, au milieu des occupations de la clientèle, des moments à donner à des recherches utiles, qui ne font pas moins d'honneur à son zèle qu'à sa science.

La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire de M. le docteur Lisle, sur le traitement de la congestion cérébrale et des hallucinations par l'acide arsénieux. C'est une bonne fortune assez rare que la lecture d'un travail de thérapeutique des maladies mentales, pour que nous devions la signaler en passant. Mais cette bonne fortune sera-t-elle complète ? Nous n'oserions l'affirmer. L'idée d'employer les préparations arsénicales dans les congestions cérébrales n'est pas nouvelle. M. Lamare Picquot, si nous avons bonne mémoire, sans prétendre lui-même à l'invention de cette médication, a beaucoup insisté, dans plusieurs publications, sur ses bons effets. Ce qu'il y aurait de nouveau, dans les observations exposées dans le travail de M. Lisle, ce serait l'action de la médication arsénicale sur les hallucinations. Mais s'agit-il d'hallucinations symptomatiques, auquel cas il n'y aurait rien d'étonnant ni rien de très-nouveau dans ces faits, ou d'hallucinations idiopathiques ? C'est ce que nous n'avons pas pu bien saisir à une simple audition du mémoire de M. Lisle. C'est à la commission chargée de faire un rapport sur ce travail qu'incombe le devoir de nous dire ce qu'il en est à cet égard, et de nous édifier sur la valeur réelle de la médication en question.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. GUERSANT.

Fistule urinaire hypogastrique terminée par la guérison.

(Observation lue à la Société de médecine de Paris par M. BLONDEAU.)

Le 2 octobre 1847, entrait à l'hôpital des Enfants-Malades, dans les salles de M. Paul Guersant, un jeune garçon de 9 ans, affecté, depuis trois mois, d'une fistule vésicale hypogastrique qu'on avait été forcé d'établir pour donner passage à l'urine, dont le cours normal était interrompu par suite d'une obstruction complète de l'urètre, survenue dans les circonstances dont on nous rendait ainsi compte.

Dans les premiers jours de juillet, cet enfant était tombé à cheval sur le rebord d'un tonneau où il était grimpé pour atteindre un objet hors de sa portée. La violence de la chute avait occasionné une forte contusion des bourses et du périnée, sans autre phénomène, toutefois, apparent du côté des téguments, qu'une rougeur, à peine sensible dans les premiers instants après l'accident, mais très-prononcée le lendemain. D'autres symptômes d'une grande signification témoignaient de lésions profondes et graves. Une légère hémorrhagie, consistant, à la vérité, en la sortie d'une seule goutte de sang, avait eu lieu par le méat urinaire ; mais, fait d'une valeur considérable, dès après sa chute l'enfant n'avait plus pu uriner. L'obstacle qui obstruait le canal était tel que le médecin, appelé auprès du blessé, avait essayé en vain le cathétérisme pour pénétrer dans la vessie, et que, vingt-quatre heures après, toutes les tentatives ayant été inutiles, il s'était vu obligé de recourir à la ponction par la région hypogastrique pour prévenir les accidents menaçants d'une distension exagérée de la vessie. Cette opération eut, en effet, pour résultat immédiat, de soulager le petit malade qui se plaignait de vives douleurs, et de faire cesser les phénomènes fébriles qui allaient s'exaspérant. L'enfant dut garder le lit pendant une quinzaine de jours encore, avec une certaine agitation fébrile qui lui enlevait le sommeil.

Le quatrième jour après l'accident, les bourses, dont la rougeur avait graduellement fait place aux teintes ecchymotiques les plus prononcées, se tuméfiaient notablement, puis présentaient tous les symptômes d'une inflammation qui se termina par la formation d'un abcès aigu dont l'ouverture eut lieu spontanément, le huitième jour.

Cependant, le cours des urines par les voies naturelles ne se rétablissait pas, et les essais, diverses fois répétés, à différentes reprises, pour le rétablir, étaient aussi infructueux, si bien que le malade avait dû garder sa fistule hypogastrique dans laquelle on avait introduit une canule en fer-blanc, munie d'un bouchon qu'il enlevait plusieurs fois par jour pour vider sa vessie. La santé générale s'était, du reste, complétement rétablie et paraissait excellente, quand l'enfant nous fut amené par son père qui le conduisait à Paris pour demander qu'on remédiât à sa triste et dégoûtante infirmité.

Et en effet, la région inférieure du ventre de ce pauvre enfant, constamment mouillée d'urine qui s'écoulait de la fistule le long des parois de la canule, était le siége d'une irritation qui donnait à la peau une teinte brune sale, et exhalait une odeur urineuse des plus désagréables.

Dès le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, on renouvela les tentatives de cathétérisme, mais aussi inutilement qu'on l'avait fait précédemment. Dès lors, avant de rien entreprendre de plus sérieux, on laissa le malade tranquille pendant quelques jours, et, le 14 octobre, on chercha à vaincre définitivement l'obstacle occupant la région membraneuse de l'urètre par un cathétérisme forcé.

L'enfant préalablement *éthérisé* (en 1847 on n'employait pas encore le chloroforme), M. Guersant introduisit d'abord une sonde, puis une bougie métallique dans le canal, jusqu'au niveau de l'obstacle qu'il essaya de franchir avec quelques efforts. Mais il s'arrêta bientôt, de crainte de produire quelque déchirure et de faire fausse route, dès qu'il vit une goutte de sang sortir par le méat.

Retirant alors son cathéter, il cherche à arriver jusqu'à l'obstacle en passant par derrière, c'est-à-dire par le col de la vessie, à travers la fistule hypogastrique. L'instrument pénétra dans le réservoir de l'urine, singulièrement diminué de capacité, ne consistant, pour ainsi dire, plus qu'en une sorte de petite poche, ou boyau à parois très-épaisses, mais ne put rencontrer l'orifice du col. M. Guersant ne jugea pas à propos de pousser plus loin, pour le moment, ses tentatives, et les remit à un autre temps.

Il fut obligé d'ajourner jusqu'au 11 novembre, se bornant à essayer, encore une fois dans l'intervalle, le cathétérisme ; l'expectation étant légitimée par le développement d'accidents fébriles dont l'enfant avait été pris le 23 octobre. Ces accidents, complétement indépendants des manœuvres chirurgicales pratiquées neuf jours auparavant, se rattachaient à de l'embarras gastrique qui dura à peine vingt-quatre heures ; mais, quelque légers et passagers qu'ils eussent été, ils n'en commandaient pas moins une excessive prudence.

Le 11 novembre, l'état général de l'enfant étant très-satisfaisant, M. Guersant résolut de ne plus attendre et de recourir à de nouveaux expédients.

Il essaya d'abord de franchir l'obstacle situé dans le canal, en portant dans l'urètre une sonde presque droite, à travers laquelle il conduirait un dard qui traverserait la partie oblitérée. Mais, cette fois encore, comme il l'avait fait le 14 octobre, il renonça à un procédé suivant lequel il ne pouvait agir à coup sûr, et sans avoir à redouter de produire des désordres plus graves que ceux auxquels il voulait remédier.

Laissant la sonde engagée dans l'urètre jusqu'au point où elle se trouvait arrêtée, et la faisant maintenir par un aide, le chirurgien introduisit un cathéter par la fistule hypogastrique pour aller à la recherche du col de la vessie, qu'il franchit sans grande difficulté. Par cette voie, il pénétra dans la portion du canal située derrière le rétrécissement, allant de cette façon à la rencontre du bec de la sonde engagée dans la portion antérieure. Il put ainsi mesurer approximativement l'étendue de l'obstacle qui s'opposait au cours normal des urines, et l'estimer à trois centimètres environ. Poussant alors le cathéter introduit dans la vessie de manière à faire saillir, avec son extrémité inférieure, les parties molles du périnée, M. Guersant pratiqua à ce niveau, suivant le grand axe du canal, une incision d'à peu près un centimètre de longueur. Par cette ouverture qui avait livré passage au cathéter, il introduisit aussitôt, en se servant de celui-ci pour guide, une sonde de gomme élastique qui pénétra dans la vessie avec la plus grande facilité ; cette sonde fut immédiatement fixée avec une tente de coton, et l'on enleva, du même coup, la canule de fer-blanc par laquelle l'enfant urinait depuis quatre mois, afin de le guérir au plus tôt de sa dégoûtante infirmité. Toutefois, on commença par bien s'assurer que la sonde était réellement dans la vessie, en injectant, par la fistule hypogastrique, une petite quantité d'eau tiède, qui s'écoula en effet par l'orifice nouvellement ouvert du périnée.

Après cette opération, le petit malade fut mis au bain. Le soir, à sept heures, il fut pris de frisson, avec claquement de dents, crampes douloureuses dans les jambes ; mais cet accès de fièvre dura à peine quelques instants. La nuit fut bonne, mais le lendemain matin, à huit heures, les mêmes accidents se répétèrent avec plus d'intensité, plus de durée ; dans la journée, il y eut des vomissements ; vers la nuit, la fièvre était assez notable.

Le surlendemain, 13, la nuit avait été bonne, et nous constations que la fièvre était tombée.

Cependant, l'écoulement des urines, qui, depuis vingt-quatre heures, avait lieu librement par la sonde du périnée, ne s'opérait plus par cette voie, et la vessie remplie se dégorgeait de nouveau par la fistule hypogastrique. Un laxatif léger (trente grammes de manne), indiqué par cela que, depuis plusieurs jours, le malade n'avait pas été à la garde-robe, ayant débarrassé l'intestin, les urines reprirent leur cours par la sonde.

Les deux jours suivants, les choses marchant aussi naturellement que possible, la santé générale paraissant en tous points satisfaisante, M. Guersant se mit en mesure de compléter ce qu'il avait commencé et de rétablir entièrement le canal, et, le matin du 15 novembre, il tenta une nouvelle opération.

Retirant la sonde de la vessie, il introduisit, par la boutonnière ouverte au périnée, une sonde cannelée terminée en pointe aiguë, qu'il poussa à travers le rétrécissement et fit sortir par le méat urinaire. Immédiatement, il lui substitua une sonde de gomme d'assez gros calibre, conduite par l'orifice naturel du canal jusqu'à la plaie du périnée, pour essayer de l'introduire ensuite dans la vessie. Mais alors, en dépit de tentatives répétées, il ne put parvenir à donner à l'urètre une direction convenable pour atteindre ce but. Force lui fut d'y renoncer momentanément, et de se borner à laisser dans la vessie une sonde qui, par la plaie du périnée, devait donner passage aux urines, et, dans la partie antérieure du canal, une bougie aboutissant également à la boutonnière périnéale, et destinée à prévenir l'occlusion du conduit qu'il avait ouvert dans la portion rétrécie.

Quant à la fistule hypogastrique, elle était déjà presque complétement fermée.

Après l'opération, l'enfant fut mis au bain et n'éprouva, d'ailleurs, d'autre accident qu'un mouvement de fièvre très-passager.

Dès le lendemain, M. Guersant essaya encore de passer une sonde dans toute l'étendue de l'urètre jusque dans la vessie par le procédé de la veille, mais tout aussi infructueusement.

Neuf jours plus tard, le 25 novembre, il résolut d'essayer de nouveau d'atteindre le but qu'il se proposait ; mais, cette fois, modifiant sa manière d'agir, il fut plus heureux.

Enlevant l'appareil de sonde placé le 16, et introduisant par le méat une sonde de gomme d'assez fort calibre qui vint ressortir par la plaie du périnée, il recourba cette sonde pour la porter alors dans la vessie, à travers la partie du canal en arrière de la plaie.

Il y parvint ainsi et laissa en place la sonde, qu'il maintint, à l'entrée du canal, par l'appareil de Dupuytren ; et, au niveau de la boutonnière du périnée, par laquelle elle tendait à sortir, au moyen d'une compression faite avec des plumasseaux en charpie et des compresses soutenues par un bandage en T.

Le lendemain, on s'aperçut que si l'urine s'écoulait par la sonde, il s'en échappait encore par la plaie du périnée, au niveau de laquelle la sonde était brisée en partie. Après avoir enlevé l'appareil, on replaça une nouvelle sonde ; cette fois, M. Guersant l'introduisit d'abord dans la vessie par la boutonnière, puis, d'arrière en avant, dans l'urètre ; de cette façon, il put éviter la brisure de la veille, et, ceci fait, les bords de la plaie du périnée furent affrontés et maintenus rapprochés par deux points de suture entortillée.

Le 27, on constatait que l'écoulement de l'urine se faisait uniquement par la sonde, qu'on laissa en place pendant les six jours suivants.

Le septième jour, 2 décembre, on la retira, et, malgré le temps assez long qu'elle était restée dans la vessie, elle n'était pas aussi notablement chargée d'enduit calcaire qu'on le pouvait craindre.

Mais, quand il s'agit d'en introduire une nouvelle, on ne put y parvenir, le bec de l'instrument s'engageant toujours dans la boutonnière périnéale, à travers laquelle elle venait sortir entre les points de suture. Il fallut dès lors enlever ceux-ci, rouvrir la plaie et recourir de nouveau à l'appareil des sonde et bougie placé le 15 novembre. Cette opération ne donna lieu, d'ailleurs, à aucun accident.

Le 5 décembre, trois jours par conséquent après, l'enfant, ayant retiré lui-même la sonde, on m'envoya chercher pour que je la remisse en place. Quand j'arrivai auprès du petit malade, il l'avait lui-même replacée, et je n'eus plus qu'à l'assujettir.

Le 13 décembre, M. Guersant essaya encore d'arriver directement dans la vessie par le méat urinaire. A cet effet, il introduisit d'abord, par la plaie du périnée, un cathéter canaliculé et d'assez fort calibre; puis, prenant ce cathéter pour guide, il passa, dans la partie antérieure du canal, une sonde de gomme munie d'un mandrin en baleine, mais, dès qu'il donnait à l'urètre la direction horizontale, la sonde était arrêtée et ne pouvait franchir la portion membraneuse. Avec une sonde sans mandrin, on ne fut pas plus heureux. M. Guersant revint alors au procédé employé le 25 novembre, c'est-à-dire à la sonde introduite d'abord dans la vessie par la plaie du périnée, puis dans le canal, d'arrière en avant. Ceci fait, il s'assura qu'un mandrin en baleine pût passer sans difficulté dans toute la longueur de la sonde, de façon à ce que plus tard, quand il serait besoin de changer celle-ci, il suffît d'introduire ce mandrin, sur lequel on retirerait l'ancienne et on ferait glisser la nouvelle, et l'on réunit la plaie.

Le lendemain, les choses étaient en place, mais l'urine s'écoulait bien plus par la plaie du périnée que par la sonde.

A partir de ce jour, on avait été obligé de laisser tranquille le malade, à cause d'une bronchite dont il avait été pris.

Le 29 décembre, la plaie du périnée, à peu près fermée, laissait encore passer une certaine quantité d'urine, qui s'écoulait cependant très-abondamment par la sonde. M. Guersant retira alors celle-ci, opération qui ne s'effectua pas sans peine, eu égard aux incrustations épaisses dont la sonde s'était couverte, ce qui rendit difficile son passage à travers l'urètre et occasionna une érosion du canal, comme sembla l'indiquer un léger écoulement de sang par la fistule périnéale. — On n'en introduisit pas une nouvelle. Deux jours après, le 31 décembre, la fistule était presque complétement fermée, l'enfant urinait librement par son canal.

Je quittai l'hôpital le 1er janvier 1848; mais ce fait, dont j'avais recueilli avec soin tous les détails, me paraissait trop intéressant pour que je négligeasse d'en suivre l'observation.

L'écoulement des urines par les voies naturelles, quelque libre qu'il fût, ne l'était pas encore suffisamment, et, lorsqu'on cherchait à diverses reprises à introduire une sonde, le chirurgien était arrêté, au niveau de la portion membraneuse, comme si une sorte d'éperon faisait saillie dans l'intérieur du canal. — Le 2 février, cet éperon fut incisé, et dès lors la sonde put parcourir sans encombre toute la longueur de l'urètre. — On laissa cette sonde à demeure jusqu'au 22 février, en ayant soin de la changer de temps en temps pour éviter les incrustations dont elle n'eût pas manqué de se couvrir par son séjour trop prolongé dans la vessie. Mais, à partir du 22 février, on put se dispenser de la remettre, l'urine passant toute par le canal, quelques gouttes à peines filtrant à travers la petite fistule qu'avait laissée la plaie du périnée.

Cette petite fistule fut, à diverses reprises, touchée avec le fer rouge et le nitrate d'argent. Le 20 juin, quand l'enfant quitta l'hôpital, elle était tout à fait oblitérée.

Dans le courant du mois d'août, le père écrivait que, après plusieurs examens faits par M. le docteur Hougelot, chirurgien de l'hôpital de Mantes, on était assuré que la guérison était radicale.

DE LA PÉRITONITE

aiguë, essentielle ou spontanée

Par M. le Dr Duparcque.

A l'occasion des deux intéressantes observations communiquées à la Société, par M. Blachez (voir notre dernier numéro), nous rappellerons ce que nous avons publié :

1° En 1829, deux observations de péritonite aiguë, essentielle ou spontanée, chez des femmes en dehors de la parturition. (Nouvelle bibliothèque médicale, 1827. *Mémoire sur le rôle et l'influence de l'innervation dans la production de l'état morbide en général et en particulier de l'inflammation.* Pages 16 et 150.)

2° En 1842, un mémoire sur la péritonite essentielle chez les jeunes filles, d'après cinq observations, dont deux avec guérison et le diagnostic confirmé par l'autopsie. (Annales d'obstétrique et des maladies des femmes et des enfants, 1er volume, pages 241 à 258, et 289 à 314.)

Notre mémoire ayant alors attiré l'attention de Baudelocque, médecin de l'hôpital des Enfants, sur une de ses jeunes malades, fixa son diagnostic jusque-là incertain. Il constata une péritonite essentielle que l'autopsie vint bientôt confirmer.

L'observation recueillie par le docteur Legendre, son interne, fut publiée et reproduite dans les journaux de médecine de l'époque.

MM. Ritter et Barthez qui, dans la première édition de leur « Traité des maladies des enfants », n'avaient même pas mentionné la péritonite essentielle, lui ont affecté dans les éditions subséquentes un chapitre spécial d'après notre mémoire.

Jusque-là, la péritonite essentielle ou spontanée était révoquée en doute. « Tous les faits, disions-nous (1), de péritonite publiés n'ont trait qu'à des péritonites secondaires ou consécutives, soit à des granulations ou des tubercules, soit à des ulcérations ou ruptures de l'estomac, des intestins, de l'appendice iléo-cæcal ou de tout autre viscère. » Nous ajouterons de kystes ovariques ou hydatiques.

Depuis 1842, de nouveaux cas de péritonite spontanée se sont présentés à notre observation. Nous en avons noté trois chez des hommes, dont deux guéris, et un décédé sans autopsie; quatre chez des femmes, dont deux guéries et deux mortes sans autopsie, trois chez de jeunes filles sans autopsie, et enfin un chez un jeune garçon, décédé avec autopsie.

Les observations qui ont eu pour sujets des adultes des deux sexes, n'ayant pu être complétées par l'autopsie, nous n'en citerons qu'une dont un de nos honorables confrères, le docteur Feulard, a été le sujet, et qui nous a autorisé à les produire.

Pris subitement de frissons, de malaise, dans le cours de ses visites, il regagne péniblement son domicile et s'alite. Bientôt réaction, il ressent alors une douleur aiguë dans le flanc droit, qui s'étend à toute cette région. Douleur qu'éveille le moindre mouvement ou déplacement, ce qui l'oblige à ne respirer que par le thorax et à se tenir dans une immobilité complète en supination, sensibilité exquise à la plus légère pression et percussion. M. Grisolle diagnostiqua une péritonite aiguë; sa marche progressive, sa terminaison par résolution du neuvième au dixième jour vinrent témoigner de l'essentialité de cette péritonite. Un autre témoignage persistant est fourni par les douleurs de tiraillements que notre confrère éprouve dans le flanc droit, particulièrement à propos de déplacements des gaz, et qui ne peuvent provenir que d'adhérences qu'a laissées la maladie.

Voici le résumé de l'observation d'un jeune garçon : J. B... avait été affecté à l'âge de neuf ans d'une chorée des plus intenses. Cette affection était héréditaire dans la famille paternelle. Son grand-père, son père et une sœur de celui-ci en avaient été atteints au même âge. La sœur aînée de notre petit malade n'avait pas échappé à l'héritage choréique. Son jeune frère était resté strabique convergent, à la suite de convulsions de la première dentition.

Après son tribut à l'héritage paternel, Jules prit du développement. Nerveux, ardent au jeu comme au travail, il fut pris après des exercices immodérés pendant la récréation, de refroidissement, de frissons, de malaises, de nausées; il pâlit, ses traits se décomposèrent, on le reconduit dans sa famille. Il vomit son deuxième déjeuner incomplétement digéré et se plaint de douleurs de ventre : on croit à une simple indigestion, et nous ne sommes appelé que du trois au quatrième jour, depuis l'invasion de la maladie. Chaleur sèche de la peau; pouls petit et très-fréquent, mais serré, abdomen tendu d'une sensibilité exquise à la pression, surtout à droite, côté sur lequel le petit malade se tient cependant à demi couché, les extrémités inférieures fléchies. Il ne peut ou n'ose se retourner; la percussion donne un son mat dans cette région jusqu'à quelques centimètres de l'ombilic. Quelques instants après avoir placé le malade sur le dos, nous ne retrouvons plus la matité qui revient après avoir remis l'enfant dans le décubitus sur le côté... Mais le neuvième jour, notre diagnostic de péritonite aiguë essentielle fut confirmée par l'autopsie.

Avant ce fait et n'ayant observé jusque-là la maladie dans l'enfance que chez de jeunes filles, nous avions pu penser qu'elles seules y étaient disposées, d'où le titre que nous donnâmes à notre mémoire : *De la péritonite essentielle chez les jeunes filles*. Ce fait prouve que les enfants du sexe masculin n'en sont pas à l'abri.

En somme, nos observations montent à dix-sept, dix avec guérison, sept terminées par la mort, dont cinq avec autopsie.

Sur ces dix-sept cas, il y a eu trois hommes, six femmes et huit enfants, dont sept du sexe féminin, et un masculin.

Il n'est guère permis de supposer, après le nombre assez respectable de nos observations, qu'elles ne sont que des cas exceptionnels, et que nous avons été servi par un hasard au moins fort extraordinaire.

D'où vient donc que cette maladie a pu échapper à l'observation? C'est ce que mes premiers faits nous ont en partie révélé.

« Le peu de fréquence (relative) de la péritonite essentielle est probablement une des causes qui l'auront fait passer inaperçue sous les yeux des praticiens (1).

» On doit aussi tenir compte de l'influence qu'a dû avoir la doctrine de Broussais sur des erreurs de diagnostic, en fixant, forçant, pour ainsi dire, l'attention des médecins de se porter exclusivement sur les voies gastro-intestinales; erreurs d'autant plus faciles, au reste, que la péritonite, par sa rareté relative, est comme perdue au milieu de la fréquence des phlegmasies gastro-intestinales, et, d'autre part, que ces deux genres de maladies, péritonite et entérite, de même nature inflammatoire, présentent, par leur siége et leur symptômes, des analogies, dont les nuances différentielles demandent, pour être distinguées, un examen attentif et exempt de toute prévention (2).

» Il n'est pas, ajoutions-nous, jusqu'aux symptômes généraux qui ne puissent contribuer à égarer le diagnostic. Notamment les symptômes cérébraux, chez les enfants surtout, les phlegmasies abdominales, quel que soit le tissu ou l'organe affecté, appareil digestif, système moyen du péritoine, ces phlegmasies provoquent sympathiquement des perturbations cérébrales. Les symptômes encéphaliques sont parfois alors assez intenses pour masquer les symptômes locaux des maladies abdominales, attirer plus spécialement l'attention du médecin et faire croire à l'existence essentielle ou prédominante d'une affection cérébrale. » Les observations première et deuxième de notre mémoire sur la péritonite chez les jeunes filles sont des exemples de ces erreurs de diagnostic commises cependant par de hautes supériorités médicales.

Mes observations ont établi, en fait, que la péritonite aiguë peut être essentielle ou spontanée; que les deux sexes y sont également exposés (quatre adultes hommes, six adultes femmes), et les enfants presque également, mais avec prédominance marquée chez les filles (six contre un).

Nos premières observations avaient présenté des signes communs sous le rapport des causes, des prodromes, des symptômes, de la marche de la maladie, et que nous avons également constatés dans les faits subséquents. Nous avions aussi indiqué les affections qui, ayant quelques analogies symptomatiques avec la péritonite essentielle, pouvaient être, et ont été confondues avec cette maladie, erreurs d'appréciation dont quelques-unes de nos observations font foi; ainsi la *péritonite secondaire*, la *péritonalgie* et notamment les entérites.

D'après ces deux bases d'appréciation, par voie directe et par voies de comparaison et d'élimination, le diagnostic peut être établi avec certitude et toute erreur arrêtée, même dès le début de la maladie; ce qui est de la plus grande importance pour le traitement et ses résultats : résumons ces signes propres et distinctifs :

1° *Péritonite essentielle*. — Causes déterminantes : *refroidissement après des exercices ou fatigues forcées* (six fois sur sept chez les enfants) : les émotions vives, frayeurs, terreurs, particulièrement chez les femmes (quatre fois sur six).

Prodromes. — La maladie a débuté par des frissons, du malaise, de la pâleur, des nausées, des vomissements quand l'estomac contient des aliments. Ces symptômes initiaux sont presque constants.

Après une durée de une ou plusieurs heures de ces prodromes, douleurs dans un des points de l'abdomen, le plus ordinairement dans les flancs chez les hommes et les enfants, et particulièrement vers le bas-ventre chez les femmes.

La douleur est latente, et ne se manifeste que par suite de mouvements; aussi le malade se tient-il dans une *immobilité* complète, les membres inférieurs fléchis, et retient-il *sa respiration, qui est toute thoracique*.

Sensibilité exquise, qui lui fait redouter le poids des couvertures et surtout la pression et la percussion.... Les nausées et vomissements ont cessé. Pâleur, altération profonde et particulière de la face. Constipation plutôt que diarrhée.

Ces symptômes succédant à une des causes précitées, suffiraient déjà pour établir et assurer le diagnostic dès le début de la péritonite aiguë. L'épanchement vient bientôt le confirmer. On peut, et surtout chez les enfants, le constater du troisième au quatrième jour; mais, comme alors il est en petite quantité, disséminé ou caché au milieu, par ou derrière la masse intestinale, il suffit pour le reconnaître de placer le malade pendant quelques minutes sur le côté. L'épanchement se divulgue alors par la matité et la fluctuation, là où ces signes n'existaient pas dans la position en supination, et où ils disparaissent dès que le malade la reprend.

Marche, durée, terminaison. — Altération caractéristique de la face, trait abdominal prononcé, expression anxieuse. Développement progressif régulier. Pouls petit, serré, très-fréquent. Durée, neuf à onze jours.

Résolution : mort.

Nous n'avons pas d'observations certaines de passage à l'état chronique.

Curable en général quand la maladie est reconnue et traitée à temps et convenablement.

La péritonite granuleuse ou tuberculeuse se manifeste *sans causes déterminantes externes*, d'une manière plus insidieuse.

Au reste, la maladie déclarée, les indications thérapeutiques étant les mêmes qu'en cas de péritonite essentielle, la distinction est sans importance.

Dans la péritonite, suite de rupture ou d'ulcération. Pas de causes préalables externes, si ce n'est un effort, un mouvement brusque, comme dans ce cas d'ulcération de l'estomac en voie de cicatrisation, que nous avons communiqué à la Société (1), et qu'un de mes collègues, le docteur Maingault, produisit à l'Académie comme étant un faits les plus remarquables connus sur ce sujet. (*Bulletin de l'Académie*, 1834.) Frissons, vomissements consécutifs à la douleur, qui est le *symptôme initial*, qui éclate brusquement, vive, ardente, brûlante.

L'épanchement, suite de la rupture et de l'hypersécrétion péritonéale surexcitée, se manifeste dès le début : anxiétés, développement et marche rapides.

La péritonalgie et les névralgies abdominales, viscérales, ont aussi la douleur pour symptôme initial. Elle est spontanée, persistante, continue ou intermittente; elle cède plus qu'elle ne s'exaspère par la pression; agitation plus qu'immobilité; pas d'épanchement. *Dans l'entérite aiguë limitée*, et parallèlement le *volvulus*, *l'étranglement interne*, etc. qui par le symptôme primordial et dominant, la douleur et son siége, sont souvent confondus sous la dénomination de *Colique de miserere*, peuvent être distingués de la péritonite par le siége de la douleur limitée dans un point du trajet du tube intestinal. Pas de prodromes; vomissements consécutifs, en un mot tous les signes de l'étranglement qui manquent dans la péritonite.

Entérite diffuse. — C'est surtout l'entérite diffuse, pustuleuse ou non, qui a été le sujet d'erreurs de diagnostic, particulièrement chez les enfants, ainsi que nous en avons rapporté des exemples, erreurs que nous avons vues se reproduire dans plusieurs des faits que nous avons observés depuis; et cependant les différences symptomatiques sont des plus tranchées.

Causes déterminantes. — Troubles de la digestion; absence ou rareté des prodromes de la péritonite; douleurs par coliques dans le trajet du tube intestinal, non limitées ni irradiées, comme dans la péritonite, peu ou point excitées par les inspirations profondes, les mouvements, les déplacements, la pression même. Diarrhée plutôt que constipation; altération des traits, seulement pendant les crises de coliques. Pouls moins petit et serré; ondulant, bisfériens dans l'entérite pustuleuse. Développement et marche bien moins active; absence de signes d'épanchement.

Traitement. — La péritonite aiguë, essentielle ou spontanée, est soumise aux mêmes indications thérapeutiques que toutes les phlegmasies, et notamment celles des membranes séreuses : pleurésie, méningite. Le traitement doit être prompt, énergique : émissions sanguines largement pratiquées avant le troisième jour, et préférablement par la lancette; puis, s'il y a lieu, application de sangsues ou de ventouses; calomel à doses fractionnées, qui remplit une double indication, comme laxatif, dérivatif et même résolutif. Eviter les bains, qui ont de graves inconvénients et dangers, et que remplacent, avec mêmes avantages, les fomentations légères, étendues, permanentes.

Surveiller l'excrétion urinaire. La rétention de l'urine aggrave considérablement les symptômes; elle peut faire croire à un épanchement péritonéal, alors qu'on a pu le conjurer, comme nous l'avons observé chez une malade arrivée au huitième jour de sa maladie. Les symptômes, douleur, sensibilité, ballonnement du ventre, s'étaient beaucoup amendés et permettaient d'espérer une résolution en bonne voie et prochaine, quand le ballonnement se reproduisit, le ventre se tendit; mais les douleurs et la sensibilité semblaient s'être déplacées et s'être concentrées dans la région sous-ombilicale. La malade avait continué d'uriner, cependant, mais en petite quantité. L'idée me vint que ce pouvait être par regorgement. Je sondai : une quantité considérable d'urine épaisse fut évacuée. Dès ce moment, l'abdomen revint promptement à son état normal et la convalescence arriva.

Le froid peut être avantageux, quand le météorisme se développe. Une première fois il avait réussi; dans une seconde, son application fut suivie de frissons, d'une pleurésie mortelle. Comme ces accidents proviennent du mouillage et de son extension, qu'on ne peut pas toujours éviter lors de l'application de la glace et malgré toutes les précautions, on pourrait y suppléer par un de ces réfrigérants anesthésiques récemment introduits dans la thérapeutique, dont on peut diriger, graduer, limiter l'application.

Nous avons aussi constaté, dans plusieurs cas de péritonite, les effets très-marqués du collodion, notamment chez la nièce d'un de mes honorables et savants confrères, le Dr E. Rousseau. Arrivée du huitième au neuvième jour de la maladie, d'abord calmée par un traitement actif dès le début, la péritonite, suite d'un grand effroi, semblait stationnaire; le ventre, plus souple, restait très-douloureux et sensible à la pression : symptômes inquiétants qui s'éteignirent et disparurent sous une cuirasse de collodion... La malade, nouvellement mariée, devenue

(1) Loc. cit., pag. 142.

(1) Loc. cit., pag. 243.
(2) Loc. cit., pag. 306-307.

(1) *Transactions médicales*. 1834, 2me semestre, page 430.

veuve et remariée, est restée inféconde, ce que nous croyons provenir d'adhérences, suites de la péritonite, dont le point de départ et le centre étaient le bas-ventre.

CONCLUSIONS.

On ne peut mettre en doute la péritonite essentielle et spontanée. Elle a droit légitime à prendre place dans les traités de pathologie, d'où elle a été exclue jusqu'à présent.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE

Par E. KOEBERLÉ.

OBS. XXIX. — *Ovariotomie pratiquée le 16 août 1866. — Mort.*

Mlle S..., de Coblentz, âgée de 57 ans, amaigrie, de petite taille, mais très-robuste, et ayant toujours joui d'une bonne santé, s'est aperçue d'une augmentation de volume de son ventre vers 1850. Au début, il existait d'abord une grosseur dans l'aine droite. L'affection a été longtemps méconnue. Depuis 1864, la tumeur abdominale a pris un développement très-prononcé. En 1865, à la suite d'un traitement mercuriel par frictions, il se produisit une salivation considérable et un œdème des extrémités inférieures.

M. le docteur Dur (de Coblentz) constata d'abord l'existence d'un kyste de l'ovaire, et la malade m'a été ensuite adressée par M. le docteur Menges (de Braubach). Il existait un kyste uniloculaire dans l'ovaire, avec des adhérences très-étendues, bien manifestes à la partie antérieure de la paroi abdominale. La circonférence du ventre était de 1m,35, et l'étendue comprise entre le pubis et l'appendice xiphoïde mesurait 0m,72. La base du thorax était très-élargie. Le col utérin était normal. L'excavation pelvienne était occupée à droite par une tumeur très-dure, de la grosseur du poing. C'était évidemment une tumeur fibreuse utérine. Le col de la matrice était refoulé à gauche, et le corps de la matrice, qui paraissait être assez volumineux, était envahi par des fibroïdes interstitiels. Il n'y avait jamais eu d'hémorrhagies utérines. La menstruation avait cessé depuis dix ans.

Quoiqu'une extirpation de kyste ovarique se présentât dans des conditions défavorables, à cause de l'ancienneté de la tumeur, de l'écartement des côtes, des adhérences très-étendues qui pouvaient être très-vasculaires, de la coexistence d'une tumeur fibreuse de la matrice, l'opération fut néanmoins décidée. L'état général était excellent.

L'ovariotomie fut pratiquée le 16 août 1866. Cette opération fut très-grave. L'incision dut être portée à une longueur de 35 centimètres, en raison des adhérences qui étaient étendues à toute la paroi abdominale, à l'épiploon et à l'intestin, près du foie, où il existait des vaisseaux volumineux qui furent cautérisés au fer rouge. La tumeur ovarique dépendait de l'ovaire droit. Elle était formée par une grande loge qui renfermait vingt-quatre litres et demi de liquide grisâtre, et par une masse de kystes secondaires dont l'ensemble pesait environ quatre kilogrammes et demi. Le poids total était de vingt-neuf kilogrammes. Le poids du sang qui s'écoula pendant l'opération a été de un kilogramme, au moins. Le pédicule, de longueur moyenne, fut compris dans l'anse de fil de fer d'un serre-nœud. La matrice était volumineuse, irrégulière, d'une largeur de 12 centimètres, très-dure; elle était envahie par plusieurs corps fibreux interstitiels. Eu égard à la consistance des fibroïdes et à l'âge de la malade, la tumeur utérine ne devait plus guère faire de progrès, et je crus pouvoir la laisser sans inconvénient. L'ovaire gauche était atrophié.

La cavité abdominale fut épongée. L'hémorrhagie avait cessé; il ne restait plus qu'un léger suintement séro-sanguin inévitable sur une aussi grande surface d'adhérences.

La réunion fut opérée à l'aide de quatre points de suture profonde et de neuf points de suture superficielle. Un tube de verre de 12 centimètres de longueur fut placé en arrière de la matrice, dans l'excavation pelvienne, pour faciliter la sortie et l'extraction des liquides.

Il fut impossible d'expulser complétement l'air de la cavité abdominale, par suite de l'écartement des côtes, malgré la compression circulaire de la base du thorax par un bandage. Il resta au moins un demi-litre d'air dans le creux épigastrique et entre le foie et le diaphragme. L'opération a duré une heure et demie.

Dans le courant de la soirée, après l'opération, on évacua, à deux reprises, environ 150 grammes de sang et de sérosité par le tube. L'opérée, très-affaiblie par la perte de sang, fut stimulée très-activement par du vin de Champagne. Pendant trois jours, son état resta très-satisfaisant. Le pouls oscilla entre 80 et 90 pulsations; mais, à partir du troisième jour, il s'éleva à 100, 110, 120 pulsations, et il se manifesta de la soif. Du reste, appétit, langue nette, cicatrisation très-régulière de la plaie, mais développement progressif d'une tympanite intestinale. L'air resté dans la cavité péritonéale avait été entièrement résorbé dès le troisième jour. L'opérée accusait de la douleur au-dessus du pubis; elle éprouvait des coliques en cet endroit, à droite. Quelques anses intestinales étaient manifestement distendues par des gaz, à droite, au-dessus de l'aine. A la percussion, la sonorité s'étendait à la région sus-pubienne, entre le pubis et la tumeur fibreuse qui formait un relief et qui rendait un son mat. L'espace compris entre la tumeur fibreuse, l'aine droite et le pubis, était endolori, tuméfié d'une manière uniforme, tympanitique. Le voisinage de la tumeur utérine ne permettait pas de préciser le diagnostic. Il n'y avait pas de collection de liquide dans le cul-de-sac recto-vaginal. Je pensai qu'il y avait là une péritonite locale et une gêne momentanée de la circulation des gaz intestinaux. Comme il y avait eu des évacuations alvines avec des gaz, à plusieurs reprises, je crus devoir temporiser. Le septième jour, les urines étaient abondantes, mais il y avait beaucoup de soif; la langue était sèche; le pouls était à 120. La région sus-pubienne, surtout à droite, était très-tuméfiée, et donnait lieu à un son tympanique à la percussion. Un purgatif produisit une évacuation abondante de gaz intestinaux, et il y eut, pendant quelques heures, une amélioration très-notable. La partie supérieure du ventre s'était affaissée complétement, mais la tuméfaction de la région sus-pubienne avait persisté.

Dans le courant de la nuit, il survint un ballonnement très-rapide de tout le ventre qui devint douloureux dans toute son étendue. Le matin, il y avait une péritonite générale. Soif ardente; langue sèche; urine rare; pouls misérable; respiration accélérée; refroidissement; peau vergetée; traits décomposés; vomituritions. Le ballonnement du ventre était considérable, quoiqu'il y eût une évacuation incessante de gaz par l'anus. La malade était faible, agitée, anxieuse. Le ventre était tendu uniformément. Les intestins n'y dessinaient point leur relief. La région pubienne était affaissée et donnait un son mat. La région hépatique rendait un son clair. Il y avait une péritonite générale accompagnée d'une tympanite péritonéale.

J'introduisis en vain une sonde à travers le tube de verre qui était resté à demeure dans le cul-de-sac recto-vaginal, où d'ailleurs, les jours précédents, le toucher pratiqué simultanément dans le rectum et dans le canal génital n'avait pu constater rien d'anormal. Supposant que les accidents graves qui s'étaient montrés devaient avoir leur point de départ dans l'endroit qui avait toujours été douloureux dans la région sus-pubienne, je portai le doigt en avant du pédicule en rompant les adhérences. Il jaillit aussitôt en sifflant une grande quantité de gaz de mauvaise odeur. Il s'écoula en même temps 700 grammes de pus très-épais, et le ventre s'affaissa complétement comme il l'est à l'état normal. Un tube fut introduit dans le foyer purulent qui a été entièrement vidé. La malade était très-faible; elle éprouvait de la dyspnée, et la respiration s'embarrassa de plus en plus malgré les stimulants. Il y eut une courte période de coma, et la mort survint, au bout de quelques heures, le huitième jour après l'opération.

A l'autopsie, on trouva un foyer purulent entre la vessie et la matrice, et une péritonite générale récente. Le pus contenu dans le foyer purulent était décomposé; il s'y était développé des gaz putrides qui avaient subitement fait irruption dans la cavité péritonéale, à la suite du purgatif administré la veille de la mort, lorsque les intestins avaient été vidés, et il s'y était ainsi formé une tympanite péritonéale. Les gaz putrides ont déterminé l'explosion d'une péritonite générale à laquelle l'opérée a rapidement succombé.

Par suite de la position demi-assise donnée à l'opérée, la sérosité sanguinolente qui provenait des surfaces d'adhérence de la tumeur était amassée dans les parties déclives de la cavité abdominale. Les liquides afflués dans le cul-de-sac péritonéal postérieur de la matrice ont été extraits par l'intermédiaire du tube qui avait été introduit de ce côté, où il n'est survenu aucun accident; mais il s'était formé, entre la tumeur fibreuse de la matrice et la vessie, un autre amas de liquides qui sont restés stagnants, et qu'il n'a pas été possible de reconnaître à cause de la tumeur utérine. C'est en cet endroit que la sérosité a subi une décomposition et a occasionné une péritonite locale. La sérosité purulente s'est putréfiée, et a donné lieu à des gaz dont la présence a été masquée par les anses intestinales, distendues par suite de la péritonite locale. Comme les accidents étaient peu prononcés, la temporisation était indiquée. Malheureusement, les gaz putrides firent irruption dans toute l'étendue de la cavité péritonéale, en produisant un décollement des adhérences qui limitaient l'espace dans lequel les gaz et le liquide purulent se trouvaient compris. A partir de ce moment, l'état de l'opérée s'est considérablement aggravé. S'il avait été possible de reconnaître l'existence du foyer du pus et des gaz avant leur dissémination, et si on les avait évacués de suite, l'opérée aurait guéri. D'autre part, il ne serait survenu aucun accident si l'on avait pu éviter, après l'opération, la stagnation de la sérosité dans le cul-de-sac vésico-utérin, en extrayant cette sérosité au fur et à mesure de sa production.

La tympanite péritonéale, consécutive à la décomposition putride d'un foyer séro-purulent, ne paraît pas avoir été signalée jusqu'à présent. Néanmoins, elle doit exister à la suite de certaines péritonites puerpérales où l'épanchement séro-purulent devient putride. Les gaz que l'on rencontre, dans ce cas, à l'autopsie, dans la cavité péritonéale, et que l'on a considérée comme étant le résultat de la décomposition cadavérique, se forment probablement en partie pendant la vie. Comme les malades succombent rapidement à la péritonite, avant que la production des gaz soit assez abondante pour attirer l'attention, l'affection paraît avoir passé inaperçue, d'autant plus qu'elle est alors masquée par la tympanite intestinale.

E. KOEBERLÉ.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 septembre 1867. — Présidence de M. RICORD.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. Le Fort, qui réclame la priorité de l'appareil suspenseur des bourses, présenté dans la dernière séance, par M. Galante, au nom de M. Demarquay. « Cet appareil (moins toutefois les bandes élastiques surajoutées par M. Galante), employé, dit M. Lefort, dans nos hôpitaux, depuis longues années, sous le nom de suspenseur horizontal, a été imaginé par moi, alors que j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis, en 1853, et appliqué pour la première fois sur un malade du service de M. Denonvilliers, que suppléait temporairement M. Adolphe Richard. »

(**M. Ricord** fait observer qu'il employait longtemps avant 1853 un appareil analogue, dans son service à l'hôpital du Midi.)

2° Une lettre de M. le Dr Joseph Terrua (de Turin), accompagnant l'envoi d'un ouvrage intitulé : *Della potenza organica e del seme virile.*

3° Une note de M. Lenoir, docteur de la Compagnie des salines du Midi, sur l'usage des bains d'eaux-mères chloro-iodo-bromurées.

M. le président fait part à l'Académie de la mort de l'illustre physicien Faraday, membre associé à Londres.

M. le président rend compte ensuite à l'Académie des obsèques de M. Rayer, et sur son invitation, M. Roger donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Rayer.

Ce discours est accueilli par des marques unanimes d'approbation et de sympathie.

M. Piorry présente, au nom de M. le Dr Gresser (de Poitiers), un travail intitulé : *De la curabilité constante de la suette dite miliaire.*

M. Bouvier présente, de la part de M. le Dr Taylor (de New-York), un livre intitulé : *Paralysie infantile et des difformités qui en sont la conséquence.*

Il met en même temps sous les yeux de l'Académie deux appareils dont l'un est destiné au traitement du mal de Pott, et le deuxième au traitement de la coxalgie.

L'appareil que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, dit M. Bouvier, se trouve dans la section américaine de l'Exposition.

Il diffère essentiellement, comme on pourra le voir, de ceux qui sont employés ordinairement dans les cas de mal de Pott. Il a pour but d'obtenir tous les avantages de la position horizontale, tout en permettant au malade l'exercice et le grand air. Avec cet appareil, le docteur Taylor cherche à protéger les vertèbres malades dans la station verticale; comme ferait le décubitus dorsal sans le secours de l'instrument.

C'est comme un lit, attaché solidement à la région dorsale, l'instrument exerçant sur la colonne vertébrale la même pression que la pesanteur lorsque le malade est couché. Cette force est uniquement antéro-postérieure.

L'appareil est un simple levier qui élève la partie supérieure de la colonne vertébrale, et qui prend pour point d'appui les apophyses transverses. Ainsi, tandis que la pression sur les articulations des apophyses transverses saines est augmentée, on diminue considérablement la pression sur le corps des vertèbres malades.

L'instrument est articulé et agit comme une colonne vertébrale supplémentaire. Sa disposition permet d'apprécier exactement et de modifier le degré de force employée, afin d'imprimer au traitement une progression constante et régulière. Il favorise aussi les contractions des muscles spinaux.

Le docteur Taylor a observé entre autres un garçon âgé de sept ans, qui porte l'instrument depuis quatre années. Les symptômes fondamentaux de la maladie étaient d'une gravité peu commune, les vertèbres lombaires avaient déjà commencé à faire saillie. Un soulagement très-notable suivit promptement l'application de l'appareil, et les progrès subséquents de la maladie furent arrêtés aussitôt.

Il ne pouvait pas y avoir d'erreur dans le diagnostic, car il reste encore une légère saillie dont le développement a été arrêté depuis quatre ans par l'action de l'appareil; mais la santé de l'enfant est bonne, et il a pu faire de l'exercice pendant toute la durée du traitement.

C'est cette possibilité de sortir au grand air, tandis que le siége de la maladie est garanti contre toute pression, qui constitue la supériorité de cette méthode de traitement.

Le deuxième appareil est destiné à la contre-extension dans la coxalgie. L'idée de la contre-extension appartient au docteur Davis (de New-York); mais cet instrument n'en est pas moins l'invention du docteur Taylor. Il se compose : 1° d'un bandage muni de deux courroies qui embrassent le périnée pour l'extension en haut; 2° d'une longue attelle extensible recevant sous le pied une courroie, qui est la continuation des courroies adhésives appliquées le long de chaque côté de la jambe et autour du membre; cette courroie produit la contre-extension.

L'allongement se fait au moyen d'une vis située latéralement.

Non-seulement la tonicité des muscles est surmontée, et l'articulation préservée de toute pression ou secousse, mais encore, pendant la locomotion, le poids du corps est reçu par l'instrument, car le corps repose sur les courroies qui embrassent le périnée.

Il résulte de l'expérience du docteur Taylor que, lorsque la tonicité des muscles de la hanche est complétement surmontée, et que les parties sont à l'abri des pressions et des secousses, la locomotion est, non-seulement exempte de danger, mais encore très-avantageuse, car on peut ainsi profiter des moyens puissants que l'hygiène met à notre disposition.

M. le **président** annonce à l'Académie que M. Lafosse, correspondant dans la section de médecine vétérinaire, assiste à la séance.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant étranger dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation porte en 1re ligne : M. Fuchs (de Carlsruhe), en 2e M. Ercolani (de Bologne), en 3e M. Simonds (de Londres). Sur 35 votants, la majorité étant de 18, M. Fuchs obtient 30 suffrages, et M. Ercolani, 5.

En conséquence, M. Fuchs est proclamé membre correspondant étranger.

RAPPORT.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — **M. Vernois**, au nom d'une Commission dont il fait partie avec M. Robinet, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Mahier, relatif à des recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gonthier.

Ce travail, dit M. le rapporteur, a pour but de faire connaître dans ses plus minimes détails la composition du sol et des eaux de tout l'arrondissement. L'intention de l'auteur est surtout d'exposer les éléments de la constitution des eaux du pays et de l'influence que celle-ci peut exercer sur la santé des habitants et des animaux et sur certaines conditions spéciales de l'industrie et de l'agriculture..... Les analyses contenues dans ce travail ont été vérifiées par M. Robinet.

De semblables travaux, ajoute M. Vernois, ne peuvent être exécutés que par des médecins instruits et laborieux, et quand on songe que c'est au milieu des exigences et des labeurs d'une clientèle de campagne que M. le Dr Mahier a dû conduire à bonne fin ces très-considérables recherches, on ne peut que l'en féliciter largement et publiquement.

La commission propose en conséquence :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De déposer son nom dans les archives;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

LECTURE.

M. le Dr Lisle donne lecture d'un travail intitulé : *Traitement de la congestion cérébrale et de l'hallucination par l'acide arsénieux.* Voici les conclusions de ce travail :

1° Les aliénés présentent souvent des signes plus ou moins prononcés de congestion cérébrale; les hallucinés sont toujours dans ce cas. Sur 193 de ces derniers, traités par l'acide arsénieux, 131 ou 67 p. 100 ont été guéris, et 29 ont éprouvé une amélioration marquée et durable.

L'hallucination considérée jusqu'ici comme un symptôme de folie, n'en est qu'une complication, presque toujours grave; elle est le symptôme le plus caractéristique d'une fièvre cérébrale.

L'acide arsénieux est un remède véritablement spécifique de cette maladie. Il est encore très-utile chez les paralytiques, les incohérents, les mélancoliques exempts d'hallucinations, mais présentant des signes évidents de congestion cérébrale.

L'acide arsénieux, administré avec prudence et surveillé avec soin, est un des agents les plus inoffensifs de la matière médicale.

La dose varie entre 5 et 16 milligrammes, administrés en trois fois dans la journée, au commencement de chaque repas. (Commissaires : MM. Baillarger et Cerise.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 mai 1867. — Présidence de M. Boys de Loury.

(fin.)

M. Duparcque fait la communication suivante. (Voir plus haut.)

M. Blachez est heureux que sa lecture ait donné lieu à l'intéressante communication de M. Duparcque. Il fait seulement remarquer que M. Duparcque a cité surtout des cas de péritonites spontanées chez des jeunes filles. Dans notre sexe, cette affection est rare.

Election.

Le vote a lieu ensuite sur la candidature de M. Bertin, au titre de membre correspondant. M. Bertin est élu à la majorité des suffrages sur vingt-trois votants.

Rapport.

M. Blondeau rend compte verbalement du Bulletin des travaux de la Société de médecine du Havre, pour 1865 et 1866.

Conservation des pièces anatomiques.

M. Duchenne (de Boulogne) donne lecture d'une note sur un procédé nouveau pour la conservation des pièces anatomiques, inventé par M. Van Vetter, chef des travaux anatomiques à l'Université de Gand, et que, depuis 1862, il expérimente avec succès avec le concours de M. Vasseur. (Voir notre numéro du 18 juillet 1867.)

M. Giraldès ne voit rien de nouveau dans ce procédé, que l'addition du sucre et du nitre, quant à la glycérine, elle est employée depuis longtemps déjà dans le but de conserver les pièces anatomiques et les micrographes s'en servent très-souvent. On trouve à l'Exposition universelle des pièces conservées par un procédé nouveau ; elles ont, il est vrai, perdu leur couleur, mais la forme en est parfaite ainsi que la souplesse. Ce procédé, dans lequel on n'emploie pas de glycérine, est d'un professeur italien ; il semble valoir au moins celui de M. Van Vetter. Au reste, la question importante, c'est de savoir le temps pendant lequel les pièces se conserveront ; ce qui prouve que la glycérine additionnée de sucre et de nitre n'est pas suffisante pour conserver les préparations pendant bien longtemps, c'est qu'on a été obligé de les recouvrir d'un vernis, pour empêcher les moisissures.

M. Duchenne (de Boulogne) fait remarquer que M. Van Vetter a fait preuve de modestie et d'équité en s'empressant de reconnaître que, dans l'année où il a fait ses premières recherches, M. Demarquay a indiqué l'application de la glycérine à la conservation des préparations anatomiques.

Peu importe d'ailleurs cette question de priorité (1). Est-il, en effet, nécessaire de rappeler que M. Van Vetter a reconnu que l'emploi de la glycérine seule est un procédé de conservation des pièces anatomiques très-imparfait, que seule elle ne conserve pas la coloration normale des tissus et ne les met pas à l'abri de la moisissure ? J'ajouterai qu'elle a de plus l'inconvénient d'atrophier les tendons et de les rendre transparents. Le mérite et l'originalité du procédé de M. Van Vetter, consistent principalement dans le mélange de la cassonade et du sel de nitre à la glycérine, dans les proportions qu'il a su déterminer après de nombreuses expériences. M. Van Vetter a eu aussi l'idée d'appliquer sur ces préparations un vernis spécial qui les garantit de la moisissure. Grâce à cet excellent procédé et à un certain tour de main, M. Vasseur, habile préparateur avec lequel je l'expérimente depuis plusieurs années, a conservé de si belles pièces anatomiques qu'il aurait désiré les placer dans sa vitrine de l'exposition. Mais par respect pour la propriété scientifique de M. Van Vetter, je n'y ai consenti qu'après en avoir obtenu l'autorisation de faire connaître dans tous ses détails, en France, son procédé de conservation des préparations anatomiques.

M. Chausit insiste sur la remarquable conservation de la souplesse des muscles et des articulations dans la pièce présentée par M. Duchenne (de Boulogne).

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel,
Aimé Martin.

(1) D'après M. Demarquay, ce serait M. Warinhton, qui, en 1816, aurait reconnu la propriété que possède la glycérine de préserver de la putréfaction les substances végétales et animales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Binaut, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille ; Coulon et Lenoel (Jules), professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— M. Emile Théry, à Ponchaux, commune de Beaurevoir, par le Catelet (Aisne), nous prie de demander un médecin pour les environs de Saint-Quentin. La population agglomérée est de 3,000 habitants. Avantages : 1,200 francs, le cheval, la voiture et le logement pendant deux ans.

M. Emile Théry donnera tous les renseignements.

— Le Dr E. Verrier commencera son cours d'accouchements et manœuvres, le lundi 23 septembre, à quatre heures, à la clinique de M. le Dr Ed. Meyer, 41, rue de l'Ecole-de-Médecine.

S'adresser à M. Verrier, 72 *bis*, rue Bonaparte, de midi à deux heures.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. —Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité civile du Médecin.

Une question grave de responsabilité médicale vient d'être déférée aux tribunaux. Ces sortes de questions intéressent trop vivement tous les membres de notre profession, pour que nous ne saisissions pas, avec empressement, l'occasion d'exposer les faits qui ont motivé l'action civile intentée à un de nos confrères, et de rappeler en quelques mots, à ce sujet, les principes et la jurisprudence qui règlent cette matière délicate. Nous mettons d'abord, sous les yeux de nos lecteurs, la lettre que nous écrit le confrère incriminé.

Monsieur le rédacteur,

Je viens vous entretenir d'un fait qui intéresse le corps médical tout entier. Il s'agit de la responsabilité des médecins. Voici le cas :

Dans le courant de février 1866, j'ai examiné le sieur R., boulanger à N..... Ce malade était atteint d'une cataracte double ; complète à l'œil gauche et incomplète à l'œil droit, c'est-à-dire que ce dernier organe fonctionnait d'une manière si insuffisante que le sieur R... ne pouvait se conduire seul et qu'il distinguait avec peine les gros objets, à une lumière diffuse.

Je dois ajouter que mon malade était sourd et rhumatisant depuis environ dix ans. Je n'articulai aucune conclusion, le 21 février 1866, et je fis appeler un confrère en consultation. L'état de ce pauvre perclus faisait peine à voir, et nos sentiments d'humanité nous traçaient d'avance notre conduite. Tout en déclarant le peu d'espoir que nous inspirait une pareille opération, nous résolûmes de pratiquer la cataracte à l'œil gauche ; l'innocuité de l'opération et l'insistance de la famille achevèrent de nous déterminer.

Le 7 juin 1866, après avoir dilaté la pupille, nous avons examiné l'œil, notre diagnostic s'est confirmé.

Le 10 juin, la rétinoscopie phosphénienne nous assurait la sensibilité du fond de l'œil. L'opération fut fixée au lendemain.

Permettez-moi, dès à présent, d'entrer dans quelques considérations, au point de vue des difficultés du manuel opératoire.

Le malade était complétement sourd ; il eût été par conséquent impossible, pendant l'opération, d'empêcher un mouvement intempestif de l'œil, faute de pouvoir se faire entendre. Je l'ai soumis à l'exercice gymnastique suivant : Lorsque je frappais, avec mon doigt, l'os malaire, il dirigeait son œil en dehors et en bas; lorsque je frappais le côté externe de l'arcade sourcilière, il regardait dans cette direction. Après quinze jours de manœuvres, j'étais parvenu à prévenir, autant que faire se pouvait, les mouvements désordonnés de l'œil. Enchanté de la docilité du malade et du résultat que j'avais obtenu, je pratiquai l'opération de la cataracte par abaissement, le 11 juin 1866. Il n'y a eu aucun accident pendant l'opération, ainsi que mon confrère a pu le constater.

Immédiatement après, au lieu de placer le malade dans une chambre aérée, il a été couché dans un réduit obscur, et tellement humide que le plâtre des murs se détachait.

Le 13 juin, une inflammation de l'œil se déclare.

Je fais appliquer des sangsues à la tempe, des sachets de glace pilée, mélangée de sel marin, sur l'œil. Je fais faire des frictions autour de l'orbite, avec l'onguent napolitain, je fais prendre du calomel et appliquer des sinapismes sur les membres inférieurs, et un vésicatoire à la nuque. Moyens inutiles. Les milieux réfringents de l'œil perdent peu à peu leur transparence, et le 26 juillet 1866, époque à laquelle j'abandonne le malade, la cécité est aussi complète qu'avant l'opération.

En résumé, voilà une opération qui n'a eu d'autre résultat que celui que j'étais en droit d'attendre ; après m'être entouré, néanmoins, de toutes les précautions désirables, telles que : la présence d'un confrère, la préparation du malade purgé préalablement, l'absence absolue de toute douleur rhumatismale, au moment de l'opération, le choix du temps opportun, etc.

Fatigué d'envoyer une note d'honoraires qui revenait toujours sans réponse, je me vis dans la pénible nécessité d'assigner mon malade devant le tribunal civil.

Nous voilà au cœur de la question. Veuillez me prêter une oreille attentive.

Mon adversaire objecte, par l'organe de son conseil judiciaire :

1° Qu'il est séparé de biens avec sa femme ;

2° Qu'il était atteint : d'*une atrophie de la papille du nerf optique, atrophie résultant d'une entrave, d'un obstacle, dans la circulation artérioso-veineuse*, et, attendu que j'ai fait une opération non-seulement inutile, mais tellement dangereuse qu'elle a eu pour conséquence nécessaire la perte de l'œil droit, m'entendre condamner à 8,000 francs de dommages-intérêts. — 4,000 francs pour chaque œil.

Je réponds :

1° Que les époux séparés de biens se doivent mutuellement aide, secours et assistance, surtout lorsqu'ils demeurent ensemble ; que les soins du médecin, ainsi que l'alimentation, concourent au même but : la conservation de la vie. J'ajoute que l'opération a été pratiquée du consentement unanime de la famille et du malade, et que, par conséquent, ce fait devrait faire préjuger un engagement moral de leur part ; on ne m'oppose aucun argument.

2° L'atrophie de la papille du nerf optique, en supposant son existence, constitue un fait complétement en dehors de la compétence du tribunal ; et l'allégation du malade n'étant basée sur aucun certificat, ni opinion de médecin, ne peut être opposée à l'idée émise par le médecin traitant et son confrère.

Voyez-vous la malignité de cet aveugle qui a la facétie de se diagnostiquer une atrophie de la papille du nerf optique ? Comprenez-vous qu'il ait oublié de dire si elle était en champignon ou excavée ?

Mon confrère et moi, vivement préoccupés d'un semblable diagnostic, nous mîmes en quête de savoir au moins d'où il émanait. Quinze jours de silence complet ont répondu à la ténacité de nos démarches.

On nous disait, pour nous mettre sur la voie. Le grand ophthalmologiste qui a si bien diagnostiqué l'affection de votre malade se nomme M. X.

Le fait nous paraissait impossible, la personne désignée était un confrère de la localité. Pouvions-nous admettre, de prime-abord. qu'un médecin fût assez indélicat pour se faire valoir au détriment de deux de ses confrères, en inventant une erreur de diagnostic qui n'existait pas, et en déclarant voir, derrière un cristallin complétement opaque, une atrophie de la papille du nerf optique ?

Ces renseignements étaient pourtant exacts, et on nous assura que ce Jacob d'un nouveau genre avait délivré un certificat authentique.

Notre contrôleur de diagnostic était trouvé. Désireux de nous incliner devant une autorité ophthalmologique complétement inconnue pour nous, nous fîmes demander à l'avocat de notre adversaire, si nous nous trouvions en présence d'un malade doué d'une perspicacité peu commune, ou d'un confrère malveillant.

Il fut répondu qu'il y avait un certificat, mais qu'on ne pouvait pas s'en servir. Pourquoi ? Nous l'ignorons encore.

Je croyais trouver un puissant appui en faisant invoquer le sentiment des relations confraternelles, tous les moyens employés ont échoué devant le mutisme opiniâtre de l'adversaire.

Nous voici de nouveau en face du tribunal. Mon défenseur invoque le principe de l'irresponsabilité professionnelle ; on l'interrompt trois fois, puis on le prie de passer outre. Je n'ai pas compris pourquoi on agissait ainsi.

Est-ce, parce que cette question est résolue d'avance dans le sens indiqué par mon avocat ? mais alors à quoi bon ce procès ? il devrait se terminer là.

Je suis en droit de rapporter que telle n'est pas l'opinion de MM. les juges, puisqu'ils ont désigné comme experts, MM. Desmarres, Sichel et Tardieu, à l'effet de savoir :

1° S'il est possible, dans l'état actuel, de déclarer que le sieur R... était atteint de cataracte, le 11 juin 1866 ? — L'opération ayant eu lieu par abaissement, et le cristallin se trouvant dans l'œil opéré, MM. les experts pourront l'examiner.

2° Si on n'a pas pris une amaurose pour une cataracte ; si cette confusion est une faute grave, pouvant être très-préjudiciable au malade ?

3° Si l'opération pratiquée à l'œil gauche n'a pas eu pour conséquence la perte de l'œil droit ?

4° Si l'œil droit est encore atteint de cataracte, ainsi que M. C... le déclare à l'audience, après avoir examiné le malade hier, 24 août, avec un de ses confrères qui partage la même opinion ?

5° Si l'opération a été pratiquée avec toutes les précautions désirables ?

Je comprends très-bien qu'on admette la responsabilité d'un médecin, lorsqu'il y a faute grave, impéritie, ignorance complète de sa part ; ainsi que j'en ai constaté un exemple, à N... ; mais ici de quoi s'agit-il ? d'une cataracte reconnue par moi et mon confrère, cataracte que nous opérons. Le tribunal a-t-il qualité pour dire si nous avons bien ou mal fait ? etc.

J'espère, Monsieur le rédacteur, que les objections ne vous manqueront pas pour établir que la responsabilité des médecins n'a d'autres limites, que la responsabilité du droit commun.

C..... d. m. p.

Dans l'exposé qu'on vient de lire, il y a un premier point qu'il nous faut éliminer, tout d'abord, pour simplifier la question et la réduire à ses véritables termes, c'est le refus de paiement des honoraires, motivé sur la séparation de biens de l'opéré et de sa femme.

Reste le point de fait, savoir si l'erreur imputée à notre confrère, dans le diagnostic de l'affection oculaire qu'il a eu à traiter, et dans l'opération qu'il a pratiquée, est réelle, si elle peut être démontrée ; et dans le cas où il y aurait eu erreur réelle et démontrée, si en principe et aux termes de la jurisprudence établie, elle entraîne la responsabilité civile du médecin et ses conséquences. Il y a donc à considérer ici le fait, dans l'espèce, et dans l'application des principes.

Nous avons tenu, pour le point de fait, à avoir l'opinion d'un homme spécialement compétent. Nous avons communiqué la lettre de notre confrère de N... à M. le docteur Galezowski dont on connaît la compétence spéciale en ophthalmologie. M. Galezowski a bien voulu examiner la question avec toute l'attention dont elle était digne, et il nous a transmis l'avis suivant, que nous transcrivons intégralement.

Monsieur le rédacteur,

Suivant votre désir, j'ai cherché avec beaucoup d'attention à approfondir la question qui se rattache au procès soumis actuellement au jugement du tribunal de N..., et qui préoccupe à juste titre le public médical. Voici une courte analyse de cette affaire.

Le cas dont il s'agit se rapporte à un malade sourd et rhumatisant, opéré d'une cataracte, au mois de juin 1866, sur l'œil gauche. L'opération n'a été pratiquée qu'après un examen réitéré, fait par le chirurgien et un autre médecin appelé en consultation.

Les deux confrères diagnostiquèrent une cataracte double, complète dans l'œil gauche et incomplète à droite. La présence des phosphènes ayant été constatée, on pratiqua l'opération par abaissement le 11 juin 1866.

Deux jours plus tard, une ophthalmie interne se déclare, qui ne cède à aucun traitement antiphlogistique, et amène à la longue une perte totale de la vue dans l'œil opéré.

L'insuccès de l'opération, et le refus de la part du malade de payer les honoraires réclamés par l'opérateur, amènent le procès actuel.

Le tribunal, se trouvant en présence de questions scientifiques qui n'étaient pas de sa compétence, et après avoir entendu les deux parties en cause, pose aux experts, entre autres, les deux questions suivantes :

1° S'il est possible, dans l'état actuel, de déclarer que le malade était atteint de cataracte le 11 juin 1866 (par conséquent avant l'opération) ;

2° Si on n'a pas pris une amaurose pour une cataracte, si cette confusion est une faute grave pouvant être très-préjudiciable au malade.

En posant ces questions, le tribunal soulève un des points les plus graves et des plus importants de la responsabilité médicale, et qui intéresse au plus haut degré le corps médical tout entier.

Le tribunal doit, en effet, décider si le diagnostic posé par les deux confrères était exact ou faux, et si l'opération devait être pratiquée.

Rien n'est plus difficile, selon moi, que de résoudre cette question, et on ne peut aujourd'hui se prononcer à ce sujet que d'une manière approximative, en s'appuyant sur de simples probabilités et des inductions. Et en effet, l'état actuel des membranes internes de l'œil opéré étant complétement changé par l'inflammation, il est impossible de décider si la cataracte existait avant l'opération, ou si elle n'est que la conséquence de l'opération pratiquée sur l'œil amaurotique.

Le point de départ de l'accusation est, sans nul doute, le résultat d'investigation de l'œil non opéré.

Pour l'opérateur incriminé, ce dernier œil porte une cataracte, quoique moins avancée, tandis que, d'après le certificat délivré au malade par un autre confrère, il n'y a que l'atrophie de la papille du nerf optique.

N'ayant pas eu l'occasion de voir nous-même le malade, nous voulons admettre et examiner deux conditions probables, dans lesquelles l'œil peut se trouver :

Ou bien, 1° l'œil non opéré présente des opacités périphériques du cristallin et une atrophie de la papille ; 2° ou il n'a aucune trace de cataracte et n'est atteint que d'une atrophie de la papille.

Les opacités commençantes dans l'œil non opéré, même les plus légères, nous donneraient tous les droits d'admettre que l'autre œil était atteint d'une cataracte plus avancée et l'opération était indiquée. Quant à l'atrophie de la papille du nerf optique, que l'on constaterait actuellement dans l'œil non opéré, elle ne pourrait en aucune façon faire préjuger l'état du nerf optique de l'œil opéré. Il est vrai que, dans la majorité des cas, l'atrophie du nerf optique, par cause cérébrale, se développe simultanément dans les deux yeux, mais les exceptions à cette règle ne sont pas rares non plus.

Je ne veux citer que deux faits tout récents à l'appui ce cette dernière assertion.

Au commencement de cette année, j'étais appelé par M. Vigla, dans son service à l'Hôtel-Dieu pour examiner les yeux d'une malade atteinte de paralysie progressive du voile du palais, de la langue, de la bouche, etc., maladie que M. Duchenne (de Boulogne) le premier, a si bien décrite. La malade était amaurotique de l'œil droit, et l'examen ophthalmoscopique fait en présence de MM. Vigla et Duchenne (de Boulougne) nous a permis de constater une atrophie complète de la papille du nerf optique, pendant que l'autre papille était complétement saine. La vue de l'œil amaurotique était perdue depuis plusieurs années.

Un autre fait présente plus de rapports encore et d'analogie avec le cas que nous analysons. C'est une malade de notre clinique, Mme G..., âgée de soixante-sept ans, demeurant dans la rue Saint-Jacques, qui vint nous consulter pour la première fois, au mois de juin dernier, pour la vue de son œil droit, affaiblie depuis le mois de décembre. L'examen ophthalmoscopique fait en présence de plusieurs élèves de ma clinique, nous fait constater l'existence d'une rétinite apoplectique de l'œil droit, avec varicosités notables des veines et exsudations blanchâtres. Le cristallin présentait de nombreuses opacités périphéri-

ques, et qui, dans certains endroits, s'avançaient vers le centre. L'œil gauche était atteint d'une atrophie de la papille, et la vue de cet œil, comme dit la malade se trouvait affaiblie depuis de longues années. Les opacités du cristallin de cet œil sont à peine appréciables.

Admettons un instant que la cataracte de cette dernière malade se complète dans l'œil droit seul, où elle est beaucoup plus développée actuellement, est-ce que l'atrophie de la papille de l'œil gauche pourrait nous éclairer sur l'état de la papille de l'œil droit? Bien plus, l'abaissement de la cataracte, une fois pratiqué, et suivi d'un insuccès, qui oserait affirmer que l'œil n'était pas cataracté, mais amaurotique?

Examinons maintenant notre deuxième supposition sur l'état du malade engagé dans le procès, et admettons un instant que l'œil non opéré ne présente actuellement aucune trace de cataracte et qu'il ne soit atteint que d'une atrophie de la papille. Peut-on affirmer, dans ce cas, que l'autre œil avait une cataracte avant l'opération, ou bien qu'il n'était qu'amaurotique ?

En réponse à cette question, nous pouvons déclarer en toute conscience que la cataracte pouvait avoir lieu sans ou avec atrophie de la papille. L'existence d'une cataracte spontanée, limitée à un seul œil, n'est pas un fait nouveau, tous les chirurgiens en connaissent des exemples, et je ne citerai à l'appui qu'un fait tout récent, qu'il est facile de vérifier.

Au mois de mai de cette année, j'ai pratiqué une extraction de la cataracte de l'œil droit chez un soldat du régiment des guides, qui me fut adressé par le médecin du régiment, M. Thierry de Maugras. La cataracte n'existait que dans un seul œil, le droit; le cristallin de l'œil gauche est complétement sain. La cataracte s'était déclarée spontanément, et aujourd'hui, après l'opération, il est complétement guéri.

Si, au lieu d'extraction, l'abaissement avait été pratiqué, et qu'on eût eu un insuccès, oserait-on jamais accuser le chirurgien d'une erreur de diagnostic en s'appuyant sur l'absence de toute trace de cataracte dans l'œil non opéré ?

La cataracte existant avec une atrophie de la papille, y avait-il une indication à faire une opération? Je pense que c'est une question discutable; mais l'opérateur ayant acquis la conviction par la présence des phosphènes que la sensibilité de la rétine était conservée, avait tout droit d'espérer qu'en faisant disparaître la cataracte, il rendrait au moins une partie de la vision au malade, condamné sans cela à rester aveugle le reste de sa vie.

Telle est notre opinion sur cette question, et nous ne doutons pas que des experts aussi éminents que MM. Tardieu, Desmarres père et Sichel, choisis par le tribunal, ne partagent notre manière de voir.

D[r] Galezowski.

Il nous paraîtrait difficile, après la discussion si nette et si précise de M. Galezowski, d'admettre qu'il y ait eu, de la part de notre confrère de N..., une erreur de diagnostic et d'indication opératoire, et surtout d'en établir la réalité. Nous ne pouvons pas préjuger quel sera, à cet égard, l'avis des experts désignés. Mais, quel qu'il soit, il nous semble impossible qu'il serve à motiver une condamnation. Pour admettre la légitimité de la revendication en dommages-intérêts, il faudrait établir d'abord qu'il y a eu préjudice causé ; or, pour admettre qu'il y a eu préjudice, il faudrait résoudre préalablement la question scientifique de diagnostic et d'indication, et démontrer qu'il y a eu erreur à ce double point de vue. Mais, en admettant que le tribunal, éclairé d'ailleurs par le rapport des experts, soit compétent pour apprécier une question de diagnostic et d'indication opératoire, depuis quand une erreur de pratique ou l'insuccès d'une opération chirurgicale engagent-ils, d'une manière aussi directe et aussi immédiate, la responsabilité civile du médecin ?

Que doit-on entendre par la responsabilité médicale ? La loi est muette sur ce point, elle n'a rien articulé à l'égard de la responsabilité spéciale du médecin. Est-ce à dire, comme on l'a écrit et soutenu, dans plusieurs circonstances, que le médecin ne soit jamais responsable, en principe, des faits de sa pratique médicale? Nous ne voudrions pas soutenir une pareille proposition. Le médecin n'est pas hors du droit commun ; il est, comme tout autre citoyen, responsable de tous les actes qu'il peut commettre dans sa pratique et qui constitueraient un des cas de contravention ou de délit prévus par les lois. C'est ainsi qu'il est passible, comme tout le monde, des peines édictées dans les articles 319 et 320 du Code pénal, contre quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause. Mais dans quelles limites doit-on admettre sa responsabilité et à quelles conditions spéciales les actes de sa pratique tombent-ils sous le coup de la loi?

Ici, à défaut de texte explicite, nous ne pouvons nous en rapporter qu'à la jurisprudence établie et proclamée en plusieurs circonstances soit par les réquisitoires même du ministère public, soit par les jugements des tribunaux.

Voici en quels termes s'exprimait, en 1831, M. l'avocat impérial Genreau, à l'occasion d'un procès de responsabilité analogue à celui qui nous occupe.

« Et d'abord les médecins ne peuvent être toujours responsables, ni de l'insuccès sur le mal, ni même des conséquences fâcheuses pour le malade, des opérations qu'ils pratiquent ou des remèdes qu'ils emploient. D'autre part, on ne peut admettre que les médecins ne seront jamais responsables des fautes qu'ils peuvent commettre dans l'exercice de leur art; ce serait créer à leur profit une immunité qui n'appartient à personne. Les médecins ne sont donc, ni toujours responsables, ni toujours irresponsables; quelle sera la limite? On a voulu la placer dans l'appréciation du médecin lui-même, et poser en principe que tant qu'il a agi selon sa conscience, il échappe à toute action. Nous ne pouvons admettre une telle théorie, qui aurait pour effet d'absoudre les plus grossières et les plus fatales erreurs, par cela seul qu'elles sont des erreurs et non des actes volontaires; il faut donc chercher ailleurs la vérité, et nous la trouvons dans l'application des termes mêmes de la loi et dans les décisions de la jurisprudence. Il y a responsabilité pénale toutes les fois qu'il y a une faute lourde, consistant dans une imprudence, une négligence, une inattention, une inobservation des règlements, et que cette faute lourde a causé soit la mort, soit des blessures ou des infirmités. »

Or, veut-on savoir quelles sont les circonstances d'imprudence, de négligence ou d'inattention qui constituent la faute lourde aux yeux de ce magistrat? Voici les exemples qu'il suppose. « Il y a *imprudence*, soit dans le fait hypothétique d'un médecin qui ferait une opération en état d'ivresse, soit dans des essais hasardés qui seraient inévitablement funestes au malade sans avoir pour but d'ouvrir, par une guérison possible, obtenue à l'aide de procédés nouveaux, des voies encore inconnues à la science. Il y a *négligence*, soit dans le fait d'un médecin qui pratique une opération ou prescrit un remède sans employer ou sans indiquer les précautions sans lesquelles cette opération ou ce remède peut nuire au malade, soit dans le fait, plus grave encore, d'un médecin qui abandonnerait un client sans soins et sans secours, et le laisserait en danger après avoir entrepris sa guérison. Il y a *inattention* dans le cas d'un médecin commettant une erreur matérielle, soit dans l'indication d'un remède dangereux, soit dans la dose de ce remède. Il y a aussi *inobservation des règlements* dans le fait d'un officier de santé qui, contrairement aux prescriptions de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, fait une grande opération sans l'assistance d'un docteur en médecine.

« Dans tous ces cas et dans d'autres analogues, notamment au cas d'ignorance des principes les plus certains et les plus élémentaires de la science, ajoutait M. l'avocat impérial, il y a responsabilité, et les médecins peuvent avoir à rendre compte des conséquences de leurs fautes, non-seulement devant la justice civile, au point de vue des dommages-intérêts, mais aussi devant la justice répressive par l'application de la loi précitée. »

Voilà la jurisprudence. Y a-t-il dans l'espèce, c'est-à-dire dans les faits imputés à notre confrère de N..., rien qui constitue l'un des cas d'imprudence, de négligence, d'inattention ou d'inobservation des règlements rentrant dans la qualification de faute lourde ? Nul n'oserait le soutenir. Y eût-il eu erreur dans le diagnostic et dans l'indication d'opérer, ce qui est loin d'être démontré, et ce qui paraît difficilement démontrable, qu'il n'y aurait pas lieu à invoquer ici la responsabilité civile. Nous n'aurions qu'à citer, au besoin, comme précédent, le jugement même qui a motivé l'exposé de principes que nous venons de rappeler. Il s'agissait d'une demande en dommages-intérêts pour une blessure par imprudence. Un chirurgien, prenant une hernie pour un abcès, avait, en incisant la tumeur, perforé l'intestin. L'erreur était assurément plus grave et surtout plus patente que celle qui est imputée dans le cas qui nous occupe. Cependant, sur le rapport de M. Tardieu, le chirurgien fut renvoyé des fins de la plainte.

Il ne nous reste qu'un dernier mot à dire, c'est pour déplorer et pour flétrir publiquement le rôle indigne qu'a joué un de nos confrères dans cette circonstance.

D[r] Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES. — M. Boulian.

Emploi avantageux du sulfate de soude cristallisé en insufflations contre les opacités de la cornée consécutives à une kératite scrofuleuse.

(Observation recueillie par le D[r] Oscar Durant, médecin aide-major de 1[re] classe.)

La note de M. le D[r] de Luca, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 13 juin dernier, et les essais que ce journal mentionne avec quelque faveur, notamment dans le service de M. le professeur Gosselin, nous ont engagé à expérimenter le sulfate de soude dans le cas suivant :

Le 15 mars 1867, entre à l'hôpital militaire de Versailles, dans le service de M. Boulian, médecin-major de 1[re] classe, le jeune M....., enfant de troupe au 10[e] régiment de dragons, âgé de onze ans. — Il porte tous les attributs de la scrofule la plus nette : croûtes d'eczéma aux joues et au nez rouge et tuméfié, cicatrices d'abcès ganglionnaires au haut du cou, paupières fortement closes et tête baissée pour mieux fuir la lumière, indices d'une kératite dont la nature est facile à déterminer. Depuis un an, il a eu de nombreux maux d'yeux, dit-il, et depuis environ huit jours, il a à peine ouvert les paupières. Malgré un blépharospasme énergique, nous découvrons la surface oculaire : blépharite et conjonctivite assez intenses, aspect général terne des cornées ; à droite, plusieurs ulcérations très-petites, arrondies, superficielles, groupées dans le segment inférieur de la cornée (kératite ponctuée) ; l'une d'elles près du centre et plus profonde; à gauche, large ulcération à fond central mat et très-blanc, très-profonde et comme prête à s'ouvrir dans la chambre antérieure ; elle masque l'iris qui semble un peu bombé en avant ; pas de réaction générale appréciable. — Le traitement consiste en attouchements répétés avec le crayon de nitrate d'argent ; frictions mercurielles belladonées autour des paupières, collyre au glycérolé de tannin alternant avec un collyre au nitrate d'argent (0,05 pour 30 grammes d'eau distillée). A l'intérieur, huile de foie de morue 20 grammes et sirop iodure de fer 15 grammes. — Quinze jours après, la photophobie diminuait et les ulcérations semblaient arrêtées dans leur marche. Du 30 avril au 2 mai, une poussée érysipélateuse envahit les paupières du côté gauche et le milieu de la face. Peu de temps après, les ulcérations parurent marcher rapidement dans une voie réparatrice; la cicatrisation était presque complète le 27 mai ; l'état général s'était fort amélioré; deux fistules, qui avaient succédé à l'ouverture faite le 12 mai de deux abcès ganglionnaires sous la mâchoire inférieure, se fermaient dans les premiers jours de juin.

A cette époque, les cicatrices des deux cornées étaient bien marquées : à gauche, la grande ulcération avait laissé au-dessous du centre de la cornée une tache d'un blanc de craie, épaisse, grosse comme un pois, entourée d'une zone blanchâtre, moins opaque, de cinq à six millimètres de diamètre ; à droite, un petit point blanchâtre presque central et d'autres taches nuageuses répondant au pointillé ulcéreux ; toute la cornée terne et dépolie. D'ailleurs pas de douleur, ni de photophobie. — Collyre sec. — Insufflation de calomel.

L'état général se transformait, pour ainsi dire, à vue d'œil, sous l'influence de la médication interne, d'une bonne alimentation, de bains sulfureux et alcalins; mais les taches des cornées ne diminuaient pas sensiblement. Le 21 juin, M. Boulian voulut bien accueillir notre proposition d'essayer les insufflations de sulfate de soude cristallisé ; elles furent faites une fois le matin, quelques jours même matin et soir ; il suffisait de charger l'extrémité de la spatule avec un peu de ce sel, et de le laisser tomber sur la surface de l'œil. C'était plutôt une projection qu'une insufflation; mais nous conservons ce mot comme exprimant généralement ce mode d'administration. — Pendant une dizaine de jours, il n'y eut pas d'amélioration notable, et l'incrédulité commençait à nous gagner ; mais, à partir du 4 juillet, le succès ne put être contesté. — La cornée droite reprenait visiblement de la transparence ; la zone entourant la cicatrice de la cornée gauche diminuait chaque jour d'étendue et d'épaisseur. — Ces changements ont progressé jusqu'au 10 août, où l'enfant nous quitte pour retourner chez ses parents. — La cornée droite est presque transparente ; le petit point central, comme une fine tête d'épingle, est translucide, très-légèrement grisâtre ; quelques traces nébuleuses, difficiles à constater, existent encore dans le segment inférieur de la cornée; la vision est bonne et sans trouble de ce côté. — A gauche, l'opacité est réduite au volume d'une forte tête d'épingle, et la zone qui l'entourait a entièrement disparu. L'opacité restante est située au niveau du bord inférieur de la pupille ; ce bord de l'iris est adhérent en ce point à la cornée (synéchie antérieure) ; le reste de l'iris est contractile, et le petit malade assure qu'il voit presque aussi bien de cet œil que de l'autre. — L'état général est excellent. — Nous l'engageons à continuer les insufflations dans l'espoir de diminuer encore l'étendue et l'épaisseur de l'opacité; il nous le promet avec empressement, d'autant mieux que ce traitement ne lui a causé aucune souffrance.

On ne saurait se dissimuler que l'époque où le sulfate de soude a été employé ici ne fût bien favorable à tout autre moyen proposé dans le même but, puisque toute la constitution était en voie de réparation. — Sans exagérer la valeur de ce fait, il nous a paru assez frappant, eu égard surtout à la rapidité de l'amélioration, ainsi qu'à plusieurs de nos collègues, pour que nous ayons cru devoir le publier et répondre à l'appel de notre honoré confrère. — Il prouve au moins que, dans de bonnes conditions, ce moyen peut agir sur des opacités ni trop anciennes, ni trop profondes, et qu'il peut atténuer, d'une manière notable, les dimensions des cicatrices récentes de la cornée. — Répétons que cet agent n'est nullement douloureux ; à peine projeté sur l'œil, il fond en donnant une sensation de fraîcheur sans impression de corps étranger ; il n'est point irritant, et ne peut aggraver le mal. A ce double titre, il serait sans doute préférable aux collyres secs ordinairement employés, s'il tenait d'ailleurs ce qu'il promet aujourd'hui.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 31 juillet 1867. — Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Léon Parisot adresse une demande pour être compris parmi les candidats aux places de membres correspondants. A l'appui de cette demande, M. Parisot envoie un mémoire inédit sur le traitement des enchondromes des doigts et des métacarpiens. (Commissaires : MM. Perrin, Désormeaux et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Panas présente à la Société un malade qui porte sur le gland un chancre phagédénique datant de deux mois et demi, accompagné d'un bubon douloureux. Ce chancre a tous les caractères du chancre mou; la surface est suppurante et sans trace d'induration ; enfin, on a pu pratiquer une inoculation positive sur l'abdomen du malade. Tous ces caractères, dit M. Panas, conduisent à admettre l'existence d'un chancre simple, et cependant on rencontre, sur la peau et sur les muqueuses, les signes évidents d'une syphilis constitutionnelle. Il ne faudrait pas trop se hâter de conclure, on aurait même tort de croire qu'il s'agit d'un chancre mou suivi de vérole constitutionnelle ; en effet, on trouve sur le reflet prépucial une cicatrice indurée qui a succédé à un autre chancre.

En interrogeant le malade, on apprend qu'il a eu en même temps deux chancres, dont l'un, celui qui est encore à l'état d'ulcère, s'est développé trois ou quatre jours après les rapports sexuels, c'est-à-dire sans incubation notable. Le second n'est venu que quinze jours après ; il a été très-simple, mais il a laissé après lui une induration qui persiste encore aujourd'hui. Ces deux chancres sont situés vis-à-vis l'un de l'autre, c'est ce qui a fait penser que l'un d'eux était le résultat d'une inoculation par voisinage ; mais la marche si différente de ces deux ulcères suffit pour démontrer qu'il y a eu, en même temps, un chancre simple et un chancre syphilitique.

La situation réciproque des deux ulcères était très-favorable à la production du chancre mixte de M. Rollet, cependant le chancre induré, loin de s'inoculer, s'est au contraire cicatrisé très-rapidement.

M. Després. — La question du dualisme chancreux ne peut être jugée avec le malade qui nous est présenté ; les renseignements sont insuffisants et on peut faire diverses hypothèses.

M. Panas. — Il est probable que la femme qui a infecté ce jeune homme portait en même temps un chancre mou et des plaques muqueuses. J'insiste sur ce fait qu'on aurait pu, dans

le cas actuel, supposer que le chancre mou avait donné lieu à la syphilis constitutionnelle, tandis que l'examen attentif du malade a démontré l'existence d'un chancre induré. Le malade a contracté en même temps deux ulcères qui, par leur marche et par les conséquences qui en sont découlées, démontrent bien l'existence de deux virus distincts.

Hernie inguinale volumineuse enflammée.

M. Broca. — J'ai observé récemment un fait qui se rattache à un fait embarrassant de la pratique chirurgicale. Il s'agissait d'une hernie inguinale volumineuse et enflammée. Voici, en quelques mots, l'histoire de mon malade. Cet homme présentait une hernie inguinale gauche ; cette tumeur sortait et rentrait facilement, elle mesurait cinquante-quatre centimètres de circonférence. A plusieurs reprises, cette hernie, devenue irréductible, ava t provoqué certains accidents qui s'étaient toujours terminés vingt-quatre ou trente-six heures plus tard, grâce à l'emploi des sangsues et des émollients. Tout récemment, les accidents reparurent pour la troisième fois; les sangsues et les cataplasmes n'amenèrent point la réduction de la tumeur, et je fus appelé quarante-huit heures après le début des accidents. L'état du malade était grave, et la réduction me parut tout d'abord impossible, la petitesse du pouls ne permettant pas de songer à l'emploi du chloroforme ; les vomissements étaient fécaloïdes, la constipation opiniâtre. La tumeur était peu douloureuse, elle était sonore et présentait un gros pédicule. Dans ces conditions, je crus devoir attendre, car ordinairement l'inflammation tombe d'elle-même et la hernie se réduit.

Le troisième jour, l'état général était tellement aggravé que la vie du malade nous parut compromise ; je songeai à intervenir, quoique du côté de la hernie il n'y eût aucune menace de gangrène. Il n'y avait point de péritonite. Je me décidai à faire une opération, non pas pour lever un étranglement qui n'existait pas, mais pour faciliter la circulation en retour des organes contenus dans le scrotum. A l'exemple de plusieurs chirurgiens, je débridai l'anneau inguinal. Le malade étant endormi, je fis une incision de cinq centimètres et, sans ouvrir le sac, je débridai le canal inguinal dans une étendue de deux centimètres. La hernie fut laissée en place, tous les accidents cessèrent, et, dix heures après, la hernie rentrait d'elle-même. Cependant le malade ne put se relever, il succombait, trente-six heures après l'opération, sans avoir présenté la moindre réaction. J'ajouterai que j'ai cru devoir attribuer à des habitudes d'ivrognerie les troubles de la respiration qui ont toujours dominé l'état général de l'opéré.

M. Tillaux. — Depuis deux ans que j'ai le service de Bicêtre, j'ai observé un certain nombre de hernies volumineuses enflammées, je n'ai jamais pratiqué d'opération, et tous mes malades ont guéri.

M. Panas. — Dans les hernies enflammées, on craint toujours que la réduction ne soit accompagnée d'une péritonite.

J'ai fait des expériences ayant pour but de découvrir le mécanisme suivant lequel se développe l'inflammation du péritoine après la réduction de certaines hernies. Vous savez tous, qu'après la mort, les liquides contenus dans les organes transsudent dans la cavité du péritoine, ceci est surtout très-évident pour le contenu de la vésicule biliaire. Partant de là, j'ai supposé qu'une anse d'intestin, privée de sa circulation capillaire, pouvait, après sa réduction, laisser filtrer les matières qu'elle contient et causer ainsi la péritonite.

Pour justifier cette théorie, j'ai fait l'expérience suivante sur un poulet. On lie une portion de l'intestin grêle ; lorsque cette partie est privée de sa circulation, au point qu'on puisse la piquer sans que le sang s'écoule, on place l'anse intestinale dans une solution de cyanure de potassium ; puis on introduit, dans le bout supérieur de l'intestin, une solution de sulfate de fer qui bientôt transsude au travers de l'anse malade, en produisant la coloration bleue caractéristique. J'ai conclu de cette expérience que la partie de l'intestin qui avait été étranglée pouvait être assimilée à une membrane inerte, sans vie, qui ne s'oppose en aucune façon à la sortie des matières contenues.

On pourrait expliquer ainsi la péritonite qui succède à la réduction des hernies ; cette théorie me paraît plus satisfaisante que celle de la péritonite par propagation.

M. Perrin. — Je tiens pour très-ingénieuses les expériences de M. Panas, mais notre confrère a-t-il fait la contre-épreuve, et s'est-il assuré que le même phénomène ne se passerait pas avec une anse d'intestin parfaitement sain. Ce que M. Panas appelle de la transsudation ressemble beaucoup au phénomène de l'endosmose.

M. Panas. — Je n'ai point fait la contre-épreuve. Dans la partie d'intestin qui était immergée, il y en avait nécessairement une portion saine ; or, la partie malade laissait seule passer le sulfate de fer.

Entre une membrane vivante et une membrane morte, il y a une différence capitale. Grâce aux courants vasculaires, les matières contenues dans l'intestin ne peuvent pas traverser la paroi. Lorsque l'étranglement supprime ces courants vasculaires, la transsudation devient possible, et telle est la cause de la péritonite.

M. Trélat. — Les expériences de M. Panas sont très-intéressantes, mais l'interprétation peut varier ; sans rejeter absolument la théorie de M. Panas, je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il existe en clinique des preuves évidentes en faveur de la péritonite par propagation.

J'ai opéré autrefois, en présence de Malgaigne, un malade atteint de hernie enflammée, et présentant cet ensemble de symptômes auquel on a donné le nom de choléra herniaire. Mon malade mourut d'une péritonite par propagation. Chez une femme non opérée, atteinte de hernie crurale, la mort survint après quatre jours de temporisation, et l'autopsie démontra une péritonite par propagation ; enfin, je mentionnerai un malade porteur d'une hernie enflammée, et qui guérit après une réduction incomplète de sa tumeur, obtenue pendant le sommeil anesthésique. Les trois exemples que je viens de citer démontrent que la hernie enflammée peut se terminer différemment, suivant les cas.

M. Broca. — L'exemple cité par M. Trélat démontre que le choléra herniaire peut avoir sa cause dans une péritonite qui se propage d'une hernie vers l'abdomen. Les mêmes accidents présentés par mon malade m'avaient semblé devoir être rapportés à l'alcoolisme. Les phénomènes graves, dont il est question en ce moment, paraissent se rattacher à l'étranglement plutôt qu'à l'inflammation. Il est vraiment singulier de voir une dépression si profonde arriver en quelques heures chez certains malades, alors qu'il en est d'autres qui restent plusieurs jours sans offrir rien de semblable. Je me rappelle un fait observé dans le service de Gerdy ; une hernie inguinale enflammée fut réduite par ce chirurgien ; le malade succombait vingt heures après, présentant tous les symptômes du choléra herniaire. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas de péritonite, et l'on fut obligé d'invoquer l'état nerveux pour expliquer cette mort rapide.

En rapprochant tous ces faits, on arrive à conclure qu'il existe certains individus chez lesquels les phénomènes, qui ont pris naissance à l'occasion d'une hernie irréductible, revêtent l'aspect cholérique et persistent, quoi qu'on fasse, entraînant ainsi la mort des individus.

M. Perrin. — Les accidents qui caractérisent le choléra herniaire sont très-fréquents chez les vieillards ; il me semble qu'il vaut mieux invoquer pour cause de ces accidents l'état général des sujets plutôt qu'une influence personnelle. Trois faits sont encore présents à ma mémoire ; dans un premier cas, malgré le rétablissement des garde-robes, l'adynamie a persisté et la mort a suivi l'opération. Chez les deux autres malades, on n'a point fait d'opération, il n'y a point eu de péritonite, et les mêmes phénomènes ont entraîné la mort. Il faut chercher l'explication d'un état aussi grave dans les troubles du système nerveux, entraînant à leur suite une perturbation des fonctions du cœur ; c'est, d'ailleurs, ce qui se passe pour les plaies de l'abdomen. Certains sujets succombent à la péritonite, mais chez d'autres la mort survient sans inflammation, et il faut l'expliquer par une perturbation du grand sympathique.

M. Tarnier. — Tous les membres de la Société sont d'accord pour admettre un ensemble symptomatologique, le choléra herniaire, caractérisé par le refroidissement, la petitesse du pouls, etc. Il faut éloigner l'idée d'un empoisonnement, car cette perturbation grave s'observe toutes les fois qu'il y a une blessure de la cavité abdominale. La rupture de l'utérus, la perforation des culs de sac du vagin s'annoncent immédiatement par des accidents absolument semblables à ceux qui appartiennent au choléra herniaire.

M. Broca. — Je ne pense pas que les vieillards soient plus prédisposés aux accidents graves dont il est question. A Bicêtre, j'ai vu tous mes malades guérir, et je croirais plus volontiers que le choléra herniaire s'observe de préférence chez les adultes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 6 août 1867. — Présidence de M. Laborie.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Dudon envoie, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse, intitulée : *De l'uréthrotomie externe* ;

M. Depaul fait hommage d une brochure importante, intitulée : *Expériences avec le cowpox ou vaccin animal*, compte rendu adressé au ministre de l'agriculture, du commerce, etc.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Kuhn, dont voici la partie importante :

« I. Le *spina bifida* est constitué : soit par la hernie de la » moelle épinière, soit simplement par la hernie des méninges, » à travers une ouverture anormale du canal rachidien.

» II. Il reconnaît pour cause une accumulation de liquide, » soit dans la cavité des méninges (hydrorachis extra-médullaire ou périphérique), soit dans l'épaisseur même de la moelle » (hydrorachis centrale ou intra-médullaire).

» III. De là immédiatement cette différence capitale dans la » composition des poches hydrorachiques, à savoir : que tantôt » leurs parois sont exclusivement formées par les téguments et » par les méninges, et que, d'autres fois, la couche intérieure » de ces poches est constituée par la substance même de la » moelle, dilatée par une accumulation de liquide dans son » centre, et réduite en une simple coque ou pellicule.

» IV. Cette différence dans la composition anatomique de la » poche hydrorachidienne (sans préjudice des lésions générale» ment plus graves qui accompagnent l'hydrorachis *centrale*). » influe nécessairement sur les résultats de la ponction, attendu » que, dans un cas, l'instrument ne peut éviter la moelle, tandis » que, dans l'autre, il ne peut l'atteindre.

» V. J'ai tout lieu de croire, sans pouvoir, toutefois, affirmer » la constance du fait, qu'il est possible, et souvent même » facile, de distinguer, sur le vivant, l'hydrorachis centrale de » l'hydrorachis périphérique, au moyen de pressions exercées » sur la tumeur : dans le premier cas, on détermine instantané» ment de la paralysie dans le train inférieur, ce que l'on » obtient difficilement dans les cas d'hydrorachis périphé» rique.

» VI. L'ouverture accidentelle du canal vertébral (celle qui » livre passage à la poche hydrorachique), existe toujours (?) » sur la ligne médiane : elle résulte d'un écartement lent et » successif, soit des arcs postérieurs (apophyses épineuses), soit » des arcs antérieurs (corps) des vertèbres. De là une nouvelle » distinction en spina bifida *postérieur* et en spina bifida *anté*» *rieur* (ce dernier infiniment rare). »

(Or, le cas de tumeur sous-périnéale rapporté dans ma dernière lettre à la Société impériale de chirurgie, est précisément une *hydrorachis centrale*, par spina bifida *antérieur* de la région lombo-sacrée ; c'est ce qui explique la situation de la poche hydrorachique en avant de l'orifice anal.)

« X. Le prolongement de la moelle épinière au-dessous de » ses limites normales, dans le spina bifida, a été déjà constaté » par plusieurs observateurs, M. Cruveilhier entre autres ; mais » personne, que je sache, ne l'avait encore vue descendre au » point de dépasser le niveau du plancher périnéal et de simuler » un scrotum ! Avant d'avoir vu ce cas et constaté cette rétro» cession (voir ma précédente lettre) des nerfs de la queue de » cheval, j'attribuais le prolongement de la moelle, dans le » spina bifida, à la persistance d'un état embryonnaire ; mais si, » comme tout me porte à le croire, cette élongation n'existe » que dans l'hydrorachis *centrale* ou *intra-médullaire*, il y a » évidemment une autre cause, inhérente à l'affection elle» même, à savoir : la force expansive du liquide épanché dans » l'intérieur de la moelle. Comme le canal vertébral ne cède pas » toujours, la distension ne peut s'opérer que dans le sens lon» gitudinal, et la moelle s'allonge jusqu'à ce qu'elle rencontre » un point moins résistant, par où la tumeur s'échappe.

» XI. L'on rencontre chez beaucoup de sujets, et notamment » chez la plupart de ceux qui naissent avec des difformités mus» culaires des membres inférieurs, une *dépression infundibu*» *liforme*, espèce de *cicatrice en cul-de-poule*, quelquefois » très-profonde, toujours intimement adhérente aux tissus » fibreux de la colonne, et se continuant avec la membrane qui » revêt l'orifice inférieur du canal vertébral. Elle est toujours » située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation » sacro-coccygienne (un peu plus haut ou plus bas).

» La conformation singulière de cette cicatrice et son adhé» rence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal » vertébral, permettent de supposer qu'elle est la trace d'une » ancienne *hydrorachis périphérique* des premiers temps de » la vie embryonnaire, ouverte accidentellement, et puis cica» trisée. — Cette disposition est très-commune ; je l'ai ren» contrée une fois sur quatre à cinq individus. Dans les établis» sements orthopédiques, elle se rencontre une fois sur trois. »

D'après ces données, la question du siége variable des tumeurs hydrorachiques (un peu plus haut ou un peu plus bas, en avant ou en arrière) s'explique tout naturellement. J'en dirai presque autant de l'absence ou de la présence des *myélocytes* et autres éléments constatés par le microscope. Celles de ces tumeurs, originairement constituées par une *hydrorachis centrale*, renfermeront, de toute nécessité, des éléments médullaires, tandis qu'on n'en trouvera pas dans celles qui auront pour point de départ une *hydrorachis périphérique*.

La fréquence de la *cicatrice infundibuliforme* que j'ai signalée dans la région sacro-coccygienne, et que je crois être la trace d'une ancienne hydrorachis extra-médullaire, ouverte au dehors et puis cicatrisée, témoigne d'une grande prédisposition, à certaine phase de la vie embryonnaire, à une hydropisie des méninges rachidiennes, et d'une bien faible résistance des tissus qui ferment l'orifice inférieur du canal rachidien.

Si ma théorie est vraie, la plupart de ces tumeurs s'ouvrent au dehors et puis forment la cicatrice que je viens de signaler ; quelques-unes, s'engageant entre les tissus du plancher périnéal, constituent probablement la majeure partie des tumeurs qui font l'objet de la discussion pendante devant la Société. Je le répète, leur différence de siége dépend surtout du point d'où elles emergent de la colonne vertébrale ; et leur différence de composition dépend, du moins en partie, de ce qu'elles sont constituées ou par une hydrorachis centrale, ou par une hydrorachis périphérique.

M. le président informe la Société qu'une demande, signée de onze membres, a été déposée sur le bureau. Les signataires émettent le désir que la Société prenne chaque année un congé de deux mois, du 15 août au 15 octobre. Cette demande sera discutée en comité secret.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Bec-de-lièvre opéré.

M. Depaul. Je désire faire constater, par les membres de la Société, le résultat d'une opération de bec-de-lièvre, par le procédé ancien. Il s'agit d'un enfant qui m'a été adressé par M. Marjolin. Ce petit être, âgé de quatre jours, portait un bec-de-lièvre, à gauche, compliqué de division de la voûte palatine. L'os incisif m'a paru manquer ; les deux lèvres de la division étaient très-adhéreutes ; la cloison du nez était presque transversale.

L'opération a été exécutée de la manière suivante : décollement très-étendu, de façon à libérer complétement la cloison ; avivement très-complet, avec les ciseaux, des deux lèvres ; deux points de suture entortillée.

Le résultat obtenu me paraît démontrer : 1° qu'on peut opérer les nouveau-nés avec avantage ; 2° que la vieille manière peut donner de bons résultats.

M. Désormeaux. Je crois que M. Depaul a raison d'opérer les becs-de-lièvre dès la naissance. Je trouve le procédé opératoire employé moins parfait que d'autres ; j'aime mieux la méthode à lambeaux et la suture à points séparés avec des fils d'argent.

Le petit malade qui nous est présenté porte sur la lèvre restaurée une légère encoche, qui s'accusera encore davantage avec le temps.

Quant à l'os incisif, il existe du côté opposé à la division des parties molles.

M. Trélat. Je conçois que le résultat obtenu par M. Depaul soit de nature à confirmer notre collègue dans la bonne opinion qu'il a du procédé ancien. Pour ma part, je crois les fils métalliques plus avantageux que les épingles.

M. Depaul. J'ai opéré un bon nombre d'enfants ; j'en revois quelques-uns qui sont aujourd'hui de grands garçons. Je puis affirmer, d'après mon expérience, que l'encoche, dont a parlé M. Désormeaux, ne se produira pas ultérieurement. Les bons résultats que j'obtiens sont dus à deux circonstances que je crois capitales : 1° je fais un large décollement des parties à rapprocher ; 2° je fais un large avivement des lèvres, afin d'affronter de larges surfaces saignantes.

M. Trélat. — Je viens apporter une preuve à l'appui de ce que vient de dire M. Depaul. Oui, il faut aviver très-largement ; dans un cas, j'ai avivé avec parcimonie, j'ai conservé une partie de ces téguments colorés qui bordent le bec-de-lièvre. Le résultat de mon opération a été bon ; la lèvre est régulière, mais la cicatrice est rosée, et il y a là une difformité de coloration qui nécessitera une nouvelle opération.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

M. Depaul soumet à la Société un exemple d'encéphalocèle de la racine du nez. Il remet l'observation suivante :

Femme primipare. — Accouchement naturel à terme. — Encéphalocèle du volume d'un œuf de poule, située à la racine du nez. — Mort douze heures après la naissance. — Autopsie.

Le poids et le volume du tronc et des membres de cet enfant sont ceux d'un fœtus à terme.

Leur conformation et celle des viscères sont parfaitement naturelles.

Le crâne, sensiblement symétrique, présente un développement fort inférieur aux dimensions du crâne d'un enfant régulièrement conformé ; on y retrouve l'aspect caractéristique de la tête des anencéphales.

Les parties molles extérieures ont une épaisseur et une coloration normales, et, en explorant attentivement la boîte osseuse avec la main, on peut s'assurer qu'elle est moins régulièrement sphérique, plus anguleuse ; que ses protubérances sont plus accusées qu'on ne l'observe dans les conditions d'un développement régulier.

La conformation de la face est naturelle, sauf l'existence d'une

tumeur pédiculée insérée dans le fond de la dépression fronto-nasale.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule et d'un rouge foncé livide, est formée de quatre lobes inégaux qui tombent en s'étalant sur la face, de manière à couvrir et à masquer complétement les yeux, le nez et le sommet des joues. La disposition de cette tumeur rappelle assez exactement celle de la crête pendante de certains gallinacés.

Le pédicule de la tumeur, du volume du pouce d'un adulte, au moins, correspond exactement à la suture fronto-nasale. Il est situé sur la ligne médiane, un peu plus rapproché pourtant de l'angle interne de l'œil droit que du gauche.

Des quatre lobes qui composent la tumeur, et que séparent des scissures profondes, trois sont situés à gauche et ont une forme digitée, le quatrième beaucoup plus volumineux est irrégulièrement sphéroïdal. Tous sont recouverts d'un épiderme très-fin, qui adhère faiblement à une couche membraneuse, plus épaisse, mollasse, d'un rouge foncé vineux, qui paraît formé par le derme cutané doublé des méninges.

Le cuir chevelu et les parties molles sous-jacentes étant décollés, on trouve la voûte formée de tous les os qui la composent normalement, seulement ces derniers ont peu d'étendue et un aspect bosselé déjà signalé. Les sutures et les fontanelles offrent également une disposition naturelle.

Après avoir enlevé la calotte crânienne par une section circulaire faite au-dessous des bosses frontales et pariétales, on est frappé des dispositions suivantes :

La faux du cerveau paraît manquer entièrement ; aucun repli quelconque de la dure-mère n'apparaît sur la ligne médiane du crâne. Le sinus longitudinal supérieur, déjeté à droite, traverse obliquement la face interne du pariétal de ce côté.

La masse encéphalique qui s'offre à la vue, et que couvrent de nombreuses circonvolutions, ne présente pas de scissure médiane. Elle est formée uniquement par l'hémisphère gauche du cerveau, renversé sur sa face interne, et étalé de manière à couvrir toute la base du crâne. En soulevant cet hémisphère, on découvre le fond de la scissure médiane du cerveau et la face supérieure du corps calleux, surmontée d'une bandelette fibreuse étroite qui, s'insérant à l'extrémité inférieure de la suture bifrontale, va se confondre en arrière avec la voûte du cervelet. Par sa position et ses insertions, cette bandelette paraît bien être un vestige de la faux du cerveau.

La moitié droite du cerveau est représentée par un double noyau de substance nerveuse, qui paraît être la couche optique et le corps strié. L'extrémité antérieure de ce dernier s'enfonce dans une dépression, qui vient aboutir à une ouverture située au-dessus de l'apophyse *crista-galli*, et conduit dans la cavité du lobe principal de la tumeur extérieure. On trouve dans cette cavité un noyau de substance cérébrale, du volume d'une olive, qui semble être le rudiment de l'hémisphère droit, lequel fait défaut dans la boîte crânienne.

Les trois lobes gauches, ou petits lobes de la tumeur faciale, ne contiennent pas de substance nerveuse, mais seulement une expansion mollasse des enveloppes cérébrales. J'ai lieu de croire que ce prolongement méningien sort du crâne par une ouverture distincte de celle qui livre passage à la masse nerveuse du côté droit ; je n'ai pu encore vérifier la disposition réelle de cette ouverture, à cause de la difluence du cerveau qu'une recherche de cette nature aurait entièrement désorganisé.

Une immersion suffisamment prolongée dans une solution d'acide chromique, en raffermissant la pulpe cérébrale, permettra de compléter prochainement la dissection.

Une tente fibreuse, régulièrement disposée, couvre un cervelet presque rudimentaire, dont l'examen complet sera fait ultérieurement pour les raisons exposées précédemment.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels :

Muséum d'histoire naturelle. — M. Bert (Paul), chargé du cours de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Bordeaux, est nommé suppléant de la chaire de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés à la Faculté de médecine de Paris :

Chef de clinique obstétricale : M. Charpentier, docteur en médecine ;

Chefs de clinique médicale : MM. Damaschine et Dugue docteurs en médecine ;

Aides d'anatomie : MM. Terrier, de Lens et Prompt.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Ladrey, suppléant, pour les chaires de pharmacie et toxicologie, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est chargé du cours de pharmacie et de toxicologie à ladite école, en remplacement de M. Viallanes (Henri), décédé.

M. Giraud, pharmacien de première classe, est nommé suppléant pour les chaires de pharmacie et toxicologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Ladrey, appelé à d'autres fonctions.

— Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de zoologie et physiologie animale, vacante à la faculté des sciences de Caen.

— Dans l'impression de la leçon de M. Charcot, sur le traitement de la goutte (n° 106), il s'est glissé une erreur typographique, que le bon sens de nos lecteurs aura sans doute déjà corrigée.

La boisson de Stricker doit être ainsi formulée :

Eau chargée d'acide carbonique 500 grammes.
Bicarbonate de soude ... 0, 25 ... —
Carbonate de lithine ... 0, 10 ... —

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. 2 vol. grand in-8 compactes. Prix : 18 francs. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. FANO, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 figures et dessins en chromo-lithographie. Prix : 7 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Imp. A. E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 23 SEPTEMBRE 1867.

Plusieurs journaux nous ont demandé la permission de reproduire, par extraits plus ou moins complets, les comptes rendus du Congrès médical que M. Revillout, corédacteur en chef de ce journal, a rédigés d'une manière si rapide, si savante et si distinguée.

Ils en ont usé largement, nous le voyons avec plaisir.

D'autres, qui ne nous ont pas consulté, ont agi de même.

Nous y consentons volontiers, en ce qui touche les extraits et analyses de mémoires.

Mais nous prions ceux qui préfèrent copier, *avec ou sans transpositions*, « la Gazette des hôpitaux, » *sans la citer*, d'avertir au moins leurs lecteurs, lorsqu'ils publient *textuellement* des réflexions, appréciations, critiques ou réserves, appartenant à notre rédaction.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Leçon sur un cas rare de phlébite puerpérale généralisée.

(Recueillie par M. le Dr L. MARTINEAU (médaille d'or des hôpitaux)

MESSIEURS,

Le service contient dans ce moment plusieurs malades intéressants. J'appellerai principalement votre attention sur quelques-uns d'entre eux. C'est ainsi que je vous prierai d'examiner un homme couché au n° 3 de la salle Saint-Charles. Il est atteint d'une tuberculisation pulmonaire au début. Dans le courant de ces leçons j'aurai probablement l'occasion d'appeler votre attention sur le rapport qui existe entre la tuberculisation et le développement de l'organisme, à l'époque de la puberté. Je vous signalerai de même, comme étant digne de tout votre intérêt, un homme couché au n° 28 de la même salle. Celui-ci est atteint de varices et d'ulcères, il perd, en outre, une grande quantité d'albumine. De même, je vous parlerai, dans une autre occasion, de la relation qui existe entre la perte de l'albumine du sang et le poids total du corps. Aujourd'hui, je veux surtout insister d'une manière spéciale sur une malade couchée au n° 4 de la salle Sainte-Anne.

Il s'agit d'une jeune femme, âgée de dix-huit ans, entrée depuis quelques jours dans le service. Elle exerce la profession de couturière; elle habite Paris depuis un certain nombre d'années. Dans ses antécédents, nous ne trouvons aucune diathèse antérieure, tubercule ou scrofule.

Cette malade est accouchée à terme, le 15 janvier dernier, à l'hôpital Lariboisière, d'un garçon né mort. Au bout de trois semaines, elle est envoyée au Vésinet, où elle reste dix jours. Elle revient à Paris, et se remet immédiatement à son travail. Mais au bout de deux jours, elle est prise de fièvre, de courbature ; elle éprouve une grande faiblesse dans les membres supérieurs et inférieurs ; aussi est-elle obligée de cesser son travail et de garder le lit. Après quelques jours, il survient un gonflement autour de l'articulation du coude gauche; et alors elle se décide à entrer dans cet hôpital, où elle est admise dans notre service.

Le lendemain, voici dans quel état je trouve la malade : elle éprouve une grande faiblesse dans les membres supérieurs et inférieurs. Elle marche avec beaucoup de difficulté. Je constate que le coude gauche est le siége d'une tuméfaction très-considérable, régulière ; tuméfaction qui entraîne la perte complète des mouvements de l'articulation. La température générale du corps donne le résultat suivant : un thermomètre, placé dans l'aisselle gauche, donne 37°,6. — dans l'aisselle droite, 37°,4. J'ai recherché de même s'il n'existait pas une différence dans la température entre le coude malade et le coude sain. Voici ce que j'ai constaté : au niveau du coude gauche, le thermomètre accuse 37°,4 ; au niveau du coude droit, 36°,4.

Comme vous le voyez, la température de la partie malade est plus élevée que celle du côté sain. Les jours suivants, la différence reste la même. Mais bientôt le coude droit se prend à son tour, et, comme cette fois j'assiste au développement de cette tuméfaction, il m'est facile de constater sur le trajet des veines un petit cordon dur, noueux, douloureux à la pression, correspondant à la veine radiale. — La température qui jusqu'alors avait été moins élevée de ce côté, s'est accrue à son tour; et les deux coudes ont donné une température presque uniforme. — En même temps, la fièvre augmentait; le pouls battait 122 fois par minute; la température générale du corps ou axillaire, est de 37°,3. La malade avait de la céphalalgie, des nausées, des étourdissements. — Elle se plaignait d'un violent mal de gorge, et je constatais, à l'examen, de nombreuses vésicules aphtheuses au niveau de la voûte palatine, ainsi que sur les bords de la langue.

Les jours suivants, la tuméfaction du coude augmente; elle est uniforme, sans rougeur. Il existe de l'œdème qui, d'une part, s'étend du coude vers la main et les doigts, et d'autre part, vers la partie supérieure du bras. — Cet œdème est uniforme, indolore, ainsi qu'on le voit généralement dans l'œdème dû à une phlébite. — Mais si l'on vient à exercer la plus légère pression sur la veine médiane basilique et sur la médiane céphalique, la malade accuse de la douleur. Il en est de même, lorsqu'on comprime le bras, le long du bord interne du biceps brachial; et la pression permet d'y constater un cordon dur, correspondant exactement à la veine brachiale. — L'épaule est douloureuse lorsqu'on veut faire exécuter des mouvements à la malade; la douleur est surtout très-forte dans le mouvement d'abduction. La pression des téguments qui recouvrent l'articulation scapulo-humérale n'est nullement douloureuse, excepté dans les points qui correspondent au trajet de la veine céphalique, au moment où elle va se jeter dans la veine humérale. — Les phénomènes que je viens de décrire existent aussi bien du côté droit que du côté gauche ; seulement à droite ils ne se sont développés que deux jours plus tard. Du côté du cou, en pressant sur les veines jugulaires externes et internes droites, on provoque les mêmes douleurs qu'au coude; on sent, en outre, un cordon dur se prolongeant sur le trajet de ces veines, cordon qui indique qu'elles sont oblitérées. — A gauche, on retrouve la même douleur et le même cordon, mais celui-ci est moins accusé. Les mouvements du cou ne s'exécutent qu'avec une grande difficulté. En outre ils sont douloureux.

Quant aux membres abdominaux, ils sont le siége d'un léger œdème que l'on retrouve de même, à la partie postérieure et antérieure du tronc.

A ces symptômes qui indiquent, comme vous l'avez pressenti, une altération existant dans le système veineux périphérique, j'ajouterai que le pouls radial, à gauche, est insensible; tandis qu'à droite, on peut encore, avec une certaine attention, le percevoir, ce qui permet de compter le nombre de fois qu'il bat par minute : ainsi on trouve 120 pulsations à la minute. Les battements du cœur sont très-nets; les deux temps sont distincts et bien frappés.

Du côté du tube digestif, outre l'éruption aphtheuse déjà signalée, il existe un phénomène sur lequel j'appelle toute votre attention, car il a une certaine importance au point de vue du pronostic que nous aurons à porter : je veux parler de la dysphagie qui existe chez cette malade à un haut degré, depuis deux jours environ. Cette dysphagie est telle qu'elle empêche la malade de prendre aucune nourriture. Les liquides mêmes ne peuvent être avalés; ils déterminent une toux opiniâtre, fatigante; en outre, ils reviennent en partie par les fosses nasales; aussi, malgré une soif excessive, malgré le sentiment de la faim qu'elle ressent, la malade ne veut plus prendre aucune nourriture.

L'examen des organes thoraciques révèle les phénomènes suivants : à la partie inférieure et postérieure du poumon droit, il existe une diminution du son bien manifeste; on ne peut sentir les vibrations thoraciques, la malade parlant trop bas; à l'auscultation, on trouve du souffle tubaire. Les mêmes phénomènes se constatent dans le poumon gauche. — En avant, on ne trouve rien. — La malade même ne tousse pas. — L'expectoration est nulle. — Après cet examen, qui est très-approfondi, quoique fait rapidement, la malade a été prise d'étouffements, de dyspnée assez intense. Cette dyspnée a disparu peu à peu, en exagérant la position horizontale.

Avant de terminer ce qui a trait à l'histoire de cette affection, je vous signalerai un phénomène qui existe depuis quelque jours chez cette malade. De temps en temps, elle est prise de lipothymie, et même de syncope. Celle-ci survient surtout lorsque la malade veut faire un mouvement qui exige une certaine force musculaire. Ainsi, avant-hier, elle a voulu se lever; immédiatement elle a été prise d'une syncope qui a duré un certain temps. On a même cru qu'elle était morte. Je reviendrai, du reste, sur ce phénomène à propos du pronostic.

Telle est, Messieurs, l'histoire de la maladie dont est atteinte cette jeune femme. Quel nom faut-il donner à cette maladie? Quelle en est la nature ?

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, alors que les phénomènes n'étaient pas très-accusés, il était possible de commettre deux erreurs. On pouvait soupçonner un phlegmon naissant à la partie inférieure du bras, ou l'existence d'un rhumatisme articulaire. Si, tout d'abord, à un examen superficiel, on pouvait croire à la première maladie, aujourd'hui l'erreur n'est plus possible. En effet, la rougeur n'éclate nulle part, la tuméfaction est arrondie et uniforme. — La douleur est générale; il n'existe aucun point plus douloureux qu'un autre; tandis que, dans le phlegmon, il est toujours facile de constater, au milieu de la douleur diffuse qui existe, un point plus douloureux. La pression du tégument ne laisse pas de traces; l'œdème qui existe chez notre malade est dur, analogue à celui du nouveau-né. — Ce caractère de l'œdème a quelque chose de spécial; vous ne le trouvez le plus ordinairement que dans le cas de phlegmatia alba dolens.

Quant au rhumatisme, vous savez que rien n'est commun comme de voir survenir cette affection chez une jeune accouchée; par conséquent, tout d'abord, il n'était pas déraisonnable de supposer qu'on se trouvait en présence d'une affection rhumatismale. Mais, aujourd'hui, le doute n'est plus possible. — En effet, outre que cette malade n'a pas eu d'attaque antérieure, le rhumatisme articulaire ne peut rester aussi longtemps circonscrit. Sans m'étendre plus longuement sur la différence qui existe entre ces deux affections, je dirai qu'il ne peut y avoir de doute sur la nature de la maladie actuelle.

Après tout ce qui a été dit sur l'histoire de cette maladie, sur la marche du phénomène, il est bien évident qu'il s'agit ici d'une phlegmatia alba dolens. — Quelle en est la cause ? Il n'en est pas de traumatiques appréciables, telles qu'une chute ou une violence. Quant aux influences morales, il est impossible de savoir si elles ont pu jouer un certain rôle. Du reste vous savez que ces influences sont très-difficiles à apprécier, surtout lorsqu'il existe un état puerpéral. — Dans la constitution de cette femme, on ne trouve aucune des maladies chroniques, tuberculeuses ou cancéreuses, qui pourraient expliquer le développement du mal.

L'accouchement joue-t-il un certain rôle dans le développement de cette affection ? Pour moi, oui, il joue le rôle principal : cette femme est encore dans l'état puerpéral, quoiqu'elle soit accouchée depuis deux mois environ. Plus tard, je trouverai certainement l'occasion de vous développer mon idée à cet égard. Le début, pour ainsi dire, symétrique, par les deux veines brachiales, vient corroborer mon opinion. En effet, dans l'état puerpéral, il existe un état particulier du sang, de fibrinose, qui le dispose à se coaguler dans presque tous les vaisseaux, et quoique le siége le plus ordinaire de ces coagulations ait lieu dans les membres inférieurs, il ne faudrait pas en inférer que la coagulation ne puisse se faire dans les membres supérieurs. Ce serait commettre une étrange erreur. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois cette phlegmatia, et notamment dans la veine brachiale d'une femme que renfermait, en 1835, le service de M. le professeur Andral.

Dire que la phlegmatia, chez cette femme, est due à l'état puerpéral, n'est pas assez. Nous devons encore rechercher, si à cet état, ne vient pas s'adjoindre une autre cause de coagulation. L'altération du sang, propre à l'état puerpéral, joue-t-elle le principal rôle ? Faut-il invoquer chez cette malade la chloro-anémie comme cause de la coagulation vasculaire ? Vous savez, en effet, que pendant la grossesse, il existe un état chloro-anémique assez prononcé ; que cet état est surtout exagéré dans les deux derniers mois de la grossesse ; puis, par suite de l'accouchement, des hémorrhagies qui surviennent ; par suite, enfin, des influences morales que je vous ai signalées, la chlorose se dessine davantage. Il en résulte une disposition naturelle aux coagulations vasculaires, comme chez cette femme. Je ne crois pas que, dans ce cas particulier, nous puissions attribuer à une altération de ce genre les coagulations nombreuses que nous avons sous les yeux. La malade n'est pas très-anémique ; cet état est peu dessiné ; au contraire, nous trouvons une turgescence vasculaire très-marquée des lèvres, des gencives

et de la langue. Il n'est pas nécessaire de vous fournir d'autres preuves contre l'état anémique. Par conséquent, cette malade ne présente pas l'état du sang propre à la chlorose, état qui prédispose, chez la nouvelle accouchée, à la coagulation vasculaire. En outre, cette coagulation ne présente pas ordinairement un caractère de gravité aussi prononcé que celui que nous trouvons chez la malade de la salle Sainte-Anne. Le plus souvent la guérison a lieu, la résorption se fait, la circulation se reproduit. Pour toutes ces raisons, j'admets que chez la malade qui fait le sujet de cette leçon, il existe, outre la lésion du sang due à la puerpéralité, un état morbide accidentel, une véritable phlegmasie veineuse. Pour moi, il ne me paraît pas douteux que la maladie, chez cette femme, a débuté par une phlébite et que, c'est à la suite de celle-ci que la coagulation est survenue. De cette façon, je m'explique la douleur qui a précédé de quelques jours la coagulation et tous les phénomènes qui en sont la conséquence. Chez cette femme, il y a donc eu d'abord maladie du solide, *phlébite*, puis maladie du liquide, *coagulation du sang*; en un mot, une influence réciproque du contenant sur le contenu. Mais l'existence de l'état puerpéral antérieur n'a pas tardé à devenir l'occasion d'une détermination morbide puerpérale qui ne s'était pas révélée jusqu'alors. La langue était rouge, sèche, recouverte, ainsi que les parois buccales, la voûte du palais, d'une sécrétion diphtéritique abondante; la soif vive qui tourmentait cette malade, les troubles fonctionnels que j'ai énumérés, prouvaient l'existence de la maladie générale. Chez elle, le système vasculaire n'était pas seul affecté.

Le système nerveux était atteint. En effet, il existait une paralysie du voile du palais, du pharynx, paralysie caractérisée par une difficulté extrême de la déglutition qui, un moment, devint impossible; les boissons repassaient par le nez; de plus on entendait un bruit particulier de *glou-glou* qui annonçait que le jeu du pharynx était altéré. On ne peut donc mettre en doute l'existence d'une dysphagie qui, jointe à la paralysie du voile du palais empêche la malade de se mouvoir; elle ajoute, par conséquent, une gravité extrême aux troubles vasculaires qui ont été décrits. Il existe aussi une paralysie de muscles du larynx. La voix est éteinte, l'aphonie presque complète. Là se bornent, du reste, les lésions du système nerveux; dans les autres parties, il conserve toute son intégrité. L'intelligence est parfaite; la sensibilité est normale; le sommeil est un peu agité, troublé par des rêves, mais il n'y a pas de délire. Le soir, il existe de la somnolence, mais on n'observe pas, à vrai dire, de coma. Le soir, la dyspnée est plus prononcée; mais ces phénomènes doivent être attribués à la congestion qui se produit au moment de l'exacerbation de l'état fébrile, exacerbation vespérale que nous avons vue s'accuser par une fréquence plus grande du pouls, par une élévation marquée de la température de la peau.

Il ne suffit pas, dans cette leçon, d'avoir fait remarquer l'origine et l'enchaînement des actes pathologiques qui se sont succédés. Nous avons suffisamment établi, pour n'avoir pas besoin d'y revenir, que chez cette femme, sans aucune cause bien connue, mais toutefois dans une convalescence imparfaite de l'état puerpéral, qui était loin d'être terminé, il s'était manifesté les signes évidents d'une phlébite dont le caractère assez rare a été de se prendre symétriquement à toutes les grosses veines des membres supérieurs du cou; un instant même on a pu craindre que les veines encéphaliques ne se missent de la partie, et que le système vasculaire central, celui du poumon aussi bien que celui du cœur ne fussent envahis par une sorte de coagulation qui menaçait de s'étendre à tous les vaisseaux. Un instant même nous avons cru la malade perdue sans ressource; sous l'influence des moindres mouvements elle tombait en syncope, elle perdait connaissance; un pas de plus, le cœur et les artères cessaient de battre; déjà était survenue cette congestion pulmonaire oblitérante qu'on voit tout d'un coup trancher l'existence des sujets avec la rapidité de la foudre. Aussi nous avons recommandé expressément à cette malade et à ceux qui l'entourent de lui faire conserver la position horizontale. Cet état syncopal ne s'est dissipé qu'au bout de huit jours. Cependant la coagulation faisait sans cesse des progrès; le sang s'arrêtait à différentes hauteurs dans les vaisseaux, la voix et les forces étaient très-affaiblies: la malade ne réparait plus, il était évident qu'un pas de plus la vie cessait. Nous n'avions pour lutter contre un état si désespérant qu'à user des toniques sous toutes les formes: du quinquina, du vin, du bouillon, et la malade ne pouvait avaler! Certes pour tout le monde et pour les plus expérimentés, il était impossible d'affirmer que la malade s'en tirerait. Elle n'est même parvenue à une terminaison heureuse qu'après une succession assez longue d'épisodes divers qui l'ont conduite à une convalescence parfaite. Du reste, il serait impossible de citer un cas plus rare et terminé d'une façon plus heureuse.

HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT. — M. JEAUX.

Fracture du corps et des lames des quatrième et cinquième vertèbres cervicales. — Contusion de la moelle épinière au niveau du renflement cervical. — Mort après vingt-trois heures. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. le docteur CHABERT, médecin aide-major de 1re classe.)

Le 22 juin 1867, à huit heures du soir, Thomas P..., voltigeur au 67e régiment d'infanterie, est apporté à l'hôpital militaire de Belfort, et couché au n° 24, salle 8, dans le service de M. Jeaux.

Il est âgé de 32 ans; son tempérament est sanguin et sa constitution robuste. Visité à son arrivée par M. le docteur Prudhomme, médecin en chef de l'hôpital, cet homme, qui a toute sa connaissance et ne l'a pas perdue un seul instant, raconte qu'une heure auparavant, se livrant à des exercices de gymnastique, le bois du trapèze glissa dans ses mains, et son corps, suivant l'impulsion donnée, vint tomber sur le sol, la tête en bas, d'une hauteur de deux mètres environ. Il frappa la terre du côté gauche de la tête, où pourtant l'on ne trouve aucune trace de contusion; puis la tête fut violemment repoussée en avant; le cou exécuta un mouvement exagéré de flexion, et le corps glissa sur la région occipitale et sur la nuque, pour venir s'étendre sur le sol dans la supination.

Ne pouvant se relever, ses camarades le portèrent sur son lit, puis à l'hôpital, où il fut immédiatement dirigé par les soins de M. le médecin du corps.

M. le docteur Prudhomme le trouve dans l'état suivant:

Décubitus dorsal; paralysie complète des membres inférieurs; paralysie incomplète des supérieurs; les bras, immobiles après la chute, peuvent maintenant se mouvoir un peu; le malade parvient avec difficulté à les soulever au-dessus du lit, et il les laisse retomber aussitôt. Anesthésie absolue des quatre membres, de l'abdomen et du thorax, jusqu'au cou. Les parois thoraciques et abdominales paraissent presque immobiles; la respiration se fait avec peine par la contraction du diaphragme, des sterno-mastoïdiens que l'on voit se contracter fortement à chaque inspiration, des trapèzes.

Deux choses frappent à première vue: l'état de demi-érection et une saillie insolite du cou que l'on croirait, à distance, causée par un goître.

Le corps ne présente de contusion qu'à la face dorsale de la main gauche. Il n'y a pas eu de déjections. Le pouls est ralenti à 54, 56.

Le malade accuse une douleur fixe et violente au niveau de la cinquième vertèbre cervicale; il se plaint dès qu'on essaie de remuer sa tête; quand on le fait passer du brancard sur le lit, et bien que sa tête soit soutenue avec soin, au moindre mouvement, il s'écrie: Prenez garde! vous m'arrachez le cou.

M. Prudhomme explore la région cervicale postérieure; il constate que les apophyses épineuses sont en ligne, et sent une légère crépitation en pressant doucement à la hauteur des apophyses épineuses des quatrième et cinquième vertèbres cervicales; mais la douleur résultant de la pression est telle qu'il est forcé d'abandonner cette exploration.

D'ailleurs, le malade est très-fortement musclé, ce qui masque les symptômes locaux.

M. le médecin en chef porte pour diagnostic:

Fracture d'une ou de plusieurs vertèbres cervicales; contusion ou rupture de la moelle au niveau du renflement cervical. Etat des plus graves.

Prescription: thé pour boisson; douze sangsues au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Revu à neuf heures du soir par MM. Jeaux et Prudhomme, le patient est dans le même état.

Le lendemain, à la visite du matin, il conserve toute sa connaissance; la nuit s'est passée dans l'insomnie; les bras sont de nouveau paralysés; il n'y a eu ni miction, ni défécation; la douleur du cou est moins vive; le malade dit que son corps est pesant, qu'il a peur de tomber; la pupille est contractée; les mouvements du cœur ont leur rhythme normal; le pouls est à 84, la peau chaude et sèche.

M. Jeaux prescrit: douze sangsues aux carotides; huile de ricin, 30 grammes. (Le malade n'a pu les prendre.) Eau gommée.

A midi, le délire commence; plus tard, quelques vomissements; vers trois heures, selle et urines involontaires; l'œil devient terne et vitreux; la respiration s'accélère et s'embarrasse de plus en plus. A six heures du soir, décès.

Je pratique l'autopsie trente-six heures après la mort, à six heures du matin, en présence de MM. Prudhomme et Jeaux, par une température de + 20°.

Rigidité cadavérique très-grande; les régions iliaques ont une légère teinte verdâtre.

Crâne. — Il est intact et ne présente aucune trace de fracture.

Cerveau. — Les méninges sont notablement injectées; la pie-mère est recouverte çà et là de plaques ecchymotiques. Rien dans les ventricules. Etat piqueté du cerveau. La substance grise du cervelet est tellement injectée qu'elle paraît rose; la substance blanche a une couleur jaune.

Rachis, région cervicale. — Avant l'autopsie, en promenant les doigts sur les apophyses épineuses, on constate une dépression au niveau de la cinquième vertèbre cervicale; l'épanchement de sang empêche qu'elle soit appréciable à la vue. Aucune gibbosité.

Fortes ecchymoses entre les divers plans musculaires du cou, s'étendant en avant jusqu'au sterno-mastoïdien.

Les lésions osseuses, que l'on peut facilement constater aujourd'hui sur les pièces que j'ai préparées et que j'envoie au Val-de-Grâce, sont les suivantes:

1° Sur la cinquième vertèbre cervicale:

Fracture par écrasement de la partie antérieure du corps, avec saillie et propulsion en avant de plusieurs esquilles, dont une assez volumineuse. La partie postérieure du corps n'offre pas de fracture comminutive; elle a été simplement divisée en deux fragments inégaux par une ligne verticale.

Fracture des deux lames à leur union avec les apophyses articulaires. L'apophyse épineuse est détachée, très-mobile et abaissée; elle repose sur celle de la vertèbre inférieure. Elle offre une fissure, plus prononcée à sa face inférieure qu'à la supérieure, et située au point de jonction des deux lames entre elles.

La cinquième vertèbre est donc divisée en trois fragments: un postérieur et deux latéraux, sans parler des esquilles de sa partie antérieure. En introduisant le doigt dans le trou vertébral, on sentait une saillie irrégulière, causée par l'écartement et la propulsion en arrière des deux fragments du corps, surtout du fragment droit, plus volumineux. L'apophyse épineuse étant détachée de la vertèbre, et la partie antérieure du corps étant écrasée, la partie postérieure, privée de ses points d'appui, a cédé à l'action des puissances compressives et a été refoulée en arrière dans le canal vertébral.

2° Sur la quatrième vertèbre cervicale:

Fracture linéaire du corps avec détachement d'une esquille de sa face antérieure. Le trait de fracture est vertical et se continue en bas avec celui du corps de la cinquième vertèbre. Les fragments ne sont pas déplacés.

Fracture des deux lames: le trait de fracture de la droite passe à la base de l'apophyse épineuse, tandis que celui de gauche passe au milieu de la lame.

Notons que la fracture des deux lames gauches des quatrième et cinquième vertèbres a lieu sur une même ligne oblique, inclinée de dedans en dehors et de haut en bas, et qu'à droite les deux traits de fractures sont parallèles, mais non continus.

Les disques intervertébraux, les ligaments et les muscles, ne présentent aucune solution de continuité.

L'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale offre un défaut de développement de son tubercule droit.

Moelle épinière. — Ramollissement par attrition de la moelle, de la troisième à la septième vertèbre cervicale.

La substance médullaire est combinée avec le sang extravasé; à la partie inférieure de la lésion, elle est transformée en bouillie dans presque toute son épaisseur; à la partie supérieure, on remarque un épanchement sanguin dans le centre même du cordon nerveux. Mis dans l'eau, le tissu médullaire paraît déchiré, flottant.

Cette observation présente plusieurs faits remarquables:

1° La gravité des lésions causées par une chute de deux mètres seulement de hauteur.

2° *Le siége*. — L'effet du choc s'est fait ressentir sur les quatrième et cinquième vertèbres cervicales, dont la fracture est rarement observée. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les sixième et septième le sont beaucoup plus fréquemment.

3° *Le nombre et la forme des fragments*. — Les quatrième et cinquième vertèbres sont partagées en trois fragments: un postérieur et deux latéraux. La solution de continuité des corps est verticale, mode de fracture très-rare, car habituellement le trait est horizontal ou oblique, en avant et en bas.

4° *Le changement dans la direction de la colonne vertébrale et la déformation du cou*. — Le corps de la cinquième vertèbre étant écrasé dans sa partie antérieure et privé de ses points d'appui par les autres fractures, les deux fragments se sont écartés et ont été refoulés dans le canal vertébral. La portion supérieure du rachis cervical s'est alors inclinée en avant, en formant un angle à sinus antérieur. Il en est résulté le tassement et la saillie des organes et des parties molles de la région antérieure du cou, qui lui donnaient l'aspect d'un cou de goîtreux. Je n'ai pas trouvé ce fait signalé dans les auteurs que j'ai pu consulter; toutefois, ceux du *Compendium de chirurgie pratique* décrivent une déformation analogue. Selon eux (vol. II, p. 658): « Lorsque le corps est fracturé, pour peu » qu'un déplacement ait lieu, la colonne s'incline en avant et » vient former un angle rentrant dans ce sens et un angle saillant en arrière. » Et plus loin (page 661): « Si le corps d'une » ou de plusieurs vertèbres est écrasé comminutivement et » s'affaisse, le rachis se dévie et se courbe en avant. » Ce n'est que dans les luxations bilatérales des vertèbres cervicales, que le symptôme que j'ai décrit a été observé; chez notre malade, la crépitation éclairait le diagnostic.

5° *Complications*. — Les complications de notre fracture: hémorrhagie interstitielle, ramollissement par attrition de la moelle, épanchement sanguin dans le centre de ce cordon nerveux, etc., sont les mêmes que l'on observe dans la généralité des cas semblables. Les symptômes n'ont rien offert d'anormal. La déglutition était très-difficile, mais non impossible. Nous n'avons constaté aucun trouble dans la calorification.

NOUVELLES OBSERVATIONS

Confirmant l'excellence de la méthode du redressement brusque de la hanche dans les coxalgies aiguës et subaiguës de l'enfance

Par le Dr ADOLPHE BEAUCLAIR (d'Ayde), ancien interne des hôpitaux de Lyon.

La vérité chemine peut-être plus lentement en médecine qu'en toute autre science; les procédés efficaces, réellement curateurs, luttent longtemps contre l'indifférence ou l'incrédulité, ils restent ignorés, et ce n'est que longtemps après leur évolution première que leur valeur devient patente pour des yeux étonnés alors de n'y avoir pas cru plus tôt. Ceci est fort applicable à l'admirable méthode de Bonnet (de Lyon), dans le traitement des coxalgies aiguës et chroniques. Le redressement de la hanche est, dans des cas déterminés, chose si merveilleuse dans ses effets, qu'il suffit d'en avoir observé un seul cas, pour avoir une conviction complète. J'étais l'interne de feu le professeur Bonnet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, quand il poursuivait ses expériences sur son heureuse création. Je pus être témoin des nombreux succès du maître, et je recueillais mes observations sous sa bienveillante direction. Ma thèse inaugurale traita de ce sujet (1855). Je dois le dire, l'accueil qu'elle reçut devant la Faculté de Paris fut décourageant: cette méthode parut téméraire, dangereuse, on contesta même les résultats exposés, les attribuant à cette bonne fortune, partage des audacieux, qui fait parfois réussir les tentatives chirurgicales les plus hardies. J'ajoute qu'un de mes examinateurs, que la science regrette depuis, à juste titre, atteint lui-même d'une déformation de la hanche, suite évidente d'une coxalgie, qui n'avait pas eu à sa disposition les travaux de Bonnet, repoussa la méthode avec énergie, fort heureux, disait-il, pour sa part, qu'on n'eût pu, en son temps, l'employer sur lui.

Ces objections n'ont diminué en rien mes convictions, elles sont basées sur l'observation de faits probants et confirmées par ceux qui ont, de plus, été publiés, et d'autres que j'ai, de mon côté, recueillis.

La méthode de Bonnet a été essayée en grand, et le talent des expérimentateurs, joint à leur autorité scientifique, lui ont donné une puissante sanction. En 1860, un de mes anciens collègues dans l'internat des hôpitaux de Lyon, aujourd'hui chirurgien en chef d'un hôpital de cette ville, si brillamment chirurgicale, hôpital où sont spécialement admis les enfants, a publié une série d'observations, précédées de remarques fort judicieuses sur ce sujet, et rédigées avec un soin scrupuleux. Elles constatent des résultats évidents, de nature à convaincre, et établissent nettement les cas où il convient d'intervenir.

Je me propose, dans ce travail, d'ajouter, s'il est possible, à la propagation de la méthode, par quelques réflexions et l'exposé de quatre observations, dont trois constituent des succès réels. La quatrième a offert une impossibilité radicale de redressement, et elle a son importance par les enseignements qui en découlent.

Sans m'exposer à des redites et pour mémoire, il me paraît nécessaire de revenir sur les indications et contre-indications du redressement immédiat. Les chances favorables sont acquises à l'enfance, et la fréquence de la coxalgie est notoire dans les premières années de la vie. Ces chances diminuent avec l'adolescence, et, chez les adultes, on ne doit y recourir que dans des cas exceptionnels, où l'acuité de la phlegmasie articulaire fait espérer une résistance modérée de la part des adhérences contractées. La plupart des ankyloses anciennes, chez les adultes, doivent proscrire l'opération en question, et je leur assigne, avec justice, les procédés de redressement lent et graduel, auxquels feu Travan (de Lyon) a attaché son nom. L'enfance est surtout l'époque favorable au traitement local et général d'une maladie produite par la diathèse strumeuse. L'inflammation articulaire est alors essentiellement humorale, et a été généralement précédée des manifestations diverses qui lui sont propres. L'enfant commence à se balancer sur lui-même quand il marche, il affecte des attitudes vicieuses, il évite de trop se porter sur le membre douloureux. En même temps, un peu d'empâtement se produit sur l'articulation. Ces phénomènes, longtemps peu prononcés, échappent à la vigilance des parents et sont d'ordinaire attribués à une faiblesse osseuse générale, que la croissance et les toniques doivent faire disparaître. Il peut en être parfois ainsi, mais, dans la pluralité des cas, la phlegmasie intra-articulaire ne fait que s'accroître, et une vraie inflammation succédant aux prodrômes sus-mentionnés, la suppuration qui survient dans l'article, en amène la désorganisation, souvent avec une rapidité incroyable.

Dans la coxalgie, le phénomène le plus constant est la flexion de la cuisse sur le bassin, avec raccourcissement du membre. Celui-ci est alors porté dans l'adduction et la rotation en dedans, tandis que parfois il y a allongement par l'abduction et la rotation de la tête fémorale en dehors. Pour bien apprécier ces deux modifications, allongement et raccourcissement, il importe d'étendre le malade sur une surface aussi plane que possible, et de mettre les deux épines iliaques, antéro-supérieures, sur un même niveau horizontal. Y a-t-il réellement luxation, issue de l'os dans la pluralité des cas, et cette désignation de *luxation spontanée* est-elle toujours rigoureuse, exacte? J'ai, dans ma thèse, démontré, et c'est là un point peu apprécié, sur lequel Bonnet insistait avec raison, autorisé par de nombreuses nécropsies, que le raccourcissement tient surtout à ce que la tête du fémur, quittant l'arrière-fond cotyloïdien, dépasse rarement le sourcil de cette cavité d'une manière absolue, ce qui autorise, dans ce cas, le fait réel de luxation spontanée; mais il finit par se creuser une nouvelle cavité dans la cotyle taraudée et agrandie, en haut et en dehors, par la suppuration. Le condyle fait donc son ascension dans une cavité dont les dimensions normales sont exagérées par un travail destructeur de suppuration. C'est ce que j'ai pu apprécier par des dissections anatomo-pathologiques. Quant à l'allongement, position plus rare, il est la conséquence de la flexion de la cuisse sur le bassin et de l'abduction et de la rotation en dehors, positions qui amènent l'ascension du fémur dans la partie supéro-interne de l'acetabulum. Quoi qu'il en soit, qu'il y ait allongement ou raccourcissement, le redressement immédiat est toujours applicable, dans l'enfance, aux coxalgies aiguës; il produit un résultat qu'aucun autre moyen ne saurait remplacer. Plus, avons-nous dit, l'âge est tendre, plus le succès est rapide; moins l'invasion de la maladie est ancienne, moins de difficultés on rencontre, les adhérences ayant peu de résistance, et la section des tendons des adducteurs ou abducteurs, nécessité quelquefois inévitable, mais que l'on ne doit faire intervenir que rarement et en désespoir de toute autre tentative, sans effusion de sang, pouvant être, dans la pluralité des cas, évitée.

Coxalgie chronique, subaiguë. — Adduction et rotation en dedans. — Abcès extra-articulaire. — Résultat : possibilité de la déambulation. Retour incomplet des mouvements.

Albin F..., âgé de cinq ans, habitant Marseillan (Hérault), d'un tempérament scrofuleux, est soumis à mon observation, en février 1862. Depuis un an, au dire des parents, il souffre de la hanche gauche. Point d'accident auquel on puisse rattacher l'invasion de la maladie. Deux confrères distingués, de Montpellier, lui ont donné des soins. Le traitement du premier se résume en l'emploi des toniques, des reconstituants et en frictions résolutives sur le membre malade. Le second a conseillé, entre autres moyens, la grande gouttière de Bonnet, mais sans redressement brusque. Quand le malade m'a été présenté, il offrait les phénomènes suivants : fièvre intense, surtout le soir; douleurs intolérables dans l'articulation, au moindre mouvement. Adduction et rotation en dedans, raccourcissement notable, les épines iliaques étant ramenées à grand' peine à la même hauteur. Le membre est presque fléchi à angle droit sur le bassin, cambrure considérable de la région lombaire, par suite de l'inclinaison du bassin, saillie et empâtement de la hanche. Marche complétement impossible. Etat général fort mauvais, parfois diarrhée tendant à la colliquation.

En présence d'une telle situation, je propose le redressement brusque, mais l'hésitation des parents m'engage à essayer, au préalable, d'autres moyens. Deux applications de quatre cautères volants, chaque fois, furent faites en mars et avril sur l'articulation, et le malade fut mis dans un appareil amidonné, chaque fois aussi. Le bandage, fendu au niveau des cautères, permettait les pansements avec la pommade iodée du Codex. Cette triste situation n'étant en rien modifiée, et les douleurs continuant de plus en plus vives, je proposai de nouveau le redressement brusque, qui, cette fois, fut accepté. Nous nous munissons de la grande gouttière de Bonnet, et, vers la fin d'avril, je procède à l'opération, avec l'assistance du docteur J. Rowischy, de Cette, qui, ayant donné aussi des soins au malade, voulut juger de cette opération et de ses suites.

Le malade est éthérisé et, faute d'étau, placé sur le bord d'une table matelassée, où des aides vigoureux assujettissent le bassin. Des mouvements de va-et-vient sont imprimés à la cuisse avec ménagement. Pendant dix minutes, ces efforts sont stériles. Tout à coup, on sent un léger craquement articulaire que l'oreille ne laisse point échapper. La main, placée sur la saillie du grand trochanter, perçoit le travail qui s'opère dans l'articulation. La flexion fait suite aux mouvements précités, et elle se produit avec l'extension progressive du membre, accompagnée de craquements significatifs dénotant que la résistance des adhérences est vaincue. D'autres mouvements de rotation sont aussi communiqués à la tête du fémur, et la rudesse de ces mouvements, procurant la sensation d'un vrai broiement, donne la mesure d'un travail de fusion osseuse qui n'aurait pas tardé à s'organiser, par suite de l'absorption des cartilages de frottement. La circumduction du fémur dans la cotyle paraissant complète, on met à niveau les deux genoux, mais la cessation des tractions fait constater un raccourcissement de un centimètre et demi, que l'amaigrissement et l'arrêt de développement du membre expliqueraient assez, si on ne trouvait, dans le travail de destruction inflammatoire de la cavité cotyloïde, une explication plus complète. Ce résultat obtenu, le membre est soigneusement recouvert d'un bandage amidonné, muni d'attelles en fil de fer flexible et placé dans la grande gouttière de Bonnet, pourvue d'un appareil à extension.

La nuit qui suit est d'un calme surprenant; l'enfant n'accuse que de vagues douleurs, il a dormi paisiblement, contrairement à ce qu'il faisait depuis longtemps. La réaction fébrile est peu sensible. La position du membre dans la gouttière ne laisse rien à désirer, comme rectitude. Le patient est laissé trois semaines dans l'appareil de Bonnet, et, au bout de ce temps, on le fait lever avec son bandage amidonné. Il peut appuyer sa jambe à terre et se tenir debout sans douleur. Chaque jour, pendant une huitaine, il se livre à des essais de station, et, après ce délai, on le débarrasse du bandage amidonné. Il couche désormais dans la gouttière et, avec des béquilles, il s'évertue, chaque jour, à cheminer, sans pousser l'exercice jusqu'à la fatigue. Cette marche gymnastique est associée à des mouvements de flexion, imprimés à la cuisse par une corde attachée à un bracelet entourant le pied et glissant dans une poulie fixée au plafond et pour lesquels le malade s'asseoit sur le bord de son lit. Tout allait pour le mieux, des mouvements de flexion, d'abduction et de rotation, quoique limités, commençaient à se produire, quand survint, à la partie externe de la cuisse, vers la saillie du grand trochanter, un empâtement œdémateux et douloureux, dont la durée a été longue. Les mouvements sont suspendus; des pastilles de potasse caustique, appliquées sur la tumeur, ont fini par en atteindre le foyer, qui a donné issue à une quantité considérable de pus, mal lié, tenant plus à l'abcès froid qu'à l'abcès chaud et dénotant l'essence intime de la diathèse. L'usage des injections iodées, joint à l'ingestion quotidienne de trois cuillerées d'huile de foie de morue, ont fini, au bout de trois mois et demi, par tarir cet abcès et amener une cicatrisation complète, avec résolution de la tumeur. Depuis, et il y a près de cinq ans de l'opération, le jeune Sabin F., quoique incomplétement ankylosé, marche sans béquilles; sa jambe est dans une rectitude parfaite, et, malgré une certaine claudication, il est d'une agilité remarquable. Ajoutons qu'il a longtemps porté un tuteur double articulé, pour suppléer à la faiblesse de son membre. Il est évident que, sans le redressement immédiat, il eût infailliblement succombé à un abcès intra-articulaire, que la position défectueuse prolongée détermine à la longue immanquablement; et, dans l'alternative la plus heureuse, il se fût ankylosé dans une flexion angulaire qui lui eût interdit la marche, ou l'eût astreint à porter, toute sa vie, un appareil aussi gênant que pénible pour les yeux.

Coxalgie chronique, subaiguë. — Abduction et rotation en dehors. — Allongement. — Abcès indolent extra-articulaire consécutif au redressement.

Arthur C..., âgé de neuf ans, habitant Villeneuvette, près de Clermont-l'Hérault. — Invasion de la maladie remontant à deux ans, si on en croit la famille. — Hanche droite. — Tempérament scrofuleux, constitution malingre. — Ce malade, soigné à Montpellier par les moyens usités de longue date pour la coxalgie, nous est soumis en mai 1862.— Voici les phénomènes qu'il nous présente : flexion de la cuisse sur le bassin, presque à angle droit. Abduction et rotation en dehors. L'allongement du membre paraît être de cinq à six centimètres, l'abaissement de l'épine iliaque de ce côté est manifeste. La cambrure des reins, quand le membre est dans l'extension, se mesure par cinq centimètres. On ne peut imprimer au membre le moindre mouvement, sans vive douleur. Etat fébrile continu, exacerbation le soir avec coloration des pommettes, sommeil presque nul, surexcitation nerveuse intense, les forces paraissent décliner et l'émaciation de l'hectisie est imminente.

L'opération est pratiquée, vers la fin de mai, avec la bienveillante assistance d'un honorable confrère de Carcassonne et celle du docteur Beauclair, mon père, médecin à Clermont-l'Hérault. L'anesthésie produite par l'éther, je procède aux mouvements méthodiques recommandés par Bonnet. La résistance, pendant un quart d'heure, est très-grande; ils sont sans résultat, la flexion ne peut se produire, la situation est la même. C'est alors que je tente de légers mouvements de rotation, qui, au bout de cinq à six minutes, nous font percevoir des craquements bientôt suivis d'une plus grande flexion et de mouvements de latéralité. L'extension complète est obtenue, et le membre, à peu de chose près, a la même dimension que son congénère. — Appareil amidonné, attelles en fil de fer flexible. — Grande gouttière de Bonnet. — Ici, même résultat que ci-dessus. Réaction fébrile modérée, sommeil accompagné de rêvasseries, ce qui incombe à l'éthérisation, autant qu'à la mobilité nerveuse naturelle au patient. Douleurs très-supportables. Ces phénomènes persistent les jours suivants. L'appétit revient, les exacerbations cessent, et les douleurs, par suite de l'immobilité et de l'uniformité de température dues aux appareils qui protégent le membre et l'assujettissent, cessent complétement. Dix-huit jours après le redressement, le jeune Arthur C... se lève, il appuie son membre sans trop de douleur. On continue par les manœuvres gymnastiques décrites pour le malade qui précède. Après deux mois, la marche est possible avec des béquilles, mais un abcès se manifeste sur la partie antérieure de la région trochantérienne, dont l'engorgement n'avait pas sensiblement diminué. Malgré les résolutifs, sa marche est indolente, et il passe par des alternatives d'acuité et de subacuité. Cette collection purulente, procédant de l'abcès froid, est atteinte par des cautérisations infundibuliformes avec la potasse caustique. Il a résisté pendant quatre mois aux moyens internes, aux injections et aux bains généraux iodés, mais la saillie et l'engorgement de la hanche ont sensiblement et graduellement diminué. Le malade marchait tout de même. A cette heure, il est depuis longtemps complétement rétabli, il marche sans béquilles avec la plus grande facilité, et, malgré une ankylose, j'ai eu l'agréable surprise, il y a peu de jours, de le voir courir à ma rencontre, les circonstances m'ayant amené à Villeneuvette. Son ankylose est dans l'extension complète, avec un peu de rotation en dehors et un peu d'allongement du membre, mais, nonobstant, le jeune A. C.. se meut avec la plus grande aisance et son attitude n'a rien de disgracieux.

Coxalgie datant d'un an, passée à l'état aigu. — Adduction et rotation en dedans. — Raccourcissement notable du membre. — Rétablissement des mouvements.

Le jeune R..., de Vendémian (Hérault), âgé de quatre ans et demi, d'un tempérament lymphatique, souffre depuis un an de la hanche gauche. Malgré divers traitements, puisés auprès de confrères dignes de toute mon admiration, la situation du malade s'aggravait incessamment. Les parents, ayant eu connaissance de l'état satisfaisant du jeune Arthur C..., me mandent à Vendémian. Voici ce qui résulte de mon examen : saillie énorme de la hanche, flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin, le talon va presque toucher la fesse. Adduction et rotation en dedans. Impossibilité de ramener le membre dans la rectitude, par suite de la rétraction et des douleurs intolérables que le moindre mouvement détermine ; cambrure des reins très-considérable (sept centimètres). Fièvre continue avec exacerbations, agitation excessive, cris continuels. Les parents étaient atterés d'un tel état, réellement désolant. L'opération jugée urgente, on se munit en toute hâte de la gouttière de Bonnet, et l'opération est fixée à quelques jours de là. Assisté par le docteur Beauclair, mon père, et le docteur Liron père, nous procédons à l'éthérisation du jeune patient. Elle est difficile à obtenir. Quand la résolution du membre paraît suffisante, on procède aux mouvements méthodiques. Ils sont longtemps sans effet, les adhérences sont déjà solidement organisées. Le bassin suit en entier l'impulsion donnée. Cependant, en revenant avec obstination aux mouvements de va-et-vient, un craquement assez fort est entendu, et la flexion est devenue moins prononcée. On fléchit alors graduellement et lentement le membre, et des craquements multipliés se reproduisent. L'extension du membre est de plus en plus grande et, par la rotation et les mouvements de latéralité, on peut quasi opérer la circumduction du fémur dans la cavité cotyloïde. On met les deux épines iliaques sur le même plan et on constate un raccourcissement de un centimètre et demi, qui se reproduit quand les tractions cessent. Comme ci-dessus, le bandage amidonné est appliqué avec attelles en fil de fer superposées et le malade est placé dans la gouttière double. L'excitation par l'éther est énorme. Des cris, tenant certainement plus à un délire dû à cet agent qu'à la douleur, se prolongent pendant une heure. Le calme revient peu à peu et le malade s'endort. Ce sommeil dure plusieurs heures, et la nuit, quoique au milieu de rêvasseries, est bonne. La fièvre est modérée. Les jours suivants, le calme continue, le malade n'accuse plus de douleur dans la hanche, mais dans le genou du côté affecté. On fend le bandage amidonné, et on trouve rien qui puisse expliquer cette douleur que la sympathie qui existe entre les deux articulations. L'appétit, qui était nul, revient, grâce à la cessation des douleurs ; un vrai travail de réparation générale est manifeste, la joie des parents est à son comble. Après trois semaines, on permet le lever, et on est surpris de voir le jeune malade appuyer volontiers sa jambe sur le sol, alors que naguère tout mouvement était une torture. Il s'exerce ainsi pendant quinze jours, et on le débarrasse du bandage amidonné. On constate la bonne direction du membre, son attitude naturelle, à l'amaigrissement près. Des exercices modérés sont conseillés. Deux mois s'étaient écoulés, quand on me signale encore dans ce cas, comme dans les deux qui précèdent, une intumescence considérable de la région externe de la hanche. Je constate une tumeur dure, indolente dans son ensemble, mais présentant un peu de sensibilité et de rougeur en un point. On la soumet à des frictions résolutives, avec des pommades à l'iodure de plomb, à l'iodure de potassium ou iodo-iodurées. La situation ne changeant pas, on attaque encore ici la fluctuation qu'on juge profonde par la potasse caustique, et le foyer atteint donne issue à une suppuration assez homogène. La persistance prévue de l'abcès est combattue par les moyens habituels et, après quatre mois d'un traitement persévérant, aidé des bains de mer de Cette, une cicatrisation est obtenue, avec diminution fort appréciable des fongosités péri-articulaires.

J'ai revu ce malade il y a peu de mois, des mouvements d'adduction et d'abduction, limités, il est vrai, sont revenus ; la flexion est possible, il marche avec la plus grande facilité et sans béquilles, il est désormais assuré de l'usage de son membre, qui, malgré une certaine raideur, lui prête un concours dont sa famille et lui-même sont fort heureux.

Coxalgie chronique. — Abduction et rotation en dehors. — Allongement du membre. — Adhérences insurmontables. — Tentative de redressement sans résultat.

En novembre 1865, on m'amène à Agde une jeune fille de Var (Hérault), M. C..., âgée de dix ans, atteinte de coxalgie

du membre gauche et présentant tous les attributs du rachitisme. Cette fille souffre de la hanche depuis longtemps, quoique assure sa mère, craignant que je ne veuille l'opérer. La situation locale est la suivante : tuméfaction de la hanche, saillie notable de la fesse, abduction et rotation en dehors, allongement du membre, ensellure lombaire considérable. J'essaie d'imprimer quelques mouvements à l'articulation, mais j'éprouve une résistance qui me fait mal augurer, car la hanche semble faire corps avec le bassin. Sur ces entrefaites, survient une acuité de l'affection et j'attends son déclin pour faire une tentative de redressement exploratrice. L'éthérisation produite et le bassin fort solidement maintenu par des aides fortement musclés, j'essaie des mouvements divers propres à détruire les adhérences qui assujettissent la tête du fémur. La consistance des parties molles, qui enveloppent d'ordinaire cette tête, me donne la sensation d'un fibro-cartilage ; la résistance est telle qu'après de longs, violents et laborieux efforts, sans le moindre résultat, je dus y renoncer. Je me proposais de revenir à une nouvelle opération, mais, apprenant que la maladie avait une origine bien plus ancienne, que les parents m'avaient dissimulée, qu'elle était essentiellement chronique, et me souvenant des tentatives énergiques que j'avais employées sans succès, je renonçai à tout nouvel essai en vue d'adhérences anciennes, pouvant entraîner les plus sérieux accidents, tels que fractures du col, ou issue de la tête fémorale de la cavité cotyloïde, probablement érodée par une carie, si la fusion osseuse n'était déjà complète. C'est dans un cas semblable que le redressement lent, tel que le pratique le docteur Pravaz, eût pu produire les plus satisfaisants effets.

Voici les conclusions qui me paraissent ressortir de l'observation des faits :

1° Le redressement immédiat, quand la coxalgie n'est pas compliquée d'abcès de l'articulation ou de fistules y communiquant, doit être constamment tenté dans la période aiguë de la coxalgie, et même dans la période subaiguë ;

2° Le redressement immédiat ne rendrait-il pas les mouvements articulaires à la hanche en totalité ou en partie, le rétablissement des formes et de la direction normale du membre commandent impérieusement l'emploi de ce redressement brusque, afin de prévenir la formation d'adhérences fibreuses dans une position incompatible avec la marche et d'épargner, par la suite, des efforts plus laborieux et partant plus graves. La cessation de la flexion du membre, rendant la marche possible, quoique avec claudication dans la majorité des cas, ce résultat me paraît si majeur qu'il érige, à lui seul, la méthode en principe, et, à lui seul, il doit la faire adopter ;

3° La formation, ultérieure au redressement brusque, d'une ou de plusieurs collections purulentes extra-articulaires, est une complication plutôt favorable que nuisible et presque toujours critique, quand ce redressement a été fait dans de bonnes conditions. On ne peut alors l'imputer aux manœuvres qu'il nécessite, qui tendent plutôt à y soustraire la cavité articulaire elle-même. Ces abcès consécutifs me paraissent dus à un effort salutaire, en quelque sorte éliminateur et résolutif, destiné à fondre l'empâtement fongueux qui s'est formé autour de l'articulation, à la suite des rapports vicieux des surfaces articulaires. La guérison n'a été complète, dans les trois premières observations sus-exposées, qu'à cette condition, la constitution s'étant débarrassée, par cet émonctoire, des éléments pyogéniques, qui se produisent dans l'acétabulum, par l'aggravation de la maladie abandonnée à elle-même. Dans ce cas, la fièvre hectique ne tarde pas à survenir, et le pus, pouvant se créer une issue dans l'abdomen, amène une mort rapide ;

4° L'extension lente, par les procédés de feu Pravaz, si bien continué dans ses savantes recherches orthopédiques, par le docteur Pravaz, son fils, rend des services précieux dans ces cas éminemment chroniques, alors même qu'il y a perte absolue de mouvements et formation d'adhérences fibreuses fort résistantes, voisines de la fusion osseuse. Elle doit être, dans ces cas, préférée au redressement immédiat, dont les accidents pourraient être très-fâcheux, pouvant amener fractures du col et dilacérations intérieures ;

5° L'élément scrofuleux demande chez les enfants un traitement actif. Les remèdes ingérés produisent des effets fort douteux, voire même l'huile de foie de morue, longtemps continuée et à haute dose, que je remplace ici, avec avantage, par un élément fort à notre portée, l'eau de mer iodée artificiellement. Je considère, en outre, les grands bains iodo-iodurés comme, peut-être, le moyen le plus puissant fourni par la thérapeutique, pour modifier la diathèse strumeuse et rénover en quelque sorte la constitution. L'absorption qui se fait par le tégument se généralise vite par des phénomènes très-apparents, et, en l'espèce, l'état local en bénéficie directement d'abord et secondairement, par la puissante modification que subit la diathèse scrofuleuse, cause primordiale de la plupart des coxalgies de l'enfance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La Faculté de médecine de Paris ouvrira la session de ses examens (1867-1868) le lundi 21 octobre. Les cours du semestre d'hiver commenceront le lundi 4 novembre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'apprendre que la démission de M. le professeur Nélaton est arrivée au ministère de l'instruction publique.

La Faculté perd ainsi une de ses grandes personnalités.

— On annonce la mort du R. P. Robert, religieux de la Grande-Trappe — dans le monde, le Dr Debreyne. — Cet honorable médecin — connu par divers écrits — était âgé de plus de quatre-vingts ans.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRES DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 25 SEPTEMBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

Séance de vacances, mais séance de vacances utile et agréable comme sait les rendre M. Dubois (d'Amiens) lorsque, mettant à profit les loisirs de l'ordre du jour, il abandonne momentanément le bureau pour la tribune. — Pure figure, soit dit en passant, car l'honorable secrétaire perpétuel n'a en réalité point quitté un instant son fauteuil. — Tout ceci pour en venir à dire que M. Béclard a lu hier pour M. Dubois le commencement d'un travail qui ne paraît pas devoir être moins important par son étendue que par son sujet, et qui a pour titre : *Du degré de certitude de la médecine au dix-neuvième siècle.* Voilà un titre alléchant.

Il y a soixante-dix ans que Cabanis publiait sous ce même titre : *Du degré de certitude de la médecine*, un de ces livres que le style seul sauverait de l'oubli où tant d'autres sont tombés depuis, alors même que le sens et l'esprit philosophique qui l'ont dicté ne lui assureraient pas la pérennité.

M. Dubois (d'Amiens), loin de redouter ce rapprochement, l'a tout d'abord signalé lui-même, déclarant que son intention était précisément de prendre le travail de Cabanis comme point de départ du sien. « Nous aurons, a-t-il dit, à jeter un coup d'œil sur l'état de la médecine à la fin du dernier siècle, ce qui nous amènera à apprécier la valeur des objections que Cabanis s'est fait à lui-même et les raisons qu'il leur a opposées, comment il a répondu aux détracteurs de la médecine de son temps. Nous reprendrons ensuite le débat pour notre propre compte, mais sous d'autres formes ; au lieu de répondre à de vagues objections, nous procéderons en quelque sorte à l'inventaire de nos connaissances, nous verrons quel est aujourd'hui le fondement de la thérapeutique et à quel degré de certitude elle est arrivée. »

Tel est le programme de cette vaste entreprise, que nous accueillons, pour notre part, avec le plus grand plaisir. Le fragment qui a été lu hier n'est qu'une partie de l'introduction de cet important travail. M. Dubois, avant d'entrer en matière, a tenu à s'expliquer sur cette question préalable, savoir s'il est vrai, comme l'a avancé l'un des plus éminents critiques de notre temps, M. Peisse, que la médecine a toujours obéi à deux tendances opposées, le dogmatisme et le scepticisme, et que c'est parmi les médecins eux-mêmes qu'il faut chercher les incrédules et les plus grands détracteurs de la médecine. Réfutant l'opinion de l'éminent critique, M. Dubois a soutenu que ce n'est point le scepticisme qu'il faut mettre en opposition avec le dogmatisme, mais bien l'empirisme, ce qui serait bien différent, l'empirisme étant encore une croyance, tandis que le scepticisme, comme le dit lui-même M. Peisse, c'est la mort de la science et de l'art.

Sans vouloir entrer en ce moment en discussion avec M. Dubois sur ce sujet, nous nous bornerons à dire, en passant, que tout en reconnaissant avec lui que M. Peisse a peut-être exagéré le nombre et la portée des aggressions dirigées, du camp même des médecins, contre la médecine, nous ne saurions lui faire la même concession à l'égard des professions et des aveux de scepticisme qui se sont fait jour de tout temps parmi les médecins, et plus peut-être à notre époque qu'à aucune autre. Nous pourrons développer cette opinion, s'il y a lieu plus tard, et quand l'occasion s'en présentera.

Quoi qu'il en soit, ne trouvant point de détracteurs, à proprement parler, parmi les médecins, ni parmi les hommes de science, M. Dubois les cherche là où ils sont réellement, parmi les hommes de lettres ; et du seizième au dix-huitième siècle, il a passé rapidement en revue les principales critiques de la médecine, depuis les boutades humoristiques, si pleines de sens, de Montaigne, jusqu'aux déclamations et aux paradoxes de J.-J. Rousseau, en passant par les fines et spirituelles épigrammes du grand siècle.

Vient ensuite un tableau, ou plutôt une esquisse rapide de l'état de la médecine à l'époque de la publication de la Nosographie philosophique, la médecine de l'an III, comme se plaît à l'appeler M. Dubois, et il est ainsi conduit naturellement au temps et à l'œuvre de Cabanis dont il a commencé l'analyse critique.....

Là s'est arrêtée la lecture, à notre grand regret, car l'intérêt qu'elle avait inspiré dès son début n'avait cessé de s'accroître jusqu'à ce moment. Mais il est un terme à tout, même aux lectures les plus agréables. Il a fallu céder le tour à l'un des médecins inscrits. C'est M. le Dr Abeille qui a occupé le reste de la séance par la lecture d'une première partie d'un mémoire très-étendu sur le traitement des plaies. Nous sommes obligé d'attendre la fin de cette lecture, remise à la séance prochaine, pour en faire connaître le contenu.

Quant à l'intéressant travail de M. Dubois, il sera mis plus tard sous les yeux de nos lecteurs.

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOUCHER.

Observation de lipome pédiculé.

Le 20 juin 1867, la femme S... âgée de 54 ans, entre à la salle Sainte-Marthe pour se faire traiter d'une volumineuse tumeur qu'elle porte suspendue à la cuisse droite.

Cette femme, qui a toujours été bien portante, a eu dix-huit enfants ; originaire de la Beauce, elle est venue à Paris pour exercer la profession de servante.

La femme S.... porte appendue à la cuisse droite une tumeur du volume d'une grosse tête d'adulte, ayant la forme d'une poire ; le pédicule qui la soutient est fixé à peu près entre l'épine iliaque supérieure et antérieure et le grand trochanter, il a dix centimètres de longueur et trois centimètres de largeur. Il est facile de constater que ce pédicule n'est formé que par l'épaisseur de la peau, qui contient plusieurs veinules et une artère dont on sent bien nettement les battements. La tumeur appendue à ce pédicule est recouverte par la peau, sous laquelle on constate la consistance de la tumeur qui est molasse, non fluctuante, inégale, bosselée au toucher, plus dure vers la base. A l'extrémité inférieure de la tumeur, il existe une ulcération ayant environ cinq centimètres de largeur, dont les bords sont taillés à pic, recouverts de bourgeons charnus peu saignants. Il existe une autre petite surface ulcérée en arrière de la grande ulcération.

La femme S.... raconte qu'à l'âge de 13 ans, elle fut atteinte d'une dothiénentérie qui exigea l'application de plusieurs sangsues dans la fosse iliaque droite ; l'une d'elles, attachée au voisinage de l'épine iliaque, devint tellement douloureuse que la malade la détacha violemment. Cet arrachement détermina, assure la malade, une légère inflammation qui fut suivie de l'apparition d'une petite excroissance pédiculée, indolente, ayant la forme et le volume d'une olive.

Cette tumeur subit un accroissement très-lent, puisqu'à l'âge de 48 ans, elle avait tout au plus le volume d'une noix ; ce ne fut que vers 53 ans, âge où les règles cessèrent, que cette femme vit sa tumeur augmenter progressivement et rapidement, puisque aujourd'hui elle a le volume d'une tête d'enfant.

Grâce à son long pédicule, il est possible de faire mouvoir la tumeur dans tous les sens ; la malade ne la soutient jamais, elle la laisse pendre le long de sa cuisse, mais on peut la porter dans le pli de l'aine, on peut enrouler le pédicule plusieurs fois sur lui-même.

La peau qui recouvre la tumeur est épaisse, peu sensible, et présente, ainsi que nous l'avons dit, deux ulcérations dont le fond est rouge, lisse, exempt de sécrétion et laisse voir à nu le tissu adipeux qui compose la tumeur.

Le poids de la tumeur développe, pendant la marche, quelques douleurs qui s'étendent dans toute la moitié du corps ; les ulcérations qui se sont produites sous l'influence des frottements et des chocs de la tumeur, sont douloureuses, et, quoique l'état général soit encore très-bon, la malade assure avoir un peu maigri, et demande à être opérée.

Le diagnostic de cette tumeur était facile à poser, car, en se basant sur la durée de la maladie, l'indolence de la tumeur et sa consistance si caractéristique, on ne pouvait songer qu'à un lipome sous-cutané, ayant repoussé la peau et ayant fini par former un long pédicule.

Pour enlever cette tumeur, M. Foucher se servit de l'écraseur linéaire, mais il ne fallut pas moins appliquer une ligature sur la petite artère du pédicule. Les suites de cette opération furent très-simples, on fit un pansement simple et, quinze jours après, la malade quittait l'hôpital complétement guérie.

En incisant la tumeur, on constata un tissu jaunâtre, graisseux, contenu dans un stroma fibreux, dont la couleur blanche tranchait sur la teinte jaune du lipome. Dans les points les plus rapprochés de la peau, le stroma était beaucoup plus abondant, aussi, pendant la section avec le scalpel, on entendait le bruit particulier aux tumeurs fibreuses.

HOSPICE DE DARNETAL. — Dr. F. BLACBERGER.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ascite concomitante. — Ovariotomie. — Mort.

En avril 1866 nous sommes appelé à donner nos soins à la fille C***, âgée de 18 ans, qui depuis 18 mois voit son ventre grossir. Elle nous raconte que, menstruée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, elle est tombée accidentellement à l'eau, en juillet 1865, elle était alors dans ses règles et celles-ci se sont supprimées; elle n'a jamais vu depuis. Nous trouvons le ventre énormément distendu et la fluctuation est évidente, une ponc-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie des mouvements, démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique, par le Dr DUCHENNE (de Boulogne), avec 101 figures (1).

Ceux qui suivaient, en 1865, les leçons cliniques que M. le professeur Jarjavay faisait bénévolement à l'hôpital Beaujon, ont pu voir un malade très-intéressant, chez qui l'on observait les symptômes suivants. On le priait d'ôter sa chemise et de se tenir debout, les deux bras horizontalement étendus en avant. Peu à peu l'on voyait saillir de quelques centimètres le bout spinal de l'omoplate, et en même temps l'angle inférieur de cet os s'élevait en se rapprochant de la ligne médiane et l'angle externe se déprimait.

J'étais au nombre des auditeurs de M. Jarjavay, et pour moi le cas était nouveau. Ce chirurgien nous dit en avoir observé un semblable en 1864, à l'hôpital Saint-Antoine.

C'était une paralysie du muscle grand dentelé (2).

Bien que Gendrin en ait cité une observation dans sa traduction d'Abercrombie, bien que le Dr Cyr. Desnos ait fait, en 1845, sa dissertation inaugurale sur la paralysie de ce muscle, c'est à M. Duchenne (de Boulogne) que revient l'honneur d'avoir publié les travaux les plus importants sur ce sujet.

On sait avec quelle ardeur, je dirais presque avec quelle passion M. Duchenne s'est voué aux recherches les plus minutieuses sur la physiologie des mouvements, et cela à l'aide de l'expérimentation électro-musculaire et de l'observation au lit des malades. En faradisant chaque muscle en particulier, chaque faisceau musculaire, il est ainsi parvenu, par cette espèce d'*anatomie vivante*, à préciser l'action propre de chaque muscle, ses usages, et, — chose importante, — il a démontré que l'action musculaire est complexe, qu'un muscle ne se contracte pas sans le concours d'autres muscles, et que, si ce concours venait à lui manquer, il en adviendrait, comme phénomène pathologique, une subluxation.

D'où l'on peut voir la cause de beaucoup de difformités, d'arthropathies ; car, dès que la puissance tonique des muscles a fait défaut, l'équilibre est rompu, et il en résulte une difformité qui, en s'accroissant, détermine une déformation articulaire ou osseuse.

Quand on jette un regard en arrière, quand on feuillette les ouvrages des Galien, des Vésale, des Fallope, des Colombus, des Winslow, des Sœmmering, des Boyer, des Bichat, des Gerdy, quand on lit le livre toujours classique de M. Cruveilhier, on se demande si l'anatomie et la physiologie n'ont pas dit leur dernier mot ; et l'on est surpris quand on voit un homme, avec la patience d'un savant d'outre-Rhin, remettre pour ainsi dire à neuf toute la physiologie des mouvements, ne jurer d'après la parole d'aucun maître, contrôler les assertions de tous ses devanciers, et n'admettre pour certain que ce que son expérience propre avait sanctionné.

C'est ainsi qu'a procédé M. Duchenne (de Boulogne) dans le livre que nous venons de lire, et que l'auteur a divisé en quatre parties.

Dans la première, il traite des mouvements du membre thoracique. L'auteur prend chaque muscle séparément, cherche à déterminer son action directe à l'aide de la faradisation localisée (électro-physiologie), et cite de nouveaux faits cliniques qui viennent confirmer ses assertions, il a pu ainsi, preuves en main, appuyer ou combattre les opinions émises par les anatomistes et par les physiologistes.

Dans la deuxième partie, qui a rapport aux muscles des membres abdominaux, l'auteur suit la même marche que pour les membres thoraciques.

Les travaux de M. Duchenne ont jeté un jour tout nouveau sur les difformités des membres inférieurs, sur les causes de la production des pieds-bots varus, valgus, des pieds plats. Non-seulement il fait connaître les causes, mais il indique encore des guérisons très-curieuses. Prenons un exemple entre cent. Avant les travaux de M. Duchenne, on connaissait peu la genèse du pied plat valgus et varus. A part Sœmmering et Sabatier, les anatomistes les plus illustres semblaient avoir méconnu l'action du long péronier latéral et l'antagonisme qui existe entre ce muscle et le triceps sural. Cette connaissance est indispensable et fournit une précieuse indication thérapeutique, M. Duchenne rapporte à l'appui deux observations de guérison de pied plat valgus, l'un consécutif à la para-

(1) 1 vol. in-8°, chez J. B. Baillière, 14 fr.
(2) Voir Duchenne. *De l'électrisation localisée*, 1861. Voir *Guide du médecin praticien*, par Valleix. 1866. 5e éd. 2, I, p. 809.

tion donne issue à quinze litres de liquide citrin présentant des flocons albumineux par l'ébullition. Après la ponction, nous constatons dans la fosse iliaque gauche la présence de quelques petites bosselures du volume de la moitié du poing.

Le ventre se remplit bientôt et nous pratiquons successivement quatre ponctions : la première en janvier, la dernière en juillet de cette année, en présence de trois confrères qui m'engagent à opérer la malade. La dernière ponction (29 juillet 1867) fournit vingt-cinq litres d'un liquide très-épais, filant, verdâtre, et donnant au doigt la sensation de la glycérine. Après la ponction on sent qu'il reste dans le ventre une tumeur volumineuse paraissant formée d'un grand nombre de tumeurs plus petites, sans fluctuation évidente. Cette tumeur ne paraît pas adhérer à la paroi abdominale, car, en pinçant la peau du ventre, on ne la déplace pas.

La malade est très-amaigrie, la peau est terreuse, les muqueuses sont rouges. Il y a souvent un peu de diarrhée, pas d'appétit. Ces accidents se calment après chaque ponction, mais à peine le ventre s'est-il rempli qu'ils reparaissent. La malade comprend la gravité de sa position, et, voyant les dernières ponctions se succéder de quinze en quinze jours, demande à être opérée.

Le 10 août, à trois heures du soir, nous opérons la malade en présence de MM. les docteurs Paul Levasseur, Couronné et G. Pennetier, de Rouen, de M. le docteur L. Margueritte, du Havre, et de MM. Faure et Deshayes, internes à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Le ventre, mesuré au moment de l'opération, avait 115 centimètres de circonférence. La malade étant chloroformée, nous pratiquons sur la ligne blanche une incision de 0m,30 commençant au-dessus de l'ombilic et finissant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le péritoine est incisé sur la sonde cannelée et il s'échappe un flot de liquide analogue à celui de la dernière ponction, nous en retirons vingt litres. L'épaisseur extraordinaire du péritoine atteignant 0m,001m à l'endroit de l'incision nous fit croire un moment que nous étions tombés dans une énorme poche kystique intimement unie à la paroi abdominale par des adhérences. Mais nous apercevons bientôt l'épiploon recouvrant un kyste volumineux, bosselé, multiloculaire, tenant par un pédicule de 0m,06 à l'ovaire gauche, l'épiploon, adhérant à la surface de la tumeur, est détaché et relevé en haut sans donner de sang, la tumeur est amené au dehors, son pédicule est lié et excisé. Nous procédons au nettoyage de la cavité abdominale et maintenant la ligature à l'angle inférieur de la plaie, nous réunissons celle-ci par sept points de suture profonde, suivant la méthode de M. Kœberlé ; nous mettons un linge roulé sur l'épigastre pour qu'il ne se distende pas, des gâteaux de charpie remplissent le même office de chaque côté du ventre et un bandage circulaire maintient ce pansement ; nous couchons la malade, la tête élevée, avec un traversin sous les jarrets et un coussin de chaque côté des reins pour les soutenir. Pendant l'opération, la malade n'a perdu que très-peu de sang mais a été prise deux fois d'un état syncopal qui nous fit craindre de la voir mourir entre nos mains et nous fit suspendre le chloroforme.

La malade, recouchée, se plaint d'un peu de fatigue dans les reins et d'une douleur assez vive au creux épigastrique, nous lui administrons une potion morphinée.

La tumeur pèse 5,500 gr., elle est formée d'un nombre infini de kystes, les plus gros du volume du poing, d'autres atteignant à peine le volume d'une noix. Ces kystes contiennent un liquide filant ressemblant beaucoup au blanc d'œuf.

Deux heures après l'opération, le pouls donne 85 pulsations et la malade a un peu de sommeil. La poire à injection, introduite dans un tube plongeant dans le ventre au niveau de la ligature ne ramène aucun liquide.

Dans la nuit le pouls atteint 110 pulsations. — Chaleur normale. — La poire ne ramène rien. La malade est sondée et rend un demi-verre d'urine normale.

Le 11 août, à huit heures du matin, même état. La malade parle facilement et ne souffre pas. — Pas de liquide dans le ventre ni d'urine dans la vessie. — Potion avec 1 gr. d'alcoolature d'aconit. Limonade.

Vers le milieu de la journée, la malade est prise de sueurs profuses et manifeste un peu d'agitation. Le pouls s'accélère, il s'affaiblit et devient filiforme dans l'après-midi ; l'agitation continue, il survient un peu de délire, quelques hoquets et la malade meurt à cinq heures du soir sans que le ventre se soit ballonné ou ait présenté de vive douleur. C'est à peine si, deux heures avant la mort, nous trouvons quelque gaz à l'épigastre.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort, la rigidité est complète et la putréfaction assez avancée, les parois abdominales présentent déjà une teinte verdâtre. Nous enlevons les sutures et prolongeons l'incision jusqu'à l'appendice xyphoïde et le pubis. — Nous trouvons dans la cavité pelvienne un peu de liquide poisseux et sanguinolent, sa densité nous explique comment, pendant la vie, la poire à injection n'a pu l'extraire.

L'ovaire droit est sain ainsi que la trompe, le gauche a disparu dans le pédicule de la tumeur, la trompe existe, mais est très-petite. L'utérus est normal. Nous ne trouvons aucune trace de fausses membranes. Le péritoine présente une teinte grise ardoisée remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Nous incisons le péritoine en plusieurs endroits, il est partout très-épais et d'un blanc nacré, et son feuillet pariétal, en un certain point, mamelonné.

En résumé : la coexistence d'un kyste volumineux et de l'ascite ;

L'épaisseur extraordinaire du péritoine ;

La manière dont la mort s'est présentée ;

Voilà les trois points sur lesquels il nous a paru utile d'appeler l'attention.

OBSERVATION D'OREILLONS SUPPURÉS

Par le Dr Em. Emond.

Le 4 octobre dernier, j'ai été appelé à donner des soins à un jeune homme de 18 ans qui habitait Paris depuis deux mois seulement. Il est d'un tempérament très-lymphatique, a été élevé à la campagne et a eu la plupart des maladies de l'enfance. Employé dans une maison de commerce, il partage avec deux de ses camarades une chambre assez mal close, au sixième étage sous les toits. Il n'est alité que depuis le matin. Il me dit avoir été pris, le jour précédent, de malaise, d'inappétence, de légers frissons avec alternative de chaleurs, de sécheresse de la gorge, mais n'avoir pas pour cela cessé son travail. Il a vomi un peu avant mon arrivée, et se plaint de fatigue et de lassitude générale. Il éprouve une certaine gêne dans les mouvements de la mâchoire avec tension et douleur du côté gauche. La peau ne présente aucune particularité. La fièvre est modérée ; le pouls est à 84. Je conseille le repos au lit, un gargarisme, des boissons adoucissantes, des bouillons.

Le 5, la fièvre a augmenté, il a 100 pulsations, il a eu de l'insomnie, de l'agitation. La gêne des mouvements de la mâchoire a augmenté aussi, la déglutition est pénible et il est survenu du côté gauche un gonflement douloureux s'étendant derrière la branche de la mâchoire, sans dureté, donnant au toucher une sensation de rénitence et un peu élastique. La peau a conservé sa coloration ordinaire. Je prescris des boissons chaudes, une infusion de bourrache, un lavement émollient, des onctions avec l'huile d'amandes douces, de la ouate, des bouillons.

Le soir, d'aplatie qu'elle était la tumeur est devenue proéminente et bombée, surtout près du lobule de l'oreille. La mastication est impossible ; j'ordonne une potion calmante.

Le 6, l'autre région parotidienne est envahie ; les symptômes généraux et locaux sont plus intenses, le pouls est à 112 ; les urines sont sédimenteuses. La tuméfaction du côté gauche a atteint des proportions telles que le visage a un aspect effrayant ; les traits sont méconnaissables. La région oculaire est envahie, il y a occlusion complète de l'œil. Les mâchoires sont tellement serrées que c'est à peine si elles laissent passer la pointe de la langue. Les lèvres ont pris des proportions excessives ; il s'en écoule une salive abondante. La douleur est devenue vive et se fait sentir non-seulement dans la région parotidienne et sous-maxillaire, mais encore dans les oreilles et au cou. 30 grammes d'huile de ricin, onctions avec un liniment calmant, cataplasmes, ouate, chaleur, boissons et bouillons à l'aide d'un tube.

Le 7, même état général, 112 pulsations, agitation, détente des symptômes locaux du côté gauche ; l'occlusion de l'œil n'est pas complète, mais, par contre, le reste de la face et la région oculaire droite sont envahis ; l'oreillon est double. La tuméfaction a gagné les côtés du cou et atteint la partie supérieure de la poitrine. Mon malade est monstrueux. La douleur a une grande intensité, surtout à la pression, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

Mêmes prescriptions, à l'exception de l'huile de ricin, bains de pieds sinapisés.

Le 8, même état général, œdème moins douloureux. La tumeur du côté gauche devient plus saillante et proémine davantage à la région mastoïdienne. La peau est d'un rose vif.

Cataplasmes de farine de graine de lin arrosés avec le liniment.

Le 9, l'œdème de la face a un peu diminué, le pouls n'est plus qu'à 96 ; la tumeur mastoïdienne est grosse comme un œuf de dinde, la fluctuation est évidente. Mêmes prescriptions.

Le 10, ponction de l'abcès du côté gauche d'où il s'écoule plus d'un verre de pus.

Mèche, cataplasmes. Le malade commence à pouvoir desserrer les mâchoires.

Le 11, ponction de l'abcès du côté droit ; même résultat, même traitement.

La suppuration a duré sept ou huit jours, après lesquels j'ai envoyé mon malade prendre l'air de son pays avec recommandation expresse d'y suivre un traitement tonique et reconstituant (vin de quinquina, fer, viandes grillées, etc.), dont il avait le plus grand besoin.

J'ai cru devoir publier l'observation qu'on vient de lire, d'abord à cause de sa rareté, ensuite parce qu'elle est en opposition avec les assertions des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. La plupart s'accordent à dire que c'est une affection sans gravité, de courte durée, et qui ne se termine *jamais* par suppuration (Trousseau, *Clinique*). Dans le cas ci-dessus, cependant, l'intensité de l'engorgement, son extension, l'abondance de la suppuration semblent nous prouver que le tissu cellulaire n'était pas seul atteint, mais que les parotides, les glandes salivaires et sous-maxillaires, les ganglions lymphatiques étaient aussi affectés. Rilliet et Barthez n'ont observé aucun cas de suppuration ; ils admettent néanmoins, d'après Dionis qui rapporte *avoir vu quelques-unes de ces tumeurs se terminer par un petit abcès*, la possibilité de la terminaison par suppuration.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 septembre 1867. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend :

Le tome XVIIIe de la 3e série du *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, adressé par M. le Ministre de la guerre.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Vaquez sur le traitement de la chorée par l'acétate de plomb. (Commissaire : M. Bouvier.)

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur de Labordette (de Lisieux) (accepté).

M. Boudet dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. Ozouf sur un nouveau procédé pour obtenir de l'acide carbonique.

M. Michel Lévy présente au nom de M. le docteur Jeannel (de Bordeaux) un travail intitulé ; *Des moyens de restreindre la propagation des maladies vénériennes.*

M. Guéneau de Mussy présente en hommage : 1° au nom de M. le docteur Baxters un volume renfermant l'ensemble des principaux documents relatifs à la guerre des Etats-Unis. 2° de la part de M. Bacceli (de Rome) un nouveau plessimètre.

M Béclard présente, de la part de M. Matias Victo Serrano (de Madrid), le tome Ier d'un ouvrage en espagnol intitulé : *Esquisse de la science de la vie.*

LECTURE

M. Béclard, au nom de M. Dubois (d'Amiens), commence la lecture d'un travail intitulé : *Degré de certitude de la médecine au dix-neuvième siècle.* (Voir le Premier-Paris.)

M. le docteur **Abeille** commence la lecture d'un mémoire sur le pansement des plaies.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 juin 1867. — Présidence de M. Boys de Loury.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RAPPORT.

M. de Langenhagen donne lecture de son rapport sur la candidature de M. le docteur Zurkowsky au titre de membre correspondant.

Il conclut dans un sens favorable à la nomination de M. Zurkowsky.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

---

lysie du long péronier latéral, l'autre guéri par la faradisation, lorsque la ténotomie eut échoué. D'où l'on peut tirer cette conclusion pratique, à savoir que, connaissant la cause des attitudes vicieuses, il sera facile d'y opposer un traitement rationnel par la faradisation localisée ou par le développement des muscles, à l'aide de la gymnastique ou de la cinésithérapie, érigée en doctrine par les Suédois, et qui a été pour le Dr Dally le sujet d'une thèse (1) fort intéressante, soutenue en 1859 devant la Faculté de Paris.

La troisième partie est consacrée à l'action individuelle et aux usages des muscles qui président à la respiration et à ceux qui meuvent la colonne vertébro-crânienne.

M. Duchenne a fait pour les muscles de la poitrine ce qu'il avait fait pour ceux des membres thoraciques et abdominaux : il a fait table rase de tout ce qui avait été dit avant lui et ne s'en est tenu qu'à son expérimentation. On se rappelle sans doute que, pour les anciens, il n'y avait qu'un muscle inspirateur, le diaphragme. On sait les opinions de Galien, celles contradictoires de Vésale, de Colombus, de Borelli. Magendie, partisan de la doctrine de Galien, admettait la nécessité d'un point d'appui du diaphragme sur les viscères abdominaux pour produire l'élévation des côtes inférieures. Beau et Maissiat, également galénistes, n'admettent pas cette manière de voir de Magendie. M. Duchenne a repris toutes ces expériences par la faradisation, et il put constater que, chez l'homme à l'état normal, la contraction isolée du diaphragme produit un mouvement d'élévation et d'expansion des côtes auxquelles il s'insère : ses expériences ont eu lieu sur le cadavre et sur l'animal vivant. C'est ainsi que l'auteur étudie les muscles inspirateurs, les inspirateurs auxiliaires (scalènes, sterno-cléido-mastoïdiens, petits pectoraux, etc.) et les expirateurs.

En démontrant l'influence des muscles qui étendent ou fléchissent les vertèbres lombaires sur l'attitude du tronc, sur le degré de courbure lombo-sacrée et d'inclinaison du bassin, M. Duchenne fait connaître le mécanisme des déformations de la colonne vertébrale.

Dans un appendice tout à fait original, l'auteur s'occupe de la théorie de la coordination des mouvements : d'après les faits exposés dans son livre, il démontre 1° que ce mécanisme ne peut avoir lieu sans une faculté coordinatrice ; 2° que cette faculté peut s'exercer indépendamment de la sensibilité et de la vue qui cependant lui viennent en aide. Mais les muscles ne se contractent pas partiellement : les mouvements sont déterminés par des contractions musculaires synergiques et par des associations musculaires antagonistes. Pour M. Duchenne, cette harmonie, cette coordination des mouvements est régie par un pouvoir distinct qu'il appelle « faculté coordinatrice de la locomotion. » Ce défaut de coordination s'observe dans la deuxième période de l'ataxie locomotrice.

L'ouvrage se termine par des recherches expérimentales sur la physiologie des muscles de la face et sur les principaux faits généraux qui en découlent.

La méthode suivie par l'auteur est la méthode expérimentale, la seule vraie, la seule bonne. Tous les faits avancés par lui et observés à l'aide de la faradisation sont confirmés par des faits cliniques. La vie d'un médecin abandonné à ses propres ressources ne suffirait pas pour une partie, même faible, de ce travail : M. Duchenne a eu pour champ d'observation la clinique si riche et si variée de tous les hôpitaux de Paris. Toutes les observations qu'il rapporte ont donc toute l'authenticité désirable.

Anatomistes, physiologistes, praticiens auront besoin de consulter de temps en temps ce livre qui complète, confirme ou renverse les idées émises jusqu'à ce jour sur la physiologie des mouvements. Aujourd'hui et avec les données fournies par M. Duchenne (de Boulogne) l'orthopédie peut, dans certains cas, n'être pas du domaine exclusif des chirurgiens. Non pas que nous voulions leur désirer une aptitude ou au moins une supériorité incontestable, mais le praticien éloigné des grands centres pourra, à l'aide de l'électricité et des données fournies par l'auteur, entreprendre et mener à bonne fin des guérisons jusque là impossibles.

Ce livre n'est point le complément de l'*Electricité localisée* de M. Duchenne ; il doit précéder cet ouvrage comme l'anatomie précède la physiologie, comme la physiologie précède la pathologie.

Suivant le précepte du poëte Horace, l'auteur a, par de nombreuses figures, rendu plus prompte et plus facile l'intelligence du texte.

Dr A. Corlieu.

(1) Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel.

LECTURE.

M. Luys, candidat au titre de membre titulaire, a la parole pour la lecture de son travail sur la symptomatologie des affections cérébelleuses.

RAPPORT.

M. Peter donne ensuite lecture de son rapport sur la candidature de M. de Ranse au titre de membre titulaire.

J'ai été chargé de vous faire un rapport sur les titres scientifiques de M. de Ranse. Je vais accomplir cette tâche avec d'autant plus de plaisir que je suis d'accord avec l'auteur sur tous ou presque tous les points de ses travaux.

L'un de ceux-ci traite de la *Consanguinité*. M. de Ranse s'y fait le champion des justes doctrines. Il n'est pas un de vous, Messieurs, qui n'ait pu voir les funestes effets de la consanguinité, au point de vue de la reproduction. Ce que l'analogie et la logique permettaient d'induire, l'observation l'a tristement et surabondamment démontré : les unions consanguines entraînent le plus souvent la dégénération du produit.

A ce sujet, permettez-moi de vous soumettre quelques opinions qui me sont personnelles. On discutera longtemps encore sur la consanguinité, sans jamais pouvoir s'entendre, tant qu'on ne distinguera pas la consanguinité *dans le bien* de la consanguinité *dans le mal*.

J'entends par consanguinité dans le bien, celle qui résulte de l'union de géniteurs sains, — par consanguinité dans le mal celle qui résulte de l'union de géniteurs malsains.

La consanguinité dans le bien est celle qu'on observe chez les belles races de chevaux arabes et chez certaines races humaines primitivement robustes et vivant dans des conditions où l'hygiène est toujours respectée.

Il est bien évident que, si un homme jeune, robuste et beau épouse une cousine germaine, également belle, robuste et jeune, les enfants qu'ils procréeront auront les plus grandes chances pour posséder les qualités de leurs parents.

Cette consanguinité-là n'est pas redoutable.

Que si maintenant un oncle épouse sa nièce, déjà les conditions sont changées, même s'il n'y a pas de vice héréditaire dans la famille, car généralement l'oncle est beaucoup plus âgé que sa nièce et cette disproportion d'âge est une cause de tare pour le produit.

Il y a donc lieu à distinguer déjà la consanguinité consobrinale de la consanguinité avunculaire.

Mais il est bien évident encore que si un jeune homme faible et maladif épouse sa cousine germaine également d'origine chétive, les enfants auront les plus grandes chances d'être faibles et maladifs, autant et même plus que leurs parents. La même chose est plus évidente encore quand il existe une diathèse ou une prédisposition organique aux névroses, par exemple.

C'est alors l'hérédité morbide à son maximum de puissance. On sait, en effet, que l'hérédité dans le mal peut s'amoindrir et même se neutraliser par l'heureuse union d'un individu maladif avec une femme robuste, et réciproquement que l'hérédité dans le mal s'aggrave quand deux individus maladifs s'unissent entre eux. Une diathèse peut alors se transformer en une diathèse différente et plus grave. C'est ainsi que j'ai pu voir plusieurs fois l'union de deux scrofuleux donner naissance à des enfants tuberculeux, ou bien encore une simple prédominance du tempérament nerveux chez chacun des parents peut entraîner la production de maladies nerveuses les plus graves chez les enfants. On pourrait citer des exemples historiques d'hommes de talent et de génie et vivant dans une atmosphère de surexcitation habituelle qui, mariés seulement à des femmes nerveuses, ou un peu hystériques, ont eu des enfants idiots et épileptiques. On comprend que ces défauts constitutionnels sont réalisés au plus haut degré dans l'union consanguine, puisque chacun des parents a précisément les mêmes aptitudes morbides.

Je dirais volontiers qu'alors les vices originels de chacun des facteurs se multiplient par eux-mêmes et sont ainsi portés au carré (1).

Il faut donc distinguer dans la consanguinité. En parler d'une façon abstraite est en mal parler. Si l'on ne distingue pas d'abord la consanguinité consobrinale de la consanguinité avunculaire; si ensuite, dans la consanguinité consobrinale, on ne distingue pas celle qui a lieu entre cousins germains de forte race et cousins germains de race chétive, entre cousins germains bien portants et cousins germains maladifs, on arrivera nécessairement à des résultats faux et contradictoires,

Or, peut-on faire de pareilles distinctions avec les documents que fournissent les statistiques dites officielles. Au point de vue de ces détails personnels qui sont tout dans la question, les registres de l'état civil sont absolument muets. On voit d'ici quelle peut être leur valeur scientifique. Il s'agit d'une analyse des plus délicates, où, pour conclure, il faudrait connaître la qualité *sanitaire*, non-seulement de chacun des géniteurs, mais aussi de leurs ascendants, et, pour résoudre cette question, les registres de la mairie constatent seulement que tel jour un oncle a épousé sa nièce, ou un cousin germain sa cousine germaine. Mais une statistique faite avec de tels éléments est une statistique de teneur de livres et non pas de médecin !

Cependant, malgré l'évidence et les enseignements d'une expérience bien des fois séculaire, on voit à chaque instant surgir cette question, qu'on traite à l'aide de forts chiffres et qu'on résout dans les sens les plus contradictoires, précisément avec les mêmes documents ! C'est qu'ici, je le répète, l'analyse *médicale* n'intervient pas; qu'il faudrait connaître chaque couple et non juger des masses; que ce qui est sans péril, dans un cas, est redoutable dans un autre; que ce qui est vrai de la campagne est faux de la ville; qu'il s'agit enfin d'unités qui n'ont entre elles rien de comparable et que les documents officiels associent néanmoins dans une monstrueuse uniformité.

Ce sont de telles contradictions, conséquences obligées de telles erreurs de raisonnement qui conduisent au scepticisme, lequel est toujours le résultat d'une impuissance de l'esprit ou d'une insuffisance dans l'observation.

Et, quand le paradoxe ne s'attaque qu'aux choses de la littérature ou de l'art, le fait est de médiocre conséquence : car le pis qui puisse en résulter, c'est une éclipse momentanée du bon goût. Mais il n'en est point ainsi pour les choses de la médecine; l'erreur doctrinale est alors une véritable calamité sociale, car elle entraîne une éclipse momentanée du bon sens.

En vain objecterait-on que la vérité sait toujours triompher; l'erreur est ici tellement périlleuse par ses tristes conséquences en hygiène et en thérapeutique, que son règne, si éphémère soit-il, marque sa durée par le nombre de ses victimes et que son triomphe, si court qu'il puisse être, est une honte pour l'esprit comme il est un désastre pour l'humanité.

Aussi ne doit-on pas opposer l'indifférence aux erreurs médicales, mais les combattre toujours et partout, sans repos ni trêve. Pour mon compte, je n'y faillirai jamais à cette tâche; et il me paraît que M. de Ranse a les mêmes dispositions, on le voit par sa brochure.

A ceux qui prétendent, — la statistique aidant, — que la consanguinité n'est coupable ni de surdi-mutité, ni de rétinite pigmentaire; qu'on ne doit pas l'accuser davantage de produire l'idiotie, l'épilepsie, la microcéphalie ou la polydactylie, M. de Ranse répond que la statistique invoquée est une statistique mal faite, — qu'il est pratiquement impossible d'aller fouiller dans les familles et de redescendre des parents aux enfants, tandis qu'il est toujours facile de remonter des enfants aux parents.

Aux arguments de M. de Ranse, qu'on me permette encore d'en ajouter quelques autres.

Pour prouver que la consanguinité, loin d'être néfaste, ne pouvait avoir que d'heureux résultats, des vétérinaires ont invoqué ceux qu'obtiennent les éleveurs par le *breeding in and in*. On sait que cette méthode consiste à choisir dans une même famille des géniteurs le plus similaires possible, afin d'augmenter et de perpétuer leurs qualités spéciales.

Je rejette d'abord cette méthode commode qui consiste à appliquer à l'homme ce qui est vrai de la bête. Il y a là un vice de raisonnement par trop grossier et une ignorance par trop flagrante. Avant de conclure si vite et si audacieusement, on devrait au moins bien connaître les aptitudes spéciales des animaux en expérience. Par exemple, le lapin mange avec volupté de la belladone et ne s'en porte que mieux; — bien plus, un animal si voisin de nous que les naturalistes en belle humeur l'ont considéré comme le chef primitif de notre maison, et nous ont fait l'honneur de nous regarder comme ses petits-fils dégénérés, le singe,

Puisqu'il faut l'appeler par son nom,

dévore le tabac sans vergogne comme sans accident. Or, je vous le demande, sera-t-on bien venu après cela à appliquer à l'homme les résultats de l'injection d'atropine au lapin et de nicotine au singe? C'est pourtant ce qu'on fait presque journellement.

Pour en revenir au *breeding in and in*, je trouve que l'argument prouve précisément contre ceux qui l'invoquent. En effet, c'est par cette méthode qu'on obtient les monstruosités vivantes qu'on appelle le cheval de course, le bœuf sans cornes et le cochon sans os; — or, je ne pense pas que le but de l'hygiéniste soit justement d'obtenir des monstruosités et qu'il doive avoir pour idéal de faire engendrer des hommes ayant trop de doigts et d'autres trop peu de cervelle.

Dans un autre travail, M. de Ranse aborde un problème d'ethnologie. Il a pour titre : *Sur l'utilité que peut présenter l'étude comparative des idiomes patois, dans les recherches relatives à l'ethnologie de la France.* — Dans ce travail, M. de Ranse croit, et ici je suis de son avis, que les patois loin d'être des idiomes corrompus, sont, au contraire, les témoignages historiques des races qui résistent à l'invasion. Le patois est à l'intelligence ce que les formes du corps sont à la matière : l'expression de la race; c'est (qu'on me tolère cette figure), la haute falaise qui lutte contre l'envahissement du flot marin, mais dont, cependant, peu à peu la base s'excave, alors que le sommet reste encore pour témoigner et de la nature primitive du sol, et de sa force de résistance. Il importe donc au plus haut degré d'observer et de conserver scientifiquement cette paléontologie du langage, et de conclure avec Ch. Nodier que « si les patois n'existaient pas, il faudrait créer une académie pour les retrouver. »

On trouvera dans le mémoire de M. de Ranse les détails les plus intéressants sur les alluvions successives apportées à notre langue par les invasions également successives de notre sol, et des détails non moins intéressants relatifs aux patois, lesquels constituent le langage des races qui, au fond des provinces ont gardé sinon les traditions des ancêtres, au moins la langue qu'ils ont parlée.

Dans sa thèse inaugurale, soutenue en 1861, M. de Ranse a étudié *la nature et le traitement des névralgies*. Étudier la nature d'une chose, c'est donner beau jeu à ceux qui s'appellent *positivistes*; et je trouve que des esprits de la trempe de celui de M. de Ranse ne devraient pas s'exposer à de pareilles critiques. Laissons aux matérialistes inconséquents leurs échafaudages d'hypothèses et contentons-nous des faits observables. Eh bien, M. de Ranse, eu égard à la nature des névralgies, croit que celles-ci résultent d'une accumulation de fluide nerveux en un point du trajet d'un nerf. Or, ici tout est à démontrer, d'abord l'existence du fluide nerveux, ensuite son accumulation possible, enfin cette accumulation au point où la souffrance se fait sentir. Je ne fais pas ici, qu'on le remarque bien, de la critique à plaisir; ce que je veux faire comprendre, c'est qu'il ne faut pas imaginer d'hypothèses matériellement indémontrables.

Le dernier travail de M. de Ranse est une très-curieuse observation d'*hépatite subaiguë terminée par suppuration* (1). Il s'agit dans ce cas d'un jeune homme qui, après avoir résidé quelque temps dans les pays chauds, y éprouva d'abord plusieurs accès de fièvres intermittentes, puis fut atteint d'une dysentérie qui persista sous la forme chronique, de 1865 jusqu'à la fin de l'année 1866, époque à laquelle notre confrère M. de Ranse, fut appelé à lui donner ses soins. A ce moment le malheureux jeune homme eut une véritable hépatite, que M. de Ranse sut très-bien reconnaître malgré les difficultés d'un pareil diagnostic. Après de nombreuses péripéties, un abcès se forma, qui devint saillant à la région de l'hypogastre et que M. de Ranse ouvrit à l'aide de la potasse caustique, le 11 mars de cette année. Depuis lors, l'abcès est devenu fistuleux et peu à peu le malade s'est rétabli, malgré sa fistule qu'il conserve encore.

A propos de ce fait curieux, M. de Ranse se pose entre autres questions celle de savoir si la dysentérie est la cause de l'hépatite suppurée ou si l'hépatite comme la dysentérie ne serait point sous la dépendance d'une même cause : l'action d'un climat excessif. M. de Ranse penche vers cette dernière opinion. Je serais plus volontiers partisan de la première. Certes, on ne m'accusera pas d'avoir une tendresse exagérée pour les doctrines et les explications mécaniciennes et je ne suis pas le partisan quand même de la thrombose ou de l'embolie, bien au contraire. Je prends de ces doctrines ce qu'elles ont de vrai, laissant aux autres le reste. Ainsi il m'est impossible de ne pas voir dans cette hépatite qui survient en France et si longtemps après le retour en ce pays, à la suite d'une dysentérie qui avait été contractée dans les climats chauds, non pas une hépatite des pays tropicaux, mais le résultat matériel du transport, par le fait de la veine-porte des matériaux putrides émanés de l'intestin malade. On comprend que le foie, imprégné continuellement de ces substances, finissent, à ce contact malfaisant par s'irriter, s'hypérémier, s'enflammer, puis s'abcéder. Cette manière de voir est au moins la plus probable.

Je ne vous en dirai pas davantage sur M. de Ranse. — Il me semble que ce que j'ai dit suffit pour vous faire voir qu'il est homme à aborder les simples faits de la clinique vulgaire et les problèmes les plus ardus de la pathologie générale ou de la philosophie historique.

Vous savez que son caractère est des plus honorables et qu'il occupe un rang des plus distingués dans la presse médicale. En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer d'admettre M. de Ranse au nombre de nos collègues.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

A propos du rapport de M. Peter :

M. Delasiauve proteste contre l'absolutisme des opinions du rapporteur au sujet de la consanguinité. Il y a cependant des objections à faire contre cette doctrine, qui a trouvé de nombreux et sérieux contradicteurs parmi les savants les plus autorisés, et notamment M. Périer.

M. Lagneau pense qu'il résulte d'une manière certaine, de tout ce qui a été dit et écrit à ce propos, que les alliances consanguines n'ont pas d'inconvénients lorsque les géniteurs sont sains.

Quant aux exemples tirés de la zootechnie que le rapporteur rejette absolument, il croit, au contraire, qu'ils peuvent être invoqués et fournir des comparaisons utiles pour l'étude de ce qui touche à l'espèce humaine.

M. Brierre de Boismont insiste sur ce fait que la consanguinité n'a pas d'inconvénients si les géniteurs sont parfaitement sains. Cela paraît démontré.

M. Peter dit que, s'il a traité, dans son rapport, la question de la consanguinité d'une façon sommaire, il s'en est cependant depuis longtemps préoccupé à propos des diathèses. Son opinion est faite aujourd'hui, il croit que, le plus habituellement, les unions consanguines sont néfastes, parce que les vices originels de chacun des facteurs sont multipliés par eux-mêmes et portés au carré. Ayant à rendre compte d'une opinion émise par le candidat dans une brochure de quelques pages, il ne pouvait juger cette opinion que succinctement, et non pas écrire un volume.

M. Delasiauve répète que la doctrine de l'innocuité des unions consanguines compte des savants sérieux parmi ses partisans, et il n'admet pas que cette doctrine puisse être jugée si vite et si rudement.

M. Peter répond que le travail de M. de Ranse était une réponse à M. Dally qui niait absolument les funestes effets de la consanguinité.

M. Peter, partageant sur ce point les idées du candidat, l'a dit dans son rapport, mais il n'avait pas à faire, à la doctrine adverse, un procès en règle et, par conséquent, il n'avait pas à discuter l'opinion de M. Périer et d'autres anthropologistes assurément fort distingués, mais qui n'étaient point en cause.

M. Brierre de Boismont, à l'appui de ce qu'il disait tout à l'heure, à savoir que la consanguinité n'a pas d'inconvénients, si les géniteurs sont sains, rapporte qu'il y a à Amsterdam une race d'Israélites qui se marient entre eux depuis des siècles; cette race est superbe.

M. Simonot a été frappé d'entendre M. Peter, partisan si absolu de la doctrine qui attribue à la consanguinité des effets funestes, accepter cependant et invoquer les résultats remarquables obtenus par les croisements consanguins de chevaux sains et bien portants. Il est impossible, du reste, de soutenir que la consanguinité ait toujours de fâcheux effets, puisque, chez les peuples sauvages, les unions consanguines donnent naissance aux plus beaux hommes et ne produisent ni idiots, ni microcéphales.

La consanguinité a donc du bon quelquefois.

M. Chausit établit qu'en somme la question de consanguinité se réduit à une question d'hérédité et que la physiologie

---

(1) Cette opinion que je soutiens était aussi celle de mon illustre maître M. Trousseau : « Personne, dit-il, n'a prétendu que les alliances entre proches parents eussent nécessairement, fatalement, des suites fâcheuses. Ce que l'on a cherché à établir, ce que démontre d'une manière incontestable l'observation médicale, c'est que la proportion des accidents tels que la polydactylie, le spina bifida, le pied-bot, le bec-de-lièvre, l'albinisme, la rétinite pigmenteuse, la surdi-mutité, l'épilepsie, etc., est relativement beaucoup plus forte chez les individus issus de mariages consanguins que chez ceux nés de mariages mixtes. » (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 86.)

Indépendamment des faits qu'il mentionne dans le livre que je viens de citer, je trouve dans les notes inédites qu'il m'a remises avant sa mort, le fait suivant entre autres et que voici sommairement :

« 10 avril 1866, à ma consultation, une famille se présente : il s'agit d'un cousin germain qui a épousé sa cousine germaine. Deux garçons sont issus de ce mariage et on me les amène fréquemment; l'aîné, âgé de neuf ans, est frêle, délicat et est atteint d'*incontinence nocturne* de l'urine. Le second, âgé de huit ans, est *épileptique* depuis sa naissance et *idiot*. »

Il résulte d'ailleurs des conversations que j'ai eues avec M. Trousseau dans les derniers mois de sa vie, ainsi que des nombreux documents qu'il m'a confiés pour les utiliser, que l'*incontinence nocturne* de l'urine, les *pertes séminales*, l'*impuissance* sont des troubles successifs de même ordre, qu'on observe fréquemment chez le même individu, et qui dérivent les uns et les autres d'un *état morbide du système nerveux*. Plus tard, et pour la même raison qui l'a rendu incontinent de l'urine, incontinent du sperme et finalement impuissant, l'individu devient hypochondriaque, puis mélancolique, quelquefois épileptique et souvent suicide. Dans l'enfance, l'état maladif du système nerveux a d'abord frappé l'appareil génito-urinaire et, plus tard, il a influencé les fonctions de relation, le mouvement et l'intelligence ; mais, dans tous les cas, le point de départ a toujours été le système nerveux. Or, dans la famille des incontinents de l'urine et du sperme, on compte habituellement, comme dans le fait que je viens de rapporter, des épileptiques et des aliénés. Et enfin, M. Trousseau m'a souvent dit que le nombre des épileptiques, des impuissants, des spermatorrhéiques nés de parents consanguins, qu'il avait observés, était considérable.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 2 juillet dernier.

comparée nous apprend qu'au moyen de la sélection on produit les plus beaux sujets.

M. Peter n'a pas dit que la consanguinité de sujets bien portants donnât de mauvais résultats; mais la consanguinité de Paris, celle qu'on observe tous les jours, est déplorable. Cela résulte de nombreuses statistiques aussi bien que de l'observation de tous. Il est incontestable que le plus grand nombre des faits de cécité, de surdi-mutité, de rétinite pigmentaire, etc., sont dus à des unions de ce genre. C'est là tout ce que le rapporteur a voulu affirmer.

COMMUNICATION.

M. Worms fait, au nom de M. le docteur Spencer Wells, membre correspondant, la communication suivante sur l'ovariotomie.

Ovariotomie.

Je suis chargé par M. Spencer Wells, membre correspondant de la société, de vous faire connaître le résultat de la totalité des opérations d'ovariotomie qu'il a pratiquées.

C'est dans une période de dix ans, commençant en 1857 et s'arrêtant au mois de mars de l'année présente.

Dans cette période de dix ans, M. Spencer Wells a fait deux cent onze ovariotomies complètes; en outre, notre collègue a soumis dix-huit malades soit à des incisions exploratrices dans des cas de diagnostic douteux, ou à des tentatives que des difficultés opératoires n'ont pas permis de poursuivre.

Parmi les deux cent onze opérations terminées, il s'est trouvé sept cas où les deux ovaires malades ont dû être enlevés; quatre de ces opérations ont été suivies de guérison.

Dans deux cas, l'ovariotomie a été faite deux fois chez les mêmes malades; chez l'une de ces malades, une première tumeur avait été enlevée huit mois auparavant par un autre chirurgien. La mort est survenue le septième jour; dans l'autre cas, une tumeur de l'ovaire a été enlevée par M. Spencer Wells, dix-huit mois après une première ovariotomie qu'il avait pratiquée sur l'ovaire gauche. La malade a guéri.

Dans un cas, l'ovariotomie a été accompagnée d'opération césarienne. Le succès a couronné cette opération, unique dans la science, et dont j'ai eu l'honneur de vous faire connaître les détails il y a deux ans environ. La femme qui l'a subie se porte encore très-bien aujourd'hui.

Voici comment se répartissent les deux cent onze ovariotomies complètes et les dix-huit tentatives par années et par mode de terminaison.

Pour 211 opérations achevées	dont 148 guérisons	et 64 morts	29,8 0/0		
10 — inachevées	— 6	— 4	— 40 0/0		
8 incisions exploratrices	— 6	— 2	— 25 0/0		

Il est à remarquer que, dans les cent premières opérations, il y a eu soixante-six guérisons et quarante-quatre morts; dans la deuxième centaine, soixante-douze guérisons et vingt-six morts.

Vous penserez sans doute, comme moi, qu'aucun commentaire ne pourra rien ajouter à l'éloquence de ce tableau.

Aussi, je me bornerai absolument à faire remarquer que la modification profonde survenue dans l'opinion et dans la pratique des chirurgiens français et qui a conduit à sauver déjà un assez grand nombre de malades qu'il y a dix ans on aurait abandonnées, tient en grande partie aux procédés opératoires imaginés par M. Spencer Wells, et surtout à la sincérité avec laquelle il a porté devant l'opinion publique le résultat de toutes ses opérations au fur et à mesure qu'il les pratiquait.

Je tiens à grand honneur d'avoir, en 1859, le premier en France, étudié l'ovariotomie et l'avoir défendue avec un grand nombre de preuves et d'arguments à l'appui et d'avoir appelé l'attention des chirurgiens sur cette nouvelle école qui se formait à Londres autour de M. Spencer Wells, et d'avoir hâté ainsi le moment où l'ovariotomie devait retrouver chez nous sa place légitime entre les mains de MM. Nélaton, Boinet, Kœberlé, Labbé, etc.

Le secrétaire annuel, AIMÉ MARTIN.

CORRESPONDANCE

Nous recevons, au sujet de notre article *Jurisprudence médicale*, du 21 courant, la lettre suivante que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Monsieur le rédacteur,

Sous les initiales de la lettre qui vous a été adressée de N. (Nevers) et que vous avez reproduite dans votre numéro du 21 septembre courant, il est impossible que, dans la localité, on ne reconnaisse pas les personnes qui y sont désignées. Comme vous avez cru, sur le récit qui vous a été fait, devoir infliger au docteur X une flétrissure publique, vous permettrez à celui que cet X veut désigner, de répondre à l'accusation dirigée contre lui et à la condamnation dont vous avez voulu le frapper, par la déclaration suivante :

Tous les faits qui, dans cette narration, me sont *imputés*, sont faux.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'expression de ma considération distinguée,

E. DUVERNET.

Nevers, 23 septembre 1867.

Nous donnons acte à notre confrère de sa déclaration, et, du moment où les faits que nous avions cru devoir flétrir publiquement, ne sont pas réels, il est clair que les expressions de blâme qu'ils nous avaient inspirées n'ont plus aucun motif et qu'elles ne sauraient, par conséquent, peser plus longtemps sur notre confrère.

Dr BROCHIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'internat et les prix de l'externat s'ouvrira le 17 octobre prochain, à midi précis, à l'Assistance publique.

Le registre d'inscription sera clos le 3 octobre.

— Le concours pour l'externat s'ouvrira le 26 octobre prochain, à quatre heures précises, à l'Assistance publique.

Le registre d'inscription restera ouvert du 26 septembre au 10 octobre.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 114. — SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1867. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes des mois de juillet et août.

Nous sommes quelque peu en retard avec l'histoire des maladies régnantes et la Société médicale des hôpitaux elle-même ou plutôt sa commission des maladies régnantes s'est aussi un peu fait attendre, ce qui allége d'autant notre responsabilité vis-à-vis de nos lecteurs. C'est ce qui explique, en partie, pourquoi nous ne faisons connaître que vers la fin de septembre le relevé des maladies des mois de juillet et août.

La commission des maladies régnantes a constaté que, comme pendant la période précédente, la constitution médicale des mois de juillet et d'août n'a offert d'autres caractères manifestes que ceux qui procèdent directement des conditions mêmes de la saison. C'est ainsi, dit le rapport, qu'on voit, avec une moyenne de température peu élevée et des variations brusques et fréquentes de l'état atmosphérique, les maladies des voies respiratoires continuer à se manifester avec une fréquence relativement assez grande et qui dépasse de beaucoup le chiffre moyen habituel de l'été; tandis que, d'un autre côté, les affections des voies digestives, bien que manifestement plus communes que pendant la période vernale, n'atteignent cependant, durant ces deux derniers mois, ni le nombre, ni la gravité qu'elles présentent ordinairement dans les étés à chaleurs intenses et prolongées.

Enfin, et c'est là un des faits les plus importants et les plus caractéristiques, que fait ressortir avec raison le rapport, s'il y a eu, en différents endroits, quelques cas de cholérine ou même de choléra plus ou moins graves et plus ou moins nettement accentués, ces cas sont restés purement isolés et absolument stériles, bien que cette maladie ait atteint gravement des contrées peu éloignées.

La seule affection que le rapport signale comme s'étant présentée en nombre plus grand que dans les mois précédents, est la fièvre typhoïde.

Voici quelques-unes des principales particularités que constate le rapport pour chacun des groupes d'affections dont il vient d'être question :

Les affections respiratoires, à part leur fréquence insolite à cette époque de l'année, n'ont offert, ni dans leurs caractères généraux, ni dans leurs manifestations locales, rien qui ait mérité d'être signalé d'une manière particulière.

Les affections rhumatismales, comme les précédentes et par les mêmes raisons, se sont montrées plus nombreuses que d'habitude en juillet et août. MM. Bernutz et Besnier ont signalé, notamment, deux cas de rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire des mieux caractérisés.

La variole, qui, dans la période précédente, avait subi un mouvement progressivement décroissant, a repris une marche ascendante pendant ces deux derniers mois. L'augmentation a été signalée surtout à l'ancien hospice des Ménages, à la Pitié, à Beaujon.

A la Pitié, M. Empis a observé un certain nombre de cas de variole graves chez des sujets non vaccinés ; il a constaté, en même temps, l'augmentation du nombre des succès dans les vaccinations pratiquées chez les nouveau-nés.

La scarlatine s'est montrée avec une certaine fréquence dans les services des hôpitaux d'enfants. Parmi les accidents post-scarlatineux observés dans les salles de M. H. Roger, à l'hôpital des Enfants, on a noté un cas d'albuminurie post-scarlatine sans anasarque et un cas d'anasarque post-scarlatine sans albuminurie.

Le rapprochement de ces deux faits, ainsi que le fait remarquer le rapport, fournit une preuve de l'indépendance de deux phénomènes morbides que l'on a cru longtemps inséparables et indissolublement liés l'un à l'autre.

Les rougeoles ont été peu fréquentes et peu graves dans leurs complications, moins encore que dans les mois précédents.

La fièvre typhoïde s'est fait remarquer, pendant ces deux mois, plus par la fréquence de ses atteintes que par des caractères particuliers. Son degré de gravité a beaucoup varié; tandis que, dans quelques services, elle a paru revêtir un assez haut degré de gravité, dans d'autres, au contraire, elle a été remarquablement bénigne. Quelques médecins ont constaté, plus fréquemment que dans les mois précédents, la prédominance cérébrale ou cérébro-spinale. Dans quelques circonstances mêmes, elle aurait été assez accentuée pour rendre un moment le diagnostic douteux. A l'hôpital du Val-de-Grâce, pendant le mois d'août, M. Colin a noté, avec la prédominance cérébrale, la fréquence concomitante des accidents pulmonaires et la rareté relative de la diarrhée, soit au début, soit dans le cours de la maladie. En général, le diagnostic était rapidement confirmé par l'apparition d'éruptions rosées abondantes.

En même temps, il est entré au Val-de-Grâce quelques malades atteints de fièvres continues, à paroxysmes quotidiens, avec embarras gastrique, que M. Colin a cru devoir qualifier de fièvres rémittentes ; elles ont coïncidé avec l'élévation de la température.

A l'hôpital Lariboisière, M. Hérard a constaté une certaine fréquence des accidents adynamiques et d'accidents ataxiques, ces derniers, beaucoup plus graves que les premiers dont on triomphait aisément par l'emploi des toniques.

A Sainte-Eugénie, la fièvre typhoïde a revêtu, en juillet, le caractère adynamique et, en août, la forme muqueuse. Dans deux cas, le début de la maladie a été marqué par un torticolis musculaire, sorte de prodrôme sur lequel M. Barthez, dans le commencement de l'année, avait déjà appelé l'attention.

Le seul moyen de traitement qui ait été signalé comme ayant donné quelques bons résultats, est l'emploi du sulfate de quinine. Rien de nouveau à cet égard.

Les affections cérébrales aiguës ont été observées, en assez grand nombre, à l'hôpital Sainte-Eugénie; dans le seul service de M. Barthez, il y a eu sept cas de méningite tuberculeuse. A Lariboisière, M. le docteur Hérard a observé un cas remarquable de méningite cérébro-spinale. M. Empis, à la Pitié, a eu affaire à un cas de méningite granuleuse type chez un homme de 37 ans.

Les divers services d'accouchements des hôpitaux de Paris ont été, pendant les deux mois de juillet et août, dans une situation des plus satisfaisantes. La mortalité y a été ou nulle ou extrêmement faible et due uniquement à des accidents d'un ordre particulier, et tout à fait indépendants d'une influence épidémique.

Les affections diphthériques ou pseudo-membraneuses ne se sont montrées, à cette même époque, que dans des proportions très-restreintes.

Enfin, depuis le commencement de juillet, il a été observé dans l'un des quartiers les plus populeux de Paris, dans le quartier Popincourt, une petite épidémie de conjonctivites. M. Desnos, chargé de la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, a vu, dit-il, à toutes les consultations, plusieurs personnes atteintes de conjonctivites catarrhales qui ont cédé, le plus souvent, à l'emploi des moyens usuels les plus simples.

Tel est l'aperçu rapide de la constitution médicale et des maladies régnantes dans les hôpitaux ou en ville pendant les deux mois de juillet et août. Si l'on songe à l'énorme affluence d'étrangers qu'il y avait en ce moment à Paris, venant de tous les points de la France et des pays étrangers, on ne peut que se louer d'un état sanitaire relativement aussi satisfaisant.

Plaie transversale et par embrochement au tiers inférieur de la jambe droite. — Chute de trois mètres d'élévation sur l'extrémité aiguë d'une barre de fer.

M. le docteur Cabasse, médecin-major de Ire classe, chef des salles militaires de l hôpital d'Arras, nous transmet l'observation suivante, qui se recommande à plus d'un titre à l'attention de nos lecteurs :

Le nommé B..., sapeur au 1er régiment du génie, âgé de vingt ans, bonne constitution, tempérament nervoso-sanguin, est apporté d'urgence à l'hôpital le 30 juillet, vers une heure de l'après-midi.

Puni de salle de police, il avait cherché, étant ivre, à sortir de la citadelle en se laissant glisser d'une hauteur de trois mètres, de l'angle d'un mur du rempart sur un bâtardeau de cinq mètres d'élévation, qui sépare la place des fossés extérieurs. Afin de prévenir les sorties fréquentes par ce chemin dangereux, on avait cru devoir placer à l'angle d'union des deux murs, un artichaut en fer garni de pointes aiguës. Ayant trop préjugé de ses forces, il ne put soutenir le poids de son corps, et dans la rapidité de sa chute, sa jambe rencontra une des barres de fer de 0,025 millimètres environ de diamètre, qui pénétra au côté interne de la jambe droite, un peu au-dessus de la naissance du mollet, traversa le membre de part en part et vint sortir au côté externe. Aperçu du corps de garde au moment de l'accident, malgré la promptitude que l'on mit à se procurer des échelles, grâce à la résistance du tendon d'Achille, il resta accroché pendant plus de vingt-cinq minutes la tête en bas, ayant au-dessous de lui un fossé de cinq mètres de profondeur. M. l'aide-major Montet, prévenu immédiatement, se rendit sur les lieux, fit un premier pansement et vint lui-même faire part à M. Cabasse de ses craintes de l'existence d'une lésion artérielle, et le prévenir de l'arrivée du blessé à l'hôpital. Celui-ci a perdu beaucoup de sang qui, du haut du mur, est venu par deux larges traînées former au bas une mare étendue.

Après avoir enlevé le bandage qui est inondé de sang, ainsi que le matelas sur lequel B... a été apporté, M. Cabasse constate les lésions et l'état suivants : plaie triangulaire à base inférieure de quatre travers de doigt d'étendue au tiers interne de la jambe droite (ouverture d'entrée), dans laquelle est engagée une portion considérable du faisceau interne des muscles jumeaux; plaie semblable, moins déchirée, moins étendue au côté externe; hémorrhagie en nappe de sang veineux qui s'arrête après quelques affusions froides; pâleur extrême de la face, pouls très-faible mais sensible, 65 pulsations, sensibilité obtuse. Le blessé est dégrisé, il ne se plaint pas et ne paraît pas avoir conscience de la gravité de sa blessure et du danger qu'il a couru.

Après avoir réduit la portion musculaire herniée, réunion des bords des deux plaies au moyen de trois points de suture de chaque côté, plumasseaux de charpie et compresses mouillées; immobilisation de la jambe dans le cerceau de M. le baron Larrey (1), réfrigération avec le tube en caoutchouc du docteur Petit-Gand.

Le 31 juillet, la nuit a été bonne, le blessé a dormi, il ne souffre pas et se trouve bien dans l'appareil, pas de tuméfaction, pas de réaction fébrile, pouls assez fort à 65, langue bonne.

Jusqu'au 4 août, rien de particulier à noter. Levée du premier appareil; les plaies ont bon aspect, suppuration peu abondante, les ligatures maintiennent exactement les bords affrontés, traces de cicatrisation, espoir de réunion par première intention des deux côtés à la partie supérieure.

Le 7 août, suppression de la réfrigération, les sutures sont coupées, un des points a cédé au côté interne.

Pansements journaliers avec des plumasseaux de charpie imbibée d'alcool camphré. Aucun accident n'entrave la cicatrisation qui est complète le 18 août.

B... sort de l'hôpital, guéri de ce grand accident, le 31 août, et reprend son service quelques jours plus tard.

(1) Nous ne saurions trop insister, dit M. Cabasse, pour recommander l'appareil ingénieux de notre savant maître, dans tous les cas où il est nécessaire d'obtenir une immobilité complète de la jambe. Il est facile de se le procurer partout, et il remplace avec avantage les cerceaux ordinaires indispensables dans le matériel d'un hôpital.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE

Par M. E. KOEBERLÉ.

Obs. XXX. — Ovariotomie pratiquée le 19 août 1866. — Mort.

Cath. R..., de Heidenbach (Wurtemberg), âgée de 32 ans, domestique, d'une bonne constitution, un peu amaigrie, eut, à l'âge de 20 ans, les pâles couleurs et éprouva ensuite pendant sept à huit ans de la dysménorrhée. La santé a été assez bonne depuis, quoique le ventre fût un peu gros. Au mois de mars 1866, en se baissant dans un jardin, elle éprouva tout à coup, dans le bas-ventre, des crampes accompagnées d'une sueur froide. Il survint des douleurs abdominales très-vives et il se produisit une tympanite intestinale. On appliqua des cataplasmes et l'on pratiqua sur l'abdomen des piqûres révulsives. Comme les douleurs continuaient et que l'on constata la présence d'un liquide dans la cavité abdominale, on fit une ponction le quatrième jour. Il s'écoula un liquide grisâtre, sanguinolent, dont on remplit deux cuvettes. La douleur abdominale diminua de suite après l'issue du liquide et disparut progressivement. Après la ponction, on fit des frictions mercurielles. Quinze jours après l'accident, la malade était convalescente et elle se rétablit entièrement. Le ventre grossit de nouveau peu à peu et les règles cessèrent de paraître au mois de juin. L'abdomen présentait de la fluctuation ; il était distendu par un kyste de l'ovaire d'un diamètre de trente centimètres environ, multiloculaire, adhérent à la paroi abdominale. Le col utérin était normal, central; l'excavation pelvienne était libre. La malade désirait beaucoup être opérée ; elle était sans ressources et se voyait réduite à

une fin misérable. L'ovariotomie était hasardeuse en raison des adhérences qui devaient être très-étendues, mais il y avait lieu de supposer qu'elles ne seraient pas trop graves, parce que la péritonite générale dont la malade avait été atteinte ne remontait qu'à cinq mois. D'ailleurs, l'état général était assez bon et la malade pouvait sans danger supporter une perte de sang assez grande.

L'ovariotomie eut lieu le 19 août 1866. Une incision de quinze centimètres livra passage au kyste qui avait contracté des adhérences sur toute sa surface avec les organes avoisinants. La séparation de ces adhérences fut longue et laborieuse et il en résulta une perte de sept cents grammes de sang. Les adhérences étaient très-vasculaires, mais cependant on ne fut pas obligé de faire des ligatures de vaisseaux. Le kyste dépendait de l'ovaire droit; il pesait six kilogrammes et demi avec le liquide qu'il renfermait. Ce liquide avait dû être extrait de diverses loges. Celui que contenait la plus grande loge était brunâtre. On appliqua une ligature en fil de fer avec un serre-nœud. Trois follicules de l'ovaire gauche étaient distendus. Ces follicules furent incisés et les ovisacs furent arrachés à l'aide d'une pince. L'abdomen ayant été épongé, la plaie fut réunie par trois points de suture profonde et six points de suture superficielle. L'opération a duré une heure et un quart.

Comme il y avait un très-léger suintement sanguin sur toute la surface d'adhérence à la paroi abdominale, aux intestins et aux organes pelviens, on plaça un tube de verre de douze centimètres de longueur dans l'angle inférieur de la plaie, à côté du pédicule. On extraya trois cents grammes de sérosité sanguinolente pendant les quatre ou cinq heures qui suivirent l'opération.

L'opérée a été très-affaiblie par la perte de sang. Le pouls ne se releva que très-imparfaitement pendant quelques heures, malgré les stimulants. Le deuxième jour, il se manifesta des symptômes de septicémie, qui s'aggravèrent peu à peu sous l'influence de la décomposition des caillots qui s'étaient formés dans le bassin. La septicémie fit des progrès rapides, et la malade succomba cinquante heures après l'opération, sans avoir présenté des symptômes marqués de péritonite. La décomposition du corps s'opéra très-promptement. A l'autopsie, on ne trouva qu'une très-petite quantité de sang en décomposition dans l'excavation pelvienne, sous forme d'un liquide brunâtre, septique, qui avait été absorbé par la surface traumatique.

Cette observation présente un exemple de rupture de kyste ovarique suivie d'une péritonite grave. Les ruptures de kyste surviennent, soit spontanément, soit à l'occasion d'un effort, d'une chute, d'une pression. La rupture se borne, le plus souvent, à une simple éraillure à la surface interne ou externe de l'une des loges du kyste, sous l'influence de sa distension progressive. Les malades se plaignent alors de douleurs locales plus ou moins vives. Il en résulte, soit une hémorrhagie interne ou intra-ovarique, qui colore le contenu du kyste en brun plus ou moins foncé, suivant la quantité du sang épanché; soit une hémorrhagie externe ou extra-ovarique, qui conglutine la paroi abdominale ou les viscères voisins du kyste, lequel contracte des adhérences dans lesquelles des vaisseaux se développent de plus en plus. Lorsque la déchirure du kyste est complète, son contenu s'épanche dans la partie abdominale. La malade meurt ordinairement, en peu de jours, de péritonite; quelquefois, le liquide épanché est résorbé, l'urine devient très-abondante, la déchirure se cicatrise et la malade est soulagée, sinon guérie, momentanément, comme à la suite d'une ponction. La déchirure peut aussi rester permanente; le contenu du kyste se déverse alors continuellement dans la cavité péritonéale et il survient une hydropisie ascite. J'ai observé deux cas de ce genre. Lorsque la déchirure du kyste est accompagnée d'une hémorrhagie notable, le liquide épanché est hémorrhagique. J'ai fait une ponction dans ces circonstances, dès le lendemain de l'accident, chez une malade qui s'est rétablie.

Dans les cas analogues à celui de cette observation, il est rare que la guérison puisse être obtenue. Les hémorrhagies consécutives à l'ovariotomie sont ordinairement suivies de septicémie, par décomposition du sang épanché, qui se transforme alors en un poison éminemment septique dont l'absorption, sur une grande surface traumatique, empoisonne rapidement le sang et l'économie tout entière. L'affaiblissement qui résulte de l'hémorrhagie aggrave encore l'état de l'opérée. Lorsqu'on ne parvient pas à enrayer les progrès de la septicémie, dès le début, la mort arrive très-vite.

Obs. XXXI. — Ovariotomie pratiquée le 22 septembre 1866. — Guérison.

Mlle C..., de Wiesbaden (Nassau), âgée de trente-trois ans, d'une bonne constitution, amaigrie, mais cependant d'un embonpoint encore assez prononcé, s'est aperçue de l'accroissement progressif de son ventre, depuis 1861, par suite d'un kyste uniloculaire de l'ovaire. Elle a été ponctionnée une fois au mois de juin 1865. La tumeur ayant repris son volume primitif au bout d'une année environ, la malade a désiré être débarrassée d'une manière radicale par l'ovariotomie. Rien d'anormal du côté du bassin. Pas d'adhérences abdominales. L'opération eut lieu le 22 septembre 1866, en présence de MM. Morpain et Liouville, de Paris, Pellegrin et Kien. Le kyste dépendait de l'ovaire droit; il était sans adhérences et contenait treize litres de liquide grisâtre. Sa surface interne était verruqueuse, parsemée d'un grand nombre de végétations épithéliales. Le pédicule était long; il fut lié avec un fil de fer à l'aide d'un serre-nœud. L'ovaire gauche était normal. La réunion de l'incision qui n'avait que 12 centimètres de longueur eut lieu par deux points de suture profonde et quatre points de suture superficielle.

L'opération n'a duré qu'une demi-heure, et la perte de sang a été de 40 grammes seulement. Il ne survient aucun accident notable. La guérison a eu lieu au bout de quinze jours.

Quoique le kyste ait été uniloculaire et que le liquide ait été assez fluide, une injection iodée eût été complétement inefficace en raison des tumeurs épithéliales dont était couverte sa surface interne. Ces végétations épithéliales sont bénignes au début, mais au bout de quelque temps elles peuvent devenir cancéreuses, hémorrhagiques et acquérir un volume très-considérable.

Vers le douzième jour de l'opération, la jambe gauche devint œdémateuse et douloureuse; l'œdème remonta peu à peu jusqu'à la hanche. La chaleur sèche et l'acétate de potasse à l'intérieur firent disparaître l'engorgement. Cette affection n'était point une suite de l'opération. Elle s'était déjà présentée à diverses reprises antérieurement, et elle était de nature rhumatismale. Du reste, elle ne retarda que de quelques jours la guérison complète qui s'est parfaitement maintenue.

HOQUET GRAVE

ayant duré plusieurs mois, tenant à l'existence de vers intestinaux

Par le Dr Cavasse, membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

J'apporte une de ces observations singulières, dans lesquelles on voit des vers intestinaux manifester leur existence par des phénomènes qui se passent en dehors du tube digestif.

Les cas d'affections sympathiques attribuées aux vers de l'intestin, ont été publiés en nombre assez considérable; on peut s'en convaincre en consultant l'ouvrage de M. Davaine (p. 53 et suivantes). Mais la plupart de ces faits appartiennent à une époque où la tendance générale était bien certainement d'exagérer l'influence malfaisante des entozoaires; depuis, une réaction très-légitime s'est produite: on n'a nié ni les vers intestinaux, ni leurs effets sympathiques; toutefois, une juste sévérité a remplacé la trop grande complaisance des auteurs qui ont écrit à la fin du siècle passé et au commencement du nôtre. Nous en sommes ainsi arrivés à ce point, assez fréquent dans l'histoire de la science, où un fait peut offrir quelque intérêt par cela seul qu'il est authentique.

C'est à ce titre que j'ai recueilli cette observation d'un hoquet très-grave, très-persistant, dû à la présence d'ascarides lombricoïdes dans l'intestin.

Dans un village des environs de Cannes, une enfant de 10 ans, Marie C..., avait toujours eu une santé convenable, lorsqu'à la fin du mois de juin de l'année dernière, elle fut prise de divers symptômes, parmi lesquels il en était un qui attira particulièrement l'attention des parents: c'était un hoquet d'une violence peu commune. Les contractions du diaphragme étaient parfois si désordonnées que la respiration ne se faisait plus que par soubresauts, et que l'enfant paraissait alors sous le coup d'une mort imminente par asphyxie.

Ce hoquet durait, en moyenne, huit heures par jour; les accès étaient d'ordinaire d'une heure ou deux et cessaient complétement pendant le sommeil.

Ce phénomène morbide était celui qui avait le plus frappé les personnes qui soignaient l'enfant, surtout à cause de la suffocation qui les tenait dans un perpétuel état d'épouvante; mais il n'était pas le seul: l'appétit était devenu capricieux; la petite malade avait dans la gorge la sensation d'un corps étranger; elle se plaignait de maux d'estomac, d'oppressions, de palpitations; elle était très-pâle; la face cutanée des paupières inférieures était bleuâtre. Il y avait de la chlorose; la nutrition était évidemment en souffrance.

Enfin, et ce fut là que je trouvai les éléments du diagnostic, l'enfant avait eu, pendant les accès de hoquet, des vomissements fréquents de matières alimentaires, et deux fois on avait noté la présence d'un lombric dans les matières vomies; de plus, des vers lombrics avaient été, à plusieurs reprises, rendus par l'anus.

L'enfant n'avait ni fièvre, ni affection cérébrale qui pussent expliquer le hoquet qui la tourmentait; elle était très-affaiblie, partant très-nerveuse et le hoquet aurait pu n'être qu'une manifestation de cet état nerveux. Cette étiologie aurait peut-être été admissible, si la petite malade n'avait eu des vers lombrics

C'était là la cause probable, presque certaine; il était facile d'en vérifier l'exactitude par le traitement.

Or, après l'administration d'un premier vermifuge (le calomel), l'enfant rendit, tant par le haut que par le bas, une douzaine de lombrics et instantanément le hoquet disparut pour ne pas revenir.

Ou plutôt il reparut, mais pour apporter une nouvelle confirmation au diagnostic.

Voici ce qui se passa: le calomel avait été administré le 1er novembre; cinq jours après, de nouveaux vers furent rendus à la suite de 30 grammes d'huile de ricin, et j'engageai alors les parents à donner à leur enfant 4 grammes de semen-contra. Ce médicament, que je n'avais pu prescrire tout d'abord, fut pris d'une manière fort incomplète et fit rendre pourtant trois ou quatre vers, et comme l'enfant n'avait plus ni hoquet, ni vomissement et que l'appétit était régulier, on se contenta de me prévenir que la petite fille était guérie.

Mais le 12 décembre, alors que la guérison se maintenait depuis six semaines, un nouveau lombric fut rendu et, le 14, le hoquet reparut et dura un quart d'heure.

Je prescrivis encore un vermifuge; expulsion de sept lombrics et disparition du hoquet.

La guérison ne s'est pas démentie depuis cette époque; je m'en suis assuré il y a quelques jours.

Ainsi, ce hoquet, qui avait persisté pendant quatre mois, qui tous les jours durait huit heures, qui avait amené des troubles graves de la respiration et de la nutrition, reconnaissait pour cause la présence d'une trentaine de vers lombrics dans les voies digestives.

Le fait n'est intéressant que parce qu'il est d'une authenticité irrécusable; c'est ce qui m'a engagé à vous le communiquer, au risque de détourner votre attention de sujets plus importants.

L'ACTE DE LA DÉGLUTITION

devant la physiologie.

(Lu au Congrès médical international, par M. le docteur Moura.)

La découverte de toute vérité dans les sciences est une conquête de l'esprit sur la matière. Elle est toujours un progrès, une révolution quelquefois. — Exemple: *vapeur, électricité.*

Celle que j'ai l'honneur de soumettre au congrès appartient à la série médico-physiologique; elle concerne l'acte de la déglutition.

Au premier abord, il paraît fort douteux qu'un acte accompli par l'homme, en mangeant, en buvant, en avalant surtout sa salive, c'est-à-dire d'une manière incessante, ait, jusqu'en ces derniers temps, défié les investigations de toutes sortes, les expériences les plus variées.

Pourtant, il ne s'agissait pas de mettre son intelligence et sa raison à la torture. La métaphysique et la philosophie n'avaient rien à y voir.

Pourquoi donc l'esprit est-il resté ici au-dessous de sa tâche? Pourquoi les physiologistes ont-ils établi une théorie erronée, un mécanisme fictif et non réel de cet acte?

C'est que, pour arriver à la découverte d'une vérité dans les sciences positives, il y a deux voies: l'une directe, c'est la voie des faits, de l'observation; l'autre indirecte, c'est la voie de l'hypothèse, de l'imagination. Autant celle-ci est incertaine et sujette à l'erreur, autant celle-là et sûre et vraie.

L'étude de l'acte de la déglutition a été faite par la méthode indirecte jusqu'à présent.

L'impossibilité de soumettre les organes du fond de la gorge à l'observation immédiate de nos sens, la part inégale que chacun d'eux prend à l'acte de la déglutition, la rapidité avec laquelle cette fonction s'accomplit, les difficultés de l'expérimentation sur le vivant, tout s'opposait à laisser pénétrer la lumière dans ce coin obscur et mystérieux du corps humain.

Quand on veut, en effet, se rendre compte de quelle manière les Traités de physiologie expliquent le mécanisme de l'acte de la déglutition, on y trouve ce qui suit:

1° Au moment où la déglutition va s'accomplir, les aliments sont réunis *sous forme de bol* sur la base de la langue, *immédiatement en avant de l'isthme du gosier;*

2° Pour passer de la bouche dans l'arrière-gorge, ils *traversent l'isthme* et sont *comprimés réciproquement par la base de la langue et par le voile du palais;*

3° Pour arriver ensuite dans la partie inférieure du pharynx, ils sont *poussés en bas* par les *piliers du voile du palais;*

4° Pendant ce passage, l'épiglotte est *abaissée et ferme le larynx à la manière d'un opercule;*

5° Les boissons descendent dans le pharynx en passant *sur les côtés de l'épiglotte;*

6° Enfin, l'acte de la déglutition s'accomplit *en trois temps.*

Telles sont les erreurs que la physiologie enseigne partout; elle ne doit pas les laisser plus longtemps subsister et encore moins propager.

Dès 1861, l'observation directe ou laryngoscopique m'avait démontré, sur moi-même, ce qui suit:

1° Au moment où la déglutition va s'accomplir, les aliments n'affectent qu'*exceptionnellement la forme de bol.* Ils sont étalés sur une *surface qui s'étend de la base de la langue au bord libre de l'épiglotte*, c'est-à-dire bien au delà de l'isthme;

2° Leur passage de la bouche dans l'arrière-gorge, à travers cet isthme, est le *phénomène ultime de la mastication* et n'appartient pas à l'acte de la déglutition. *Leur compression par le voile du palais* sur la base de la langue est purement *imaginaire;*

3° Pour arriver de l'arrière-bouche dans la partie inférieure du pharynx, ils sont poussés *par la base de la langue* et non par les piliers du voile;

4° Pendant ce passage, le *tiers inférieur seulement de l'épiglotte* est abaissé et ferme le larynx, ses *deux tiers supérieurs* restent relevés et concourent à former, avec le pharynx, un *conduit irrégulier et un orifice dans lequel ils s'engagent;*

5° Les boissons suivent *ordinairement la même voie que les aliments;* elles ne passent sur les côtés de l'épiglotte qu'exceptionnellement ou artificiellement;

6° Enfin, l'acte de la déglutition s'accomplit en *deux temps* et non en trois.

La vérification des faits que j'avance n'exige pas de vivisections. Les chiens peuvent tranquillement s'approcher des physiologistes; ils n'ont plus à leur montrer les dents; les Magendie sont passés.

Cette vérification ne peut être faite que sur des personnes habituées au contact du miroir laryngien. Elle ne saurait donc présenter de grandes difficultés.

Si l'on porte, en effet, le laryngoscope au fond de la bouche éclairée au moment où le besoin d'avaler devient pressant, on voit immédiatement que les aliments sont disséminés sur la face externe de l'épiglotte, dans les fossettes glosso-épiglottiques et sur la base de la langue. Ils sont réduits en une pulpe dont la consistance et la gravité varient suivant que la mastication a été plus ou moins complète, et la dépression glosso-épiglottique plus ou moins profonde, plus ou moins étendue.

Cette pulpe déborde souvent l'épiglotte en arrière et forme tantôt une sorte de bourrelet, tantôt des filaments semblables aux glaçons suspendus au bord du toit des maisons.

Il est dès lors bien évident que les aliments ont franchi l'isthme du gosier pendant que s'opérait la mastication. Ils sont, en effet, en grande partie dans l'arrière-bouche, au moment où l'acte de la déglutition va commencer.

Leur situation au delà de l'isthme ne permet pas au voile d'agir sur eux pour les comprimer. Il faudrait pour cela qu'ils fussent refoulés en avant, c'est-à-dire en contre-sens de l'acte même de la déglutition.

Le voile du palais, d'ailleurs, est déjà soulevé et appliqué contre la paroi pharyngienne postérieure quand le bol s'engage dans le pharynx, et il ne peut exercer, à la fois et dans le même instant, deux actions en sens contraire.

Puisque le voile et ses piliers n'agissent pas directement sur le bol, la descente des aliments doit être forcément déterminée par la base de la langue, seul organe capable de les expulser.

Chez l'homme, l'épiglotte ne ferme point le larynx à la manière d'un opercule, comme chez les animaux, pendant que s'opère le passage des aliments.

Ainsi que le fait constater le miroir, l'appareil de la voix, en s'élevant, fait subir à ce cartilage une flexion qui exagère ses courbures; sa convexité inférieure est rapprochée des cartilages aryténoïdes, tandis que la glotte, de son côté, se ferme progressivement. Comme l'ascension du larynx continue, il arrive bientôt un moment où le contact s'établit entre cette convexité et les deux sommets aryténoïdiens. L'occlusion de l'organe de la voix se trouve donc doublement réalisée.

Il suit de là que les deux tiers supérieurs environ de l'épiglotte ne participent en rien à cette occlusion; ses parties laté-

rales sont comprimées par les parois correspondantes du pharynx; son bord libre est converti en un demi-orifice que complète en arrière la paroi postérieure, et c'est dans cet orifice pharyngo-épiglottique que l'on voit s'engager le bol.

Le miroir laryngien démontre aussi que les liquides suivent la même voie que les solides pour aller de la bouche à l'œsophage.

La déglutition de l'encre m'a permis de contrôler ce fait sur moi-même. Toutefois, pendant le court instant qui précède le besoin d'avaler, les premières parties des boissons passent sur les côtés de l'épiglotte, descendent dans les gouttières pharyngiennes et arrivent à l'œsophage; elles ne peuvent pénétrer dans le larynx qu'artificiellement, c'est-à-dire en se gargarisant.

Enfin, il résulte de la disposition des aliments dans le fond de la bouche, après la mastication, que le premier des trois temps de la déglutition des physiologistes n'a pas de raison d'être. L'acte de la déglutition s'accomplit donc en deux temps et non en trois, comme on l'enseigne encore.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 14 août 1867. — Présidence de M. MARJOLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

A propos de la correspondance, M. Desprès informe la Société qu'il a eu le malheur de perdre une malade pendant l'administration du chloroforme. L'autopsie sera faite et l'observation sera ultérieurement communiquée.

M. le docteur Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg) communique: 1° l'observation d'un fibrome de la corde vocale gauche avec extirpation suivie de guérison; 2° un projet d'aménagement pour un hôpital d'enfants. (Renvoyé à une commission composée de MM. Le Fort, Boinet et Guérin.)

M. Laborie profite de l'occasion pour informer la Société qu'un projet très-analogue à celui de M. le docteur Rauchfuss est actuellement en voie d'exécution, comme annexe, à l'hôpital de Vincennes.

M. Marjolin. Depuis bien des années, nous réclamons des améliorations indispensables dans nos hôpitaux d'enfants; il est fâcheux de constater que toutes ces modifications sont adoptées à l'étranger, et même en France, mais dans les établissements qui ne ressortissent point de l'Assistance publique.

RECTIFICATION.

M. Panas. Dans la dernière séance, la Société a bien voulu me prier d'examiner une lettre de M. Charles Cazeau, étudiant en médecine. Cette lettre avait trait à la communication faite par moi.

J'ai questionné de nouveau mon malade, et j'ai acquis la certitude que rien ne peut confirmer les assertions contradictoires de M. Cazeau. Je persiste donc dans l'interprétation des faits telle que je l'ai donnée en soumettant le malade à votre examen.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Cruveilhier présente un malade qui a subi l'extirpation de l'astragale consécutivement à une luxation de cet os. L'observation est renvoyée à la commission déjà nommée pour examiner les travaux de M. Cruveilhier.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Amédée Tardieu, interne des hôpitaux, présente un nouvel instrument destiné à la compression des artères. (Commissaires: MM. Broca, Tillaux et Labbé.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil présente une tumeur fibro-plastique très-volumineuse récidivée dans la région fessière. Cette tumeur a été enlevée en combinant l'action du galvano-cautère et de l'écraseur linéaire.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 21 juin 1867. — Présidence de M. BOYS DE LOURY.

CORRESPONDANCE.

Imperforation de l'œsophage.

M. Blondeau donne quelques détails sur un cas d'imperforation de l'œsophage qu'il a vu en ville dans sa clientèle avec M. Tarnier. Cette imperforation avait été diagnostiquée pendant la vie. L'enfant, en effet, tétait bien, il avalait de même, mais bientôt après, quelques minutes après l'ingestion, il y avait régurgitation du liquide avalé.

Chez ce petit enfant on trouva, à l'autopsie, l'œsophage se terminant par un cul-de-sac au niveau de la bifurcation des bronches, pour la partie supérieure. Quant à la partie inférieure et ascendante, elle envoyait des fibres sur la bronche et s'ouvrait dans les voies respiratoires.

MM. Tarnier et Follin ont vu des cas semblables. Mais, cependant, il ne faudrait pas croire que toujours la partie inférieure de l'œsophage s'ouvrît dans les voies respiratoires, il y a des exemples du contraire, et M. Giraldès en cite des exemples consignés dans l'*Atlas des maladies de l'enfance*, par Hammon, et dans l'ouvrage de Voss.

ÉLECTIONS.

La Société est appelée à voter sur la candidature de M. de Ranse au titre de membre titulaire.

M. de Ranse, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société.

La Société nomme membres correspondants: MM. Facieu, à Gaillac, et Zurkowsky, à Schinznach.

LECTURE.

Observation de fistule urinaire hypogastrique.

M. Blondeau lit l'observation suivante de fistule urinaire hypogastrique terminée par la guérison. (Voir notre numéro du 19 septembre 1867.)

M. Giraldès cite, à ce propos, deux cas à peu près identiques; le premier est celui-ci:

En 1861 est entré dans mon service, à l'hôpital des Enfants-Malades, le nommé B.... Théodore, âgé de 14 ans, pour une plaie contuse du périnée avec écrasement du canal de l'urètre. Cette blessure s'est compliquée de rétention d'urine.

Après des tentatives infructueuses pour parvenir dans la vessie par la voie normale, l'organe étant distendu jusqu'à l'ombilic, je me suis décidé à pratiquer la ponction hypogastrique.

Quelques jours après, dans le but de favoriser le rétablissement du canal détruit dans l'étendue de près de trois centimètres, j'ai eu recours au procédé suivant: une sonde de gomme élastique est passée, par la plaie hypogastrique, dans la vessie, glisse dans le col de l'organe et traverse le périnée, où l'on peut la saisir.

Une seconde sonde, d'un calibre plus fort, est introduite par le méat urinaire et à son tour arrive dans le périnée. Alors, l'extrémité arrondie de la sonde urétrale est retranchée, afin de permettre d'introduire dans son canal la sonde vésicale; cela fait, la première est ramenée en dehors, entraînant avec elle celle précédemment passée dans la vessie par la plaie hypogastrique. Le canal de l'urètre et le col de la vessie se trouvent occupés par une sonde unique, à l'extrémité vésicale de laquelle on a eu le soin d'attacher un gros fil qui traverse la plaie hypogastrique et permet le renouvellement de l'instrument, autant de fois que cela est nécessaire.

Après un séjour de plus d'une année à l'hôpital, l'enfant est sorti guéri. En 1864, il entra à l'hôpital Necker pour un rétrécissement du canal, rétrécissement réclamant l'urétrotomie, qui fut faite par M. Desormeaux; l'enfant succomba aux accidents consécutifs.

Le second fait diffère peu du précédent: il a pour sujet un jeune garçon de 14 ans entré pour un abcès du périnée occasionné par des contusions de cette région. L'abcès a laissé après lui une coarctation de l'urètre; et, au moment où le jeune malade a quitté le service, il existait une fistule périnéale et une oblitération du canal de l'urètre.

Le malade rentre de nouveau dans le service en 1867, l'urètre est oblitéré, le périnée est le siége de plusieurs fistules à trajet capillaire, ne donnant pas même accès au stylet d'Anel.

Sans conducteur possible, j'essaie de trouver le canal, pour cela je fais une incision curviligne comme dans la taille bilatérale, au devant de l'anus, puis je fais tomber perpendiculairement une autre incision sur celle-ci. Malgré tout, je ne pus parvenir à trouver le canal. Alors, comme il manque ici de fistule hypogastrique, je vais avec le bistouri à la recherche de la vessie comme dans la taille par le haut appareil. La vessie étant incisée, je glisse dans la cavité une sonde et je la fais cheminer à travers le col jusque dans la portion périnéale; cela fait, un cathéter cannelé est passé dans l'urètre et, à la faveur de cet instrument, je divise la portion oblitérée du canal. Le cathéter est remplacé par une sonde et je procède comme dans le premier cas.

Le canal était oblitéré dans une étendue d'au moins quatre centimètres.

Le jeune malade est encore en traitement, le canal n'étant pas complétement constitué.

M. Lagneau fils cite l'observation suivante:

De nombreux faits de rupture de l'urètre ont été observés par différents médecins, entre autres par Chopart (1) et par M. Franc (2) qui en a réuni seize cas.

J'ai eu l'occasion d'observer un fait beaucoup moins grave que ceux rapportés par MM. Blondeau et Giraldès. Il s'agissait d'une rupture de l'urètre sans ouverture du tégument externe.

Au mois d'août 1856, un charretier, en déchargeant une poutre, fut violemment frappé au périnée. Aussitôt du sang s'écoula par le méat urinaire, et toute émission d'urine devint impossible. Un confrère, après avoir fait de vaines tentatives pour le sonder, vint me prier de l'assister pour pratiquer la ponction hypogastrique. La distension de la vessie était extrême; le malade paraissait beaucoup souffrir; le périnée et le scrotum étaient rouges et tuméfiés. Longtemps je cherchai en vain à introduire des sondes dites en caoutchouc et des sondes d'argent, le sang s'écoulait par l'urètre, et toujours l'extrémité de l'instrument pénétrait dans une cavité par une large déchirure de la paroi inférieure de l'urètre. Reprenant une petite sonde d'argent, courte, fortement courbée et d'un très-petit diamètre, je parvins à l'introduire dans la vessie, en faisant suivre, à l'extrémité de l'instrument, la paroi supérieure de l'urètre. Par suite de la coagulation du sang, l'urine ne pouvait s'écouler, malgré l'introduction de mandrins, malgré les injections pratiquées avec une seringue. Le malade fut alors mis dans un bain, et l'on continua à chercher à désobstruer la sonde. Après une demi-heure, l'eau du bain était devenue complétement rouge, seulement alors l'urine commença à s'écouler. La sonde fut laissée à demeure, et des linges trempés dans l'eau froide furent appliqués autour des organes génitaux.

Le lendemain l'urétrorrhagie était arrêtée; le scrotum, distendu comme la veille, était devenu violacé noirâtre par suite de l'épanchement sanguin; l'état général était très-satisfaisant. Très-aise d'avoir évité au malade la ponction hypogastrique, qui, un moment, m'avait paru très-urgente, je le laissai aux soins de son médecin, qui, en février 1857, me dit que cet homme continuait à bien aller.

M. Giraldès. Le cas que vient de nous rapporter notre honorable confrère, M. le docteur Lagneau, n'a aucune analogie avec ceux que je viens de citer.

L'observation est tout à fait incomplète, et le confrère qui a appelé M. Lagneau a examiné très-légèrement son malade.

M. Boinet. La manière de marier les sondes, ainsi que vient de le dire M. Giraldès, n'est pas nouvelle.

MM. Bourguet (d'Aix), Sédillot, Demarquay, Chassaignac ont depuis longtemps appelé l'attention sur ce mode opératoire.

M. Demarquay a lu un mémoire à l'Académie, dans lequel il relate une observation où, à la suite du broiement du périnée, il y avait une perte de substance de quatre centimètres pour le canal de l'urètre.

Il lui a fait un canal nouveau, et a pu lui conserver un calibre ordinaire au moyen de la dilatation.

M. Cavasse lit l'observation suivante: (Voir plus haut.)

M. Delasiauve. Les accidents les plus divers peuvent être occasionnés par les vers. Je me rappelle en particulier le fait suivant:

Un enfant de 7 à 8 ans était atteint de pleuro-pneumonie grave. Un traitement énergique, dont les émissions sanguines faisaient la base, a amené assez rapidement la convalescence. Cependant la fièvre persistait alors que tous les symptômes s'amendaient. Dix jours plus tard, survint tout à coup un point de côté d'une intensité très-grande, que je combattis par un large vésicatoire fortement camphré. Le lendemain, le petit malade expulsait par le vomissement onze lombrics, et dès ce moment la guérison marcha très-rapidement et sans encombre.

M. Jacquemin rappelle un fait, observé par Delens et communiqué à la Société il y a quarante ans, d'une jeune fille longtemps sujette à des attaques épileptiformes, et qui vit tous les accidents se calmer après l'expulsion d'une quantité considérable de lombrics.

M. Perrin. Le nombre des vermifuges est considérable, et cependant chacun sait qu'il y a des cas où tous échouent. J'ai songé à employer contre les vers intestinaux l'huile de pétrole, et ayant eu jusqu'ici à combattre des oxyures vermiculaires j'ai administré ce médicament en lavements (demi-cuillerée à bouche d'huile de pétrole émulsionnée avec un jaune d'œuf et délayée dans un quart de lavement).

Dans deux cas qui avaient résisté à tous les moyens, ces lavements pris, matin et soir, amenèrent une guérison définitive.

Je compte employer ce même remède contre les lombrics, et, pour rendre son emploi plus commode, j'ai fait préparer des capsules à l'huile de pétrole, que j'expérimenterai dès que l'occasion s'en présentera.

M. Lunier. On aurait tort de considérer les exemples cités tout à l'heure d'accidents convulsifs produits par les vers intestinaux comme des faits exceptionnels. Ce sont, au contraire, des faits très-communs et j'ai vu, comme tous les aliénistes, les accidents nerveux les plus variés, et même des accidents psychiques, être produits manifestement par la présence de vers intestinaux et disparaître avec la cause qui les entretenait.

C'est ainsi que les oxyures produisent parfois la lypémanie, que des symptômes de folie furieuse dépendent de la présence de larves d'insectes dans le nez.

M. Gros. Il existe de grandes différences quant à la fréquence des vers intestinaux, suivant les différentes localités dans lesquelles on observe. Ainsi, à Paris, les vers intestinaux de toutes sortes, et en particulier les lombrics, sont relativement rares. En Alsace, au contraire, où j'ai pratiqué la médecine pendant huit années, la présence des vers intestinaux compliquait presque toutes les maladies. Je ne me rappelle pas avoir administré à cette époque une seule fois le calomel, dans la fièvre typhoïde, par exemple, sans l'avoir vu produire l'expulsion de lombrics en plus ou moins grand nombre.

Entre autres cas curieux, je citerai le fait d'une femme de 72 ans, qui était traitée depuis nombre d'années pour une affection organique du cœur, à cause de palpitations cardiaques excessivement violentes qui lui rendaient la marche presque impossible, et qui vit disparaître ces palpitations comme par enchantement après l'emploi du semen-contra et l'expulsion d'une vingtaine de lombrics.

M. **Blondeau** rappelle que les oxyures vermiculaires sont combattus, avec succès, par des lavements contenant en suspension de la poudre de pyrèthre.

M. Jacquemin pense, comme M. Perrin, que l'huile de pétrole peut être un bon vermifuge, puisqu'il est déjà employé avec succès par les horticulteurs pour combattre le ver blanc du hanneton.

M. **Lunier** l'a également vu détruire l'insecte le plus dangereux des jardins, le *puceron lanigère*, vulgairement nommé *blanc du pommier*.

M. Delasiauve a réussi à chasser très-promptement les oxyures vermiculaires par des lavements contenant 8 grammes d'éther sulfurique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr A. CHARRIER.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séances de mars et avril 1867. — Présidence de M. MAGNIN.

Colorations noires de la peau.

M. Passant communique à la Société deux observations bien différentes, quoique semblables en apparence, l'une de *coloration noire congéniale* ou *nævus pigmentaire pileux;* l'autre de coloration noire accidentelle décrite dans ces dernières années sous le nom de *chromidrose*.

1re *Observation.* — Depuis 4 ans, on m'amène chaque année une jeune fille âgée maintenant de 20 ans et qui est atteinte, depuis sa naissance, d'une plaque noire située à la partie médiane et externe du bras. Cette tache qui, dans les premières années de sa vie, ne dépassait pas la grandeur d'une pièce de cinq francs, avait pris à l'époque de la puberté des dimensions assez considérables pour qu'on en fût préoccupé et qu'on jugeât opportun de consulter plusieurs médecins, M. Rayer en particulier. La prescription de ce dernier était ainsi conçue: *Nœvus pilaris*: applications répétées de pommade stibiée. Ces frictions continuées avec persévérance n'amenèrent aucun résultat.

Ce fut après l'insuccès de ce traitement et de plusieurs autres tentatives, que l'on m'amena, il y a 4 ans, cette jeune fille: je pus alors constater que la tache mesurait 0^m,11 dans le sens de la longueur du bras et 0^m12 dans le sens de la largeur: elle était d'un noir assez vif, parsemée de poils longs et fins, et formant une saillie très-appréciable au-dessus des parties saines; le bras était plus volumineux que du côté opposé. La coloration semble plus prononcée au moment des époques menstruelles.

Traitement. — 1re Année. — Vésicatoires volants qui sont mal tolérés.

2e Année. — Implantations d'un nombre considérable d'aiguilles à insectes chargées de vaccin (la jeune fille n'avait pas été revaccinée). Je n'obtins, après plusieurs mois, que quelques rares points d'un blond très-tenu.

3e Année. — Applications de pommade stibiée, suivies de badigeonnages énergiques avec la solution de perchlorure de fer. La jeune fille a beaucoup souffert, sans obtenir un meilleur résultat que précédemment.

On revient cette année, pour la quatrième fois, me demander une médication plus efficace car la tache grandit uniformément sur tous les points de la circonférence; elle mesure aujourd'hui

(1) *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 280, etc.

(2) *Observations sur les rétrécissements de l'urètre pour cause traumatique.* Montpellier, 1840.

0m,13 sur 0m,14 et menace d'atteindre bientôt au moignon de l'épaule : l'hypertrophie semble occuper toutes les couches du terme ; il y a peu de vascularité, la matière pigmentaire s'y trouve au contraire en abondance. Mon intention était de recourir à des applications successives de couches minces de caustique de Vienne, je viens vous demander de vouloir bien m'aider de vos conseils.

Dernièrement, ajoute M. Passant, j'ai eu occasion de voir un cas de nœvus pileux chez une fille publique du dispensaire de salubrité chez laquelle le mal siégeait à la cuisse et rappelait assez bien celle de ma malade ; mais ici le mal ne fait pas de progrès et se trouve d'ailleurs caché par les vêtements : il n'y a donc pas lieu d'intervenir activement ; M. Hardy professe même que, dans aucun cas, il ne faut opérer. Cependant chez ma malade, dont l'avenir peut être compromis par suite de la présence du mal dans un lieu où il lui sera souvent impossible de le dissimuler, il faut agir ; elle est d'ailleurs disposée à faire tous les sacrifices nécessaires.

M. Perrin a deux fois eu l'occasion d'observer des nœvus pileux : le premier sur un adulte, à la cuisse, où la tache représentait assez exactement la forme d'un poisson : sa surface semblait recouverte d'écailles pigmentaires; le deuxième sur une jeune fille qui vint au monde avec une tache au bras, de la grandeur d'une pièce de cinq francs et couverte de poils extrêmement fins.

Dans le cas de M. Passant, l'insuccès des moyens employés précédemment lui laisse peu d'espoir d'arriver à un heureux résultat : peut-être serait-il possible d'obtenir quelque chose par l'emploi du sel de Boutigny d'Evreux (iodure de chlorure mercureux).

M. Machelard propose l'emploi de la compression méthodiquement faite soit avec de l'ouate soit avec de l'amadou.

M. Lejeune. Il faudrait recourir aux modificateurs généraux, à cause même des changements qui s'opèrent dans la tache, lors de la menstruation.

M. Donadieu rappelle plusieurs cas de nœvus heureusement traités soit avec l'acupuncture avec des aiguilles rougies, soit par l'application de potasse caustique ou de vésicatoires volants suivis d'applications de perchlorure de fer : ne pourrait-on pas encore recourir à l'électropuncture ?

M. Passant n'accordait pas une grande confiance aux applications de nitrate d'argent, conseillées par M. Tessereau, non plus qu'à l'usage du calomel et de la sabine, proposé par M. Domerc.

2° *Observation.* — Chromydrose. — Au mois de juin 1855, époque à laquelle j'occupais le département de l'Aisne, une jeune femme, marchande à Crépy en Laonnais, âgée de 29 ans, brune, d'une belle constitution vint me demander mon avis pour une tache noire occupant la presque totalité du nez. Six mois auparavant, cette femme s'était aperçue d'un petit point noir sur l'aile gauche du nez : la tache était d'un noir d'ébène très-luisant, faisant sur les parties voisines un petit bourrelet semblable à celui de l'érysipèle ; les pores de la peau étaient sensiblement dilatés du côté malade : cette femme était d'une magnifique santé et je ne trouvais chez elle, pour expliquer cet état qu'une menstruation peu abondant, et difficile.

Prescription. — Amers, emménagogues et badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent.

Au bout de deux mois, la tache avait perdu de sa coloration, et six mois après elle avait complétement disparu.

Pour quelques-uns des membres de la Société, la malade de M. Passant était atteinte d'une accumulation d'humeur sébacée concrète : d'autres craignent que notre confrère ne se soit trouvé en présence d'une de ces maladies simulées si fréquemment observées chez les hystériques. — A cette occasion, M. Machelard rappelle la discussion qui eut lieu, il y a quelques années, à la Société médicale des hôpitaux à l'occasion d'un travail de M. Leroy de Méricourt sur la chromydrose.

Le secrétaire annuel, DONADIEU. — *Le secrétaire général,* V. THIBAULT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chartroule, dont le nom est attaché à l'étude thérapeutique de l'iode : et de M. Elie, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, mort subitement de la rupture d'un anévrysme.

— On nous annonce la mort, à Maisons-Lafitte, du docteur Brou, qui a exercé la médecine avec honneur dans cette commune pendant près de quarante années. Le docteur Brou avait été, dans sa jeunesse, chirurgien de nos armées sous le premier Empire, et il s'était fait remarquer par son dévouement et sa capacité professionnelle.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roziès (de Toulouse).

— La *Revue de Paris*, — que nous donnons à tous les abonnés de la *Gazette des Hôpitaux*, au prix de 16 francs, — a publié, dans son numéro du 20 septembre, les articles suivants :

I. E. d'Oberstein. — Les figures poétiques : Mignon.
II. Anaïs Ségalas. — Les moutons de salon.
III. Ch. de Saint-Julien. — La lance d'Achille (1er article).
IV. Ed. de Barthélemy. — Bérengère de Navarre, reine d'Angleterre.
V. Louis Enault. — Exposition universelle : beaux-arts, l'Angleterre, la céramique.
VI. Barral. — De l'agriculture à l'Exposition universelle (1er article).
VII. E. de Grenville. — Feuilles volantes.
VIII. Edouard Dangin. — Poésie.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	303
Dr Fauconnet	1
Dr Trideau	5
A. Préterre	20
Lacaud, à Toutifaud	2
Sengel, à Forbach	4
Marion Sims	100
Legrand du Saulle	20
Dr Poinsot (de Fontenay-sous-Bois)	20
TOTAL	475

Le Directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

pubis ont une épaisseur considérable, par suite du gonflement morbide de l'épine pubienne.

Au-dessus de l'angle sacro-vertébral se trouve une incurvation de la colonne, à convexité antérieure, qui rejette le bassin en arrière en plaçant le plan du détroit supérieur presque verticalement, et son axe horizontalement.

Les dimensions exactes du bassin, dépouillé de ses parties molles, sont, au détroit supérieur :

Diamètre antéro-postérieur 4 centimètres.
Diamètre transverse 13 —

Au détroit inférieur :

Diamètre antéro-postérieur 7 centimètres et demi.
Diamètre transverse 11 —

L'enfant a crié et respiré immédiatement après son extraction, il a paru très-bien constitué ; son volume et les dimensions de sa tête démontrent un fœtus à terme. Il se portait à merveille, deux jours après l'opération, et a été envoyé en nourrice dans le département de l'Ardèche.

NOTE

sur l'introduction des médicaments par l'intermédiaire de la muqueuse des fosses nasales.

Par le Dr Rambert, médecin des hôpitaux de Châteaudun.

La membrane pituitaire, comme voie d'absorption et d'introduction des médicaments dans l'économie, est complétement négligée ou abandonnée aujourd'hui, si tant est qu'elle ait été mise à contribution à ce point de vue. Le but poursuivi, en agissant sur cette membrane, paraît avoir été de la stimuler, de l'exciter et de provoquer l'éternuement ; d'où le nom de *sternutatoires* donné aux médicaments simples ou composés qui ont été introduits sous forme de poudres dans les fosses nasales.

La salivation que j'ai observée plusieurs fois, au bout de quelques jours de l'emploi, comme topique dans l'ozène, d'une poudre de calomel, précipité rouge, sucre candi (formule Trousseau) en me démontrant avec quelle facilité la membrane pituitaire absorbe, m'a suggéré l'idée de recourir à cette voie d'absorption contre les affections douloureuses de la tête et les maladies des yeux.

Les expériences que j'ai faites, les observations que j'ai recueillies ne sont pas encore bien nombreuses, aussi, ne les aurais-je pas publiées avant d'avoir réuni les éléments d'un travail plus complet, si je n'avais trouvé, dans le n° 71 (18 juin 1867) de la *Gazette des hôpitaux*, l'indication d'un fait dû à M. le docteur Noël Guéneau de Mussy, qui rentre dans l'objet des recherches que je poursuis depuis plus de six mois.

Voici un résumé de mes observations.

I. M. M..., substitut du procureur impérial, âgé de trente ans, est atteint depuis quelques jours de la grippe avec coryza. Il éprouve le 16 janvier une douleur extrêmement intense dans le nerf sus-orbitaire gauche, elle dure depuis vingt-quatre heures, augmente par accès et le prive de sommeil.

L'air n'éprouvant aucune difficulté à passer par les fosses nasales, je prescris : poudre de guimauve, 1 gramme, morphine, 5 centigrammes, priser une pincée de ce mélange toutes les deux ou trois heures.

Le soir la douleur est calmée, la nuit est bonne, et le lendemain au réveil toute douleur a disparu.

II. Le 25 janvier, une femme de soixante-quatre ans est admise à l'hôpital pour une bronchite grave qui nécessite l'application d'un large vésicatoire entre les deux épaules. Dans les premiers jours de février, lorsqu'elle commence à entrer en convalescence, cette femme est prise d'une céphalalgie vive et continue. Cette douleur ayant résisté à des pédiluves sinapisés, le 5 février je lui fais priser, toutes les deux ou trois heures, le mélange suivant : sucre porphyrisé 2 grammes, chlorhydrate de morphine 5 centigrammes.

Le lendemain la douleur a diminué, le troisième jour elle a complétement cessé.

Quelques jours après cette céphalalgie, étant revenue, la même prescription la fait disparaître définitivement.

III. Une fille de dix-huit ans, admise à l'hôpital pour une chlorose, accuse de vives douleurs de tête; elles se manifestent par élancements et reviennent surtout dans l'après-midi.

Le 8 février, en même temps que les ferrugineux, je prescris : sucre porphyrisé 2 grammes, chlorhydrate de morphine 5 centigrammes à priser toutes les trois heures le matin, et dans l'après-midi, toutes les deux heures.

Le lendemain, légère diminution des douleurs. Les prises sont plus rapprochées (toutes les heures), l'amélioration devient plus prononcée ; mais ce n'est qu'au bout de six jours que les douleurs névralgiques sont suffisamment calmées pour que je puisse attendre de la médication ferrugineuse, leur disparition complète.

IV. Le 10 février, je suis appelé à donner des soins à Mlle Est..., âgée de soixante-seize ans. Elle est atteinte de grippe avec coryza assez léger pour ne pas obstruer les fosses nasales. Cette malade qui est rhumatisante, se plaint de douleurs lancinantes dans tout le côté droit de la tête avec bourdonnements d'oreille. Ces douleurs existent aussi à gauche, mais à un moindre degré. — Sucre porphyrisé 2 grammes, morphine 10 centigrammes, à priser toutes les deux heures.

Le 11, les douleurs ont disparu, les bourdonnements d'oreille seuls persistent.

V. S..., cultivateur, âgé de soixante-deux ans, éprouve depuis plusieurs mois une douleur névralgique dans le côté droit de la mâchoire inférieure. Elle se manifeste aux dents, aux gencives, à la partie inférieure et latérale droite de la langue et revient par accès très-rapprochés. S... a déjà fait arracher plusieurs dents sans aucun bénéfice.

Les points douloureux des gencives, de la muqueuse voisine, formant le plancher de la bouche et la partie latérale de la langue sont légèrement cautérisés avec le nitrate d'argent. Après un soulagement momentané, retour et persistance des douleurs. Elles ne cèdent pas non plus à un vésicatoire appliqué au devant de l'oreille droite.

Le 24 février, je prescris de priser toutes les heures ou toutes les deux heures le mélange de sucre porphyrisé et de morphine à la dose de 2 grammes du premier, et de 10 centigr. du second. Rémission et diminution très-prononcées des accès douloureux. C'est tout ce que je puis obtenir ; mais le malade se trouve suffisamment soulagé pour ne pas accepter un nouveau vésicatoire que je me propose de saupoudrer de morphine.

J'apprends du pharmacien que ce malade fait de temps en temps préparer le même mélange, ce qui prouve que s'il n'a pas été guéri, il en est toujours soulagé.

VI. B.., âgé de dix-neuf ans, commis dans une maison de nouveautés, est atteint depuis le milieu du mois de mars d'une névralgie dentaire qui occupe le côté gauche de la mâchoire inférieure, dont plusieurs molaires sont cariées. Vers la fin du mois, je lui conseille de priser un mélange de 5 grammes de sucre porphyrisé et de 5 centigrammes de morphine. Il n'en résulte aucun soulagement.

Le 2 février, je change les proportions de cette poudre, et je fais priser par chaque narine, deux fois dans le milieu du jour, et deux fois le soir une pincée de 2 grammes de sucre porphyrisé additionné de 10 centigrammes de chlorydrate de morphine.

La douleur disparaît pour ne plus revenir.

Je pourrais augmenter probablement beaucoup le nombre des succès plus ou moins complets obtenus par cette médication, si tous les malades auxquels je l'ai conseillée étaient venus m'instruire du résultat; mais tous ceux de la campagne n'ont pu être l'objet d'une observation suivie, je ne les ai plus revus.

Mes premiers essais n'ont pas été heureux tout d'abord, parce que je me suis servi de poudre contenant des doses trop faibles de morphine (5 gr. de sucre, 5 centigr. de morphine), peu à peu j'ai diminué la quantité de sucre jusqu'à 1 gramme pour 5 centigrammes de morphine. Cette proportion me paraît la plus convenable. Je l'ai vue échouer dans un cas de névralgie temporo-maxillaire double qui céda à des vésicatoires saupoudrés de morphine.

Des prises successives ou très-rapprochées comme dans l'observation VIe me paraissent préférables à des prises ne revenant que toutes les deux ou trois heures.

Le cercle dans lequel je me suis renfermé jusqu'ici peut être beaucoup agrandi. Les douleurs de l'irido-choroïdite, la photophobie, etc., sont, je crois, justiciables des préparations narcotiques introduites par la membrane pituitaire. Enfin, d'autres médicaments peuvent aussi trouver leur emploi par cette voie, entre autres certaines préparations mercurielles et l'iodure de potassium dont j'ai constaté la présence dans mes urines, après en avoir prisé 50 centigrammes avec du sucre, dans l'espace de deux heures.

OPÉRATION DE CATARACTE.

Par M. le Dr Raiffer (de Marie-Galante).

Le résultat d'une extraction de cataracte (1), faite avec les soins voulus, dépend de la marche que suit l'inflammation consécutive à l'opération; et ce travail morbide, toute prédisposition mise à part, tire sa gravité des éléments mêmes qui lui sont fournis.

L'observation suivante montre que le processus inflammatoire peut cependant ne rien compromettre, malgré des manœuvres laborieuses d'une durée de plus de deux heures, malgré la blessure de l'iris, et une hernie secondaire de cette membrane.

Cataracte lenticulaire de l'œil droit. — Kératotomie supérieure. — Contraction pupillaire s'opposant à la sortie du cristallin. — Blessure de l'iris par le crochet. — Hernie consécutive de cette membrane. — Réussite complète.

M. B. R..., âgé de cinquante-neuf ans, fut atteint de cataracte double en 1858 ; il devint complétement aveugle six ans après. En mai 1865, on abaissa la cataracte de l'œil gauche. L'inflammation consécutive se borna à une légère conjonctivite ; mais la vue est devenue imparfaite, et permet à peine au malade de diriger ses pas. Ce résultat s'explique par la présence, derrière la pupille, d'une toile gris sale, incomplète : cataracte secondaire provenant de l'opacité consécutive des cellules du cristallin, sous-jacentes à l'épithélium de la face interne de la capsule.

La cataracte de l'œil droit présente une surface parfaitement lisse, convexe, de couleur grisâtre ; l'iris mobile obéit à l'influence de l'atropine : il n'est tiraillé en aucun sens, et ne présente point d'adhérences. Cet œil n'a jamais été le siége d'aucune inflammation.

J'exécutai l'opération le 13 août 1866, dans la matinée, avec le concours bienveillant de mon honorable confrère, M. le Dr Senelle, chirurgien de la marine et beau-fils de l'opéré. La pupille ne présentait pas, au moment de l'opération, la dilatation que nous avions obtenue dans des examens antérieurs, et quand j'écartai les paupières pour diviser la capsule, la petite circonférence de l'iris n'avait plus ses dimensions normales. Arrivé au troisième temps de l'opération, je fus étonné de l'immobilité du cristallin, mais surtout de la contraction exagérée qu'avait subie la pupille.

Des pressions sur le globe, à travers la paupière inférieure, n'amenèrent aucun résultat. De nouvelles incisions à la capsule et de nouvelles pressions ne changèrent pas la situation ; l'iris, toujours contracté, ne permettait pas au cristallin de pénétrer dans la chambre antérieure.

Je ne fus pas plus heureux après le repos de l'organe, avec des instillations de sulfate d'atropine et l'application de compresses tièdes. Je n'avais obtenu qu'un peu moins de resserrement dans la pupille. L'œil fatigué commençait à s'agiter : il fallait se presser.

Je pensai d'abord à l'excision d'une partie de l'iris; mais j'abandonnai cette idée pour m'adresser au crochet. Je fus obligé de le retirer aussitôt : dans un mouvement du patient, j'avais blessé l'iris. J'attendis un peu, puis j'écartai avec un stylet les lèvres de la plaie kératique. Le sang s'écoula, et la chambre antérieure, devenue moins obscure, me permit d'apercevoir la pupille avec ses dimensions normales : presque aussitôt le cristallin s'engageait dans son champ, et une légère pression le mettait dehors.

L'opéré accusa dans l'œil une sensation d'ardente chaleur et une forte douleur sus-orbitaire. Une application de quarante sangsues à la tempe, puis des compresses imbibées d'eau froide, et maintenues durant cinq heures consécutives, firent disparaître la chaleur et calmèrent la douleur qui, combattue aussi par des frictions d'extrait de belladone et des bains de pieds à l'acide chlorhydrique, disparut dix heures après son apparition.

Le 17 août, l'examen de l'œil ne laisse rien à désirer. Dans

(1) Nous profitons de la publication de ce nouveau travail de notre honorable correspondant pour signaler l'erreur typographique commise dans notre numéro du 9 avril dernier, au lieu de cataracte *capsulaire*, il fallait cataracte *lenticulaire*.

---

que le forceps-scie tuerait nécessairement. Il n'y a donc aucun rapprochement à établir entre deux méthodes qui ont un but aussi complétement différent.

Au commencement de ce chapitre, quelques lignes sont consacrées au baptême intra-utérin, dans les cas où les manœuvres d'extraction doivent compromettre la vie de l'enfant. C'est là une innovation presque hardie qui fait le plus grand honneur au caractère de M. Verrier. A l'exemple de Mauriceau, notre confrère se préoccupe de conférer le premier des sacrements à un enfant qui va subir de graves mutilations, et, en cela, il a parfaitement raison. Traitera qui voudra de faiblesse un scrupule de cette nature, mon avis est que, quelles que soient les convictions personnelles de l'accoucheur, il ne peut se dispenser de compter avec les enseignements d'une religion que professe la majorité de la nation, qu'entoure le respect des lois et qui a su entraîner l'assentiment d'intelligences qui ont nom Pascal, Bossuet, Newton, Leibnitz et d'Aguesseau.

S'il est impossible d'établir sur des preuves mathématiques le dogme de l'immortalité de l'âme et l'influence du baptême sur les destinées éternelles, il est tout aussi impossible de prouver, par des arguments de même ordre, l'inanité de cette double croyance et, dans le doute, le plus simple bon sens ne dit-il pas qu'on commet une mauvaise action en s'exposant volontairement à priver un pauvre être d'avantages spirituels possibles et qu'il est facile de lui obtenir par une manœuvre aussi simple qu'inoffensive pour la mère.

D'ailleurs, disons-le, si quelques-uns s'abstiennent de baptiser l'enfant par conviction, ce qui retient beaucoup d'autres dans l'emploi d'une pratique que je considère comme un devoir imprescriptible, c'est un sentiment beaucoup moins honorable ; c'est la crainte du prétendu ridicule qui s'attacherait au procédé usité jusqu'ici pour porter l'eau baptismale dans le sein maternel. M. Verrier a voulu faire disparaître cette dernière cause d'abstention et a imaginé un instrument qui permet d'atteindre le but sans prêter à l'hilarité ou au sarcasme.

Etant admis le principe du baptême intra-utérin, je demanderais qu'on ne le restreignît pas aux cas où la vie de l'enfant va être sûrement sacrifiée, mais qu'on en étendît la pratique à tous ceux dans lesquels cette existence est sérieusement menacée par les dangers de l'intervention. Tels sont, en particulier, la version pelvienne, l'usage du forceps avec tractions fortes commandées par un rétrécissement pelvien, les cas où l'enfant a beaucoup souffert des longueurs du travail, la procidence du cordon ombilical, etc. Est-on toujours sûr, dans ces conditions, d'amener un enfant vivant, et que coûte-t-il de lui jeter préalablement un peu d'eau sur la tête ou toute autre partie du corps ? Bien que M. Verrier n'en ait pas donné explicitement le conseil, je suis presque sûr que cette extension d'une pratique qu'il recommande est tout à fait dans sa pensée.

L'accouchement prématuré artificiel joue aujourd'hui un rôle trop considérable en obstétricie pour que l'auteur ait omis de lui consacrer un chapitre important dans son livre. Il expose avec clarté les différentes méthodes proposées jusqu'ici pour faire naître l'enfant avant le terme naturel de la grossesse, et range ces moyens sous trois chefs, suivant qu'ils agissent par ponction, par dilatation ou par perforation. C'est là une division tout artificielle et qu'on peut conserver, si l'on veut; bien qu'à vrai dire tous ces moyens n'aient qu'un même mode d'action et se bornent à mettre en jeu la contractilité de l'utérus au moyen de l'irritation qu'ils déterminent sur la paroi.

Celui auquel il donne la préférence est l'excitateur utérin de M. Tarnier, précédé ou suivi de l'emploi des douches vaginales. J'adopte complétement sa manière de voir, qui est sanctionnée par l'enseignement et la pratique de M. le professeur Depaul ; on réussit toujours, par cette combinaison, à provoquer le travail pendant les trois derniers mois de la grossesse.

Après avoir exposé les indications et les procédés de l'opération césarienne pratiquée sur la femme vivante ou morte, M. Verrier consacre un dernier chapitre à la direction de la première enfance, comprenant l'allaitement, la vaccination, le sevrage et les soins que réclament les accidents de dentition. C'est un appendice tout à fait utile et qui sera fort goûté des praticiens, trop souvent aux prises avec les embarras que suscitent les difficultés de l'allaitement et les troubles variés de la santé, qui forment le cortége habituel de l'éruption des dents.

Tel est l'ouvrage que j'ai cherché à faire connaître aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. Je le crois appelé à rendre de vrais services aux élèves, et les hommes de pratique y trouveront aussi bien des indications utiles. S'il n'est pas destiné à faire oublier ceux qui l'ont précédé, il fera certainement et sûrement son chemin à côté d'eux. Je n'ai voulu, dans mon analyse, rien taire de ses qualités et des défauts que j'ai cru y trouver. Les qualités sont évidentes pour tous les yeux ; elles éclatent par la fidélité des descriptions, la sûreté des préceptes et la clarté d'un style qui rend la lecture du livre facile à soutenir longuement et sans fatigue. Les défauts sont rares et peuvent se résumer de la manière suivante. On pourrait, je crois, désirer un classement plus méthodique de quelques-unes des matières et parfois aussi plus de précision dans les notions, qui sont généralement exactes. Si nous ajoutons à ces remarques quelques lacunes et des incorrections qui paraissent tenir à la rapidité d'exécution, nous aurons tout ce qu'on retrouve à reprendre dans ce livre, qui renferme un résumé assez fidèle de l'enseignement de nos maîtres sur cette branche si intéressante de la médecine. Ce sont, en somme, de simples imperfections inhérentes à un travail de premier jet et qu'une édition nouvelle fera disparaître : le mérite et les habitudes laborieuses de l'auteur en sont un sûr garant.

Dr Em. Bailly.

l'après-midi, le malade se fâche et quitte son lit pour aller à la garde-robe : le lendemain, il accuse comme un corps étranger sous la paupière supérieure. C'est une hernie de l'iris, du volume d'une tête d'épingle, qui s'est produite à la partie externe de la plaie cornéenne. Celle-ci est cicatrisée dans le reste de son étendue. Je ne puis obtenir la réduction de la partie herniée, et le malade se refuse à l'excision. Compression de l'œil, instillations de sulfate d'atropine.

Les jours suivants, le mieux, qui aurait pu être compromis par la sortie de l'iris, se maintient; l'issue de cette membrane n'a même pas augmenté la conjonctivite. Dix jours après son apparition, la hernie est flétrie, comme étranglée par l'ouverture qui lui a donné passage, et dont les bords sont en contact. Aujourd'hui, on dirait une petite tache noire, située sous la conjonctive bulbaire. Le malade fait sa première sortie vingt jours après l'opération, et le trentième jour, il monte à cheval pour se rendre chez lui, à la campagne.

La pupille, légèrement déformée, est tirée en haut et en dehors; la vue est excellente : l'opéré lit et écrit parfaitement avec les verres n° 3.

Voilà certes un beau résultat et des causes nombreuses d'inflammation sans inflammation aucune.

La sortie difficile du cristallin ne peut être attribuée à la petitesse du lambeau cornéen, ni à des adhérences existant entre l'iris et la capsule, ni au déchirement impossible de celle-ci (cataracte capsulo-lenticulaire). On doit la rapporter au resserrement de la pupille.

Ce spasme, rare, je crois, dans les opérations de cataracte, surtout avec l'intensité que j'ai constatée, peut s'expliquer par l'émotion agissant sur le système nerveux. Le jour fixé pour l'opération, en effet, l'atropine n'agit plus aussi efficacement que les jours antérieurs; et le resserrement commence déjà avec l'incision de la cornée.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est la rapidité avec laquelle ce *myosis* a cédé, dès que l'iris piqué eut donné écoulement à un peu de sang. — Si je ne craignais de forcer les analogies, je comparerais le résultat de cette petite hémorrhagie iridienne, à celui qui suit la rigidité du col, s'opposant à sa dilatation, lors du travail de l'accouchement.

CORRESPONDANCE.

Nevers, le 27 septembre 1867.

Monsieur le rédacteur,

Je maintiens toutes les assertions contenues dans ma lettre, si modérée, du 23 septembre 1867, et je tiens à la disposition de M. Robin Duvernet la déclaration faite par M. Lefebvre Frelat, avocat de mon adversaire.

Il y a eu un certificat émanant d'un confrère malveillant, et l'indignation des médecins de Nevers a été unanime dans cette circonstance.

M. Robin Duvernet a assuré que, dans son certificat, il avait entendu parler de l'œil droit — œil non opéré — et non de l'œil gauche.

Ce subterfuge naïf s'est produit *in extremis*, mais il n'a pu le tirer de la position fâcheuse dans laquelle il s'était placé.

Le certificat a servi de base au procès qui m'est intenté par mon client.

Croyez à la sincérité de mes sentiments confraternels,

Em. Couranjou, d. m. p.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel :

M. Grisolle, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer par M. Bucquoy, agrégé près ladite Faculté.

— L'Académie des sciences vient de désigner les membres qui remplaceront MM. Velpeau et Rayer dans les commissions chargées de décerner les prix pour 1867.

M. Coste remplacera M. Velpeau dans la commission des prix de médecine et de chirurgie.

M. Bussy et M. Decaisne remplaceront M. Velpeau et M. Rayer dans la commission du prix Barbier.

— M. Piorry vient de poser sa candidature à la place vacante à l'Académie des sciences, par suite du décès de M. Velpeau.

— Aujourd'hui ont eu lieu à Saint-Roch les obsèques d'un homme qui a joué un certain rôle en politique, en littérature et dans les arts, M. le Dr L. Véron.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bouley, médecin de l'hôpital Necker.

Ses obsèques auront lieu demain mardi, 1er octobre, à midi très-précis, à l'église Notre-Dame de Passy.

On se réunira à l'Église.

— Le Comité médical des Bouches-du-Rhône, reconnu par décret impérial comme établissement d'utilité publique, décernera dans sa séance générale d'avril 1868 :

1° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : Poser les bases d'un système quarantainaire uniforme pour toutes les nations;

2° Une médaille d'or à l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet suivant : Etudes sur les eaux du canal de Marseille, considérées au point de vue physique, chimique, micrographique et hygiénique ;

3° Une médaille d'or pour le travail le plus complet sur la question : De la liberté de l'enseignement médical.

Les mémoires, écrits en français devront être parvenus au siége du Comité médical à Marseille, rue de l'Arbre, 25, avant le 1er mars 1868, terme de rigueur.

Les auteurs qui se feraient connaître seront exclus du concours.

Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement, précédé d'un **Aperçu anatomique et physiologique de ces organes; Ovariotomie,** par le Dr A.-A. Boinet, 1 vol. in-8 de 460 pages; prix : 7 francs. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Le Directeur, Dr É. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv t les derniers tarifs des postes

PARIS, 2 OCTOBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

M. le docteur Abeille, qui avait commencé, dans la précédente séance, la lecture d'un long et important mémoire sur la méthode pour obtenir l'organisation immédiate des plaies, a repris et terminé cette lecture dans la séance d'hier.

Partant de ce fait que la réunion par première intention, à la suite des opérations chirurgicales, est à peu près universellement abandonnée dans les hôpitaux de Paris, par cette double raison qu'elle ne réussit généralement pas et qu'elle laisse les plaies exposées à des accidents généraux compromettants pour la vie des opérés, M. Abeille considère la chirurgie actuelle comme étant réduite à reprendre les données anciennes, redevenues pour le moment les données du progrès. « Si la réunion par première intention échoue dans la majorité des cas, dit-il, c'est qu'elle n'est qu'un des chaînons qui peuvent faire obtenir l'organisation immédiate. A ce chaînon doivent en être ajoutés d'autres, et alors la proposition sera renversée ; au lieu de l'organisation immédiate comme exception, par cette simple méthode, on aura cette organisation pour règle et l'insuccès comme exception. » M. Abeille croit être parvenu à trouver les moyens propres à assurer le succès de l'organisation immédiate à la suite des grandes opérations chirurgicales. Ce moyen, dont on trouvera la description dans les propositions qui terminent et résument le mémoire de M. Abeille (voir le compte rendu de la séance), n'est autre, comme on le verra, qu'une variante ou un complément des procédés de la méthode sous-cutanée ou par occlusion. Comme celle-ci, elle est inspirée par le même fait d'observation, savoir que les plaies sous-cutanées, placées par cela même à l'abri du contact de l'air, s'organisent immédiatement; et fondée sur le même principe : placer les plaies dans les conditions analogues à celles qui président à l'organisation immédiate. — Abondance de bien ne nuit pas et mieux vaut deux moyens qu'un seul pour atteindre le même but.

M. Béclard a terminé, dans cette même séance, la lecture de l'introduction du grand travail de M. Dubois sur le degré de certitude de la médecine au dix-neuvième siècle. Cette partie de l'introduction a pour objet l'examen et la critique du livre de Cabanis et une rapide appréciation de la dernière tentative de systématisation de la médecine, marquant le point de départ de l'inventaire que M. Dubois se propose de faire de l'état actuel des connaissances médicales. Voici en quelques mots son programme :

« Nous prendrons, dit-il, pour point de départ l'époque de Cabanis : nous avons vu qu'il s'était imposé la tâche de répondre à quelques objections très-générales. Son dessein était de réhabiliter en quelque sorte la médecine de son temps aux yeux des gens du monde ; ce cadre lui suffisait. Les recherches auxquelles nous allons nous livrer exigent un autre plan. Nous prendrons les grandes classes de maladies et, après avoir indiqué en peu de mots pour chacune d'elles l'état de la science, nous dirons quels perfectionnements ont été apportés à l'art de guérir. Nous montrerons, pour chaque groupe de maladies, a quel degré d'avancement en a été amenée l'histoire scientifique et, en même temps, nous dirons quel degré de certitude on a donné à leur thérapeutique. »

On voit, par ce simple aperçu, que le travail de M. Dubois n'aura pas pour but de répondre aux détracteurs de la médecine. « Le temps est passé, d'ailleurs, ainsi qu'il le dit, où les gens de lettres, les philosophes, les auteurs dramatiques prenaient pour texte de leurs déclamations ce qu'ils appelaient les bévues de la médecine et les ridicules des médecins. » C'est aux hommes de science, aux hommes compétents qu'il entend s'adresser. « Assez et trop longtemps, dit-il en terminant, on a répondu à de vagues objections par des raisons non moins vagues ; il faut appeler les mécréants sur le terrain même de la science et de l'art, leur demander des faits positifs et à ces faits répondre par des faits, si toutefois leurs prétendus faits méritent une réponse. »

A bientôt, espérons-le, la réalisation de ce programme.

Dr BROCHIN.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. T. GALLARD.

Rétention du placenta simulant un polype utérin, trois mois après un avortement.

(Observation recueillie par M. G. CHANTREUIL, interne du service.)

La rétention du placenta dans l'utérus, après l'avortement, se comprend facilement quand on réfléchit au rôle physiologique de cet organe pendant le travail.

Dans l'accouchement à terme, les fibres utérines ont acquis une puissance contractile telle qu'elles peuvent expulser facilement, au moins dans la majorité des cas, le fœtus et le placenta. Dans l'avortement, lorsque le produit de la conception a été chassé au dehors de la matrice, la contractilité utérine est souvent trop faible pour opérer la délivrance. — Enfin, dans l'accouchement à terme, le fœtus est plus volumineux que le placenta ; par conséquent, il prépare à ce dernier une voie facile à parcourir. Dans l'avortement, au contraire, le placenta forme quelquefois une masse plus volumineuse que le fœtus lui-même, de sorte que l'expulsion du délivre nécessite les mêmes efforts que l'expulsion de l'enfant. Il doit donc y avoir un deuxième avortement, si je puis m'exprimer ainsi, sollicitant un travail au moins égal à celui qui s'est produit dans le premier. Quelquefois ce second travail s'effectue par les seules forces de la nature, mais avec une lenteur proportionnelle à la faiblesse de la contractilité utérine. C'est pour cette raison que le placenta peut séjourner un temps plus ou moins long, dans la cavité utérine, si on ne ranime pas cette contractilité éteinte.

L'époque à laquelle se fait l'expulsion du produit de la conception est très-importante à considérer.

Dans le premier et le deuxième mois, l'œuf est le plus souvent expulsé en entier.

Dans le cinquième et le sixième mois, l'expulsion du délivre se fait, à peu près, comme dans l'accouchement à terme. Il n'en est pas de même dans l'avortement qui se produit au troisième et au quatrième mois, le placenta a contracté à cette époque des adhérences avec l'utérus, et celui-ci n'a pas encore acquis la contractilité nécessaire pour rompre ces adhérences et chasser, hors de sa cavité, un corps déjà inutile et bientôt nuisible.

Chez la femme que nous avons observée, l'avortement eut lieu au terme de trois mois ; la rétention du placenta était donc imminente et elle se produisit en effet.

Les faits de placenta retenu, après l'avortement, commencent à ne plus être rares dans la science; mais, si ces faits ne sont plus intéressants par leur rareté absolue, ils le sont encore par les erreurs de diagnostic auxquelles ils peuvent donner lieu, et par les pronostics fâcheux qu'ils peuvent, bien à tort, inspirer. De plus, dans les cas cités jusqu'à présent, on ne paraît avoir procédé qu'une seule fois à l'examen microscopique, dans le fait de M. Duguet, et cet examen n'est pas sans intérêt, aussi est-il venu compléter utilement l'observation que nous allons rapporter, car il a été fait avec soin par un micrographe distingué, M. Ranvier.

Observation. — D... Louise, 28 ans, blanchisseuse, entre, le 6 février 1867, dans le service dont M. Gallard est provisoirement chargé à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Eugénie, nº 11.

Aucun antécédent de famille, au point de vue du cancer ou des autres maladies diathésiques. Elle a encore sa mère ; son père est mort de vieillesse, dit-elle. Elle a toujours été bien portante jusqu'à présent.

Réglée à 12 ans pour la première fois, elle le fut depuis régulièrement comme époque et comme quantité.

Premiers rapports sexuels à 22 ans, n'ayant pas amené de troubles. — Accouchement à 23 ans. Enfant vivant. Suites de couches naturelles.

Deuxième accouchment à terme, il y a deux ans. Depuis quelques années, leucorrhée assez abondante.

Vers la fin de novembre 1866, étant enceinte de trois mois environ, elle tomba en montant un escalier avec une charge de linge. A partir de ce moment, douleurs lombaires et hypogastriques. Pas d'écoulement sanguin.

Huit jours après, dans la soirée, la malade, au moment où elle urinait sur son vase de nuit, sentit tout à coup une douleur vive à la partie antérieure de l'abdomen : elle se releva, perdit une assez grande quantité de sang, en partie liquide, en partie coagulé. Puis un fœtus fut expulsé et un médecin, appelé aussitôt, constata la réalité du produit de conception. Mais le placenta ne suivit pas le fœtus. Le médecin, dit la malade, me donna une potion pour le faire sortir *(sic)*, mais il resta dans la matrice.

Les jours qui suivirent immédiatement la fausse couche, il y eut un écoulement de sang très-modéré. Mais, trois jours après, issue de caillots volumineux noirâtres et de sang liquide en grande abondance. Le médecin appelé examina les caillots et ne put retrouver de traces de placenta.

Le huitième jour après l'avortement, trois frissons suivis de chaleur et de sueur.

Amélioration après l'administration du sulfate de quinine. Plus de frissons.

Les pertes diminuent, mais continuent cependant à se manifester. Inappétence, perte des forces, amaigrissement.

6 février. Entrée à l'hôpital.

Face d'une teinte jaune paille. Yeux excavés et cerclés de noir. Faiblesse extrême.

L'examen de la poitrine fait percevoir une respiration pure, mais un peu faible.

A l'auscultation du cœur : prolongement du premier temps. Pas de bruit de souffle. Rhythme du cœur régulier.

Le pouls est petit, marque 96 par minute.

Du côté du tube digestif on constate que l'appétit est très-diminué. Quelquefois des nausées, pas de vomissements, mais de la diarrhée.

Par l'examen de l'abdomen on ne constate la présence d'aucune tumeur ; pas de sensibilité, pas d'empâtement dans les fosses iliaques, pas de ballonnement ni de déformation.

Toucher vaginal. — Col gros, un peu dirigé en arrière. Lèvre antérieure molle, un peu fongueuse et saillante. Culs-de-sac libres. A droite, on sent cependant une petite bride à la base du ligament large.

Le col est entr'ouvert. Le doigt y pénètre assez facilement. On sent une tumeur qu'on peut contourner, mais il n'est pas possible d'atteindre ses limites avec le doigt, l'insertion paraissant être trop élevée.

Le corps de l'utérus est un peu augmenté de volume et incliné en avant.

La malade n'a pas, dans ce moment, d'écoulement de sang pur ; mais elle a des pertes roussâtres, sanieuses, d'une fétidité qui n'est pas celle du cancer, mais d'une odeur nauséeuse comme celle des lochies, très-analogue à celle que l'on constate chez les femmes en couches, atteintes d'affections puerpérales graves.

9 février. Examen au spéculum.

Col ulcéré recouvert de mucosités purulentes.

A la mensuration : diamètre antéro-postérieur, 38mm ; diamètre transversal, 32mm.

A l'aide de l'hystéromètre, on constate que la tumeur est implantée vers la face antérieure, au niveau de l'insertion du col avec le corps à droite. L'instrument pénètre facilement à gauche, tandis qu'à droite il se trouve arrêté au point que nous venons d'indiquer. On constate avec le doigt que la base d'implantation du pédicule est assez large ; de plus, on sent à la partie postérieure de cette masse polypiforme, une espèce de rainure qui paraît constituée par la réunion des bords d'une membrane repliée sur elle-même, de façon à circonscrire une cavité. En entr'ouvrant l'orifice du col avec le spéculum, on voit se présenter une tumeur violacée, noirâtres ; de légères tractions, exercées sur cette tumeur avec une pince à polypes, ne parviennent pas à la détacher.

Prescription : Badigeonnage avec le perchlorure de fer. — Seigle ergoté, 50 centigrammes en deux paquets, à continuer. — Injections chlorurées.

18 février. Depuis l'administration du seigle ergoté, la malade perd de la sérosité roussâtre en assez grande abondance pour qu'on soit obligé de la changer d'alèze tous les jours.

La veille, écoulement peu abondant de sang pur. Malaise général. Coliques continuelles. Quelques envies de vomir. Impossibilité de dormir.

M. Gallard, en touchant la malade, sent la tumeur engagée à travers l'orifice du col et, avec le doigt, il en détache une partie qu'il enlève.

En examinant cette partie détachée, on voit qu'elle se compose d'une espèce de coque, dans laquelle on distingue une partie extérieure comme chagrinée un peu inégale et une partie interne lisse.

Du reste, ce fragment est altéré, putréfié et a une odeur fétide.

19 février. La malade a perdu un peu de sang hier soir.

20 février. Dans la journée, en urinant, la malade a rendu sans aucun effort le reste de sa tumeur, formant une masse un peu moins volumineuse que la précédente, mais ayant le même aspect. Les deux réunies représentent le volume d'une très-grosse noix. On cesse l'ergot de seigle.

21 février. Le col est refermé à son orifice interne, le doigt ne peut pénétrer dans la cavité utérine. Le col de l'utérus est un peu gros, encore sensible, incliné en arrière.

Prescription : Injections simples. Lavement huileux.

Aucun écoulement leucorrhéique, ni sanguinolent. — Facies meilleur, appétit. La malade reprend un peu d'embonpoint ; elle mange deux portions.

23 février. Le soir, à la suite d'un lavement huileux, la malade fut prise de selles liquides abondantes. Quelques frissons légers. Douleurs abdominales ayant leur maximum d'acuité dans la fosse iliaque gauche. Pas de vomissements. Facies un peu grippé. Yeux légèrement excavés.

Traitement : Application de dix sangsues sur la fosse iliaque gauche. — Tannin, 80 centigrammes, en six pilules.

Au toucher : Utérus douloureux, volumineux. — Empâtement léger à gauche. — Pouls à 130.

Métrite et phlegmasie péri-utérine légère.

24 février. Pouls à 104. Pas de selles dans la journée d'hier.

Six selles diarrhéiques dans la nuit. Ventre moins douloureux, souple, non ballonné. Aucun écoulement blanc ni séro-sanguin.

Traitement : Onctions avec onguent mercuriel belladoné. Cataplasmes.

25 février. Pas de selles la nuit. Pas de vomissements. — Ventre souple, non douloureux à la pression ; cependant, quand celle-ci est un peu profonde dans la fosse iliaque gauche, elle détermine de la douleur.

Traitement : Cataplasme laudanisé, un quart de lavement, amid. laud., 10 gouttes.

27 février. Pouls à 90. Le ventre n'est plus douloureux.

28 février. Par le toucher on constate que le col est encore un peu entr'ouvert, qu'il est incliné en arrière et encore un peu volumineux.

1er mars. Léger écoulement blanc. — Grand bain.

5 mars. La malade mange deux portions.

7 mars. Elle s'est levée hier pour la première fois. Le facies est animé, la teinte jaune a disparu, cependant la malade est encore un peu anémique. L'appétit est bon, l'embonpoint se recouvre, les joues se remplissent.

16 mars. La malade était sur le point de sortir, lorsqu'elle fut prise, vers onze heures du matin, de douleurs spontanées dans la fosse iliaque gauche, irradiant vers la fosse iliaque droite et les autres parties de l'abdomen, puis vers les aines et la face interne de la cuisse gauche. Ces douleurs cessent bientôt pour se renouveler sous forme de crises. Pas de frisson, pas de tremblement des membres.

A la visite du soir, — décubitus dorsal, visage animé, pommettes rouges, yeux un peu excavés. Peau chaude. — Pouls à 96. Pas de crise à ce moment.

Par la pression du ventre, on détermine de la douleur au niveau des fosses iliaques : une pression superficielle ne détermine pas de douleurs.

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin est très-chaud et très-sensible ; le moindre contact du doigt, en un point de son pourtour, est douloureux. L'orifice externe est entr'ouvert.

Vers les culs-de-sac, on ne trouve aucune tumeur, on n'y détermine pas de douleur par la pression, pourvu que l'utérus reste immobile dans cette exploration : cependant, toujours un peu de sensibilité dans le cul-de-sac latéral gauche.

Traitement : Application de douze sangsues. — Cataplasme laudanisé. — Pilules ext. théb., 5 centigrammes.

Les phénomènes s'amendent sous l'influence du traitement et finissent par disparaître complétement. La malade reprend son régime ordinaire, se lève, mange avec appétit et engraisse.

Le 23 mars elle est examinée au spéculum. Le col est un peu rouge ; on le modifie avec le nitrate d'argent.

Le 25 mars, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Après avoir lu cette observation, on est conduit naturellement à ce diagnostic : *Rétention du placenta, consécutive à l'avortement.*

En effet, les renseignements fournis par la femme sont positifs et il est rare qu'il en soit ainsi. Le produit de conception a été constaté par un médecin et celui-ci, ne pouvant extraire le placenta, a confié à la nature le soin de l'expulser.

L'avortement eut lieu à trois mois, terme favorable pour que le délivre soit retenu.

Les causes, nous les avons énumérées, sont le défaut de contractilité utérine, l'exiguïté du fœtus par rapport à la masse placentaire et aussi les adhérences du placenta à la face interne de l'utérus. Il n'est pas douteux, pour nous, que ces adhérences soient un obstacle à l'évacuation de l'arrière-faix. Nous en trouvons une preuve dans le fait de M. Velpeau, rapporté par Cazeaux, dans lequel il est dit positivement que le placenta était adhérent à la face interne de l'utérus dont on ne put le séparer, après la mort qui arriva le douzième jour de l'avortement, sans déchirer le tissu de l'organe.

Nous en trouvons encore une preuve dans notre observation même, où l'adhérence, quoique partielle à cause du décollement qui avait dû se faire depuis l'avortement remontant à deux mois et demi, n'en était pas moins réelle et attestée par la séparation en deux portions de la tumeur sous l'influence d'une certaine traction. Ce fait montre également que le tissu placentaire ne devient pas toujours dur, coriace, non friable quand il est retenu dans l'utérus, mais qu'au contraire il peut s'altérer et se rompre assez facilement. Quant à la nature de ces adhérences, l'étude du développement de l'embryon et de ses annexes montre qu'elles sont le résultat de l'union vasculaire existant entre la face interne de l'utérus et le placenta.

Nous n'admettons, pas plus que Baudelocque, les adhérences extraordinaires développées entre le placenta et l'utérus, mais nous ne croyons pas, au moins dans la majorité des cas, à un décollement complet du placenta au moment de l'avortement.

Les symptômes ont été, comme symptômes généraux, ceux de l'anémie ; comme symptômes locaux, les pertes utérines et les signes fournis par le toucher et l'examen au spéculum.

Les pertes, rouges et inodores au début, devinrent roussâtres et fétides vers la fin.

L'écoulement de sang était dû aux ruptures vasculaires résultant du décollement partiel du placenta, sous l'influence des efforts naturels de l'utérus pour se débarrasser d'un corps dont l'existence n'avait plus de but. Selon certains auteurs, les pertes viendraient encore de la muqueuse utérine, irritée par la présence du placenta, comme elle l'est par le contact d'un polype.

Enfin, lorsque le placenta commence à devenir putrilagineux, il doit fournir des détritus qui communiquent au liquide qui s'écoule du vagin, l'odeur fétide spéciale que nous avons signalée.

Par le toucher, on constate la présence d'une tumeur polypiforme, siégeant au-dessus du col, ou du moins dont l'insertion paraît être située à l'union du col et du corps. La tumeur n'a donc pas débuté par le col, ceci est important au point de vue du diagnostic.

On constate, en outre, en arrière de la tumeur, une petite rainure qui, à nos yeux, a une certaine importance, car elle nous paraît être l'indice du reploiement d'une cavité sur elle-même et constituer dans le cas particulier un élément de diagnostic. On ne pouvait hésiter qu'entre trois maladies :

Un cancer,

Un polype fibreux,

Un placenta retenu.

Or, le cancer devait être éliminé pour les considérations suivantes :

Pas d'antécédent héréditaire ;

Un cancer ne débutant pas par le col est assez rare. — La femme est jeune (28 ans).

Les pertes sont peu fétides, ou du moins elles ont une odeur spéciale.

Un polype ? L'âge de la malade, mais surtout les commémoratifs éloignaient de cette idée.

Il est bien rare, en effet, que les renseignements que nous avons obtenus de la malade, au point de vue de l'avortement et de la délivrance, soient aussi précis et aussi certains. Le plus souvent, la femme ne se souvient que de l'existence de pertes plus ou moins abondantes avec caillots, qui n'ont pas été examinés et qui sont survenus quelques mois après une suppression de règles.

Mais, ne se croyant pas enceinte, elle n'a pas attaché d'importance à ces phénomènes.

C'est dans ces circonstances qu'un interrogatoire minutieux est très-important pour arriver au diagnostic. Cependant il faut bien reconnaître que, dans nombre de cas, l'erreur est facile et qu'il est très-possible de confondre, avec un polype et surtout avec un polype cancéreux, un morceau de placenta ainsi retenu, adhérent et implanté à la surface interne de l'utérus par une sorte de pédicule.

Le temps pendant lequel le placenta reste dans l'utérus est très-variable. Chez notre malade, il est resté deux mois et demi, parce que l'art est venu aider la nature pour déterminer son expulsion. Quelquefois il ne reste que quelques heures, quelques jours ; mais il peut rester plusieurs mois : trois mois (M. Dufour), quatre mois (M. Depaul).

M. Brouardel (*Bulletin de la Société anatomique*, 1866) rapporte que MM. Millard et Charrier parlent d'un séjour de onze mois (1859, Société anatomique, *Compte rendu*). — La longueur du séjour pourrait être plus grand, puisque Pasta parle de deux ou trois ans et Schenck de dix-sept ans.

Au rapport de Pasta, Ambroise Paré aurait vu un placenta conservé jusqu'à la mort.

M. Richard (*Bulletin de la Société anatomique*, t. XV, p. 338) aurait trouvé un placenta dans l'utérus d'une femme, morte d'apoplexie, dont il faisait l'autopsie.

Quelle doit être la conduite du médecin lorsque, après un avortement de deux à quatre mois, le placenta reste dans l'utérus ?

Je crois qu'avant de résoudre cette question, il est bon de savoir ce que devient le placenta abandonné à lui-même dans la cavité utérine.

M. Duguet, qui a fait des recherches à ce sujet, croit que les modifications subies par le délivre sont peu profondes en général ; elles consisteraient en une espèce de dessiccation, de sorte que l'arrière-faix se présenterait sous la forme d'un morceau compacte, charnu, serré, coriace, non friable, représentant, par son aspect pyriforme aplati, le moule de la cavité utérine.

Mais, il n'en est pas toujours ainsi ; le placenta retenu dans l'utérus peut se putréfier et donner lieu à des accidents graves. La malade a des pertes d'une odeur fétide, les parois utérines, en contact avec des matières en putréfaction, en absorbent une partie : la malade est prise de frissons, de fièvre, et la vie est compromise par une intoxication putride.

Cazenave admet, dans certains cas de rétention, la transformation du placenta et des membranes en môles charnues. Enfin, Noegelé et Osiander admettent la possibilité de la résorption du délivre.

Il résulte des considérations précédentes, que la conduite du médecin doit être variable :

1° Suivant l'époque à laquelle il est appelé ;

2° Suivant les accidents auxquels donne lieu la rétention.

Peu de temps après l'expulsion du fœtus, l'introduction de la main et quelquefois du doigt est impossible, par conséquent toute tentative d'extraction directe doit être proscrite. Un médicament auquel les accoucheurs ont dû penser immédiatement, est l'ergot de seigle ; mais Cazenave dit n'avoir jamais vu, à cette époque, le médicament produire un résultat heureux.

Attendre, dit-il, est la seule chose possible. Mais pourra-t-on attendre indéfiniment ?

D'après les faits de séjour prolongé sans accidents notables, que nous avons cités tout à l'heure et auxquels il conviendrait d'en ajouter un très-remarquable, communiqué il y a quelques années à la Société médicale de l'Elysée par M. le docteur Leroy de Méricourt, il est évident qu'il peut arriver qu'une intervention médicale soit inutile. Mais, d'autre part, si l'on considère la gravité des phénomènes qui peuvent s'emparer de la malade, on voit qu'il arrive un moment où il faut agir sans retard.

Quand faut-il agir ? Comment faut-il agir ?

Il est nécessaire d'opérer la délivrance avant que les accidents d'intoxication putride ne surviennent ; il faut également tenir compte de l'affaiblissement déterminé par les pertes utérines.

D'autre part, il est favorable d'agir quand le placenta est décollé ou quand il est près de l'être.

On voit donc que le moment propice pour opérer la délivrance artificielle est compris entre deux limites, malheureusement variables et pouvant se rapprocher tellement l'une de l'autre, que toute indication devient impossible. En effet, les accidents putrides peuvent se manifester avant le décollement du placenta et le seigle rester inefficace, comme le prouve le fait si instructif de M. Velpeau.

Par conséquent, tout en louant beaucoup l'ergot de seigle qui a si bien réussi chez notre malade et chez celle de M. Duguet, placées toutes deux dans les circonstances favorables que nous avons indiquées, nous devons faire remarquer que ce médicament n'est pas infaillible.

C'est ce qui a dû inspirer aux accoucheurs l'idée d'employer les instruments, tels que la pince à faux-germe de Levret ; le crochet à délivrance, la curette de M. Pajot ; enfin, dans le cas d'urgence, Cazeaux conseille l'emploi simultané du tampon et du seigle ergoté.

N'oublions pas de faire remarquer, en terminant, que la rétention du placenta est loin de constituer une condition indifférente pour l'utérus.

Alors même qu'elle ne s'accompagne pas de phénomènes de putridité, elle détermine presque inévitablement une phlegmasie de l'organe gestateur. C'est ce qui est arrivé à notre malade qui, affaiblie par de persistantes hémorrhagies, et après avoir échappé aux dangers résultant de la putréfaction, a été atteinte à deux reprises différentes de métrite parenchymateuse aiguë, ce qui a prolongé de près d'un mois son séjour à l'hôpital.

HOPITAL MILITAIRE D'ARRAS. — M. CABASSE.

ACCIDENTS AUXQUELS SONT EXPOSÉS LES MINEURS.

Asphyxie de dix-sept sapeurs du 1er régiment du génie et de cinq autres envoyés pour leur porter secours. — Observation. — Brûlure grave du col, de la poitrine et du dos. — Carbonisation du pouce, de l'indicateur et des deux dernières phalanges du médius. — Amputation partielle de la main. — Guérison.

Le 16 octobre, lorsque je repris la direction du service de l'hôpital militaire d'Arras, je trouvai, parmi les malades, le nommé L..... Michel, sapeur au 1er régiment du génie, qui, quatre jours auparavant, avait subi une amputation partielle de la main gauche.

L'observation de ce blessé, intéressante à plus d'un titre, nous a paru aussi présenter assez d'intérêt au point de vue de la chirurgie conservatrice, pour ne pas être perdue. Voici les détails qui nous ont été donnés sur la cause de l'accident et qui nous ont surtout engagé à publier la note qui fait l'objet de cette communication :

Le 14 septembre, ce sapeur était employé dans une galerie de mine avec seize de ses camarades, occupés aux travaux d'école ; il se trouvait en tête, portant un falot à la main pour éclairer et diriger la marche. Des gaz provenant d'un fourneau voisin, auquel le feu avait été mis dans la matinée, faisant tout à coup irruption dans la galerie, ces hommes tombèrent tous instantanément asphyxiés. Un officier et quatre sapeurs qui avaient été envoyés pour leur porter secours eurent le même sort. Malgré les dangers du sauvetage, on parvint cependant à les retirer au bout d'un quart d'heure, et, grâces aux soins qui leur furent prodigués, on put heureusement les rappeler à la vie. L'accident n'eut de suites fâcheuses que pour L....., qui dut être remporté immédiatement à l'infirmerie. Le falot qu'il portait à la main, continuant à brûler, malgré la présence du gaz, mit le feu à sa veste et à sa chemise et occasionna une brûlure très-étendue, aux premier, deuxième, troisième et quatrième degrés, au col, à la poitrine et au dos. Le pouce, l'index et les deux dernières phalanges du médius de la main gauche furent presque complétement carbonisés.

Après être resté quelques jours à l'infirmerie, le blessé fut dirigé à l'hôpital, où les brûlures furent pansées d'abord avec le liniment oléo-calcaire, puis plus tard à l'alcool camphré additionné d'acide phénique ; celles du tronc, malgré leur étendue, ne tardèrent pas à se cicatriser progressivement ; mais, au bout d'un certain temps, notre prédécesseur et ami, le docteur Petitgand, jugea qu'il ne pouvait pas abandonner à la nature le soin de l'élimination des parties carbonisées et se décida à en faire l'ablation.

Nous devons à M. Leteurtre, interne de l'hôpital, qui a servi d'aide, les détails relatifs à l'opération qui a été pratiquée le 12 octobre.

Le blessé, homme d'un moral excellent et d'une grande énergie, d'une bonne constitution, est âgé de 29 ans, il ne se rappelle pas avoir été malade avant son entrée au service ; accidents syphilitiques pendant la campagne de Chine, long traitement spécifique.

Sur sa demande, on n'a pas eu recours au chloroforme.

La peau, afin de ménager les téguments, fut incisée en se rapprochant le plus possible du sillon inflammatoire indiquant la limite des parties saines et des parties carbonisées, puis on tailla successivement, de dedans en dehors, les lambeaux jugés nécessaires pour recouvrir les extrémités après leur section. Le premier et le deuxième métacarpien furent ensuite sciés en biseau, un peu au-dessous de la tête, dans la direction d'une ligne droite partant du premier os du métacarpien et remontant obliquement à la commissure du doigt médius avec indicateur ; enfin, on pratiqua la désarticulation de la deuxième phalange du médius.

L'opération, quoique laborieuse, fut terminée en une demi-heure, aucun vaisseau important ne fut ouvert et ne nécessita l'emploi d'une ligature. Les lambeaux, à peine suffisants, furent affrontés au moyen d'épingles et de la suture entortillée.

Pendant tout ce temps, L..... ne poussa pas un cri ni une plainte.

Les suites furent des plus heureuses, le 17 octobre, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, lorsque j'enlevai le premier appareil, je trouvai les parties dans les meilleures conditions possibles, pour pouvoir espérer une réunion rapide de la plaie par première intention; pas de gonflement, suppuration peu abondante, commencement de cicatrisation; état général des plus satisfaisants, le blessé réclame avec instance à manger. Sa plaie est pansée avec des plumasseaux de charpie imbibée d'alcool camphré; au bout de quelques jours, je pus enlever les fils de suture et, dans les premiers jours du mois de novembre, la cicatrisation est solide et la guérison de la main complète.

Quoique n'ayant été entravée par aucun accident, la cicatrisation incomplète de la brûlure des parois de la poitrine prolongea jusqu'au 29 novembre la durée du séjour du blessé à l'hôpital.

A cette époque, il était complétement guéri et les doigts conservés jouissaient de l'intégrité parfaite des mouvements.

Malgré la fréquence de ces accidents qui se renouvellent chaque année, lors des travaux d'école qu'exécutent les régiments du génie, et auxquels sont exposés les mineurs, il n'en est fait nulle mention dans les nombreuses observations des médecins militaires. Tous les ouvrages de chimie sont également à peu près muets sur les dangers que peuvent occasionner les gaz provenant de la combustion de la poudre, et sur l'asphyxie rapide que ceux-ci peuvent produire, par suite des transformations qu'ils subissent, lorsqu'ils sont accumulés dans une galerie et emprisonnés dans la terre humide (azote, acide carbonique, oxyde de carbone, hydrogène sulfuré, sulfure et bisulfure de potassium).

Cette question nous paraît digne d'une étude sérieuse de la part des chimistes habiles que renferme la pharmacie militaire.

D'après M. Le Beurié, chef de bataillon du génie (cours des mines), les accidents sont dus surtout aux transformations que subit le sulfure de potassium : « Lorsque, dit-il, le sulfure de » potassium est en contact avec l'air, il se transforme en sul» fure de potasse, mais, lorsqu'il se trouve renfermé dans une » terre humide avec de l'acide carbonique, ils réagissent l'un » sur l'autre ; il se produit alors du carbonate de potasse avec » dégagement d'hydrogène sulfuré. Ce gaz est un poison vio» lent qui tue à la dose de 1/800 ; il asphyxie instantanément » les mineurs exposés à le respirer, lorsqu'on remue les terres » dans lesquelles il se trouve emprisonné. »

Le gaz hydrogène sulfuré est, chacun le sait, la cause la plus ordinaire de l'asphyxie si dangereuse produite par les fosses d'aisance.

DES ALTÉRATIONS

que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel,

par le Dr A.-A. Lempereur.

A la première période de son développement, l'embryon, frappé de mort, subit une dissolution plus ou moins complète, et le placenta peut, restant adhérent à l'utérus, continuer à vivre et éprouver d'importantes modifications jusqu'au moment de l'expulsion de l'œuf entier.

Dans la deuxième période, le fœtus subit une altération toute spéciale, qui consiste dans une sorte d'amincissement et de dessiccation à laquelle on a donné le nom de *momification*; altération bien distincte qui le maintient pendant des mois entiers presque sans changement apparent, sauf dans son volume et sa coloration.

Pour les cas de grossesse gémellaire, on observe, en outre, *l'aplatissement* en galette du fœtus momifié.

Dans la troisième période, le fœtus passe par tous les degrés d'une autre altération appelée *macération*, désorganisation progressive sans odeur, sans production de gaz.

Au premier stade, les lésions portent principalement sur les téguments, le système vasculaire qui laisse transsuder son contenu, le tissu cellulaire qui s'infiltre, et les organes internes qui subissent une diminution de consistance.

Au deuxième stade, il y a dénudation épidermique, mollesse et affaissement général du corps, mobilité des os du crâne, ramollissement des viscères et notamment du cœur et du cerveau, qui passe à l'état de bouillie épaissé; déformation et état granuleux des éléments spécifiques des organes.

Au troisième stade, excoriation sur divers points du corps, flacidité extrême des tissus, dislocation des os crâniens, flétrissement, amincissement et décoloration des viscères, liquéfaction du cerveau; présence, dans la plupart des tissus, de granulations grises et surtout de granulations graisseuses coïncidant avec la disparition de tout ou partie des éléments propres.

Au dernier stade, degré extrême de la macération, dissociation des parties et disparition graduelle de certains tissus. Cette période ultime de l'altération ne peut guère s'observer que dans des cas tout à fait exceptionnels qui supposent un séjour prolongé dans la cavité utérine, et alors ce séjour aboutit, pour le fœtus, ou à la destruction successive de ses divers organes ou à une sorte de consomption des parties molles et de réduction au squelette, ou enfin même à une conservation indéfinie de l'organisme inclus.

Au terme de la grossesse, c'est-à-dire au moment où, par diverses causes, l'expulsion d'un fœtus privé de vie est retardée, si l'air atmosphérique a trouvé accès jusqu'à lui, alors se produit la putréfaction ou décomposition avec dégagement de gaz, état emphysémateux des tissus et fétidité insupportable des matières altérées. Quand le fœtus est situé hors de la cavité utérine, on observe encore, suivant la période pendant laquelle il a cessé de vivre, toutes les altérations rapportées plus haut, c'est à savoir la dissolution, la momification, la macération avec ses degrés, ses modes de terminaison et sans doute aussi la putréfaction.

D'après un certain nombre d'observations, on est autorisé à admettre pour les grossesses extra-utérines l'enkystement osseux ou calcaire du produit de la conception, l'induration du fœtus, la pétrification, c'est-à-dire l'imprégnation de tout ou partie de ses tissus par des sels de chaux; et peut-être même aussi une véritable ossification.

Enfin, si l'on considère toutes ces altérations d'une manière générale, si l'on cherche en dehors de la terminaison dernière, nécessairement fatale, le caractère qui leur est commun, on reconnaît qu'au fond de toutes, il y a une dégénérescence graisseuse qui s'explique par l'analogie et l'expérimentation, aussi bien qu'elle se constate par l'observation directe (1).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er octobre. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le Dr Clary, inspecteur de l'assistance publique dans le département du Lot, sur l'état des enfants atteints de syphilis vaccinale dans la commune de Cardillac (Commission de vaccine);

2° Deux rapports d'épidémies par M. le Dr Amyot (de Baume) et par M. le docteur Marcel (d'Aumetz) (Commission des épidémies) ;

3° Un exemplaire du compte rendu des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité du département de la Meurthe, pendant les années 1865 et 1866 ;

4° Un exemplaire du seizième volume du *Recueil des mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaire militaire*, adressé par M. le ministre de la guerre.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur le choléra, par M. le Dr Neubauer (de Libourne);

2° Une note de M. Ozouf, ancien pharmacien, sur un procédé pour obtenir en grand de l'acide carbonique pur sans goût et sans odeur (commissaires, MM. Boullay, Gobley et Boudet).

M. **Béclard** offre, en hommage, au nom de l'auteur, M. le docteur Brochin une brochure intitulée : *Assistance et associations*, articles extraits du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, et donnant de vive voix une analyse sommaire de ces deux articles, il entre dans quelques considérations générales sur leur objet.

M. **Bouchardat** présente, au nom de M. le docteur Gauneau un opuscule intitulé : *Éducation physique et morale des nouveau-nés*.

M. le **Président** annonce la mort de M. le docteur Lafont-Ladébat, membre associé de l'Académie.

LECTURES

M. Béclard a la parole pour continuer la lecture du travail de M. Dubois (d'Amiens), intitulé : *Degré de certitude de la médecine au dix-neuvième siècle.*

Cette lecture est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

Organisation des plaies. — M. le docteur **Abeille** continue la lecture, commencée dans la dernière séance, de son travail intitulé : *Mémoire sur la méthode pour obtenir l'organisation immédiate des plaies traumatiques et chirurgicales et par conséquent pour les préserver des accidents traumatiques.*

L'objet de ce mémoire est d'exposer les inconvénients de la plupart des méthodes de pansement en usage et de montrer les avantages de la méthode qu'il se propose de leur substituer pour assurer le succès de l'organisation immédiate dans la grande majorité des cas. Il traite successivement dans son mémoire : 1° de l'organisation immédiate; 2° des causes qui l'empêchent ou l'attardent; 3° du système de pansement qu'il propose pour l'obtenir ; 4° des accidents traumatiques et des causes qui les suscitent en les aggravant; 5° enfin des faits cliniques qui corroborent le système qu'il propose et cherche à faire prévaloir.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° La réunion par première intention des plaies traumatiques ou chirurgicales échoue dans l'immense majorité des cas. Cet échec expose les blessés, surtout dans les hôpitaux, à des accidents généraux trop souvent funestes. De là, le rejet de cette méthode d'une manière à peu près générale aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris.

2° Il est démontré que les plaies sous-cutanées s'organisent immédiatement; ce résultat est dû à ce que ces plaies subissent l'organisation à l'abri du contact de l'air.

3° La méthode que je mets en avant place les plaies dans des conditions analogues à celles qui président à l'organisation immédiate dans la méthode sous-cutanée.

4° Cette méthode consiste : 1° à réunir aussi exactement que possible les lèvres de la plaie en ayant soin, pour maintenir l'affrontement, de se servir des moyens les plus simples, mais les plus capables de résister ; 2° à faire des pansements rares, tous les trois ou quatre jours environ ; 3° à faire des imbibitions d'eau froide, continues ou intermittentes, de façon à ce que l'appareil reste toujours imbibé.

5° Il faut éloigner, dissiper toutes les causes qui peuvent apporter un trouble dans le travail de réparation et le faire dévier.

6° Les pansements rares constituent, pour obtenir l'organisation immédiate, un moyen par excellence et que je revendique.

7° Les imbibitions d'eau froide concourent puissamment à aider, à hâter même l'organisation immédiate et à préserver les blessés des accidents généraux qui les déciment.

(Commissaires : MM. Ricord, Gosselin et Jules Guérin.)

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 juillet 1867. — Présidence de M. Chausit.

M. Boys de Loury et M. Géry père s'excusent, pour raison de santé, de ne pouvoir assister à la séance.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal,

M. Perrin dit que non-seulement il donne l'huile de pétrole en capsules contre les lombrics et les oxyures, mais aussi contre le ténia.

M. Giraldès. Dans la dernière séance, M. Boinet a dit que tout le monde connaissait le procédé opératoire dont je venais d'entretenir la société, et que, dans l'intérêt historique, il tenait à rectifier cette erreur, à savoir que le procédé que j'avais employé pour rétablir le canal de l'urètre dans les cas de broiement du périnée, était nouveau. Je ne répondis rien, mais rentré chez moi, je consultai les auteurs et je vois que le procédé que j'ai employé date de 1861, tandis que celui de Demarquay date de 1867.

Or, le procédé de M. Demarquay est tout à fait différent.

Celui de M. Sédillot qui offre aussi des différences immenses avec le mien, a été publié en 1864, pour la première fois, par M. Sarrazin. Quant à M. Chassaignac, il a publié son procédé en 1844, mais seulement pour les cathétérismes difficiles, ce qui ne se rapporte nullement au cas de broiement du périnée.

M. Boinet. Depuis plusieurs années, MM. Bourguet (d'Aix), Demarquay, Sédillot et autres ont rétabli le canal de l'urètre par des procédés plus ou moins dissemblables, en se servant de l'urétrotomie externe.

Que M. Giraldès se soit ou non servi de stylet, cela ne fait rien à l'affaire, et ce qu'il donne comme un procédé nouveau ne l'est pas, M. Giraldès prétend ensuite que son procédé date de 1861 ; mais il n'a pas été publié, et personne ne pouvait le connaître.

M. Giraldès. Le fait a été publié dans un journal de Bordeaux, comme s'étant passé à l'hôpital Necker en 1861. Or, c'est aussi dans l'intérêt historique que j'ai pris la parole.

M. Géry fils lit un rapport sur la candidature de M. Luys.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Séance du 19 juillet 1867. — Présidence de M. Chausit, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Discussion sur le mémoire de M. Gallard (traitement du cancer utérin).

M. Charrier rappelle le sujet du mémoire que M. Gallard a lu à la Société pour faire acte de candidature. Le sujet que notre honorable collègue a choisi, dit-il, mérite toute notre attention. C'est un nouveau mode de traitement du cancer utérin par les injections de perchlorure de fer, au moyen de la seringue de Pravaz perfectionnée et modifiée, injections faites au pourtour de la tumeur et dans l'épaisseur des tissus sains. M. Gallard a traité ce sujet avec une grande réserve, il n'a rien affirmé, c'est une simple idée qu'il a essayée, ne pouvant pas rester les bras croisés et sans rien faire devant un cancer qui affecte le col de l'utérus d'une femme jeune encore, 30 ans environ, et qui a l'apparence d'une santé florissante. On ne doit pas, dit M. Gallard, rester impassible devant la marche envahissante du cancer, et on doit agir, ne fût-ce que pour consoler la malade et lui montrer qu'on ne l'abandonne pas. M. Gallard n'affirme rien, du reste, il essaie, il tente quelque chose de nouveau, mais il reste, jusqu'à plus ample informé, dans un doute méthodique. Une fois, ces injections ont paru faire disparaître l'ichor fétide qui s'exhalait du cancer, et flétrir la tumeur en arrêtant les hémorrhagies.

M. Charrier, tout en rendant justice à l'esprit et à la réserve qui ont guidé M. Gallard dans ses expériences, se demande si ce mode de traitement est utile ; pour lui, chaque fois qu'il a vu un de ses maîtres intervenir activement, ou qu'il est intervenu lui-même dans le traitement du cancer utérin, la maladie a reçu du traitement, un coup de fouet, une impulsion nouvelle, et la terminaison fatale a été précipitée. Aussi se demande-t-il s'il n'y aurait pas avantage à ne combattre que l'élément douleur qui arrive toujours lorsque l'orifice interne est atteint, et si les anciens n'avaient pas raison d'appeler le cancer *noli me tangere*.

Il ajoute que rien n'est plus difficile que de savoir jusqu'où s'étend le cancer utérin, quelquefois toute la muqueuse est envahie, et l'on ne peut pas savoir jusqu'où le mal remonte. Aussi croit-il qu'il faut de nouvelles expériences, et il appelle sur ce sujet de nouveaux renseignements de la part de M. Gallard.

M. Gallard n'a eu en vue, dans son mémoire, que d'appeler l'attention des observateurs sur un traitement qui pourrait retarder l'issue funeste; il ne croit pas à la curabilité du cancer, mais il croit que l'on pourrait peut-être remédier à plusieurs accidents qui accompagnent l'évolution de cette maladie.

Ainsi — il faut tout dire — dans un cas où il a injecté de l'acide acétique, il s'est développé une péritonite qui a été mortelle. L'autopsie a montré que dans les points où l'injection avait été faite, il y avait de petites lacunes, de petites loges, et qu'ainsi on pourrait peut-être favoriser une élimination spontanée. Mais, dans le cas présent, il s'est peut-être trop hâté, il injectait 25 centigrammes d'acide acétique, mais à des intervalles trop rapprochés peut-être — tous les trois ou quatre jours.

Dans un autre cas, chez une femme que M. Charrier lui avait adressée et où il y avait une excessive douleur, il injecta du perchlorure de fer avec une solution de morphine, et la douleur diminuait.

Dans le dernier cas qui s'est offert à son observation, il eut soin de ne pas porter l'injection très-loin au delà de la tumeur. C'était chez une femme de 29 ans qui avait une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, dans le col de l'utérus ; les insertions vaginales étaient un peu indurées. Après l'injection, la tumeur noircit et, au bout de vingt-quatre heures, l'hémorrhagie était arrêtée. L'ichor fétide persistait, mais la tumeur était un peu revenue sur elle-même et modifiée.

M. Forget. La question qui est en ce moment en discussion est très-intéressante et mérite, à coup sûr, toute notre attention.

M. Gallard ne prétend pas guérir le cancer, il l'a formellement annoncé, mais arrête-t-il la marche de la maladie ? Non ; parce que les végétations seront détruites, il n'est pas à dire pour cela que le mal est enrayé. Non, on n'arrête pas *le nisus formativus*, on n'arrête pas l'évolution diathésique.

M. Forget croit qu'avec le perchlorure de fer, avec le sulfate d'alumine suivant la méthode de M. Homolle, on peut momifier la tumeur, mais on ne guérit pas, ce n'est qu'un palliatif.

Maintenant, il est un autre point à discuter, ajoute M. Forget, et il faudrait bien que l'on s'entendît sur la valeur pathologique du mot cancer, car il est hors de doute que, chez les jeunes femmes, les cancers sont souvent des produits épithéliaux qui sont des maladies locales d'abord, et qui peuvent être détruits par le fer rouge. C'est ce qui explique les succès de Jobert. Mais le diagnostic est difficile au début et, pour arriver à un jugement motivé, il faudrait prendre deux séries parallèles

(1) In-8. Prix, 3 fr. — Paris, 1867. Adrien Delahaye.

de cas à peu près semblables, traiter les uns et ne pas traiter les autres, et voir le résultat.

M. Aimé Martin. J'ai vu, avec M. Devilliers, une dame de 47 ans qui avait un cancer limité au col de l'utérus ; rien, aucune tumeur n'avait été sentie par le palper abdominal, aussi me décidai-je à enfoncer dans le col des suppositoires en pâte de Canquoin, le col est en partie détruit, et les hémorrhagies qui, auparavant, étaient fréquentes, n'ont pas reparu depuis quatre mois.

M. Charrier dit que le point le plus difficile à établir dans le diagnostic est la délimitation de la tumeur.

M. Perrin, sans admettre complétement ce qu'a dit M. Gallard, ajoute que l'idée qu'il a produite devant la Société peut être une bonne méthode, mais qu'il faudrait, avant d'agir sur l'utérus, l'avoir expérimentée sur des régions que l'on peut circonscrire, telles que la région des lèvres et la région mammaire ; que là on ne serait pas arrêté par le voisinage du péritoine, comme dans le cancer de l'utérus, et qu'ainsi on pourrait s'édifier sur la valeur du moyen.

M. Gallard répond à M. Forget qu'il n'a eu, en faisant ces injections, qu'une seule idée : celle de soulager les malades sans leur nuire, *primo non nocere* ; qu'il préfère son moyen au fer rouge, tel que l'appliquait Jobert, parce que très-souvent il a vu l'application du fer rouge avoir un retentissement sur les annexes de l'utérus.

Quant à l'idée de M. Perrin d'expérimenter sa méthode d'injections sur des cancers mammaires et labiaux, l'idée est bonne, mais lui, M. Gallard, n'ayant qu'un service de médecine, il ne peut pas la mettre à exécution, parce que c'est du ressort du chirurgien et non du médecin. Maintenant, il répète que le devoir du médecin est de ne pas abandonner les malades, et qu'en agissant ainsi il le remplit, et que c'est pour lui une grande considération.

M. Simonnot est de l'avis de M. Charrier, sur la difficulté du diagnostic et de la délimitation du cancer. Dans le cas cité par M. Gallard où, à la suite d'injections d'acide acétique, la malade a succombé à une péritonite, M. Gallard ne nous a pas dit jusqu'où allait le cancer ; — car si le corps de l'utérus est cancéreux, il n'y a rien à faire.

M. Gallard. Le cancer se bornait au col, mais je ne sais pas s'il y avait un retentissement du côté des ovaires.

M. Forget dit qu'il faut faire intervenir pour le diagnostic les recherches modernes. Lorsque le cancer est ulcéré, douloureux, les indurations sont cancéreuses, et ce cas devient très-peu propice pour l'opération.

Mais il faut, avant de se décider à opérer, savoir s'il y a hétérométrie ou hétérotopie, c'est-à-dire si le col peut être parfaitement circonscrit ; que l'utérus soit léger, sans adhérences pelviennes, il est alors à présumer que le cancer est épidermique, qu'il y a hétérométrie ; c'est alors un cas propice, le cancer est local ; alors tous les moyens sont bons, il faut exciser par le bistouri ou enlever par l'écraseur, ou bien encore se servir à la circonférence d'un caustique potentiel.

Mais, si le cancer n'est pas limité, si l'utérus est lourd, immobile, dans le bassin, il y a hétérotopie. La maladie est généralisée, il ne faut pas opérer.

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert sur la candidature de M. Luys.

M. Luys, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr A. CHARRIER.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

174. Catala. Quelques considérations sur le diagnostic de la fièvre jaune.

175. Chevallier. De la paralysie des nerfs vaso-moteurs dans l'hémiplégie.

176. Méraut. De l'absorption par le tégument externe dans le bain.

177. Vidal. Essai sur les kystes de la mamelle.

178. Compayré. Des signes physiques dans les maladies des poumons.

179. Caillet. Classification, diagnostic et pronostic des présentations et positions.

181. Sisteray. Simulation de l'épilepsie au point de vue de la pratique et de la médecine légale.

182. Huet. Considération sur l'accouchement dans les bassins rétrécis.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente.	475
Dr Emile Dubois.	20
TOTAL . . .	495

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance vendredi 4 octobre 1867, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour. — M. Jules Worms. — Observations relatives au diagnostic différentiel des affections abdominales.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le Dr CHASSAIGNAC. 2 vol. gr. in-8 compactes. Prix : 18 francs. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr CHASSAIGNAC, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte.—Paris, chez V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. FANO, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 figures et dessins en chromo-lithographie. Prix : 7 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le Dr CHASSAIGNAC — Paris, chez V. Masson et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 117. — SAMEDI 5 OCTOBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 5 OCTOBRE 1867. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la paraplégie liée aux lésions des organes génito-urinaires.

Il existe en ce moment dans le service de M. Fournier à l'Hôtel-Dieu (service de clinique), une femme qui a une paraplégie liée à l'existence d'une affection des reins et de la vessie. Elle rend des urines purulentes; la paralysie du mouvement presque complète dans le membre abdominal droit, est incomplète dans le membre gauche.

Il ne faut pas remonter très-haut pour retrouver les premiers faits de ce genre qui ont attiré l'attention des observateurs. « Le développement des paralysies à la suite des maladies des voies urinaires, est encore aujourd'hui un fait ignoré d'un grand nombre de médecins, » écrivait M. Rayer dans son *Traité des maladies des reins*. C'est aux médecins anglais, à Stanley et à Graves, notamment, qu'on doit les premières observations sérieuses, bien recueillies et scientifiquement interprétées, c'est-à-dire envisagées au point de vue d'un processus morbide commun et des rapports qu'ont entre elles les deux lésions coexistantes. Plus tard, M. le docteur Raoul Leroy d'Étiolles, dans son *Traité des paralysies des membres inférieurs ou paraplégies*, ouvrage couronné par l'Académie de médecine en 1853, a réuni tous les faits connus et authentiques, auxquels il a joint ses propres observations en assez grand nombre. Le tout constitue un ensemble de 41 faits. Sur ces 41 faits, 6 sont avec autopsies et, dans ces six autopsies, on n'aurait constaté aucune lésion appréciable de la moelle, tandis que dans chacune d'elles il y a eu des lésions plus ou moins étendues et plus ou moins avancées des reins et de leurs dépendances.

C'est sur cette circonstance de l'absence de toute lésion appréciable de la moelle, que Graves avait fondé sa théorie des paralysies réflexes d'origine périphérique, si bien résumée dans cette proposition générale : « Les impressions qui intéressent un point des extrémités nerveuses périphériques, peuvent se propager vers les organes centraux, d'où elles sont renvoyées par action réflexe, sur les nerfs de certaines régions plus ou moins éloignées, et déterminent ainsi des manifestations morbides, analogues à celles qui seraient produites par une affection primitive des centres nerveux. »

Cette doctrine, qui a été assez longtemps accréditée, est assez fortement battue en brèche aujourd'hui par de nouveaux faits, peut-être plus scrupuleusement observés et par les révélations du microscope qui ont permis de constater des lésions réelles là où l'œil nu ne pouvait les apercevoir. M. le docteur Fournier, dans le service duquel se trouve précisément en ce moment la malade qui fait le sujet de ces quelques réflexions, présentait, en 1858, à ses collègues de la Société de Biologie la moelle et la vessie d'un homme qui avait éprouvé pendant les derniers temps de sa vie un commencement de paraplégie avec une affection des reins et de la vessie accusée par la purulence des urines. A l'autopsie il constata, avec l'altération inflammatoire des reins et de la vessie diagnostiquée pendant la vie, l'existence d'une tumeur ronde, du volume d'une petite noix, dans le canal vertébral, à l'origine de la région dorsale, entre la dure-mère et la pie-mère et placée au-devant de la moelle, dont le volume était diminué à ce niveau.

Sans doute ce fait, à lui seul, ne prouverait rien contre les faits négatifs rapportés par les auteurs que nous venons de citer, si ce n'est qu'il a pu exister coïncidemment avec une altération des reins une tumeur intra-vertébrale qui suffit amplement pour expliquer les phénomènes paraplégiques constatés pendant la vie. Il y aurait lieu tout au plus à le classer dans une autre catégorie de faits bien connus d'ailleurs et qui sont loin d'être rares. Mais ce qui porterait coup réellement à la doctrine des paraplégies purement fonctionnelles, au nombre desquelles Graves a cru devoir ranger les paraplégies dites urinaires, ainsi que les paraplégies intestinales, les paraplégies *à frigore*, etc., ce serait la constatation faite dans ces derniers temps, à l'aide du microscope, de lésions très-réelles et souvent très-considérables là où, à l'œil nu, les organes médullaires semblaient présenter toutes les apparences de l'état sain.

C'est ainsi que nous trouvons dans l'ouvrage récent de M. le docteur Jaccoud sur les paraplégies et l'ataxie du mouvement (1), la relation de deux autopsies de sujets ayant succombé à la suite d'une paraplégie urinaire : l'une, faite par le médecin anglais Gull et relative à un homme qui était devenu paraplégique tandis qu'il était affecté de blennorrhagie et de syphilis et chez qui l'examen de la moelle montra une dégénérescence atrophique, avec dépôt abondant de graisse dans les cordons antérieurs; la seconde, faite par Kussmaul. Dans ce fait-ci, il s'agit d'un homme de 58 ans qui fut pris de paraplégie dans le cours d'une cystite chronique. A l'autopsie, Kussmaul trouva, avec la lésion de la vessie, une péritonite par propagation, une dégénérescence athéromateuse des deux artères hypogastriques et une transformation graisseuse de la plupart des tubes nerveux dans les deux nerfs sciatiques. La prétendue paraplégie fonctionnelle était donc une paraplégie organique de cause périphérique, produite par deux conditions : l'altération des nerfs et l'altération des artères.

D'où cette conséquence, ou plutôt cet enseignement, qu'en fait ressortir M. Jaccoud, que, chez les individus qui succombent avec une paraplégie urinaire, ce n'est pas seulement dans la moelle et ses membranes qu'il faut rechercher des lésions macro ou micro-scopiques, mais aussi dans les nerfs périphériques et dans les vaisseaux artériels du bassin.

« Si nous rapprochons les résultats fournis jusqu'ici par les autopsies, ajoute M. Jaccoud, nous verrons que la paraplégie dite urinaire, peut être l'effet de conditions organiques multiples et diverses, savoir : la méningite et la myélite de la partie inférieure de la moelle, la phlegmasie des muscles abdominaux-cruraux (myositis propagata de Kussmaul et Friedberg), la névrite et la dégénérescence qui en est la suite (nevritis propagata de Kussmaul), l'artérite déformante (endarteritis deformans) des vaisseaux du bassin. La connaissance de ces lésions indique les obligations que doit remplir une autopsie pour être complète. »

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites que pourra avoir l'observation de la malade de l'Hôtel-Dieu, qui a été le sujet de ces quelques remarques.

(1) *Les paraplégies et l'ataxie des mouvements*, par S. Jaccoud. — Paris, 1864, chez Adrien Delahaye.

Du retroceps (forceps asymétrique).

Nous recevons de M. le Dr Hamon (de Fresnay) la note suivante, dans laquelle notre confrère expose les circonstances qui ont paru jusqu'à présent faire méconnaître toute la valeur de son invention. Nous lui laissons la parole :

« Le *Retroceps* inaugure une nouvelle ère dans l'art de l'obstétrique.

Jusqu'ici, en effet, chacun des nombreux instruments, connus en vue d'extraire artificiellement la tête, ont été construits sur le principe de symétricité, c'est-à-dire que leurs milieux ont été disposés de manière à saisir l'organe suivant les points opposés de ses divers diamètres. Le nouvel instrument, bien que pouvant, à la rigueur, être utilisé en tant que symétrique, s'applique à peu près invariablement en arrière de la tête fœtale (*retro capio*, je saisis par derrière), dans l'aire postérieure du bassin. Telle est la base fondamentale sur laquelle repose la nouvelle doctrine tocologique, la retrocepie, dont les résultats pratiques sont utiles, en raison de la singulière facilité des manœuvres qu'elle comporte, en dehors, bien entendu, des plus graves conditions obstétricales.

Je viens de dire que le retroceps s'applique en arrière de la tête fœtale, dans l'aire postérieure du bassin. Ces expressions doivent être prises dans leur plus large acception, pour ce qui a trait tant à la mère qu'à l'enfant. Ainsi, la tête doit être considérée, abstraction faite de toute distinction de ses régions anatomiques. Tenant uniquement compte du décubitus de la mère, quelle que soit la nature de la présentation de l'organe, c'est sur sa partie postérieure, plus ou moins directement, que les deux cuillers doivent être appliquées.

Pour ce qui est de la mère, l'aire postérieure du bassin est, pour moi, déterminée par le décubitus qui lui est assigné. Ainsi, à part de très-rares exceptions, c'est l'attitude dorsale qui la fait affecter à la femme, pour les diverses manœuvres de l'accouchement. Pour l'ordinaire donc, l'aire postérieure du bassin correspond aux régions sacro-sciatiques. Mais il cesse d'en être de même dans les décubitus latéral et ventral, qui, dans de rares circonstances, il est vrai, peuvent aussi être utilisés en vue de faciliter l'application du retroceps. Dans ces conditions tout exceptionnelles, l'aire postérieure du bassin ne correspond plus à son siége anatomique; elle sera déterminée par la nature même de l'attitude assignée à la patiente.

Ainsi donc, plus d'équivoque : le retroceps s'applique sur la partie postérieure de la tête fœtale, telle qu'elle se présente, en face de l'accoucheur, et sans distinction de telle ou telle de ses régions anatomiques; il correspond, plus ou moins exactement, à l'aire postérieure du bassin, déterminée elle-même, non pas anatomiquement, mais par la nature du décubitus affecté par la femme.

On l'a déjà compris, les deux cuillers du retroceps, se juxtaposant en arrière de l'organe, le saisissent suivant une surface circonférentielle assez restreinte. Leur sphère d'action, en effet, se limite sur un simple quart de cercle. A tout prendre, cet instrument n'est donc autre chose qu'une cuiller double, plus ou moins ouverte, en raison du volume de la tête à saisir. C'est un double levier, plus large, plus profondément excavé que l'instrument primitif du Hollandais Roonhuysen, double levier monté sur un manche transversal mécanique commun. En un mot, c'est une main artificielle, toute d'acier, c'est-à-dire forte, puissante, irrésistible.

Telle est, à grands traits, l'idée du nouvel instrument. Rien de plus simple que son mécanisme; rien de plus aisé à comprendre que son mode d'action. La tête, d'une part, saisie telle quelle, en arrière, par le double levier fortement cintré; maintenue, d'autre part, à l'opposite, par la ceinture antérieure du bassin, dans les sphères d'action des becs des cuillers, obéit d'autant plus aisément à la main qui l'attire, que, libre entre les fenêtres, qui ne sauraient exercer sur elle aucune compression, sous l'influence des tractions exercées sur le manche, elle se réduit spontanément et présente, comme d'elle-même, à la filière pelvienne, ses diamètres les plus favorables. Ainsi s'expliquent les succès obtenus, presque sans aucune peine, par des mains fort peu expérimentées, dans des conditions où le forceps croisé, véritable instrument des maîtres, avait été préalablement mis en œuvre sans aucun résultat, mais non toujours sans danger, tant pour la mère que pour l'enfant.

Jusqu'ici la destinée de cet instrument a été assez singulière. Créé de toutes pièces au fond de la province, par un simple praticien de petite ville, à peine les précieuses qualités du retroceps ont-elles été mises en relief par la publication de quelques travaux, épars dans divers organes de la presse médicale, que de nombreux confrères, pleins de foi dans la parole d'un homme bien connu par sa sincérité scientifique, se sont empressés de se munir du nouvel engin obstétrical, pour l'expérimenter à leur tour.

Par un étrange contraste, cet instrument n'a pas été bien accueilli dans les hautes sphères officielles. Ce destin peu propice s'explique aisément. Dans les mains exercées des maîtres, le forceps croisé est une arme aussi sûre qu'inoffensive. Ils avaient donc assez peu lieu de se préoccuper du nouveau venu, qui, je dois à la vérité cet aveu, n'a même point été compris.

Mais, le 16 septembre dernier, me trouvant à Paris, pour faire construire ou perfectionner divers instruments de chirurgie, ma bonne étoile me conduisit à l'hôpital des Cliniques. Je fus présenté à M. Tarnier, qui précisément, le jour même, se préparait à faire une leçon sur le forceps, devant une nombreuse assistance, composée presque uniquement de médecins, accourus de toutes parts, vers la capitale, dans ce temps de vacances et d'Exposition. Dans la nombreuse collection de ces engins de délivrance, figurait le nouveau-né. Lorsque le savant professeur de clinique fut arrivé à la description du retroceps, il daigna s'en remettre à l'inventeur du soin de donner lui-même l'idée de son œuvre. J'ai eu l'honneur de démontrer mon instrument, et d'effectuer, sur le mannequin, toutes les manœuvres qu'il comporte. Je prie M. Tarnier de vouloir bien agréer ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour cette faveur, à laquelle j'étais éloigné de m'attendre.

Grâce donc à la bienveillance de M. Tarnier, j'ai été assez heureux pour donner une idée exacte d'un instrument qui n'avait pas été compris. Bien plus, ce savant maître a bien voulu me promettre qu'il profiterait de la première occasion pour expérimenter le retroceps. Entre des mains aussi habiles, le succès ne saurait être douteux. Aussi suis-je plein de foi dans la destinée d'un instrument qui n'a jamais failli, dans les limites du possible, entre les mains de tous ceux qui, jusqu'ici, en ont fait usage.

Quoi qu'il en soit, j'ai pu m'assurer que le retroceps n'a été compris, jusqu'à ce jour, que par les praticiens qui en ont fait usage. Les hommes spéciaux eux-mêmes n'ont pu arriver à s'en faire, *à priori*, une idée exacte.

Instruit par l'expérience du passé, appréciant parfaitement les raisons pour lesquelles mes descriptions, mes relations ont été trouvées obscures, je me propose aujourd'hui d'entreprendre un travail dont la lucidité ne laissera rien à désirer. Des dessins mieux conçus, des planches nouvelles me permettront de faire saisir, au premier coup d'œil, l'esprit, la manœuvre et le mode d'action de mon instrument. Je veux qu'après la lecture de ce travail, tout praticien qui m'aura fait l'honneur de m'accorder son attention, soit susceptible de tirer du retroceps un aussi excellent parti que son inventeur. »

De l'emploi thérapeutique de l'alcool chez les enfants.

L'usage que M. le professeur Béhier, à l'exemple des médecins anglais, et quelques autres praticiens à son exemple, ont fait de l'emploi des préparations alcooliques, dans un certain nombre d'affections aiguës fébriles et même inflammatoires, accueilli d'abord avec un mélange d'étonnement et de défiance, commence à trouver aujourd'hui moins de résistance et à pénétrer peu à peu dans les habitudes de la pratique commune. Il y aura lieu, un jour, à examiner et à étudier sérieusement ici cette sérieuse question de thérapeutique, au double point de vue des indications physiologiques ou rationnelles de l'usage de l'alcool et de ses effets pratiques. Nous ne voulons, pour le moment, qu'enregistrer simplement les résultats d'une nouvelle série d'expériences entreprises sur une classe très-intéressante de malades : sur les enfants.

Avec l'assentiment et sous le contrôle du chef de service, M. le docteur Simon, M. le docteur Gingeot, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, a essayé la méthode de Todd à l'hôpital des Enfants-Malades. Il a consigné les résultats de ses essais dans un excellent travail inséré dans le *Bulletin général de thérapeutique*, auquel nous empruntons le résumé suivant :

M. le docteur Gingeot ne s'est pas attaché spécialement aux états manifestement adynamiques ; s'inspirant des préceptes de Todd, il a administré l'eau-de-vie dans les phlegmasies franches comme dans les cas où la dépression des forces dominait. C'est sous forme d'eau-de-vie à 50° Gay-Lussac et en dilution dans un julep gommeux ou dans de l'eau sucrée, que l'alcool a été donné aux petits malades.

Voici le relevé des enfants traités par cette méthode :

Huit pneumonies (enfants de 2, 13, 9, 3, 14, 6 ans), sept guérisons, un décès.

Une fièvre typhoïde chez un enfant de dix ans ; guérison.

Une bronchite capillaire, suite de coqueluche ; mort.

Deux tuberculisations pulmonaires, suite de coqueluche ; deux morts.

Deux rougeoles graves ; une guérison et une mort.

M. Gingeot a parfaitement compris qu'une statistique basée sur un aussi faible chiffre serait complétement sans valeur. Aussi n'est-ce point sur la proportion des guérisons obtenues qu'il appuie ses appréciations, mais sur l'analyse des phénomènes constatés à la suite de l'administration des préparations alcooliques.

Ses observations, ainsi envisagées, se résument comme il suit :

1° *Appareil digestif.* — L'alcool n'a jamais produit aucun trouble sérieux du côté de cet appareil et de ses fonctions. Plusieurs fois, l'appétit a été relevé, la langue et la bouche humidifiées ou nettoyées. Dans quelques cas, il y a eu soit de la diarrhée, soit de la constipation, mais, loin d'augmenter, ces symptômes ont diminué à mesure qu'on augmentait la dose quotidienne d'alcool.

2° *Appareil circulatoire et respiratoire.* — Un des effets les plus fréquents du traitement alcoolique a été de faire tomber le pouls. Cet abaissement du pouls après l'emploi d'une quantité d'alcool suffisante a été noté jusqu'à trois fois dans un cas de fièvre typhoïde.

La faiblesse du pouls a paru diminuer également sous l'influence de l'eau-de-vie.

Enfin, la température s'est abaissée, en plusieurs occasions, d'une manière sensible.

Le ralentissement du pouls n'a pas toujours coïncidé avec l'amoindrissement de la chaleur ; parfois même, le pouls est devenu plus fréquent alors que la température baissait, et *vice versâ*.

Le plus souvent, mais non toujours, la respiration est devenue moins fréquente.

3° *Système nerveux.* — La céphalalgie, la pesanteur de tête, l'agitation, l'insomnie, le délire ont été très-efficacement combattus par l'eau-de-vie et, dans aucun cas, cet agent ne les a provoqués.

La stupeur et les bourdonnements d'oreille ont cédé de la même manière, aussi bien que les soubresauts des tendons. On n'a jamais observé le moindre signe d'ivresse ou d'abattement consécutif.

Le traitement a paru, dans tous les cas, exercer une influence heureuse sur l'état des forces et sur la rapidité de la convalescence.

On n'a eu à constater aucune modification importante du côté des urines. La transpiration, au contraire, a été souvent provoquée par l'usage de l'alcool.

En résumé, l'alcool employé à l'hôpital des Enfants s'y serait comporté, d'après M. Gingeot, comme dans les hôpitaux anglais et comme dans le service de M. le professeur Béhier. Ses propriétés antifébriles y auraient été une fois de plus confirmées.

Toutefois, il nous faut enregistrer l'aveu que fait M. Gingeot, que les effets produits ont été parfois inégaux, qu'on a vu, en plusieurs occasions, le pouls s'accélérer alors que la respiration se ralentissait ou que la chaleur diminuait, et réciproquement ; enfin, que dans un petit nombre de cas, l'eau-de-vie a paru aggraver momentanément la situation des malades (ce qu'il croit pouvoir attribuer à l'insuffisance de la quantité prescrite dans quelques cas, l'observation ayant démontré que, non-seulement il faut que les doses soient assez élevées pour être utiles, mais que les doses trop faibles peuvent être nuisibles — point de pratique à vérifier).

De toutes les particularités présentées par les malades de l'hôpital des Enfants, la plus digne d'attention, aux yeux de M. Gingeot, a été la tolérance morbide.

Enfin, M. Gingeot formule les conclusions suivantes, comme expression dernière de ses expériences :

1° Le traitement alcoolique peut être appliqué aux enfants sans plus de dangers qu'aux adultes et aux vieillards ;

2° L'alcool administré à doses fractionnées, dans les maladies aiguës fébriles, paraît avoir la même action thérapeutique aux différents âges de la vie, celle que M. Béhier a fait connaître le premier en France.

Or, rappelons pour qu'on n'exagère rien, ni dans un sens ni dans l'autre, des conséquences à tirer de ces faits, en quels termes M. Béhier a résumé lui-même les conclusions qu'il a cru devoir tirer de ses expériences et de ses observations : « Je n'en veux tirer, quant à présent, dit-il, d'autre conclusion que celle-ci : c'est que les préparations alcooliques, méthodiquement administrées, sont d'un usage beaucoup moins dangereux et beaucoup plus facile et beaucoup plus innocent que l'on n'est généralement porté à l'admettre ; qu'elles constituent un précieux moyen de relever et de consolider les forces de l'économie, et enfin qu'on peut les employer à doses plus larges qu'on n'a l'habitude de le faire assez ordinairement dans ce pays, pourvu que ces doses restent fractionnées. » (Article ALCOOL du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

Il n'y a, quant à présent, ni rien de très-compromettant dans ces conclusions, ni rien de bien effrayant à voir continuer des expérimentations dans ces limites et avec cette prudence. Nous attendrons pour juger les résultats définitifs.

HOPITAL MILITAIRE D'ARRAS. — M. CABASSE.

SUR LES DANGERS

Résultant de la présence de corps étrangers, esquilles, fragments de vêtements ou autres dans les plaies d'armes à feu.

Parmi les questions restées en litige, lors de la discussion relative au traitement des plaies d'armes à feu, qui a eu lieu à l'Académie de médecine, après les événements de 1848, se trouve celle de l'indication des corps étrangers.

Tandis qu'avec Hunter, Dupuytren, MM. Roux, Blandin et surtout Jobert de Lamballe regardaient l'extraction des corps étrangers et des projectiles de guerre comme tout à fait secondaires, MM. Bégin, Velpeau, Malgaigne, Huguier, Baudens, Hutin, Sédillot, d'accord avec la majorité des chirurgiens, insistent avec raison sur l'importance extrême que le chirurgien doit apporter, et le soin avec lequel il doit procéder, pour aller à la recherche et débarrasser les plaies d'armes à feu des corps étrangers de toutes natures qu'elles peuvent contenir.

« Il faut, disait M. Bégin, résumant la discussion avec sa » haute expérience, et ce principe est selon moi au-dessus » de toute contestation sérieuse, il faut extraire, autant qu'on » le peut, les corps étrangers introduits dans les plaies d'armes » à feu. Ce n'est pas que je conseille, pour satisfaire à ce principe, de multiplier sans mesure des recherches douloureuses, » de tourmenter les parties avec une insistance exagérée ; en » un mot, de déterminer des désordres plus nuisibles que ne » pourrait l'être le corps étranger le plus agressif. Mais, entre » cette volonté de retirer toujours et à tout prix les corps étrangers et cette opinion qu'ils sont inertes, qu'il n'y a qu'un faible » intérêt à les extraire et qu'on doit les laisser quand ils ne se » présentent pas, pour ainsi dire, d'eux-mêmes, il y a une différence énorme. Selon moi, l'indication de leur extraction est » toujours présente, toujours le chirurgien doit chercher à la » remplir ; mais il doit le faire avec la prudence et la mesure » que la raison conseille. S'il réussit, il aura beaucoup fait en » faveur du blessé ; s'il s'arrête devant l'impossibilité absolue » ou devant la crainte de produire des lésions additionnelles » trop graves, il aura encore satisfait aux principes de l'art ; » et, quels que soient les résultats de la blessure, il n'aura pas » à se reprocher de les avoir laissés devenir funestes par son » incurie. » (Séance du 28 septembre 1848.)

Plus tard, en 1852, dans un savant mémoire présenté à l'Académie, M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, placé dans les meilleures conditions, au milieu de vieux soldats, et témoin des inconvénients fréquents résultant de la présence et du séjour prolongé de corps étrangers dans les plaies, est venu apporter les fruits d'une longue expérience passée sur le théâtre de la guerre pour élucider cette importante question (1).

« La meilleure chirurgie, dit notre honoré et vénéré maître, » aujourd'hui inspecteur, est celle qui guérit le mieux et dans » le moins de temps possible : tout le monde est d'accord sur ce » point. Mais, pour être en droit de regarder la cure comme » complète, il ne s'agit pas de faire cicatriser une solution de » continuité ; il faut encore que la cicatrice soit durable. Un » homme est admis dans un hôpital ; après la cessation des accidents qui l'y ont conduit, après l'occlusion d'une plaie, la » consolidation d'une fracture...., etc., le praticien qui lui a » donné des soins le renvoie et ne le revoit plus ; cet homme » est dit, selon l'expression consacrée, parfaitement guéri. On » le croit, en effet, et il a tous les motifs imaginables pour partager cette croyance. Cependant, au bout de quelques mois, » de quelques années, sans cause apparente, ses cicatrices se » déchirent, les plaies s'ouvrent et suppurent de nouveau, pour » expulser des corps dont la présence remonte à l'époque de sa » blessure.... »

Chargé pendant deux années d'un service à l'hôpital de Bourbonne, nous avons eu fréquemment occasion de voir d'anciennes blessures se rouvrir, par suite de l'excitation produite par le traitement thermal, et de constater la sortie de fragments osseux et de corps étrangers qui, depuis de longues années, étaient la cause de souffrances et d'accidents plus ou moins graves.

1re Observation. — Nous avons actuellement, pour la deuxième fois, en traitement dans les salles, le nommé E......, sous-officier au 26e de ligne, qui a reçu le 12 décembre 1854, en Crimée, un coup de feu (éclat de bombe) qui a fracturé comminutivement la jambe gauche.

Transporté à l'ambulance du Clocheton, où un premier pansement est appliqué, il fut évacué sur l'ambulance du quartier-général, puis sur Constantinople où l'on se borna à extraire deux esquilles détachées assez volumineuses. Le cal mit un temps très-long avant de se consolider, et la blessure fut six mois ayant de se refermer.

En 1857, à Sidi-bel-Abbès, E......, fut atteint une première fois de phlegmon volumineux, la réouverture de la blessure donna lieu à la sortie d'une abondante suppuration, entraînant des fragments d'esquilles pendant plus d'une année. Après une saison à Amélie-les-Bains, la plaie se ferma de nouveau.

En 1864, à Strasbourg, nouvel abcès, sortie de petits morceaux d'os vermoulus.

En 1865, au mois de septembre, quelques jours avant que nous ne fussions chargé du service, nouveaux accidents inflammatoires d'une telle gravité que l'amputation du membre est mise en discussion par notre prédécesseur. Formation d'une vaste collection purulente sur laquelle nous faisons pratiquer plusieurs applications de caustique de Vienne. Deux tubes de drainage, puis extraction de deux esquilles assez volumineuses et mobiles que nous allons chercher assez profondément. Le blessé sort de l'hôpital le 27 novembre, après soixante-quatre jours de traitement.

Chaque fois que nous avons occasion de le rencontrer depuis cette époque, il nous exprime sa reconnaissance et nous dit qu'il ne souffre plus, la marche est facile. E..... se considère comme complétement guéri.

Il vient cependant de nous revenir, encore après une saison à Bourbonne, pour un petit foyer purulent dont l'ouverture n'a pas permis de constater la sortie de parcelles osseuses ni de corps étrangers. Il n'est resté cette fois que quatorze jours. Est-ce pour lui le dernier accident ? Le peu de gravité du dernier et le bon état actuel du membre permettent de l'espérer.

Cette observation est un exemple frappant des dangers et des inconvénients graves auxquels sont exposés les blessés, lorsqu'on aura négligé, au moment de l'accident, d'extraire toutes les esquilles primitives libres ou adhérentes, tous les fragments osseux qu'une blessure peut renfermer (suppurations interminables, fistules, abcès, phlegmons, érysipèle, infection purulente, tétanos).

Nous avons vu succomber à cette dernière affection, il y a peu de temps, un jeune soldat, à la suite d'un coup de feu qui avait fracturé comminutivement le deuxième et le troisième métacarpien, et chez lequel on avait négligé d'extraire plusieurs esquilles mobiles.

« Tous les corps étrangers, dit M. Hutin, ne séjournent pas » au même titre dans les plaies. Ceux-ci ont des inconvénients » dont ceux-là sont exempts ; ...... les uns offrent des dangers » qui n'accompagnent pas les autres.... Les esquilles sont des » corps étrangers de la pire espèce, eu égard aux aspérités dont » elles sont ordinairement hérissées. Presque toujours oblongues, » déliées, amincies, très-aiguës, elles piquent les chairs au milieu desquelles elles ont été violemment poussées et déterminent une irritation qui peut avoir les suites les plus » fâcheuses. On doit les enlever avec soin, autant que possible : » je ne pense point qu'il existe aucun chirurgien dissident. »

Outre les esquilles et les projectiles, les plaies d'armes à feu peuvent renfermer les corps étrangers les plus variés. Les balles, les éclats de bombe, etc., poussent le plus souvent devant eux des fragments de vêtements, de boutons, de chaînes, sur lesquels ils agissent d'une manière différente, et il importe pour le traitement de savoir de quelle manière, sous quelle forme, ils ont été introduits.

Nous avons extrait, autrefois, d'une blessure au pied, un corps étranger organique dont personne, que nous sachions, n'a encore fait mention. C'était une rondelle de peau dure et cornée

(1) « Mémoire sur l'extraction des esquilles et des corps étrangers dans les plaies d'armes à feu, » présenté à l'Académie de médecine par M. Hutin, en 1852.

de la plante du pied, taillée comme à l'emporte-pièce et que la balle avait poussée devant elle.

M. Hutin, parlant des inconvénients qui peuvent résulter de la présence des corps étrangers envisagés dans leur nature, ajoute :

« Les substances non métalliques peuvent devenir plus nuisibles après leur introduction. La terre, la chaux, les plâtras se délitent, se liquéfient, pour ainsi dire, dans une plaie qui reçoit, de l'action chimique de leurs composants, des influences dont on ne peut nier la réalité. Les débris de vêtements se distendent promptement et causent plus d'accidents peut-être que les balles elles-mêmes, en raison de leur texture et de la nature de leur tissu ; car les mille petites pointes dont ils sont hérissés sont une cause incessante d'irritation. Aussi n'est-ce jamais sans surprise que je vois négliger leur extraction par des personnes qui disent avec plus de confiance que de logique : La suppuration les entraînera. »

Certains corps étrangers, des fragments de vêtements peuvent parfois occasionner immédiatement des accidents graves. Le fait suivant, dont nous avons conservé dans nos notes un résumé d'observation, en est un exemple :

2e Observation. — En 1844, X....., brigadier au 2e chasseurs d'Afrique, reçoit une balle à la partie postérieure du col, et est évacué avec une foule d'autres blessés, six ou sept jours après, sur l'hôpital de Tlemcen, dans le service de M. Castano, où nous remplissions les fonctions de sous-aide. La balle avait pénétré obliquement à la partie moyenne et postérieure du cou, au niveau de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale ; sans intéresser aucun os, elle était sortie au milieu de la joue droite. Quoiqu'il n'y ait qu'un séton, l'intensité des accidents inflammatoires, les violentes douleurs, l'abondance de la suppuration, la tuméfaction énorme de la face me firent penser qu'il y avait là quelque chose d'insolite et m'engagèrent, le lendemain de l'entrée du blessé, avant de faire son pansement, à explorer attentivement la blessure. Après avoir introduit profondément, sans rien rencontrer, le petit doigt par l'ouverture d'entrée, je cherchai par l'ouverture de sortie à venir à la rencontre avec ma pince à pansement fermée. Je fus arrêté par quelque chose d'élastique qui repoussait l'instrument ; en l'ouvrant, je saisis et je retirai des soies de sanglier pliées en deux par le milieu, provenant du col militaire que portait le soldat. Je fis l'extraction de plus de cinquante, elles avaient coiffé la balle qui cependant était sortie. On comprend que, placées ainsi dans la blessure, par suite de leur élasticité, chacune des extrémités pénétrait dans les chairs, elles devaient être une cause déterminante des accidents et des douleurs dont nous avons parlé plus haut. Dès le lendemain de leur extraction, nous pûmes constater le changement le plus favorable dans l'état du blessé, et la guérison fut des plus rapides.

3e Observation. — **Coup de feu à l'épaule gauche en 1855. — Accidents consécutifs. — Phlegmons. — Sorties de fragments de tunique en 1859 et en 1866.**

M. L....., capitaine au 26e régiment de ligne, âgé de 32 ans, tempérament nerveux, constitution délicate et épuisée, entre à l'hôpital d'Arras, le 22 décembre 1865, pour une vaste collection purulente située à la partie supérieure du dos. La tumeur, du volume de la tête d'un enfant, occupe tout l'espace compris entre l'angle supérieur de l'omoplate, du côté gauche, et l'angle inférieur du même os du côté opposé, et descend inférieurement jusqu'à la dernière vertèbre dorsale.

Cet officier a reçu un coup de feu à l'épaule le 1er juin 1855, à l'assaut de Sébastopol. La balle, après avoir fracturé l'omoplate du côté gauche, a pénétré de haut en bas et a ricoché sur une côte, elle s'est arrêtée sous la peau à trois travers de doigt de la colonne vertébrale, après avoir brisé l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre dorsale ; elle a été extraite par une incision. Elle avait entraîné des portions de vêtements, provenant du capuchon percé en deux endroits, de la tunique, de la chemise et du gilet de flanelle que M. L..... portait au moment de la blessure. La plaie, convertie en trajet fistuleux par lequel il s'écoule une suppuration plus ou moins abondante, ne se cicatrise qu'en 1860, après deux saisons passées à Amélie-les-Bains. Mais, avant cette époque, le blessé avait fait un long séjour au Val-de-Grâce, dans le service de M. Lustreman, pour un vaste phlegmon qui fut ouvert par une large incision entre les deux omoplates.

« Quelques jours après sa sortie (c'est le blessé qui parle), » il se forma de nouveau un phlegmon volumineux, qui se vida » de lui-même en s'ouvrant un passage à travers l'incision faite » par M. Lustreman. Je me hâtai de rentrer au Val-de-Grâce ; » d'où j'ai été évacué sur l'hôpital du Gros-Caillou, dans le service de M. Malapert.

» La suppuration fut très-abondante, le pus renfermait » beaucoup de grumeaux et des filaments grisâtres qui paraissaient être du coton ou de la flanelle en décomposition. On » avait toujours dirigé les sondages du côté de l'omoplate » gauche, où la balle était entrée et où l'on soupçonnait la présence de quelques esquilles ; mais ces investigations ne se » portèrent jamais du côté de l'épine dorsale, qui était ordinairement le siége des douleurs continuelles que j'éprouvais. »

Quoique la blessure ne se soit pas ouverte depuis 1860, M. L..... nous dit que jamais il n'a été bien portant depuis cette époque, il souffre constamment et éprouve de fréquents accès de fièvres intermittentes. Il a pu continuer néanmoins son service.

Chargé dans ces derniers temps de l'instruction des recrues, il s'est beaucoup fatigué. Le 27 décembre, après un exercice de la veille, dans lequel il a été exposé pendant plus de deux heures à une pluie battante, il a ressenti une violente douleur dans le dos, et il a vu se former le nouveau phlegmon qui l'amène à l'hôpital d'Arras.

Nous constatons l'état suivant :

Tumeur volumineuse, sans changement de couleur à la peau qui est amincie et soulevée partout, pas de chaleur, fluctuation manifeste. Douleurs sourdes continues, augmentant au moindre mouvement. Pouls petit, face pâle, grippée, amaigrissement considérable ; fonctions digestives languissantes, langue humide recouverte d'un enduit blanchâtre, appétit nul, constipation. Tous les soirs, frissons suivis d'un accès fébrile.

3 décembre : les parois de la tumeur étant très-amincies, nous prescrivons trois applications successives de caustique de Vienne sur le point le plus déclive, en ayant soin de faire gratter chaque fois l'escarre pour arriver au liquide (1) ; large cataplasme. Régime modéré mais substantiel ; viandes rôties, limonade vineuse, vin de quinquina ; lavement purgatif.

4 décembre : pas de changement appréciable dans l'état du malade ; deux nouvelles applications de caustique, cataplasme, même prescription.

5 décembre : pendant la nuit, la tumeur se vide par les bords soulevés de l'escarre, M. L..... est inondé de pus. Il a dormi le matin et se sent très-soulagé.

6 décembre : rien à noter.

7 décembre : la nuit a été agitée ; à notre grand étonnement, lorsqu'on enlève le cataplasme, nous trouvons la tumeur aussi volumineuse que le premier jour. N'ayant pu parvenir à donner issue au liquide en soulevant les bords de l'escarre, nous la fendons par le milieu avec un fort bistouri. Il s'en écoule un flot de pus bien lié, crémeux, louable (plus d'un litre), mélangé à la fois avec quelques caillots de sang.

8, 9 et 10 décembre : introduction d'une mèche pour empêcher les bords de la plaie de se fermer, cataplasmes.

11 décembre : suppression de la mèche, plumasseaux de charpie.

12 décembre : la tumeur se reforme, cataplasmes.

13 décembre : au moment du pansement, l'escarre se détache et il s'écoule plus d'un litre de pus sanieux, dans lequel nous recueillons des parcelles noirâtres qui ne sont autre chose que des fragments de tunique.

Afin de faciliter la sortie de tous les corps étrangers de cette nature que la blessure peut encore contenir, nous envoyons chercher une sonde à dard ; nous l'introduisons par l'ouverture existante placée à l'angle inférieur de l'omoplate gauche, pour la faire sortir au point où la balle a été extraite. Après avoir fait pratiquer, au moyen d'une seringue à hydrocèle, des injections d'eau tiède qui entraînent de nouveaux morceaux de vêtements, nous plaçons par les deux ouvertures un drain de moyen calibre.

La suppuration, assez abondante les jours suivants, a diminué ensuite d'une manière notable. Les injections d'eau tiède, puis aromatiques, puis mélangées d'alcool, ont été continuées et le tube du drainage laissé en place jusqu'au 8 janvier.

Cinq jours après, les deux ouvertures étaient complétement fermées.

Sous l'influence d'un régime tonique et réparateur, M. L..... se sentit renaître, l'appétit revint ainsi que les forces et l'embonpoint, les selles se régularisèrent.

Le 27 janvier, lorsqu'il sortit de l'hôpital pour aller en congé de convalescence, l'état général était tel que plusieurs de ses camarades, qui l'avaient vu maladif depuis si longtemps, ne le reconnaissaient plus.

Après un congé de convalescence de six mois, il est allé à Bourbonne où il a pris 35 bains, 35 douches, et a été soumis à de nombreuses séances d'électricité. L'état satisfaisant actuel de sa santé peut faire espérer que maintenant la guérison se maintiendra.

Les accidents consécutifs, résultant de l'omission de l'extraction des corps étrangers de toutes espèces : esquilles, projectiles, portions de vêtements ou autres à la suite de plaies d'armes à feu, sont très-fréquemment observés aux Invalides. Le savant chirurgien en chef, dans son mémoire, en a cité des observations nombreuses et tout à fait concluantes :

« A de très-faibles exceptions près, il n'y a pas de véritable » et complète guérison d'une blessure, tant qu'elle renferme un » agent vulnérant. »

Tôt ou tard, un corps étranger agit comme une épine, qui devient la cause d'accidents ou d'inconvénients plus ou moins graves.

« On a cité, dit M. Huguier, quelques cas très-exceptionnels » dans lesquels des balles sont restées au sein des parties, » comme le poumon, le cœur, le bras, les os, sans causer la » mort ou des accidents graves. Ces cinq ou six cas cités par » M. Jobert et auxquels on pourrait en ajouter beaucoup » d'autres, même pour le cerveau, ne sont que de très-rares » exceptions rapportées par les auteurs, pour prouver que la » présence d'un corps étranger dans un organe très-important, » n'est pas toujours incompatible avec la vie ; mais il n'est » jamais venu à la pensée de ceux qui les ont rapportés, qu'ils » serviraient un jour de base à un principe chirurgical : la » science ne doit pas être faite avec des exceptions. A côté de » ces quelques cas rares, on pourrait citer des millions de faits » dans lesquels la vie a été accompagnée de souffrances et d'infirmités lorsque la mort n'a pas eu lieu. »

« Nous voyons à l'Hôtel des Invalides, dit encore M. Hutin, » ce que sont ces guérisons éphémères, prématurément annoncées. Bien souvent, ce sont elles qui peuplent en partie notre » infirmerie. »

« Si douze malades, sur plus de quatre mille soumis depuis » cinq ans à mon examen, sont encore porteurs de projectiles » non extraits, je dois ajouter que nous en avons plus de deux » cents qui ont vu s'ouvrir maintes et maintes fois leurs plaies » dont la cicatrisation définitive n'a eu lieu qu'après la soustraction tardive de ces corps longtemps négligés ou méconnus. »

(1) Nous avons fréquemment recours à l'emploi du caustique de Vienne pour donner issue au pus, dans les collections purulentes, dans les abcès froids profonds, par congestions, dans les abcès du foie, etc., lorsqu'il existe de graves décollements, lorsque les parois sont amincies. Ce moyen, vanté par Larrey, préconisé par Récamier, Baudens, etc., présente sur l'incision des avantages réels (voir notre compte rendu du service du camp de Châlons et une observation d'abcès du foie suivie de guérison que nous avons adressée au Conseil de santé et qui a été publiée dans la « Gazette des Hôpitaux. »)

Un triple avantage, dit M. le baron Larrey, semble appartenir à la cautérisation, c'est d'abord de détruire la peau lorsqu'elle est amincie, décollée ou ulcérée ; c'est ensuite de frayer une voie large et facile au pus par une plaie simple, disposée à une cicatrisation régulière ; c'est, enfin, de limiter, de concentrer l'inflammation autour de l'escarre dans la tumeur même qui, recevant du caustique un surcroît de phlogose, tend à subir une fonte complète.

« Mémoire sur l'adénite cervicale, » présenté à l'Académie en 1852.

Concluons donc, en nous appuyant sur la vaste expérience des savantes autorités citées dans ce travail, que : l'extraction des corps étrangers, projectiles, esquilles, portions de vêtements ou autres, est une des indications les plus urgentes des plaies d'armes à feu.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE

Par M. E. Koeberlé.

Observation XXXII. — Ovariotomie pratiquée le 25 septembre 1866. — Guérison.

Mme G..., de Marmoutier (Bas-Rhin), âgée de 55 ans, amaigrie, affaiblie, d'une constitution délicate, a remarqué le développement de son ventre depuis cinq à six ans. Il existait une tumeur kystique de l'ovaire, multiloculaire, bosselée, compliquée d'ascite. La malade a été ponctionnée simplement pour l'ascite afin de pouvoir plus aisément examiner la tumeur ovarique. L'utérus était normal, central, mobile ; le col en était dévié à droite. Pas d'adhérences abdominales.

L'ovariotomie eut lieu le 25 septembre 1866, en présence de MM. Morpain, Liouville, Pellegrin et Kien.

Incision de 14 centimètres de longueur. Évacuation partielle de la sérosité ascitique. Ponction de diverses loges de la tumeur qui était sans adhérences et qui put être extraite facilement. Le pédicule fut lié avec un fil de fer à l'aide d'un serre-nœud. La tumeur fut excisée. Elle était formée par l'ovaire droit et pesait 8 kilogrammes avec le liquide qu'elle renfermait. L'ovaire gauche était atrophié, normal. La cavité abdominale ayant été parfaitement épongée et débarrassée du liquide ascitique, l'incision fut réunie par trois points de suture profonde et six points de suture superficielle. Il s'était écoulé six litres et demi de sérosité ascitique. Un tube de verre de 12 centimètres de longueur fut placé le long du pédicule dans le cul-de-sac recto-vaginal. L'opération a duré une demi-heure. Il y eut une perte de sang de 150 grammes environ.

Extraction de 100 grammes de sérosité par le tube pendant les douze premières heures. Le tube est ensuite retiré. Pas d'accidents consécutifs. Ventre entièrement plat. Évacuations alvines normales. Pouls large à 82 pulsations. Le troisième jour après l'extraction des fils des points de suture profonde, il y eut probablement un peu d'hémorrhagie entre les lèvres de la plaie, en un point où avait suinté un peu de sang au moment de la réunion, et à travers lequel j'avais fait passer le point de suture le plus élevé. Quoi qu'il en soit, il se fit à partir de ce moment un petit noyau dur sur le trajet de la cicatrice. L'opérée ne tarda pas à présenter des symptômes de septicémie : le pouls devint petit, irrégulier ; agitation ; respiration accélérée ; diarrhée. Le sixième jour, pensant que les accidents devaient provenir de la décomposition du foyer sanguin qui s'était formé sur le trajet de l'incision, j'entr'ouvris la cicatrice dans une étendue d'un centimètre. Il s'en écoula environ 5 grammes de sang noirâtre, épais. On maintint le libre écoulement des liquides au moyen d'un tube de caoutchouc fenestré et l'on fit dans le foyer hémorrhagique de petites injections de sulfite de soude. Stimulation active avec du vin de Champagne. L'amélioration survint de suite, le pouls se releva et la respiration redevint normale. La diarrhée cependant persista et affaiblit considérablement la malade. Le douzième jour, le pouls se déprima de plus en plus, devint irrégulier et monta à 130 pulsations. La respiration s'embarrassa de nouveau. Langue chargée, appétit nul. La malade se remit sous l'influence de fortes quantités de vin de Champagne ; elle fut maintenue dans une ébriété très-prononcée pendant deux à trois jours. Durant cet intervalle, tous les symptômes graves disparurent et la guérison complète eut lieu le vingt-cinquième jour. Depuis, la santé n'a rien laissé à désirer.

Chez cette malade affaiblie et d'un âge déjà avancé, une ovariotomie pouvait être considérée comme très-hasardeuse, d'autant plus qu'il existait de l'ascite ; car cette complication est ordinairement contraire au succès de l'opération. L'ovariotomie fut néanmoins entreprise parce qu'il n'y avait point d'adhérences abdominales et qu'il y avait lieu de présumer qu'il n'y aurait pas d'adhérences dans le bassin. D'ailleurs, l'ascite n'existait que depuis quelques mois et elle paraissait dépendre uniquement de la tumeur ovarique. S'il y avait eu des adhérences notables et si la perte de sang avait été prononcée, il est probable que l'opérée aurait succombé aux accidents qui se sont présentés.

Les symptômes de septicémie qui avaient été provoqués par la décomposition d'un petit foyer hémorrhagique, ont de suite disparu, au bout de quelques heures, après l'évacuation et la désinfection du sang altéré. La stimulation alcoolique est venue en aide en activant la circulation du sang et l'élimination des principes septiques.

Pour empêcher l'absorption par la petite portion de l'incision qui a été ouverte pour donner issue au sang putréfié, et pour éviter l'érysipèle qui naît facilement dans ces circonstances, la petite plaie avait été imbibée d'un peu de perchlorure de fer concentré. La surface traumatique a été ainsi cautérisée, desséchée et rendue momentanément imperméable aux principes septiques. Il y a déjà dix à douze ans, alors que j'étais chef des travaux anatomiques, que je me suis servi et que je recommandais aux étudiants l'usage du perchlorure de fer concentré dans les cas de piqûres anatomiques. Je n'ai jamais observé d'accidents consécutifs chaque fois qu'on en a fait usage.

Le vin de Champagne, administré jusqu'à l'ivresse, a eu manifestement le meilleur effet dans le cours de la diarrhée que le sous-nitrate de bismuth, le colombo, etc., n'avaient pu arrêter. Les selles cessèrent d'être fétides, la diarrhée diminua, les forces et l'appétit revinrent très-rapidement.

L'ascite ne s'est pas reproduite. Elle avait été entretenue par des éraillures ou des déchirures superficielles que l'on remarquait à la surface externe de l'une des loges de la tumeur ovarique.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons aujourd'hui, 3 octobre, la lettre suivante :

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE QUÉBEC

Bâtisses de l'Université Laval

Québec, 25 juin 1867.

A M. le rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous soumettre le rapport suivant d'un comité de la Société de Médecine de Québec, et de vous prier de vouloir bien nous aider de votre coopération dans la protection des intérêts, dans le maintien de l'honneur et de la dignité, dans le progrès de la science et dans l'extension de l'efficacité de la profession médicale en Canada.

On m'a de plus chargé de prévenir les Universités, les Écoles et les Sociétés de Médecine d'envoyer des délégués à une prochaine conférence et de suggérer humblement aux cités, aux villes et aux comtés où de telles institutions n'existent pas, de convoquer des assemblées des membres de la profession médicale dans leurs localités respectives, dans le but d'élire des délégués pour les représenter aux assemblées de la conférence, qui auront lieu dans les bâtisses de l'Université Laval, dans la cité et province de Québec, mercredi, le 9 octobre prochain et les jours suivants.

Les délégués sont de plus priés de se munir de documents nécessaires pour les accréditer auprès de la Conférence.

J'ai l'honneur d'être, etc.

R. H. Russell, d. m.,
Secrétaire.

RAPPORT.

Attendu : Que par l'acte de l'Amérique britannique du Nord 1867, l'union des provinces du Canada, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick est consommée, et que par là on s'est assuré de l'uniformité d'action du pouvoir législatif et du pouvoir exécutif ; et

Attendu : Que dans les relations de la vie religieuse, morale et sociale, des rapports plus intimes doivent nécessairement exister ; et

Attendu : Qu'un système uniforme de lois dans les provinces d'Ontario, de la Nouvelle-Ecosse et du Nouveau-Brunswick est pourvu par ledit acte ; et

Attendu : Que l'uniformité des lois qui ont rapport à la vie et à la santé, et surtout de celles qui régissent la profession médicale, sont les plus essentielles.

Pour ces causes : La Société de médecine de Québec, la plus ancienne ville du domaine du Canada, a cru devoir prendre l'initiative, et en est venue à la conclusion que le meilleur moyen, le plus sûr et le plus équitable d'obtenir le but désiré, est de réunir en conférence les membres de la profession médicale du domaine du Canada aussitôt que possible après la consommation de l'acte d'union du Canada, par proclamation de Notre Gracieuse Souveraine la reine Victoria.

Dans ce but : Les résolutions suivantes ont été adoptées à l'unanimité, et sont respectueusement soumises à la considération de la profession, pour en disposer, en conférence, de la manière qu'il lui plaira :

Résolu, 1er. Que, dans l'intérêt du public et de la profession médicale, il est désirable que l'on adopte un mode uniforme dans l'octroi des licences à la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique dans le domaine du Canada.

Résolu, 2e. Qu'à l'avenir, les degrés en médecine ou les diplômes des Universités, des Colléges et des Écoles de médecine n'aient qu'une valeur honorifique ; et que les licences pour la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrical, dans le domaine du Canada, soient accordées, dans chaque province, par un bureau central d'examinateurs, devant lequel tous les gradués ou porteurs de diplômes seront examinés.

Résolu, 3e. Qu'un comité de sept membres soit nommé par la Société de médecine pour s'entendre avec les Universités, les Colléges et les Ecoles de médecine en Canada au sujet de l'établissement d'un bureau central d'examinateurs, devant lequel seront examinés tous les candidats à la licence pour la pratique de la médecine dans le domaine du Canada.

Résolu, 4e. Que la Société de médecine de Québec recommande d'inviter une convention de médecins, délégués par les Universités, les Colléges, les Écoles, les Sociétés de médecine, etc., dans le domaine du Canada, à se réunir, dans la cité de Québec, le deuxième mercredi d'octobre 1867, dans le but de s'entendre sur le sujet de la législation médicale, conformément à ce rapport, et sur la formation d'une Association médicale canadienne.

W. Marsden, m. d., Président.
R. H. Russell, m. d., Secrétaire.

Société de Médecine de Québec,
Bâtisses de l'Université Laval,
Québec, 18 juin 1867.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 septembre 1867, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Nélaton, ancien professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ch. Viguerie (de Toulouse).

— Nous recevons la triste nouvelle de la mort de M. Douret, chirurgien militaire. Ce regretté confrère est mort victime de son dévouement pour les malades du village de Boghar.

— M. le docteur Mallez recommencera ses conférences sur les maladies de *l'appareil urinaire*, à sa clinique, rue Christine, 1, le lundi 7 octobre, à midi, pour les continuer les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 118. — MARDI 8 OCTOBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 8 OCTOBRE 1867. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 7 OCTOBRE 1867.

Statistique médicale des hôpitaux de Paris.

Il y a tantôt sept ans que nous annoncions l'institution de la statistique médicale des hôpitaux de Paris, due à l'heureuse initiative de l'honorable directeur de l'assistance publique, M. Husson, et que nous exposions le programme formulé par la commission chargée d'en fixer les bases et d'en poursuivre et assurer l'exécution. La commission s'associant sans réserve à la généreuse pensée de M. Husson, s'exprimait ainsi, par l'organe de son rapporteur, M. Tardieu.

« Cette commission...... a accepté la difficile mission dont vous l'avez chargée, avec le sincère désir et la formelle intention de chercher loyalement les moyens de réaliser une mesure dont la grandeur et l'utilité ne pouvaient échapper à personne, mais en même temps avec un sentiment très-vif et un légitime souci de ce que vous nous permettrez d'appeler les franchises du corps médical des hôpitaux, dont il était de son devoir de ménager le temps, les intérêts et les habitudes. Cette double pensée l'a soutenue et inspirée durant les longues séances qu'elle a consacrées à l'élaboration d'un projet qu'elle vous soumet aujourd'hui, avec la ferme confiance d'avoir, autant que cela est possible, concilié une innovation utile avec les nécessités de la pratique nosocomiale, et réalisé, dans les limites d'une exécution simple et facile, un progrès qui doit rester comme un titre d'honneur pour votre administration. »

Le rapport, après un exposé détaillé des moyens d'exécution, terminait en faisant remarquer que le simple rapprochement des données certaines et fixes que la commission proposait de réunir, telles que celles du sexe, de l'âge, de la saison, des renseignements recueillis, par les visiteurs sur les conditions hygiéniques, professionnelles et sociales, et des maladies considérées dans leur nature, leurs complications, leur durée, leur terminaison, était de nature à éclairer l'histoire des causes et de la marche de bien des maladies, la valeur comparative d'un grand nombre d'opérations chirurgicales et les circonstances générales de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral; que les grandes influences étiologiques du sexe, de l'âge, des saisons, l'hygiène professionnelle, la pathologie médicale et chirurgicale, la médecine opératoire, l'obstétrique recevraient, à n'en pas douter, de la statistique médicale, des lumières inattendues.

« Un tel résultat, ajoutait-il, si on le multiplie par le chiffre des malades et par la suite des années, est bien fait pour exciter l'ardeur de tous ceux qui peuvent concourir à l'obtenir, et avant tous, des médecins et chirurgiens des hôpitaux, dont le zèle pour l'humanité, l'amour de la science et l'infatigable dévouement ont placé si haut la renommée et la gloire de l'École médicale des hôpitaux de Paris. »

A partir du 1er janvier 1861, les éléments nécessaires à la formation de la statistique médicale ont commencé à être recueillis, grâce au concours unanime du chef de service, conformément aux principes et aux indications formulés par la commission et aux instructions émanées du centre de l'administration.

Ce n'était pas tout que d'obtenir la collection de cette immense quantité de faits, il fallait encore organiser l'immense travail de dépouillement et de classification de tous ces documents. Des mesures d'ordre spéciales ont été prises à cet effet dans les hôpitaux et dans l'administration centrale, pour vérifier, compléter, contrôler les bulletins et en dégager les énonciations utiles au point de vue médical. M. le Dr Ollivier a été chargé du classement et de la coordination des éléments plus spécialement médicaux de cette statistique.

L'administration vient de publier, en deux grands volumes in-4°, les deux premières années de la statistique médicale des hôpitaux de Paris (1861 et 1862). C'est de cet important travail que nous voulons entretenir un instant aujourd'hui nos lecteurs.

Il serait difficile, si l'on ne suivait pas à pas les développements de cette œuvre considérable, de se faire une idée des difficultés qu'on a dû surmonter et des tâtonnements par lesquels il a fallu passer pour la mener à bonne fin. La commission, ainsi que l'a rappelé le rapport si remarquable de M. Tardieu, que nous avons déjà cité et qui figure dans les documents annexés au premier volume de la statistique, est partie de cette idée qu'il s'agissait d'une statistique générale dont les éléments devaient être simples et se prêter facilement aux déductions numériques, et que l'exactitude des données acquises était, par conséquent, plus à désirer que la multiplicité de résultats incertains; mais elle exprimait, en même temps, la conviction que la statistique ne devait pas rester bornée à des indications purement administratives, qu'elle devait être médicale, c'est-à-dire porter la marque de la science et rendre un jour à la science elle-même ce qu'elle en aurait reçu, en l'aidant à résoudre quelques-uns des problèmes contenus dans ces chiffres scientifiquement recueillis et laborieusement amassés.

En vue de réaliser la meilleure application possible de ces principes, elle s'est arrêtée, pour le mode de recueillement des éléments de la statistique, à l'idée d'un bulletin individuel comprenant à la fois les indications administratives, et dressé d'après quatre modèles distincts et spéciaux appropriés à chacune des principales divisions des services hospitaliers: médecine, chirurgie, accouchements et service spécial pour les maladies vénériennes.

Voici quel est le plan de l'ouvrage. Les matières y sont divisées en six parties distinctes, précédées d'un tableau complet du mouvement général des malades traités dans les hôpitaux et dans les hospices. La première partie, qui est la plus étendue, est consacrée aux hôpitaux généraux, la seconde aux hôpitaux spéciaux; la troisième enregistre les faits relatifs aux infirmeries des hospices et maisons de retraite; la quatrième est spéciale à la maison de santé, qui occupe une situation à part. Dans la cinquième, on trouve des renseignements étendus sur les opérations chirurgicales. C'est à M. Broca qu'est dû le plan des cadres adoptés. C'est ce savant chirurgien qui a dirigé cette partie importante du travail. Enfin, la sixième partie renferme la statistique générale, c'est-à-dire la classification des maladies considérées au point de vue de l'âge, du domicile, de l'état civil des malades, la proportion des décès par rapport aux diverses natures de maladies qui les ont occasionnés, la comparaison des décès suivant les sexes et le rapport des décès d'enfants aux décès d'adultes.

Tel est le cadre qui a été rempli dans le premier volume.

L'expérience amenant toujours avec elle ses enseignements, a fait bénéficier le deuxième volume de plusieurs additions et modifications utiles, qui, sans rien changer au plan primitif, ont ajouté beaucoup à l'utilité des recherches.

Dans le premier volume, les tableaux consacrés à la médecine et à la chirurgie des hôpitaux généraux, présentent synoptiquement, pour tous ces hôpitaux et pour chacun d'eux, la classification des maladies, et c'est pour l'ensemble de ces établissements que les calculs de mortalité ont été faits. Dans le deuxième volume, un tableau a été attribué à chaque hôpital, et dans ce document les maladies ont été classées par bâtiment et par salle; on a indiqué l'étage de celle-ci, le nombre des lits qu'elle contient, et la capacité cubique rapportée à chacun des lits.

La deuxième partie se fait remarquer aussi par de nouveaux développements; on y compte neuf tableaux au lieu de six, et le nombre des tableaux auxiliaires, consacrés aux accouchements, a été augmenté de huit.

Dans le premier volume, l'hospice des Enfants-Assistés figurait au même tableau, avec les deux hôpitaux d'enfants: il a, dans le second volume, son tableau spécial. La deuxième partie du même volume se trouve accrue d'un tableau nouveau contenant la statistique des maladies des enfants admis dans les crèches des hôpitaux ou nés dans ces établissements.

La cinquième partie du volume de 1862, où sont exposés, avec de nombreux détails, les renseignements relatifs aux opérations chirurgicales, s'est enrichie de nouveaux développements: on y trouve la statistique des résections, de la trachéotomie et des opérations pratiquées sur la vessie et sur l'urètre.

Enfin, la sixième partie renferme cinq tableaux au lieu de trois, et fournit une intéressante classification des salles des divers hôpitaux, d'après le nombre des lits et la proportion des décès, avec l'indication de la mortalité par salle, par étage, et par bâtiment ou pavillon.

Il nous faudrait maintenant, après cette simple exposition du cadre et du plan de l'ouvrage, chercher à faire ressortir par l'analyse de quelques-uns des tableaux qu'il renferme, les enseignements qui y sont contenus, au moins en germe, sinon dans leur entier développement; montrer le parti qu'il sera possible de tirer un jour de cette immense accumulation de documents, et signaler enfin les lacunes qui peuvent s'y trouver et qu'il pourrait y avoir intérêt à combler à l'avenir. C'est ce que nous essaierons de faire dans un deuxième et prochain article.

Dr BROCHIN.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

LES VIEILLARDS DEVANT LA JUSTICE.

Influence de l'âge. — État mental. — Actes civils et criminels (1).

La conscience pèse la valeur morale des actions. De ce principe devait nécessairement résulter une sorte d'exonération partielle de culpabilité en faveur du vieillard affaibli par l'âge, et d'immunité pour l'homme en démence sénile. *Ignoscitur his qui ætate defecti sunt*, disait la loi romaine. En thèse générale, le châtiment était diminué et non pas effacé, et tandis que la peine corporelle devenait l'objet d'une indulgence exceptionnelle, la condamnation à l'amende subsistait, au contraire, dans toute sa rigueur.

D'après tous les textes de la législation française, la vieillesse n'est point par elle-même une cause d'excuse. L'âge seul, quelque avancé qu'il soit, n'est point incompatible avec la criminalité, et nous avons vu que le vieillard, à l'état physiologique, pouvait avoir l'esprit moins vif, l'imagination moins féconde et la mémoire moins heureuse, sans que sa culpabilité s'en trouvât amoindrie. MM. Ortolan, Chauveau (Adolphe) et Faustin-Hélie, en voyant l'expérience méprisée et les leçons du passé méconnues, sont d'avis que la responsabilité est augmentée. D'après ces éminents jurisconsultes, l'âge avancé de la vie ne doit pas faire l'objet d'une disposition pénale particulière, mais il rentre fatalement, aux yeux du juge, dans les éléments d'appréciation de l'affaire.

Ce qu'il y a de certain, c'est que le jury semble s'être inspiré de ces sévérités théoriques, et qu'il paraît avoir suivi les préceptes un peu durs qu'ont édictés MM. Ortolan, Chauveau (Adolphe) et Faustin-Hélie, car, si nous passons en revue les statistiques criminelles publiées chaque année par le garde des sceaux, nous voyons que c'est parmi les accusés ayant dépassé l'âge de soixante ans, que le nombre des déclarations de culpabilité, comparé à celui des acquittements, est le plus considérable!

Que le vieillard intelligent soit puni, s'il est coupable, il le mérite assurément; mais que ses cheveux blancs rendent plus lourde sa responsabilité, c'est là ce que je trouve excessif. Comme il y a cependant des peines peu proportionnées à la faiblesse de ses forces, et qui seraient pour lui ou un supplice, ou une exécution capitale déguisée, la loi française a substitué, en faveur des septuagénaires, les peines de la détention ou de la réclusion, à celles des travaux forcés à temps ou à perpétuité et de la déportation. Quant à la peine de mort, elle reste applicable

En Chine, le coupable âgé de 70 ans se rachète de toute peine non capitale en payant l'amende. S'il a 80 ans et s'il a encouru la peine capitale, il est particulièrement recommandé à la commisération de l'empereur. S'il a 90 ans, il ne subit de peine en aucun cas. La loi tartare, il faut bien le dire, est plus humaine que la plupart des législations chrétiennes.

Les vieillards parcourent tous les tons de la gamme criminelle, et il y a trop peu de différences entre les actes accomplis par eux et ceux que commettent les adultes pour que j'en fasse ici une mention spéciale. J'appellerai seulement votre attention sur un certain ordre de faits.

On arrête à chaque instant, sur la voie publique, dans les grands jardins ou dans les squares de Paris, des septuagénaires ou des octogénaires qui se livrent à des exhibitions ou à des attouchements obscènes. Leur état mental demande à être examiné, et il arrive très-fréquemment que le médecin légiste constate un affaiblissement sénile de l'intelligence et une compromission évidente de la liberté morale. J'ai vu un jour, conjointement avec M. le docteur F. Rochard, médecin-adjoint des Madelonnettes, un homme de 78 ans 1/2 que la police avait surpris en flagrant délit d'actes immoraux, au Jardin des plantes

(1) Fin. Voir le n° du 1er octobre.

et en plein midi. Il y avait chez lui un commencement très-marqué de démence sénile. Une ordonnance de non-lieu fut rendue, mais l'autorité ordonna la séquestration dans une maison de santé. Naguère encore, le parquet m'a chargé d'examiner un individu, âgé de 78 ans, prévenu d'attentat à la pudeur, et chez lequel je constatai un état de démence sénile très-apparent. Sur mon rapport, toutes les poursuites cessèrent.

D'autres fois, ainsi que l'a indiqué M. Tardieu, c'est sous l'empire d'une excitation physique, en quelque sorte involontaire, qu'un outrage a été commis. Comme moyen de justification, l'inculpé ou ses proches invoquent quelque maladie cachée, une affection cutanée, une dartre au pourtour de l'anus ou des parties sexuelles et déterminant dans ces régions une démangeaison incommode, une chaleur insupportable. C'est à l'expert à vérifier si les actes impudiques peuvent être sérieusement attribués à une cause de cette nature, et surtout si cette cause existe.

Enfin, dans certains cas non moins dignes d'attention, « ces actes, dit M. Tardieu, qui ont paru outrageants pour la pudeur publique ne sont, en réalité, que la conséquence d'une infirmité qu'il appartient au médecin de reconnaître et d'expliquer. Des vieillards, qu'un séjour prolongé en certains endroits de la voie publique, que certains attouchements en apparence immoraux avaient désignés à l'attention des agents de l'autorité, cédaient simplement aux nécessités d'une affection chronique des voies urinaires, unique cause de l'émission lente de l'urine et des mouvements propres à solliciter et à hâter la miction. De telles conditions physiques sont de nature, on le comprend, à enlever aux faits tout caractère de criminalité, et c'est le médecin qui peut seul arrêter les poursuites commencées. »

Dans les services d'aliénés, on voit persister parfois l'érotisme chez certains malades jusqu'à un âge extrêmement avancé. Des déments présentent notamment un ordre d'idées et même un désordre sexuel fort peu en rapport avec la vieillesse. Lorsque la séquestration dans un asile n'a pas encore été accomplie, l'honneur des familles peut avoir à souffrir du retentissement scandaleux de certaines prouesses séniles. Il est bon que l'on soit prévenu et que l'on n'aille pas trop vite imputer à mal des dérèglements purement maladifs. — Mais revenons à la question de la responsabilité.

Chez le vieillard qui tombe en enfance, la décroissance du niveau intellectuel s'opère d'une façon inégale et partielle. Depuis la plus imperceptible diminution de la mémoire jusqu'à l'anéantissement total des facultés, il existe une foule de nuances et des degrés divers de responsabilité. Le médecin s'égarerait dans l'examen de cet état mental, et le magistrat serait plongé dans les perplexités les plus anxieuses, si l'on ne se rattachait pas à la classification si simple que je vous ai exposée : état physiologique, état mixte et état pathologique. A l'état physiologique correspond la responsabilité; à l'état mixte, la responsabilité proportionnelle; à l'état pathologique, l'irresponsabilité.

Je prévois une objection. Vous ne pouvez pas, allez-vous me dire, baser vos délimitations sur des signes certains, sur des règles invariables, et vous ne pouvez pas non plus assigner des limites fixes et précises à la santé et à la maladie, à l'imputabilité et à la pénalité. J'avoue franchement qu'il y a chez les vieillards des cas difficiles à analyser au point de vue psychologique et plus difficiles encore à classer en médecine légale, mais je dis que l'homme âgé abandonne l'état physiologique et entre de plein pied dans l'état mixte, *lorsqu'il vient à différer de lui-même*, et qu'il quitte l'état mixte pour tomber dans la démence sénile, *lorsqu'il ne peut plus se diriger lui-même*. Avec ces deux points de repère fondamentaux, non-seulement vous ne vous égarerez pas, mais il vous sera encore possible d'éclairer la religion d'autrui.

L'intervention du médecin aliéniste dans les affaires criminelles, a surtout pour mobile d'analyser les actions qui demeurent imputables et de déterminer, autant que possible, la somme d'intelligence qui restait au pouvoir du prévenu, au moment de l'accomplissement du délit ou de la perpétration du crime. Or, si l'on vous donne la mission d'interroger un vieillard arrêté sur la voie publique et prévenu d'attentat aux mœurs, vous devrez rechercher avec un soin extrême l'état scrupuleusement exact de la liberté morale, mesurer la nature plus ou moins insolite et extraordinaire de l'acte commis, opérer avec art la dissection des facultés de l'intelligence, et vous souvenir, en rédigeant votre rapport, que tant que la raison domine, la liberté subsiste. Que cet individu vous présente, par exemple, les signes les mieux accusés de l'état mixte, irez-vous déclarer que la lésion circonscrite de son intelligence a bouleversé à ce point sa raison que, parmi les actes qu'il a commis, on ne puisse en laisser quelques-uns à sa charge? Mais s'il possède encore les notions les plus saines sur les habitudes de la vie et sur les devoirs sociaux, mais si la crainte du châtiment a pu le retenir, irez-vous exclure tout discernement et lui assurerez-vous l'impunité quand même? Évidemment non. La clémence des hommes ne peut pas être inépuisable, et ce n'est point par l'exubérant étalage d'une philanthropie sentimentale que le médecin-expert honorera le plus sa profession et rendra le plus de services à la société.

Rassurez-vous cependant, car, si j'admets qu'un vieillard, présentant un cercle restreint d'action morbide, ait à répondre de ses actes, dans une certaine mesure, c'est à la condition pure et simple qu'il soit désormais surveillé, placé dans l'impossibilité de recommencer des agressions nouvelles sur des enfants, séquestré peut-être dans une maison de santé, ou interné dans cet établissement spécial, uniquement consacré aux malades poursuivis par la justice, dont la création en France serait, paraît-il, à la veille d'aboutir, ce qui ne nous laissera alors plus rien à envier à l'Angleterre. C'est ainsi qu'il y a moyen d'apaiser les consciences, de donner des garanties à la sécurité publique et de mettre à l'abri l'honneur des familles.

Le retour à l'enfance (*senectus velut altera est pueritia*) est un accident individuel, une lésion éventuelle, qu'il faut rechercher et faire suffisamment ressortir, s'il y a lieu. Si un vieillard n'a concouru à l'accomplissement d'un acte que comme un véritable instrument, ou s'il a été victime d'une force supérieure qui l'a fait agir, il faut le couvrir de votre égide et dire de lui : *non agit, sed agitur*, il a été patient et non pas agent. La justice accepte d'ailleurs, sans difficultés, les opinions nettes et fermes qui lui sont présentées par les médecins, dans les cas d'usure cérébrale sénile, mais c'est à la condition que vous aurez péremptoirement démontré l'existence de l'état pathologique.

Le médecin peut, d'une autre manière encore, entourer la vieillesse d'un appui tutélaire. Des affaires criminelles passons aux affaires civiles.

La loi est le résumé de la raison de tous. Elle est la clef de voûte de notre organisation sociale : elle prévient et guide, elle intimide et réprime. Sauvegarde de nos droits, elle éclaire tous nos actes et nous maintient dans la limite du devoir. Le juge criminel est sans colère; il punit ou protége, mais ne se venge pas. Le juge civil, arbitre impartial de grands intérêts privés, prend sous sa garde les mineurs, les absents ou les prodigues, et il va même, — tant sa tâche est immense, — jusqu'à suppléer à l'insuffisance native du discernement, au trouble passager ou permanent des facultés mentales et aux aberrations séniles de l'intellect.

Voici, par exemple, un vieillard appartenant à notre second groupe, qui vit isolé au milieu de la nature, privé de désirs et de sensations, que les idées abandonnent un peu, dont les perceptions vont s'effacer par degré, et chez lequel la mémoire des choses présentes se détruit, comment, au point de vue civil, remédierez-vous à son état mixte des facultés, à cette situation difficile qui n'est ni la puissance légale, ni l'incapacité juridique? L'abandonnerez-vous à la convoitise mal déguisée de son entourage, à l'avidité de quelques parents, à la friponnerie de ses serviteurs? Vous savez avec quelle facilité le vol s'organise autour d'une intelligence qui chancelle, et je vous ai dit comment les plus sordides intérêts circonvenaient la couche du mourant; eh bien! la caducité sénile n'est pas respectée davantage. La spéculation veille, et il n'est pas de honteuse complaisance qui coûte, lorsqu'une extorsion doit s'ensuivre!

La prudence devant nous faire éviter la rigoureuse alternative ou de laisser à l'homme affaibli la libre disposition de ses deniers, ou de le placer sévèrement en tutelle, nous conseillons d'ordinaire la nomination d'un conseil judiciaire pour les vieillards qui n'ont pas entièrement rompu avec la vie sociale, et qui, dépourvus de liens légitimes et directs, offrent des chances favorables à la spoliation et sont exposés à devenir le facile jouet de la ruse.

Le conseil judiciaire est une sorte de moyen terme entre l'exercice libre de tous les droits et l'interdiction, qui en est la privation absolue. Il laisse à l'individu la jouissance de ses biens, la disposition de ses revenus et, commercialement même, une sphère plus ou moins large d'initiative; il enlève la périlleuse faculté d'aliéner seul des propriétés, de déplacer des fonds, de contracter des engagements majeurs, et, pour quiconque connaît les piéges tendus à la vieillesse, il faut convenir que la mesure est d'une souveraine utilité.

A côté du fait théorique, je me hâte de placer deux faits pratiques :

Une veuve L..., âgée de 87 ans, quitte subitement la maison qu'elle avait toujours habitée avec son fils, et se retire chez sa fille. Déférant bientôt à des suggestions intéressées, elle prend son fils en aversion et ordonne la mise en vente de plusieurs immeubles. Le fils L... demande alors l'interdiction de sa mère, pour cause d'imbécillité. Le conseil de famille convoqué fut d'avis qu'il n'y avait pas lieu de procéder à l'interdiction. Le tribunal ordonne un interrogatoire, mais avant l'accomplissement de cette formalité, on fit souscrire à la veuve L... diverses obligations et un bail temporaire de tous ses biens. Dans son interrogatoire, la veuve L... répondit pertinemment, mais ses réponses trahirent l'influence qui la dominait et accusèrent l'intention de vendre le reste de ses biens.

Le tribunal de Brioude rejeta la demande en interdiction, mais la cour de Riom, tout en confirmant l'opinion des premiers juges, décida que la veuve L... serait pourvue d'un conseil judiciaire.

Une demoiselle P..., âgée de 86 ans, présente une certaine faiblesse d'esprit. Ses parents se réunissent et provoquent l'interdiction. La demoiselle P... forme opposition, mais un jugement prononce l'interdiction pour cause d'imbécillité.

En appel, la Cour de Rouen constate que la demoiselle P... n'est point dans un état habituel d'imbécillité; qu'elle conserve, au contraire, malgré son grand âge, un discernement et une volonté suffisamment établis par la gestion heureuse de sa fortune, mais que les égards et les soins qui sont dus à la vieillesse, réclament, en faveur de la demoiselle P..., un appui qui ne sera pour elle qu'un avantage et un bienfait, rejette la demande en interdiction et prononce la dation d'un conseil judiciaire.

L'interdiction ne doit jamais être qu'une mesure rare et suprême. Destinée seulement à parer à de très-pressantes éventualités, elle doit être évitée le plus possible, car il existe des familles avides qui thésaurisent ou dilapident les revenus de l'interdit!

L'homme dont la volonté a cessé de tenir les rênes, dont l'activité n'obéit plus, et qui, éloigné des siens ou seul survivant de sa famille, demeure à la merci d'étrangers ou de serviteurs, est véritablement digne de pitié. Dans ces conditions, la démence sénile est bien « la calamité du dernier âge » dont parle Arêtée. Trompé, exploité, volé par les gens qui l'approchent, il est peu à peu dépouillé tout vivant. Sa maison est mise au pillage, tous ses objets précieux disparaissent, et, pendant son sommeil, on vend son linge ou ses habits, ou bien l'on déménage quelques gros meubles! Le jour où se présentent les héritiers, l'inventaire n'est pas long à faire. On justifie tout ce désastre par des dons manuels remontant à une époque déjà éloignée, et les parties intéressées passent forcément condamnation.

La nomination d'un conseil judiciaire ou l'internement dans une maison de santé préviennent ces graves abus, et si quelque chose me surprend, c'est que l'on fasse encore si peu appel à ces deux mesures protectrices, en faveur des vieillards que la raison abandonne.

Le dément a expiré, mais un acte lui survit, et cet acte est commenté, critiqué, attaqué. Au moment où il a réglé son hérédité, le testateur a-t-il obéi à ces seules incitations? Sa volonté n'était-elle pas assoupie et sa liberté morale n'était-elle pas évanouie ou tout au moins compromise? Ulpien n'a-t-il pas dit : *testamentum est mentis nostræ justa contestatio in id solemniter facta, post mortem nostram valeat?* S'il a subi les suggestions d'un entourage impatient et âpre, s'il a subi l'intimidation exercée sur sa faiblesse, il n'a pas été libre.

Sur cette matière, la législation romaine était très-nette : Elle exigeait que le testateur eût la *faction* de testament, « *imprimis advertere debemus, an is qui id fecerit habuerit testamenti factionem.* » L'acte, valablement fait d'ailleurs, ne contenant que des dispositions très-sages et en faveur des enfants, était infirmé par cela seul que l'on prouvait la diminution des facultés de l'intelligence, « *quia in eo qui testatur, ejus temporis quo testamentum facit, integritas mentis exigenda est.* »

Sans croire, comme La Bruyère, que « le discernement est ce qu'il y a de plus rare au monde après les diamants et les perles, » j'ai cependant l'intime conviction que, tous les jours, des familles sont indignement frustrées par des actes signés à la dernière heure, sous la dissolvante pression de l'intérêt, et à la faveur de facultés mentales qui s'écroulent ou qui ne sont déjà plus. Les tribunaux jugent et décident, mais non sans avoir entendu dans l'enquête préalable la déposition du médecin traitant ou celle de quelques médecins experts consultés *ad hoc*. Or, si nous rencontrons, dans la pratique de notre art, des responsabilités qui nous rabaissent et nous attristent, vous voyez que nous pouvons en trouver aussi qui nous élèvent et nous honorent.

En thèse générale l'extrême vieillesse n'empêche pas de tester? *Senium quidem ætatis, vel ægritudinem corporis, sinceritatem mentis tenentibus, testamenti factionem certum est non auferre.* Mais il faut du moins, ainsi que le dit cette même loi, que la volonté ne soit pas éteinte ou assoupie par l'effet de la décrépitude corporelle.

En terminant, laissez-moi vous donner un conseil : toutes les fois que la faiblesse d'esprit ou le grand âge du testateur entraînera votre intervention en matière de testament ou de donation, redoublez de réserve et de circonspection, car la partie intéressée vous transmettra souvent des renseignements inexacts, exagérés ou faux, et cherchera à influencer votre jugement. Tenez-vous sur vos gardes et ne signez un rapport qu'après mûres réflexions. S'il s'agit d'une consultation médico-légale et si votre rôle doit rester purement officieux, soyez d'une prudence mille fois plus grande encore. La cause est-elle douteuse, ou vous paraît-elle mauvaise, n'hésitez pas à vous récuser. Ce qui donne dans le monde quelque prestige au vrai médecin, c'est qu'il est incapable de céder devant un intérêt matériel, et qu'il n'engage qu'à bon escient son nom, sa réputation et sa conscience.

DE LA CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

par M. le Dr DUBOURG (de Marmande).

Aucune des affections que rencontrent journellement les praticiens, n'est moins que la fièvre typhoïde méthodiquement exposée et traitée : dissidences sur l'origine, l'essence, les formes, les médications, soit exclusives, soit électives ou combinées, tout concourt à jeter le doute dans les meilleurs esprits et à les réduire souvent à la trop prudente expectation.

A force de changer, de diversifier l'acception des mots : contagion, infection, transmission, on finit par ne plus s'entendre et oublier le fond, pour perfectionner, — sans y réussir, — les désignations pathologiques : témoin la séance de la *Société médicale d'observation*, où l'observation de M. Gouraud a été discutée. (*Gazette des hôpitaux*, 17 septembre 1867.) Il faudrait être vraiment habile pour bien concilier les appréciations de MM. Baumetz, Martineau, Ollivier, Barthez; et plus habile

encore, pour tirer de ces débats une conclusion décisive pour la théorie et la pratique.

Si l'on tient donc à dénommer rigoureusement les divers états morbides, désignés sous le nom de fièvre typhoïde, et surtout sur leur mode de propagation, il faut nécessairement prendre pour types des faits bien tranchés et sans équivoque possible.

Tel est, ce me semble, le caractère de ceux, très-nombreux, que je pourrais produire. J'en choisis seulement deux groupes des plus concluants, dans lesquels l'origine *contagieuse* et l'origine *infectieuse* se sont clairement dévoilées.

Premier groupe : par contagion.

Il existe près du village de C..., à 13 ou 14 kilomètres de Marmande, un plateau culminant d'où l'on aperçoit la vallée de la Garonne et les sinuosités du fleuve. Sur ce coteau élevé, exposé à tous les vents, les miasmes épidémiques doivent être vigoureusement balayés, si la ventilation peut être comptée, comme une immunité, dans certaines maladies.

Or, sur ce monticule existe une vaste habitation rurale, et plusieurs ménages étaient établis, il y a une quinzaine d'années, sous la même toiture. La plus aisée de ces familles avait un logement plus grand que les autres, exposé au sud-est. — Mlle L..., âgée de 18 ans, arriva chez ses parents, venant de Bazas, convalescente d'une fièvre typhoïde, mais encore affaiblie, anémique et non tout à fait sans variations dans l'état du pouls; en un mot, les traces de cette grave affection étaient encore empreintes sur la frêle constitution de la jeune personne.

Peu de jours après que Mlle L... fut installée dans la maison, pour s'y rétablir, son père, âgé de 55 ans, se trouva dérangé : céphalalgie, pouls petit, précipité, douleurs abdominales, borborygmes, sensation très-douloureuse à l'épigastre; tous les signes enfin de l'invasion de la fièvre typhoïde... Bientôt, malgré le traitement le plus énergique, ses symptômes ataxiques se développèrent et le malade mourut au bout de deux septenaires.

Immédiatement après cette catastrophe ou, pour mieux dire, au moment où l'on s'occupait exclusivement de l'état de M. L..., la maladie envahit les autres demeures, trois jeunes sujets (sur quatre atteints) des deux sexes, succombèrent successivement aux symptômes les plus violents et les plus rapides de la fièvre typhoïde, caractérisée par la forme ataxique, c'est-à-dire avec un délire incoercible, qui dura presque pendant tout le temps de la maladie.

Je supprime ici, comme inutiles, parce qu'ils sont consignés partout, les détails cliniques étrangers à la démonstration qui est l'objet de cette simple note ; et je me bornerai à faire ressortir les circonstances suivantes :

1° Une localité des mieux placées, au point de vue hygiénique, dans une contrée où, au printemps (c'est dans cette saison que ces faits se sont passés), les senteurs des bois de chêne, des arbustes à essences aromatiques, sont si salutaires à la santé, où aucune maladie ne régnait, à part les accidents vulgaires auxquels sont sujets les cultivateurs.

2° Au milieu de ces conditions parfaites de salubrité, arrive inopinément de la ville de Bazas, distante de C... d'environ 40 kilomètres, une jeune fille imprégnée encore du principe délétère qui s'infuse, pour ainsi dire, dans les constitutions du voisinage, depuis l'âge mûr jusqu'à l'enfance; entraîne la mort de quatre personnes dans l'espace d'un mois et borne son action aux limites des demeures où il a été déposé.

3° Je me crois surabondamment autorisé à penser que le mot de *contagion* doit être appliqué à un pareil mode de transmission d'un principe morbide.

4° Je crois aussi (car c'est là la tendance utile et pratique de ces observations) que, si l'on eût songé à isoler, dès les premiers jours, Mlle L... de son entourage, personne n'eût été atteint de la maladie, et cette convalescence, qui se termina par une guérison radicale, n'eût eu aucune influence fatale.

Deuxième groupe : par infection.

Dans un hameau de la même section de l'arrondissement de Marmande, réunissant les mêmes conditions topographiques, une épidémie de fièvres typhoïdes se déclara quelques années après les événements ci-dessus.

De petites et médiocres habitations composaient ce hameau peuplé, en général, d'hommes travaillant à la terre. Au commencement de l'été, la maladie s'étendit rapidement sur un grand nombre de personnes d'âges et de sexes divers : jusque-là, rien ne pouvait faire prévoir l'invasion du fléau qui sévit cruellement et fit beaucoup de victimes.

M. Feaugas, médecin au chef-lieu du canton de Mielhan, visitait et soignait ces malades, quoique assez éloigné, et les voyait cependant avec autant de zèle que d'exactitude. L'expérience de ce praticien offrait toutes les garanties désirables, et les médications étaient appliquées avec tout le discernement possible, en dehors de toute prévention, de toute doctrine exclusive; car, il faut le dire, c'est par un sage éclectisme que procèdent les médecins de campagne, dégagés qu'ils sont de toute prétention d'initiative ou d'innovation.

Je fus adjoint plusieurs fois, dans cette campagne, à mon honorable confrère: nous ne différâmes en rien sur la manière d'instituer le traitement, toujours eu égard aux symptômes prédominants, qui furent constamment l'ataxie, dans la période funeste de la maladie.

Nous recherchâmes, avec beaucoup de soin, les causes auxquelles on pouvait attribuer le développement subit et formidable de l'épidémie : il n'y avait pas possibilité de faire intervenir, pour l'explication, aucun fait d'importation ni de contagion directe : nous fûmes obligés de nous rejeter sur la corruption de l'air ambiant par des cloaques, creusés exprès presque en face de chaque porte d'entrée, et dans lesquels étaient accumulés des matières végétales et des *détritus* de toutes sortes, dans le but de faire des *engrais* par la fermentation. Les eaux pluviales et saumâtres (celles de sources sont rares et éloignées dans cette localité) s'évaporaient sous l'influence d'une chaude atmosphère ; les matières putréfiées restaient à découvert et exhalaient une odeur fétide.

Nous conclûmes que c'étaient là de véritables foyers d'*infection*, que nous eûmes beaucoup de peine à faire supprimer à cause du bénéfice qu'on en retirait pour l'agriculture.

Les deux ordres de faits que je viens de signaler succinctement ne portent-ils pas les caractères différentiels de la *contagion* et de l'*infection*, et de la façon la plus claire?

Mais les circonstances au milieu desquelles se développent les fièvres typhoïdes, sont très-souvent plus obscures et confuses : c'est alors qu'on a recours à toutes les subtilités du langage pour en déterminer la nature, prétention oiseuse et parfois dangereuse, puisque, fréquemment, l'adoption des méthodes thérapeutiques est subordonnée à la dénomination de l'état morbide.

Du moment, en effet, où l'on ne croit pas devoir admettre la *contagion*, on se dispense facilement des précautions si importantes de l'*isolement*, et même de la simple *séparation;* tandis que, avec la crainte salutaire de la *communication* par le contact ou par la cohabitation, on prend toutes les mesures que la prudence et l'expérience peuvent suggérer.

En définitive, je crois que l'observation de M. Gouraud, avec les discussions qui l'ont accompagnée, aura pour effet d'appeler de nouveau l'attention sur les mesures préventives, beaucoup trop négligées, non-seulement à l'égard de la fièvre typhoïde, mais encore à l'égard de bien d'autres affections épidémiques.

GANGRÈNE SPONTANÉE.

Accidents inopexiques et endartérite hypertrophique (1).

Par M. le Dr Ch. Benni.

La gangrène, dite jusqu'à présent spontanée, reconnaît pour cause prochaine, dans la grande majorité des cas, une oblitération artérielle.

Cette oblitération peut être produite par du sang coagulé, par des éléments de nouvelle formation ou par ces deux altérations réunies.

L'oblitération par le caillot sanguin se fait, soit par le mécanisme de l'embolie, soit par celui de la thrombose.

La thrombose se forme, soit sous l'influence des parois vasculaires (artériosclérose et ses transformations athéromateuse et calcaire), soit sous l'influence d'une altération du sang (inopexie).

L'inopexie, dont le caractère essentiel est l'augmentation de la coagulabilité du sang, dépend, dans beaucoup de cas, d'une proportion, soit absolument, soit relativement plus considérable de la fibrine.

L'affaiblissement de l'impulsion cardiaque doit être considérée comme une cause secondaire, mais importante, dans la production de ces thromboses.

L'inopexie du sang, capable de produire de la gangrène par oblitération artérielle, se trouve surtout :

a. Dans les maladies cachectiques, telles que le cancer, la phthisie, l'ostéomalacie ;

b. Dans quelques maladies aiguës graves, telles que la fièvre typhoïde, les exanthèmes fébriles, le choléra, le rhumatisme articulaire aigu, les affections puerpérales ;

c. Dans le diabète, ainsi que dans quelques autres états morbides ou simplement séniles, qui ont amené un marasme prononcé. Les cas ne sont pas assez nombreux pour nous permettre de classer dès à présent ces faits.

L'oblitération artérielle peut être produite par des éléments de nouvelle formation, néoplasie qu'on pourrait appeler *endartérite hypertrophique*, et qui consiste dans un épaississement énorme de la tunique artérielle interne, épaississement uniforme et continu, présentant des canaux vasculaires et des éléments figurés. Les tuniques moyenne et externe restent saines.

L'oblitération artérielle peut être le résultat d'une fausse membrane, produit d'une endartérite spéciale, qu'enveloppe un caillot, soit embolique, soit autochtone.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 2 août 1867. — Présidence de M. Boys de Loury.

Fistules vésico-intestinales

M. Boinet fait part à la Société d'un cas rare qu'il a été à même d'observer et de suivre pendant longtemps. Il s'agit d'un homme né dans les colonies, âgé de 37 ans, maigre, ardent, ayant eu une existence tourmentée et qui souffre depuis longtemps dans le bas-ventre et dans la cavité pelvienne. Plusieurs médecins qui l'avaient vu avaient cru à un rhumatisme intestinal ; ils avaient ordonné ce qu'on ordonne en pareil cas, et le résultat avait été nul.

M. Boinet s'aperçut un jour que le malade rendait des gaz par l'urètre. Ce malade consulta Civiale, Philips et rien ne put être trouvé qui expliquât la présence des gaz dans la vessie. On crut alors à la production spontanée des gaz dans le réservoir urinaire. Un jour ce malade rendit des urines purulentes pendant que MM. Boinet et Grisolle étaient auprès de lui. Nous l'examinâmes, dit M. Boinet, avec le plus grand soin, et nous n'avons rien pu trouver qui nous expliquât la présence du pus dans les urines.

Les douleurs dans le bas-ventre continuaient toujours, mais les urines étaient redevenues normales.

Fatigué, tourmenté par ces souffrances continuelles, par l'inutilité et l'inefficacité des traitements employés, ce malade consultait tout le monde. Un jour il revint me voir, et je trouvai dans ses urines des grumeaux d'une substance rouge que je pris pour du sang coagulé. Je conseillai au malade de faire examiner ses urines, et de les faire analyser par des gens compétents. C'est ce qu'il fit faire, et on trouva que ces grumeaux rouges n'étaient pas du sang coagulé, mais des parcelles alimentaires composées de viande à moitié digérée. Nul doute que ces grumeaux ne vinssent de l'intestin. Il y avait donc une fistule intestino-vésicale.

Mais ce qu'il y avait de curieux, ajoute M. Boinet, c'est que ce passage de parties alimentaires de l'intestin dans la vessie n'était pas continuel, et que jamais l'urine n'a reflué de la vessie dans le rectum. Il y a de cela un an et le malade est dans le même état. Un chirurgien distingué appliqua le spéculum ani, dit et affirma qu'il voyait le pertuis fistuleux, cautérisa, mais le résultat fut complètement nul.

Le malade est toujours dans le même état. Y a-t-il quelque chose à faire? M. Boinet ne le pense pas. Car le remède serait pire que le mal; il faut donc s'abstenir.

M. Guibout. Le cas très-intéressant que M. Boinet vient de nous raconter me rappelle un malade qui habitait Vendôme et qui avait une fistule anale très-profonde ; il y a de cela dix ans. Lorsque le malade urinait, il rendait des gaz par le canal de l'urètre, gaz qui avaient une odeur stercorale très-prononcée. Ce malade fut opéré, il guérit et ne rendit plus de gaz par le canal de l'urètre.

Pleurésies chroniques.

M. Blachez. J'ai, dans ce moment, dans mon service un malade qui offre des particularités très-intéressantes pour lesquelles je serais heureux d'avoir l'avis de la société, et surtout celui de M. Boinet qui est très-compétent en cette matière ; il s'agit d'un homme qui est atteint depuis un an d'une pleurésie purulente; il fut, à cette époque, ponctionné par M. Fournier; mais sa maladie a récidivé, et, il y a six semaines, il est rentré à l'hôpital. Il offre à la percussion une matité très-considérable dans toute la partie gauche de la poitrine ; le cœur est rejeté à droite; on perçoit les battements du cœur sous le mamelon droit. Ce malade est en proie à une cachexie profonde, et cependant il ne me semble pas tuberculeux; à l'auscultation, aucun signe stéthoscopique ne peut affirmer la présence de tubercules. Je fis une thoracentèse; il sortit un demi-litre de pus bien lié; le malade ressentit un grand soulagement; mais, au bout de huit jours, les symptômes étaient revenus aussi menaçants, l'anxiété était norme, et la fin paraissait prochaine, si l'on n'intervenait pas. En présence d'un état aussi alarmant, je me décidai à établir une fistule, je fis une nouvelle thoracentèse; cette fois il s'écoula au moins cinq litres de pus; jamais je n'ai vu sortir par une sonde une quantité aussi considérable de pus.

J'introduisis à demeure, profondément, une sonde en caoutchouc vulcanisé; matin et soir, par le moyen d'une seringue aspirante, je retirais un demi-litre de pus, puis je faisais des lavages avec de l'eau additionnée de teinture d'iode d'abord au dixième, puis en augmentant la dose de teinture d'iode. Le malade va mieux; mais, cependant, il se forme toujours du pus; et je demande ce qu'il faut faire pour tâcher d'arriver à la guérison.

Faut-il laisser la sonde à demeure? Faut-il encore augmenter la dose de teinture d'iode?

Faut-il fermer la fistule?

M. Boinet. Il est probable que la ponction a été faite au-dessus du bas-fonds, et que le pus sécrété par la plèvre y séjourne toujours; le lavage n'est pas complet; il faudrait, je crois, faire une contr'ouverture au point le plus déclivé, la faire large, y faire passer un gros drain par un trocart approprié; et ainsi on pourrait tous les jours, matin et soir, laver complètement la plèvre.

M. Blachez. J'avais introduit la sonde jusque dans la partie la plus déclive; je l'introduisais d'au moins vingt-cinq centimètres; mais je pense que la contr'ouverture est bonne; maintenant je me demande si, après une maladie aussi longue, le poumon pourra de nouveau se dilater, et revenir à son état normal.

M. Boinet a vu un cas de pleurésie purulente qui a persisté pendant trois ans; c'était chez la femme d'un médecin. Elle a guéri et, à l'heure qu'il est, on entend sa respiration dans les grosses bronches. Le thorax a été au-devant du poumon, il s'est déprimé, et cependant il n'y avait pas d'adhérence, car je promenais la sonde dans toute la cavité pleurale jusque sous la clavicule.

M. Blachez. Le cœur était, aussi mon malade, rejeté à droite jusque sous le mamelon, et il a repris peu à peu sa place ; mais dans ces cas de pleurésies considérables, j'ai remarqué que les morts subites sont moins fréquentes que dans les cas de moyenne intensité; dans deux cas où l'épanchement était peu considérable, et où la mort subite survint, à l'autopsie on trouva des caillots déjà organisés dans les veines pulmonaires. Ce n'est donc pas par le fait du déplacement du cœur que la mort arrive subitement.

Tumeurs érectiles.

M. Gros. J'ai eu l'occasion de voir ces temps derniers une série de trois cas de tumeurs érectiles chez des enfants à la mamelle. Comme ces trois cas ont été opérés par des méthodes différentes et que tous trois ont été suivis de guérison, je crois que la Société entendra avec intérêt cette communication; le premier cas est le suivant :

1° Un enfant naquit avec une toute petite tache rouge à l'angle de l'omoplate; six semaines après la tumeur s'était considérablement augmentée, et était une véritable tumeur érectile; je crus qu'il était inutile d'attendre plus longtemps. M. Nélaton fut consulté; il appliqua de la pâte de Vienne, l'eschare se forma, se détacha et, au bout de six semaines après l'application du caustique, la guérison était complète.

2° Le deuxième cas est celui-ci : on découvrit six semaines après la naissance d'un enfant qu'il portait sur la fontanelle antérieure une petite tache de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. Cette petite tache était évidemment une tumeur érectile; je restai quelque temps en expectation, mais un mois après, la tumeur se développant rapidement, et ayant l'étendue d'une pièce de deux francs, avec saillie considérable au-dessus du niveau de la peau, je crus qu'il était opportun d'agir. J'appelai M. Delpech en consultation, je lui proposai la vaccination de la tumeur, qu'il accepta; mais le vaccin dont je me servis était trop vieux, de sorte que l'effet fut nul. La tumeur grossissait toujours; l'emploi d'un caustique sur la fontanelle me fit peur, à cause du voisinage du cerveau. Nous nous réunîmes encore une fois avec M. Delpech et, après avoir pris l'avis de M. Desormeaux, le procédé choisi fut celui de la ligature.

15 aiguilles furent passées par moi à la base de la tumeur, qui fut fortement étranglée par plusieurs fils jetés tant au-dessus qu'au-dessous des aiguilles; la tumeur ainsi serrée avait la grosseur et la forme d'un œuf de pigeon. Au bout de quinze jours, la suppuration s'établit lentement, la santé de l'enfant resta toujours bonne. Un mois après, la tumeur se déta-

(1) In-8; prix : 2 fr. 50. Paris. 1862, Adrien Delahaye.

chas au-dessous d'elle il y avait une plaie simple, et la cicatrisation se fit normalement.

Aujourd'hui, à côté de la tumeur, deux nouveaux points rouges ont apparu, mais ils ne sont plus sur la fontanelle et la vaccination les emportera facilement.

3° Le troisième cas est celui d'un enfant de six semaines qui portait au niveau de la troisième fausse côte une tumeur érectile. J'employai la vaccination avec le vaccin de génisse, et le résultat a été complet.

M. Jacquemin. J'ai vu dans ma vie beaucoup de ces tumeurs érectiles, elles guérissent toujours d'elles-mêmes. Au reste, cette opinion n'est pas mienne ; c'est celle de Dupuytren.

Une légère compression quelquefois est nécessaire, mais j'ai toujours vu les tumeurs disparaître sans opération.

M. Giraldès. Ce que dit M. Jacquemin est vrai dans bien des cas ; très-souvent les tumeurs érectiles, celles qui sont veineuses et situées à la région parotidienne, guérissent d'elles-mêmes.

Mais je diffère de M. Gros pour les procédés. J'emploie volontiers celui de Rigal (de Gaillac) qui consiste à traverser la base de la tumeur par un fil double, puis, perpendiculairement au premier fil passé et parallèlement à la base, par une épingle; puis on étrangle la tumeur, en ayant soin de la piquer pour évacuer le sang ; on peut ensuite momifier cette tumeur par l'application du chlorure de zinc, ou de perchlorure de fer, et au-dessous, quand la tumeur se détache, et que les fils tombent, on trouve une plaie et bientôt après une cicatrice blanche non rétractile.

Ce procédé est quelquefois difficile à appliquer à la paupière inférieure ou supérieure.

Il y a aussi d'autres procédés, celui, par exemple, qui consiste à opérer sous la peau ; c'est un procédé rapide, charmant à l'œil, mais dont le résultat est détestable.

Il y a aussi le procédé par les caustiques : la pâte de Canquoin ou le caustique de Vienne ; puis les injections, par la seringue d'Anel, de liquides coagulants. Dernièrement le Dr Martin-Saint-Ange a injecté dans une tumeur érectile, après avoir dilacéré le tissu de la tumeur, de l'eau de Pagliari. M. Richard, notre collègue, était présent, et le résultat a été très-beau, les téguments étant conservés.

Encouragé par ce résultat, j'ai eu recours à l'eau de Pagliari en injection pour une tumeur sous la paupière, je n'ai pas obtenu grand résultat; j'ai fait une nouvelle tentative par le même moyen, mais il n'y a pas encore assez de temps d'écoulé pour pouvoir se prononcer sur la valeur de ce moyen.

Quand une tumeur est très-volumineuse, qu'elle est cutanée, je crois qu'il ne faut pas être trop pressé d'agir, qu'il faut attendre.

Quant au procédé de la vaccination, il n'est applicable que pour les tumeurs cutanées.

M. Gros. Je crois que le procédé de Rigal n'était pas applicable dans la région de la fontanelle. La région est convexe et je craignais de pénétrer dans la fontanelle.

M. Jacquemin. Ce que j'ai dit au commencement de cette discussion, sur l'expectation, ne s'applique qu'aux tumeurs du crâne chez les nouveau-nés.

M. Gros. J'ai commencé par attendre, et ce n'est qu'en voyant le rapide accroissement de la tumeur que je me suis décidé à agir.

M. Giraldès. Rien n'est plus facile que le procédé de Rigal (de Gaillac), il suffit d'une aiguille avec un chas à son extrémité antérieure, d'une épingle de Carlsbad ou d'une épingle anglaise pour le bec de lièvre.

Ce procédé est applicable dans toutes les régions, sur les fontanelles comme ailleurs.

La séance est levée à cinq heures moins le quart.

Le secrétaire, Dr A. Charrier.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente.	495
Dr G. Jacob	5
Total . . .	500

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que le pénible débat existant entre MM. les docteurs Couranjou et Duvernet a reçu — après explications franches et les pièces soumises par eux dans le sein de l'Association des médecins de la Nièvre — la solution la plus favorable à l'honorabilité de ces deux confrères.

— Le maire de Boulogne-sur-Mer vient de prendre un arrêté auquel nous ne pouvons que vivement applaudir.

La constatation des naissances se fera dorénavant dans cette ville par le ministère d'un médecin-inspecteur des naissances, qui se transportera au domicile des parents.

— Une illustration de la médecine espagnole, M. le professeur F. Verdugo, vient de mourir à l'âge de cent cinq ans, à Alberca, province de Salamanca. Il exerçait depuis quatre-vingts ans.

— Les examens d'officier de santé et de sage-femme de deuxième classe de l'Algérie ont eu lieu le 16 septembre dernier.

Deux élèves musulmans, portant le costume indigène et appartenant à des familles arabes de la province d'Alger, ont reçu le titre d'officier de santé.

C'est au gouvernement français que ces jeunes gens doivent leur instruction primaire et leur instruction médicale.

— M. le Dr Fort, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours d'anatomie, le mardi 22 octobre 1867 à midi précis, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

Le même jour, M. Fort commencera un cours de pathologie interne et externe pour le deuxième examen de doctorat et le troisième examen de fin d'année, 51 boulevard Saint-Michel. Ces cours auront lieu tous les jours.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 9 OCTOBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

M. H. Bouley, qu'un deuil récent, auquel se sont associés ses nombreux amis, avait tenu quelque temps éloigné de l'Académie, est monté hier à la tribune, sur l'invitation de M. le Président, pour exposer à ses collègues les résultats de la nouvelle mission dont il a été chargé récemment dans quelques parties de l'Allemagne. Les faits qui se sont passés dans le Palatinat ont été pour M. Bouley une occasion de plus d'affirmer de nouveau la doctrine de l'importation par contagion de la peste bovine, doctrine qui paraît être à peu près universellement admise aujourd'hui par les vétérinaires. M. Guérin, tout en approuvant, au point de vue pratique, les mesures de sûreté adoptées pour préserver notre pays de l'invasion de la maladie, a fait de légitimes réserves au point de vue scientifique, à l'égard de cette doctrine de la contagion qui lui paraît beaucoup trop absolue et trop exclusive. M. Bouley se plaçant au point de vue du fait, sans se préoccuper des causes, ignorées d'ailleurs, qui donnent naissance à la peste bovine, se fonde sur ce que la maladie a toujours le même point d'origine et qu'elle est toujours issue primitivement des mêmes lieux d'où elle se propage ensuite au loin par voie de communications successives, pour affirmer qu'elle n'a jamais eu et qu'elle ne peut avoir une origine spontanée. C'est contre cette limite posée au possible, alors que les conditions mêmes de développement de la maladie sont inconnues, que M. Guérin s'est élevé, avec raison suivant nous, au nom des principes scientifiques. Ceci soit dit sans rien ôter d'ailleurs, au contraire, à l'intérêt de la communication de M. Bouley.

L'Académie, avant cette petite discussion, avait entendu la lecture de deux mémoires, l'un, de M. Demarquay sur la ligature des artères de la langue ; le second, de M. le docteur Poznansky relative aux effets de l'acide cyanhydrique sur l'organisme.

L'objet du mémoire de M. Demarquay est d'établir les indications de la ligature des artères de la langue, soit qu'il s'agisse de prévenir le danger des hémorrhagies dans certaines opérations pratiquées sur cet organe, soit qu'on se propose d'amener l'atrophie des tumeurs de mauvaise nature dont elle peut être le siége. C'est pour cette dernière circonstance notamment que M. Demarquay a pratiqué plusieurs fois cette opération, pour des tumeurs cancéreuses de la langue, avec un succès relatif, le seul qu'il pût en attendre, c'est-à-dire la prolongation d'existence des malheureux qui en étaient atteints. M. Demarquay a saisi cette occasion pour éclairer d'un jour nouveau ce point de chirurgie pratique et pour présenter quelques considérations physiologiques et pathologiques intéressantes sur l'hémostase préventive.

Grâce à ces deux lectures et à la communication provoquée de M. Bouley, l'ordre du jour a pu être à peu près rempli et la séance a pu presque atteindre sa limite habituelle.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. HOUEL.

Polype naso-pharyngien, — ablation du maxillaire, — appareil prothétique.

(Observation recueillie par M. le Dr Postel.)

Saint-L.... (Auguste), âgé de 20 ans, élevé dans un séminaire à Tarniers, près de Soissons, n'a jamais été malade ; il est petit, peu robuste, mais sans vice de constitution. Il est fils unique, ses parents vivent et sont d'une bonne santé habituelle.

Depuis un an environ il saignait fréquemment du nez (presque tous les jours), lorsque au mois de décembre 1865, les épistaxis cessèrent subitement, et il s'aperçut d'une gêne de la respiration, état dont il ne s'inquiéta pas d'abord, l'attribuant à un coryza.

La céphalalgie, légère avant cette époque, devint de plus en plus fréquente et le malade, dans la conviction qu'elle venait de la suppression des épistaxis, essaya plusieurs fois de rétablir l'hémorrhagie par des moyens artificiels.

Le 24 juin 1866, Auguste Saint-L....., mettant le doigt dans la narine gauche, sentit un corps dur, mobile et ne saignant pas au toucher : depuis lors il reconnut l'écoulement d'un liquide blanchâtre et filant par cette ouverture.

Désirant s'éclairer sur son état, il consulte le médecin du séminaire qui diagnostique un polype, et l'engage à s'adresser à un chirurgien pour l'opération.

Vers la fin de juillet, notre malade alla trouver à Soissons un chirurgien. Celui-ci, à plusieurs reprises et à l'aide de pinces, tenta de saisir la tumeur qui paraissait fuir devant l'instrument, et dont on ne pouvait arracher que de très-faibles portions. Après une séance assez longue, l'opérateur ne parvint qu'à enlever un fragment de polype, gros comme une noisette environ. Pendant l'opération, hémorrhagie abondante qui nécessite l'emploi du perchlorure de fer.

Pendant trois mois, c'est-à-dire jusqu'au mois de novembre, on renouvela les tentatives d'arrachement, tous les huit jours à peu près et chaque fois l'arrachement d'une petite portion de la tumeur fut suivi d'hémorrhagie, qu'on traita comme plus haut, c'est-à-dire avec des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure.

Dans l'intervalle des séances, les épistaxis se renouvelèrent plusieurs fois, et le malade, pour y remédier, devait toujours avoir du perchlorure à sa disposition.

Pendant ce temps, augmentation de la céphalalgie, et affaiblissement progressif du malade. Justement inquiet, celui-ci se décide à venir à Paris. Il entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Desormeaux qui tenta deux fois l'arrachement de la tumeur et provoqua de nouvelles hémorrhagies réprimées par l'eau et le vinaigre.

En cette occurrence, M. Desormeaux renonce à ce procédé, pour employer la cautérisation par le nitrate acide de mercure.

Après un mois de séjour, le malade tourmenté par l'inflammation provoquée dans les narines par le caustique, demande sa sortie.

De retour chez lui, il revoit le chirurgien qui l'a soigné tout d'abord et subit deux nouvelles tentatives d'arrachement. Avant d'aller plus avant, on engage le malade à attendre que la tumeur le gêne davantage.

Au bout d'un mois de repos, Saint-L..... voit le polype arriver à l'orifice de la narine, et reconnaît alors une grosseur dans sa joue, et de plus la tendance de l'œil à sortir de l'orbite.

Effrayé, notre malade retourne à Soissons ; son chirurgien, renonçant à l'arrachement, saisit le prolongement nasal de la tumeur avec des pinces, et le coupe avec des ciseaux courbes. Nouvelle hémorrhagie très-abondante, qui se renouvelle les jours suivants au moindre mouvement.

On essaye alors de porter par le nez une ligature sur le pédicule du polype ; mais toutes les tentatives faites dans ce but échouent, et le chirurgien engage Saint-L.... à se rendre à Paris une seconde fois, et à voir M. Nélaton, qui l'admet à la clinique le 17 avril.

Lors de son entrée, le malade se présenta dans l'état suivant : la moitié gauche de la face est notablement plus volumineuse que la moitié droite ; le nez est élargi du côté malade. l'œil chassé de l'orbite, fait une notable saillie, enfin on trouve à la région malaire un relief sensible.

L'examen de l'œil au point de vue fonctionnel ne présente rien de particulier. En écartant la narine gauche, on constate qu'elle est remplie par une masse volumineuse ; celle-ci s'avance jusqu'à l'orifice et tend même à le dépasser. Elle est blanchâtre, dure et résistante à la pression.

Quand le malade ouvre la bouche, on trouve le voile du palais déprimé, bosselé, et le doigt appliqué sur cette partie éprouve une résistance très-considérable. Le bord libre examiné avec soin, on voit un léger relief formé par le polype qui occupe tout le fond de l'arrière-bouche, mais sans descendre, comme cela arrive d'ordinaire, au-dessous de ce bord libre, la tumeur est conséquemment peu apparente.

L'examen de la tumeur malaire montre une masse grosse comme un petit œuf de poule ; cette masse, d'une densité considérable et mobile sous la peau présente deux bosselures. M. Hoüel, suppléant M. Nélaton, pense que c'est là un prolongement de la tumeur naso-pharyngienne, échappé par le trou sphéno-palatin pour venir occuper la joue, comme il arrive généralement. On peut alors s'expliquer comment une dépendance de ce diverticulum, se plissant par la fente sphéno-maxillaire a déterminé l'exophthalmie.

En présence de ces faits M. Hoüel, d'accord avec M. Nélaton, croit devoir recourir à une opération radicale, les autres procédés ne permettant pas d'enlever la tumeur entière.

Une incision partant de l'os malaire jusqu'au niveau des os propres du nez près de l'angle interne de l'œil ; une seconde incision, verticale, descend sur la partie latérale du nez, circonscrivant la narine jusque sur la ligne médiane. Une troisième incision coupa la lèvre sur la ligne médiane.

Ce large lambeau est disséqué et relevé, et la couche osseuse mise à nu. Le maxillaire est enlevé par le procédé ordinaire ; seulement on prend soin, en faisant l'incision de la voûte palatine, de respecter les incisives.

L'os est trouvé profondément altéré dans ses différentes parties ; la lame osseuse, qui forme le plancher de l'orbite et limite le sinus maxillaire, est en partie détruite.

Le polype, mis à nu, s'insère sur l'apophyse basilaire et sur le corps du sphénoïde. Isolé avec le doigt, on l'arrache par torsion, entraînant avec lui le plancher inférieur des cellules sphénoïdales dans lesquelles le doigt a pu être introduit.

Les suites de l'opération ne présentèrent pas d'accidents, et aujourd'hui le malade n'offre qu'une difformité peu appréciable : la joue est un peu applatie, mais l'œil a pris sa position normale.

Un appareil destiné à combler cette perte de substance était donc indispensable ; M. Hoüel en confia l'exécution à M. Dejardin fils.

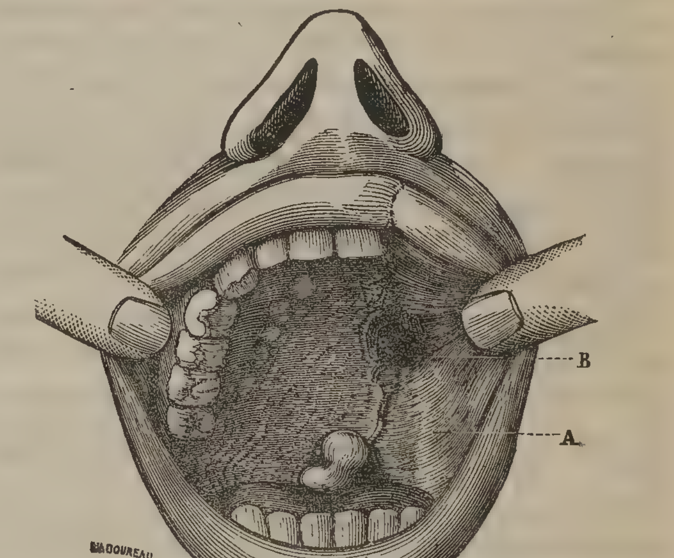


Fig. 1.

La figure 1 représente la cavité buccale du malade ; toute les dents du côté gauche manquent par suite de la résection du maxillaire : en A se voit la perte de substance à combler. B, trou communiquant avec les narines.

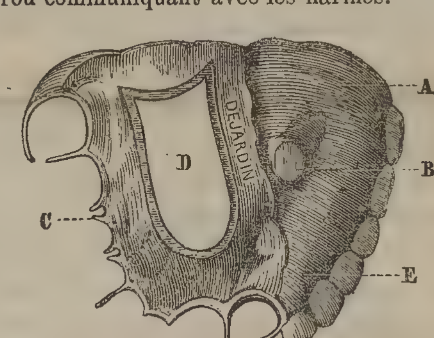


Fig. 2.

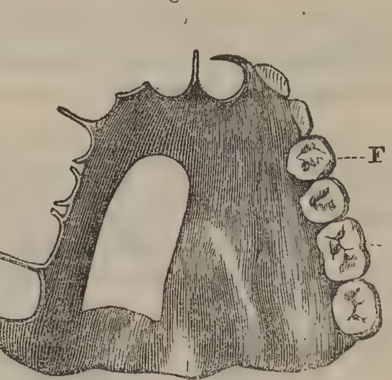


Fig. 3.

Les figures 2 et 3 sont l'une la face supérieure, l'autre la face inférieure de l'appareil.

Pour la figure 2 A surface convexe s'appliquant sur la voute palatine ; B éminence comblant le vide indiqué par la même lettre à la figure précédente ; C lames et collets servant à maintenir l'appareil au moyen d'une plaque d'or percée d'un trou D.

Cette ouverture en mettant la langue du malade en contact avec cette région lui permet de goûter les aliments dans l'acte de la mastication. E dents artificielles destinées à remplacer celles qui manquent.

La figure 3 représente l'appareil vu par sa face inférieure ; F dents artificielles, H bord postérieur de la plaque mi-partie en caoutchouc, mi-partie en or.

M. Saint-L. supporte aujourd'hui parfaitement cet appareil, qui a rétabli toutes les fonctions de phonation, de gustation et de mastication.

HOPITAL MILITAIRE D'ARRAS. — M. CABASSE.

Abcès de la fosse iliaque gauche ; psoïtis ?

Lorsque je pris la direction du service de l'hôpital militaire d'Arras, je trouvai, dans les salles, le malade dont l'observation suivante, au point de vue du diagnostic, de l'étiologie, de la gravité de la marche, de la terminaison, nous a paru pouvoir présenter un certain intérêt.

K..., caporal au 26e de ligne, âgé de 26 ans, bonne constitution, tempérament mixte sanguin et nerveux, entre à l'hôpital d'Arras le 24 juin 1865, atteint de conjonctivite aiguë. Pas d'accidents syphilitiques, pas de maladies antérieures à l'incorporation, autres qu'une fluxion de poitrine à l'âge de 8 ans.

Il était complétement guéri le 7 septembre ; notre prédécesseur avait prononcé sa sortie pour le lendemain, quand, dans la nuit, sans cause connue, il ressentit dans la région iliaque gau-

che, une douleur assez vive, irradiant vers l'aine et s'étendant à tout le membre pelvien du même côté; pas de fièvre.

Depuis une dizaine de jours, il s'était amusé à jardiner, à planter des fleurs dans les promenoirs des officiers, mais il n'avait fait aucun effort violent, ni soulevé aucun fardeau; on pensa qu'il voulait chercher à prolonger son séjour à l'hôpital.

Le 9 septembre, il continua à se plaindre; néanmoins, il mangea comme d'habitude et, après le déjeuner, descendit au jardin, traînant un peu la jambe, sans se préoccuper autrement de ce qu'il éprouvait. A peine avait-il commencé à travailler, que la douleur devint tout à coup si vive qu'il fut obligé de s'asseoir; deux camarades durent l'aider à regagner la salle. Frissons la nuit suivante, fourmillement dans tout le membre s'étendant jusque dans le pied; la douleur de plus en plus intense s'exaspère au moindre mouvement.

Le cahier de visite porte pour diagnostic, névralgie inguino-crurale; frictions avec le liniment camphré, cataplasmes, plus tard vésicatoire.

K... fut à cette époque présenté à M. le professeur Denonvilliers, venu à Arras pour présider les examens des élèves de l'École secondaire : le savant praticien ne crut pas pouvoir se prononcer sur la nature de l'affection.

Au bout de quelques jours apparurent des symptômes plus caractéristiques : perte d'appétit, diarrhée, fièvre, infiltration et gonflement assez considérable du membre.

Le 20 septembre, le docteur Rizet remplace le médecin traitant, il constate dans la fosse iliaque une tumeur mal circonscrite, profonde, dont le volume s'accroît rapidement. La tuméfaction augmente d'une manière sensible, gagne le pli de l'aine en suivant le trajet des vaisseaux cruraux, elle s'étend à toute la cuisse gauche dont la grosseur énorme contraste avec l'amaigrissement du membre du côté opposé. La fluctuation devient manifeste le 1er octobre; une ponction avec le bistouri au sommet du triangle de Scarpa donne issue à une quantité considérable évaluée à un litre de pus mêlé de sang bien lié, louable.

Le 2 octobre, nuit bonne, pas de réaction fébrile, le malade est soulagé.

Le 3 octobre, introduction dans l'ouverture d'un bout de tube de drainage qui remonte assez haut vers le pli de l'aine en suivant le trajet des vaisseaux.

La suppuration, abondante les premiers jours, diminue ensuite; injection d'eau tiède, puis de vin aromatique; enfin, le 14, après la suppression du drain, injection d'alcool camphré étendu; compression graduée sur tout le membre, spica de l'aine.

Le 16 octobre, nous trouvons le malade dans l'état suivant : amaigrissement considérable, facies altéré, langue bonne, appétit, pouls petit, normal pour la fréquence, selles régulières; décubitus dorsal, tronc soulevé par des oreillers, courbé en avant avec légère inclinaison à gauche; cuisse malade fléchie sur le bassin, soutenu au creux du jarret par un traversin; celle-ci est plus grosse d'un tiers que celle du côté droit; la tuméfaction ne dépasse pas le genou; deux pertuis fistuleux à la partie supérieure; suppuration presque nulle; le pied est fortement placé dans l'abduction, dans une position exagérée de rotation en dehors; on ne peut toucher le membre ni lui faire exécuter le plus léger mouvement sans provoquer de vives douleurs et arracher à K... des cris perçants.

A la demande du malade, nous ne voyons pas d'inconvénient à augmenter l'alimentation : café le matin, quart, potage, côtelette, salade au cresson, demie de vin, limonade vineuse 2. Les injections alcooliques étendues sont continuées jusqu'au 22, puis remplacées par la teinture d'iode et le vin aromatique.

Le 26, le trajet fistuleux est complétement fermé.

A partir de ce moment, sous l'influence d'un bon régime, composé de viandes rôties, de légumes frais, vin de cannelle et de quinquina, café, etc., qui est parfaitement supporté, l'état général s'améliore, l'embonpoint revient avec les forces, le malade renaît, se lève, il passe une partie de la journée dans un fauteuil.

Ce résultat favorable devait être passager. A partir du 15 novembre, sans réaction fébrile marquée, sans douleur, la cuisse augmente de nouveau progressivement de volume, la collection purulente se reforme, la fluctuation ne tarde pas à être constatée le 3 décembre.

Suivant les préceptes de notre savant professeur, M. l'inspecteur Sédillot, pour donner une issue plus facile au pus, nous pensons devoir choisir comme lieu d'élection le pli de l'aine, dans la position du malade au lit, c'est le point le plus déclive. Nous faisons appliquer en cet endroit une traînée de caustique de Vienne, à trois reprises, en grattant chaque fois l'eschare linéaire de manière à arriver jusqu'au foyer.

Nous avons eu souvent occasion de nous louer de cette manière de faire dans certains abcès froids ou par congestion. Une fois l'eschare produite, en appliquant des cataplasmes, les bords se soulèvent, le pus se fait jour de lui-même sans communication du foyer avec l'air par suite des adhérences qui se sont formées. Ce moyen nous a parfaitement réussi en Afrique dans un cas d'abcès de foie.

La tuméfaction rapide de la cuisse et des accidents assez graves survenus le 6, ne nous permirent pas d'attendre. Nous fîmes avec le bistouri au centre de l'eschare une large ouverture communiquant au moyen d'un drain avec celle faite précédemment et qui s'était rouverte d'elle-même. Cette incision donna cette fois issue à un litre de pus séreux mal lié.

Pendant la nuit précédente, le malade avait éprouvé un grand malaise avec vomissements fréquents de matières bilieuses; ventre ballonné d'une sensibilité extrême, constipation, facies grippé, pouls fréquent et petit, en un mot, tous les symptômes d'une péritonite qui faillit être funeste.

Prescription : diète, tilleul pour boisson, potion de Rivière, embrocation d'huile belladonée, fomentations émollientes et narcotiques sur l'abdomen, lavement purgatif.

A la contre-visite, pas d'amélioration, glace, les vomissements sont incessants, ils ne cessent qu'à 9 heures du soir.

Le 7, pas de changement notable, les pièces de pansement sont inondées de pus; découragement profond.

Le 8 décembre, mieux sensible, le pouls se relève, une garde-robe, eschare au sacrum.

Prescription : Consommé deux pilules de belladone, le reste *ut supra*.

Le 17 décembre, phlegmon au côté externe de la cuisse, nous plaçons un deuxième tube de drainage au dessous du grand trochanter communiquant avec la première ouverture. Le calme et la confiance renaissent, les accidents se calment et permettent de relever les forces du malade par une bonne alimentation.

Le 2 février, nouveaux accidents; ouverture d'un foyer purulent à la partie moyenne et externe de la cuisse, quelques jours après l'enlèvement des drains. Dans la crainte d'avoir à les replacer encore, nous engageons, au moyen d'un stylet par deux ouvertures fistuleuses, un gros cordonnet en soie.

Le 1er mars, l'état est très-satisfaisant, les forces et l'embonpoint reviennent, le malade commence à marcher avec des béquilles, l'appétit est insatiable, les fonctions digestives s'exécutent avec une régularité parfaite.

Demie, côtelette ou viande rôtie, légumes et à chaque repas un supplément de cinq à six pommes de terre en robe de chambre pour lesquelles le malade a un goût très-prononcé.

K....., avant son entrée à l'hôpital, pesait 71 kilogrammes, 37 le 4 février, 44 le 1er mars, 49 le 20 mars et enfin 52 le 12 mai.

Départ pour les eaux de Bourbonne : il reste encore un petit pertuis fistuleux duquel il s'écoule à peine une gouttelette de pus dans les 24 heures.

La suppuration a augmenté d'une manière notable pendant le traitement thermal, qui a été composé de 40 bains et 13 douches.

A sa rentrée de Bourbonne le 25 juin, le malade revient à l'hôpital, il est sorti le 26 août pour retourner à son corps en attendant qu'il soit statué sur sa position.

Ce malheureux se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à sa subsistance; l'articulation coxo-fémorale est semi-ankylosée, le membre trop faible pour supporter le poids du corps; le pied est porté dans une abduction forcée, la marche n'est possible qu'avec des béquilles. Quant à l'état général, il est excellent. La position est très-intéressante, le malade dit n'avoir été soumis à aucune violence, il rapporte son accident à une chute faite au gymnase au mois d'avril 1865.

Avons-nous eu affaire à un abcès par congestion? nous ne le pensons pas; à un abcès sous-péritonéal de la fosse iliaque ou bien à un psoïtis? Bien que n'ayant pas observé le début de la maladie, et quoiqu'on ait donné comme signe pathognomonique de cette dernière affection, la rotation du pied en dedans, tandis que, dans le cas actuel, elle était exagérée dans le sens contraire, c'est à cette dernière opinion que nous croyons devoir nous ranger.

Nous avons revu le malade le 24 août 1867, il avait fait une deuxième fois usage des eaux de Bourbonne, dont il a obtenu une grande amélioration. Pour de longues courses qu'il supporte très-bien, il se sert de béquilles, mais il marche très-bien avec une canne; l'état général est excellent.

Sur l'emploi de l'air comme moyen obstétrical

Par le Dr Kauffmann

Point de départ des recherches qui concernent l'obstétrique.

Quand l'œuf est arrêté dans une anfractuosité de la caduque utérine, des végétations, partant de cette membrane, bourgeonnent tout autour de l'œuf, le recouvrent et l'enchâssent, dans une cupule sphéroïde, fermée de toutes parts, à l'exception d'un petit segment.

(Coste).

Propositions qui résultent de mes expériences :

1° Par le contact étroit entre les bourgeons de la caduque réfléchie (*decidua*) et les villosités de la membrane vitelline (*chorion*), l'air est raréfié dans la cupule. Ainsi, l'œuf reste solidement implanté et ne ballotte point.

2° Dès *l'interposition d'une couche d'air suffisante* entre l'embryon et la caduque, l'œuf devient moins adhérent et chancelle. Enfin, il tombe hors de la cupule et avorte. On peut ainsi, dans certaines circonstances, retirer le produit avec toutes ses enveloppes, sans les percer.

3° L'accolement intime des deux surfaces placentaires est également dû à la raréfaction de l'air. Cet état favorise la cohésion réciproque des tissus, et la pénétration mutuelle des liquides.

4° Par l'accroissement de l'embryon, et à la faveur du liquide amniotique, un étroit contact a lieu entre les parois de l'utérus et le contenu. Par ce contact, l'air est raréfié dans la cavité utérine.

5° Quand *une quantité d'air suffisante est introduite entre le fond de l'utérus et le contenu*, la poche amniotique est poussée vers l'orifice utérin. Après la rupture de la poche, le fond de l'utérus tend à se rétrécir de nouveau sur le contenu, et à reproduire ainsi la raréfaction.

6° Les secousses produites par les contractions utérines, facilitent la pénétration de l'air entre les parois et le contenu.

7° Dans les présentations de la tête, les anfractuosités mobiles (membres) du fœtus et leurs interstices rendent difficile la nouvelle raréfaction de l'air dans le fond de l'utérus, malgré le retrait successif de cet organe. Ainsi l'expulsion du produit devient facile.

8° Dans les autres présentations (podale, etc.), le retrait de l'utérus moule cet organe fortement sur des surfaces larges. Dans ces cas, le retrait de l'utérus peut facilement produire une nouvelle raréfaction de l'air entre les parois utérines et le contenu. A la suite, l'accouchement est retardé.

9° Si, dans cet état, on opère des tractions sur le produit, on éprouve une résistance considérable. (*Il est ici fait abstraction de toute autre cause retardatrice.*)

Chaque fois que le contenu avance pendant ces tractions, on peut entendre très-distinctement *l'entrée bruyante de l'air* dans les profondeurs de l'utérus.

10° Si l'on fait pénétrer, entre la caduque réfléchie et le chorion, une couche d'air suffisante pour équilibrer la pression de l'air extérieur, la résistance diminue, et les tractions et l'accouchement deviennent faciles.

Si l'on ne peut faire glisser la main derrière le produit, pour obtenir ce résultat, l'introduction d'une seule branche de forceps, souvent même celle d'un instrument plus simple encore, peut suffire.

J'ai proposé un petit instrument qui remplit ces diverses indications, et peut en même temps garantir le plancher et le périnée contre des déchirures, occasionnées par la brusque projection du fœtus. Il peut encore servir à d'autres usages. Son prix n'atteint pas la moitié de celui d'un forceps. Cet instrument étant soumis à l'appréciation de l'Académie des sciences, et de plusieurs Sociétés médicales, il ne m'appartient pas de discuter ici sa valeur. Cependant, je le mettrais volontiers à la disposition des Sociétés médicales ou des médecins qui désireraient l'expérimenter, et m'en adresseraient la demande; avec l'instrument ils recevront des feuilles d'observations qu'ils sont priés de remplir, et dont le contenu sera publié avec le nom des auteurs.

11° Après l'accouchement, si les contractions utérines ne produisent pas une interposition suffisante d'air, entre les deux portions placentaires, le décollement du placenta est retardé.

12° Dans ce cas (au lieu d'opérer des tractions ou secousses sur le cordon), si l'on interpose artificiellement une couche d'air suffisante, entre les deux placentas, le décollement a lieu rapidement, sans nécessiter aucune des manœuvres qui souvent produisent l'inversion utérine.

13° Dans l'état actuel de la science, il n'est plus discutable que les sinus placentaires sont des dilatations vasculaires, dont les parois sont amincies, mais ne sont pas ouvertes. Les surfaces de contact des deux placenta n'offrent point de solutions de continuité.

Il résulte de l'intégrité des enveloppes placentaires, que la pénétration de l'air dans les veines utérines est impossible, à moins qu'un accident ou une opération maladroite n'ait produit préalablement la déchirure de la paroi superficielle des sinus.

CONCLUSIONS

I. La raréfaction de l'air entre les points d'attache utéro-ovulaires est indispensable à la fixation de l'œuf et à son accroissement.

II. L'interposition de l'air entre les points d'attache est indispensable à la séparation du produit, à l'accouchement et à la délivrance.

Désirant soumettre à un grand nombre de juges compétents les propositions et conclusions qui précèdent, je vous prie de faire un appel à ce sujet dans les colonnes de votre estimable journal. Je recueillerai avec reconnaissance les opinions ou observations *contraires* ou *favorables* que vos savants lecteurs pourraient vous adresser; je publierai celles qu'ils voudraient me faire l'honneur de me faire parvenir directement; heureux si un nombreux concours de praticiens voulait éclairer cette question de leurs lumières, afin de contribuer ainsi à diminuer le nombre des femmes dont la santé est encore tous les jours plus ou moins profondément ébranlée par les suites de la parturition et de l'accouchement.

Des discussions à ce sujet, au sein de la *Société de médecine de Seine-et-Oise*, de la *Société médicale allemande* à *Paris*, etc., m'ont appris qu'il est utile de diviser cette question, afin de mieux l'élucider. C'est ce que je prie vos lecteurs de vouloir bien faire pour le sujet qui nous occupe. S'ils voulaient répondre d'abord aux propositions nos 2, 5, 6, 7, 9, 10 et 12 qui se rapportent à *l'interposition de l'air*, la question serait déjà bien avancée au point de vue *pratique*. Ensuite les propositions relativement à la *raréfaction de l'air* seront d'autant plus faciles à discuter.

Ces mêmes considérations m'ont déterminé à circonscrire cette communication entre deux points délimités avec précision: 1° à distraire de la présente publication la relation de mes expériences entreprises pour connaître les effets variés produits par la *raréfaction ou l'interposition de l'air* dans *l'appareil de la gestation*, à des époques *antérieures* à la fixation de l'ovule; ces effets se manifestent par des oscillations barométriques très-considérables, selon l'état momentané du sujet.

2° Je retranche également la relation des résultats curieux que j'ai obtenus en appliquant ce même genre de recherches à *d'autres parties de l'organisme*.

Toutes ces expériences sont, du reste, basées sur le principe connu suivant : *Quand l'air contenu dans deux vases communiquants n'a pas la même tension, il cherche à se mettre en équilibre.*

Pour appliquer ce principe directement aux recherches dont il est question, on peut agir de deux manières : 1° on établit simplement une communication entre un baromètre en siphon et les cavités qu'on veut examiner. Cette expérience n'est pas toujours suffisante; 2° il vaut mieux se servir de plusieurs récipients munis de baromètres tronqués, et dans lesquels l'air a été raréfié à une limite quelconque, par exemple à 2, à 5, à 10 mill., etc., dans un autre l'air n'a pas été raréfié. Alors, si l'on met en rapport un récipient, après l'autre, avec la cavité qu'il s'agit d'examiner, *on ne constatera aucune oscillation du baromètre dans* L'UNIQUE RÉCIPIENT *dans lequel la tension est égale à celle de la cavité*; au contraire, le baromètre *montera*, si l'air est plus raréfié dans la cavité que dans le récipient; il *baissera*, si l'inverse a lieu; par un calcul simple, on peut approximativement déterminer la quantité d'air nécessaire à l'équilibration.

Dans ces recherches, il faut se tenir en garde contre une *source d'erreur* qui peut provenir des tubes de communication; on peut corriger cette erreur approximativement en déterminant d'avance la quantité d'air qu'ils renferment, et les oscillations du baromètre qui proviennent de leur fait. Il va sans dire que, dans toutes ces expériences, il faut tenir compte de la tension de l'air ambiant, de la température, de l'état hygroscopique, etc.

En agissant ainsi, avec les précautions nécessaires, il est facile de contrôler mes assertions par l'expérimentation sur des

mammifères, aux diverses époques de la gestation. (On n'a pas besoin de sacrifier la mère.)

J'ai lieu de supposer que *les praticiens accoucheurs trouveront dans ces faits l'explication de certains phénomènes qu'ils sont à même d'observer tous les jours.*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 octobre. — Présidence de M. Ricord.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

De la part de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, deux rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné, en 1866, dans les arrondissements d'Albi (Tarn) et de la Tour-du-Pin (Isère). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Pons (de Bez) sur la médecine chez les divers peuples du globe ;

2° Un pli cacheté sur les fonctions de la peau, par M. Alliot, médecin à Jouy-sur-Morin (Seine-et-Marne). (Accepté.)

M. le **président** annonce que MM. Stoltz (de Strasbourg), Martins et Bouisson (de Montpellier), membres associés, assistent à la séance.

M. **Larrey** présente : 1° un rapport sur le service sanitaire de l'armée prussienne pendant la guerre de 1866, par M. le docteur Heiffelder ; — 2° un programme d'anatomie et de physiologie, par M. le professeur Tigri (de Sienne) ; — 3° une brochure sur l'emploi du sulfate de quinine comme préservatif de la fièvre intermittente, par M. le docteur Joseph Jones (de Nashville).

M. **Guérin** présente : 1° au nom de M. le docteur Mason-Warren (de Boston), chirurgien général de Massachussets, un volume intitulé : *Surgical observations with cases and operations* ; — 2° une brochure de M. le docteur Papillaud (de Saujon), ayant pour titre : *Mélanges de pathologie, de thérapeutique*, etc.

LECTURES.

Ligature des artères de la langue.

M. **Demarquay** lit un mémoire sur la ligature des artères de la langue. Douze observations, recueillies par lui ou puisées dans les auteurs, ont servi de base à ce travail. M. Demarquay a lié huit fois l'artère linguale sur le vivant : il se fonde sur son expérience pour établir les propositions suivantes : 1° la ligature des artères de la langue n'est point difficile ; 2° les indications de ligature de ces vaisseaux se présentent assez souvent.

Il résulte du travail de M. Demarquay que la linguale a été liée plusieurs fois pour arrêter une hémorrhagie, et que, toujours, l'hémorrhagie a été arrêtée. Partant de ce fait, l'auteur se demande pourquoi on ne ferait pas la ligature préventive des artères de la langue, quand on a à enlever une tumeur volumineuse occupant la partie profonde de cet organe ; tout le monde sait que, dans ces circonstances, quel que soit le procédé que l'on emploie, on est exposé à une hémorrhagie. — Mais le point le plus essentiel de ce mémoire, c'est le résultat avantageux que M. Demarquay dit avoir obtenu en liant les deux linguales pour amener l'atrophie des tumeurs cancéreuses de la langue, et pour permettre aux malheureux qui en sont atteints de prolonger une existence si sérieusement compromise. Trois fois, il a pratiqué cette opération sur des malades qui se trouvaient dans ces conditions mauvaises, et, toujours, le résultat a répondu à son attente. Les suites de l'opération ont été toutes simples et naturelles, et, à part quelque manifestation du côté du pharynx, caractérisée par un peu de dysphagie momentanée et due à la proximité de l'artère linguale et de ce conduit, la cicatrisation de la plaie a été rapidement obtenue.

Ce n'est pas à dire que M. Demarquay espère, de la sorte, guérir les malades affectés de cancer de la langue. Les considérations dans lesquelles il entre dans son travail sur la marche des tumeurs cancéreuses, sur leur développement et leur propagation, montrent qu'il avait un but plus restreint.

Le meilleur procédé mis en usage pour arriver à découvrir les artères de la langue et à les lier, est rapporté par l'auteur à Blandin. — Ce serait, suivant M. Demarquay, Béclard qui, le premier, aurait eu l'idée de lier l'artère linguale ; mais Harvey aurait déjà entrevu tout le parti que la chirurgie pouvait retirer de la ligature des artères, dans le traitement des tumeurs. A M. Mirault (d'Angers) appartiendrait enfin l'honneur d'avoir, le premier en France, porté une ligature sur les artères linguales ; depuis lors, elle a été appliquée par MM. Flaubert, Roux, Maisonneuve, en France ; par Liston et Moore, en Angleterre, et finalement par l'auteur. (Commission : MM. Ricord, Legouest, Denonvilliers.)

Effets de l'acide cyanhydrique sur l'organisme.

M. le docteur **Poznanski** donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Des effets de l'acide cyanhydrique sur l'organisme à l'état physiologique et à l'état pathologique.*

Les expériences rapportées dans ce mémoire confirment pleinement les opinions émises par plusieurs auteurs sur l'accélération de la circulation qui se produit par l'acide cyanhydrique, et sur la production des convulsions par des doses élevées. Elles prouvent, entre autres choses, que l'effet de l'acide cyanhydrique est instantané et passager. C'est cette propriété qui a obligé l'auteur, dans le traitement du choléra et des fièvres intermittentes, à répéter les doses très-souvent.

Enfin, ces expériences et le traitement d'un grand nombre de malades cholériques, ont convaincu M. Poznanski que la dose représentant une demi-goutte d'acide cyanhydrique pur, administrée en temps et lieu, ne saurait nullement porter atteinte à la santé d'un homme adulte ; bien au contraire, le traitement d'un grand nombre de choléras algides, avec ce moyen, a valu à l'auteur quatre-vingt-huit guérisons sur cent, et il n'y a que le bas âge qui exige des précautions par rapport à ce médicament, vu que les doses un peu plus élevées y produisent facilement une éclampsie. (Commission : MM. Barth, Béclard et Mialhe.)

M. **le président** demande à M. Bouley s'il ne voudrait pas prendre la parole au sujet de la peste bovine. Après quelques hésitations, M. Bouley se décide à monter à la tribune.

Peste bovine.

M. **Bouley** fait remarquer à l'Académie que, depuis plus de quinze jours, son esprit est ailleurs qu'à la question dont il s'agit, mais qu'il va tâcher de rassembler ses idées afin de pouvoir faire connaître les résultats de son dernier voyage.

« Dans les premiers jours de septembre, dit M. Bouley, la nouvelle parvint au ministère des travaux publics que la peste bovine venait de faire une nouvelle invasion dans le Palatinat. Un fait assez singulier, c'est qu'aucun accident de cette nature ne s'est manifesté dans le pays compris entre la frontière de l'Autriche et celle de la Bavière du côté de la France. On doit donc conclure de là que, du moment qu'il y a typhus il y a transmission par voie de contagion ; il est en effet inadmissible que la peste bovine puisse jamais se manifester d'elle-même. Du moment donc qu'il est bien reconnu que le typhus se transmet par contagion, on ne saurait prendre trop de précautions pour arrêter la marche de cette maladie.

Les précautions prises dans le Palatinat pour le cerner dans son foyer d'origine sont les mêmes que celles prises l'an dernier en Allemagne, à savoir : appeler la force armée afin de faire exécuter les règlements et mesures sanitaires instituées à cet effet ; avoir soin de ne pas loger les garnisaires dans la commune envahie, mais bien dans des communes environnantes ; les garnisaires ont ordre de tirer sur tout habitant qui enfreindrait la défense de sortir de sa commune ; défense est faite aux habitants de sortir même de leurs maisons ; on procède à la désinfection des étables et autres lieux infectés par leur évacuation complète ; défense absolue même d'utiliser les matériaux qui doivent être enterrés aussitôt ; laver les ruisseaux trois fois par jour, au moins, au sulfate de fer ; avoir soin de tenir bien enfermés les chiens et autres animaux, etc., etc.

On confine ainsi la maladie.

Quant j'ai visité le Palatinat, ajoute M. Bouley, trois communes seulement étaient envahies et par suite soumises à ces règlements, et grâce à ces précautions la circulation du bétail était libre dans tout le reste du pays. »

M. Bouley fait ensuite remarquer, en comparaison de ces sages précautions, les inconvénients du système employé antérieurement, en Angleterre, par exemple, lequel consistait à abattre, non-seulement les animaux atteints de la maladie, mais encore tous ceux qui avaient été en communication avec ces animaux, ce qui entraînait une disette désastreuse et augmentait par suite la cherté des vivres d'une façon incroyable ; tandis que, grâce à cette nouvelle mesure consistant à étouffer la maladie dans son foyer même, tout le pays environnant n'est plus obligé de recourir à ce triste système d'abattage ; on se rend ainsi absolument maître de la peste bovine.

Les relations, les échanges n'en continuent pas moins dans les pays voisins de ceux où existe la maladie.

Ainsi, le siége de cette dernière épizootie ne s'est pas trouvé à plus de 2 ou 3 kilomètres des frontières de la France, et, grâce aux précautions prises dans le siége même, nous n'avons pas eu à nous en occuper le moins du monde pour nous-mêmes. Si donc la France, l'Angleterre, la Hollande et la Belgique voulaient s'entendre pour agir ainsi chaque fois que la peste bovine éclate dans l'une de ces contrées, la peste bovine ne serait plus tant à craindre et n'inspirerait plus dès son apparition sur un point la terreur dans tout le pays environnant.

Un fait assez singulier, fait remarquer M. Bouley, c'est qu'au moment même où le Palatinat se trouvait être le siége du typhus, l'Autriche qui, depuis la guerre de 1866, n'a jamais pu entièrement se débarrasser de la peste, venait encore d'être envahie de nouveau. On s'est aperçu que chaque fois que les armées russes ou hongroises se sont dirigées de nos côtés, la peste bovine les a suivies de près. L'Autriche se ressent donc encore de la guerre de 1866, non pas seulement par les pertes qui accompagnent toujours les suites d'une guerre, mais bien encore par les pertes dues directement à la peste bovine, lesquelles seules se comptent par millions. L'Autriche était donc en recrudescence au moment où le Palatinat a été atteint. Dans une petite localité du Palatinat, on a constaté la présence d'animaux, non pas atteints par la maladie, mais portant en eux seulement le germe de la maladie ; ces animaux venaient de l'Autriche.

A cette occasion, M. Bouley rapporte l'anecdote suivante :

« Dans un village du Palatinat, arrive un marchand forain, possédant ce que l'on nomme un manége, c'est-à-dire un tourniquet de chevaux de bois, lequel était mu par un bœuf, le bœuf servait aussi à traîner la voiture au moyen de laquelle notre marchand transportait son manége dans les différentes communes. La peste se déclara dans ce village vers le 20 août ; quatre à cinq jours après, le vétérinaire est appelé pour voir une vache atteinte du typhus ; ce vétérinaire n'avait jamais vu cette maladie et ne la connaissait pas ; mais, comme il remarqua bientôt que les débuts de cette maladie ne ressemblaient aucunement à ceux des maladies ordinairement en vigueur dans le pays, il soupçonna quelque chose, il eut l'idée de comparer ce qu'il voyait avec des planches d'un travail anglais qu'il avait à sa disposition, c'est ainsi qu'il découvrit l'existence de la peste. De là, l'idée de faire acheter trente-deux exemplaires de ce travail anglais et de les faire distribuer aux trente-deux vétérinaires du Palatinat. C'était dans ce village qu'avait séjourné le marchand forain. Bientôt il le quitte avec son bœuf ; dans son trajet, il arrive à une côte que son bœuf affaibli ne peut gravir ; vient à passer alors une femme conduisant deux vaches que notre marchand lui emprunte pour servir de renfort. Le bœuf arrive épuisé dans une étable où on l'installe à côté de quelques autres animaux. Quelques jours après, les deux vaches de renfort et ces animaux tombent malades, on les tue aussitôt. Le bœuf meurt, on fait l'autopsie, et l'on reconnaît qu'il est mort du typhus. Il faut conclure de là que, si le typhus s'est montré dans le Palatinat, c'est que, quoi qu'en puissent dire les partisans de la spontanéité, M. Guérin notamment, il y a été importé. »

M. **Guérin.** Je ne suis pas l'adversaire des doctrines et des mesures de M. Bouley : mais mon avis est qu'il faut envisager la question, à la fois au point de vue de la science et de la pratique. Au point de vue de la science, nous n'avons pas à nous occuper des craintes qu'inspire ordinairement l'apparition de la peste bovine ; nous n'avons à nous en occuper qu'au point de vue pratique, et, à ce point de vue, je suis partisan des mesures préconisées par M. Bouley ; mais je fais des réserves au nom de la science, au point de vue des théories. Les doctrines de M. Bouley deviennent alors insuffisantes. M. Bouley a le tort de n'admettre la transmission du typhus que par contagion et de ne pas admettre la théorie de la spontanéité. Ces deux théories peuvent et doivent marcher de front. D'après M. Bouley, la peste bovine ne peut avoir qu'une origine. C'est là une théorie purement hypothétique, nous devons faire pour la peste bovine la même division que pour le choléra et nous devons admettre la théorie de la spontanéité tout aussi bien que celle de la contagion. De ce qu'une maladie est contagieuse, il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse pas naître spontanément, et je ne suis pas le seul à demander une plus grande étendue de théories. Il y a ailleurs des partisans de la spontanéité. Il ne faut pas se dissimuler que la théorie de la contagion a de grands dangers, tels, par exemple, que celui d'agglomérer, en un même lieu, un grand nombre d'animaux malades, dangers que l'on évite par la théorie de la spontanéité, qui fait qu'on prend garde justement de ne pas agglomérer ainsi un grand nombre d'animaux dans une même localité. Au point de vue de la science, bien des choses passent inaperçues si on n'admet que la transmission par contagion. En résumé il faut faire des réserves en faveur de la théorie de la spontanéité qui peut être très-utile.

M. **Leblanc** rappelle qu'on a convoqué une commission internationale pour étudier l'origine et la marche du typhus dans les différents pays et que les résultats des études de cette commission ont été qu'il était impossible de connaître l'origine de la peste bovine.

M. **Bouley** répond à M. Guérin que, d'abord, il n'admet par de divorce entre la science et la pratique. Si on admet la théorie de la spontanéité, on sera inévitablement conduit à la thérapeutique employée en Angleterre pendant plus de six mois ; les Anglais n'ont pas voulu se mettre en garde, et ils ont perdu 300,000 têtes de bétail. Il est vrai que, dans nos contrées, dans l'Europe occidentale, on ne sait pas où naît le typhus ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est impossible que le typhus vienne spontanément. L'histoire seule de cette maladie, ajoute M. Bouley, suffit pour démontrer ce que j'avance. Qu'a-t-on vu ? c'est que le typhus est toujours venu transporté. Quand l'Europe occidentale a été éclairée, elle a su se mettre à l'abri ; tant que la France a été vierge d'invasions, il n'y a pas eu la moindre trace de typhus ; dès que les invasions ont commencé, le typhus s'est introduit. Les accidents arrivés en Angleterre par l'importation d'animaux malades, soit par mer, soit par les chemins de fer, montrent que l'on ne saurait trop se mettre en garde contre toute contagion. Par exemple, en 1865, l'Angleterre laisse pénétrer chez elle un bâtiment rempli d'animaux malades, elle a été aussitôt infectée. C'est là un fait incontestable, le typhus ne vient que de l'Europe orientale, c'est donc un devoir de s'en défendre. Il sera tout aussi impossible à M. Guérin de faire naître la peste bovine dans nos contrées par une grande agglomération d'animaux, que d'y faire naître la fièvre jaune par des moyens semblables.

Nous ne saurions donc, nous Français, entourés de l'Angleterre qui a perdu 300,000 têtes de bétail, de la Hollande, qui en a perdu 150,000 et de la Belgique, qui en a perdu plus d'un millier, nous ne saurions, dis-je, trop nous prémunir contre la contagion ; et c'est, inspirés de cette idée, que nous sommes parvenus à défendre le bétail de la France contre le typhus, depuis le 5 septembre 1865 jusqu'à aujourd'hui. C'est là un fait irrécusable que l'Angleterre avec son idée de spontanéité a perdu 300,000 têtes de bétail, quand nous, avec l'idée de la contagion, nous sommes parvenus à éviter la peste bovine. Une nouvelle preuve de ce que j'avance, c'est que, dès qu'on a établi des hôpitaux d'animaux, ces hôpitaux sont devenus un foyer de contagion effrayant.

M. **Guérin** déclare qu'il est partisan du système d'abattage, mais qu'il ne saurait trop s'élever contre un système absolu qui mène à des résultats inutiles ou inefficaces.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 16 août 1867. — Présidence de M. Boys de Loury.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

Résections sous-périostées.

M. **Giraldès** demande la parole pour dire quelques mots sur les résections sous-périostées, pratiquées récemment par lui, selon le procédé de M. Ollier.

Trois fois j'ai eu, dit-il, dans ces derniers temps l'occasion de faire l'enlèvement du calcanéum en totalité, tout en conservant le périoste.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant atteint d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. On penchait vers l'amputation ; enfin, après avoir bien examiné, je crus qu'il n'y avait que le calcanéum nécrosé ; aussi pensai-je de suite à conserver au moins le pied en partie.

Je fis une incision semi-lunaire de quatre à cinq centimètres d'étendue, contournant la malléole externe, puis, prenant le manche d'un instrument, d'un scalpel, je décollai l'os du périoste et faisant avec ce même manche quelques pesées, je m'en servis comme d'un élévatoire et je fis sauter l'os nécrosé.

Je pansai avec de la teinture d'arnica, et je jetai quelques tours de bande.

Au bout de six semaines l'enfant alla passer quelque temps à Berck ; depuis il m'est revenu guéri, je l'ai présenté à la Société de chirurgie ; il a le pied plat, mais le calcanéum est refait.

Le deuxième cas est celui d'un enfant qui était à peu près dans les mêmes conditions, mais les synovales étaient malades.

Je fis l'amputation sus-malléolaire par le lambeau postérieur.

Pendant mon séjour à Londres, j'ai vu M. Handcoke faire l'ablation du calcanéum par une modification apportée au procédé de Lignerolles que l'on a appelé, à tort, procédé de Malgaigne.

L'idée assez heureuse de couper l'astragale et le calcanéum appartient à Pirogoff. Cela permet d'introduire le moignon dans un appareil ; c'est une méthode à employer dans certains cas particuliers.

Maintenant je panse les plaies avec de la teinture alcoolique d'arnica ou toute autre teinture alcoolique, mais je n'emploie déjà plus depuis longtemps les pansements au cérat. Le cérat encrasse la peau, l'irrite et ne donne aucun bon résultat.

Les Anglais emploient les pansements à l'eau pure, mais je

préfère les pansements à l'eau alcoolisée, ou aiguisée de chlorure de sodium.

DISCUSSION.

M. Boinet. Les pansements faits avec les corps gras sont relâchants, et favorisent par conséquent la résorption purulente. Depuis bien longtemps, j'emploie les teintures alcooliques qui coagulent le sang, oblitèrent les capillaires et favorisent la cicatrisation en diminuant la suppuration. L'alcool est un vieux médicament, cependant il ne faut pas nier que les teintures de rhubarbe, d'iode, d'arnica, ne possèdent des propriétés qui sont inhérentes à chacune d'elles.

M. Gros. Je suis de l'avis de M. Giraldès, le cérat est mauvais ; souvent sous la couche cératée on trouve de petites plaies qui se guérissent difficilement.

Les teintures alcooliques hâtent la cicatrisation, mais je crois qu'il faut tenir compte des substances dissoutes dans l'alcool. La teinture d'arnica est une préparation très-bonne, elle active la circulation. Pour les amputations, l'alcool pur peut être parfaitement employé, mais, pour les contusions, l'arnica en teinture a une action réellement spécifique que l'on ne saurait contester.

M. Guibout. Certes personne plus que moi ne rend justice à l'habileté extrême de mon maître, M. le professeur Roux, et cependant les résultats de sa pratique étaient déplorables. Cela tenait, je crois, à ce qu'il emprisonnait les plaies sous du cérat et d'énormes gâteaux de charpie. Maintenant M. Giraldès a dit qu'il préférait aux pansements à l'eau froide les pansements à l'eau alcoolisée, ou aiguisée de chlorure de sodium. Je lui demanderai pourquoi ? M. Gerdy employait les pansements à l'eau froide et l'irrigation.

M. Giraldès. Je n'emploie plus l'eau froide pour les pansements, pour plusieurs raisons : si on ne les enferme pas dans du taffetas gommé, les pansements sèchent avec une rapidité désespérante ; si on les entoure de taffetas gommé, il se forme alors une buée chaude et odorante ; ensuite l'eau froide produit un épaississement de l'épiderme qui quelquefois cause de grandes douleurs.

L'irrigation, au contraire, est une chose excellente, mais à la condition d'être continue et de ne pas être employée à la tête.

Tous les jours, dans les accidents de chemin de fer, nous voyons les admirables ressources que nous donne l'irrigation continue.

Maintenant il y a aussi les pansements à la glycérine très-préconisés par Graeffe, Demarquay et Denonvilliers.

Mais ce sont des pansements détestables, ils sont propres mais voilà tout ; ils disposent aux fongosités et aux hémorrhagies consécutives, et, en fin de compte, rien ne vaut un pansement à l'alcool.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Dr A. CHARRIER.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

183. Molard. Du redressement dans les coxalgies ; ses indications ; moyen de l'obtenir.
184. Devignevielle. De l'épinarthécie ou traitement des fractures par la suspension avec attelle antérieure.
185. Fredet. De l'emploi du chloroforme dans les accouchements simples, dans les opérations obstétricales et dans l'éclampsie des femmes en couches.
186. Cabadé. Essai sur la physiologie des épithéliums.
187. Combeau. Des oreillons considérés comme maladie générale et de l'atrophie consécutive à l'orchite épidémique.
188. Bourada. Quelques considérations sur les troubles intellectuels qui s'observent dans le cours de la fièvre typhoïde ou pendant la convalescence.
189. Pontou. Recherches sur les kystes hydatiques du foie chez les enfants.

Hier ont eu lieu, au milieu d'un grand concours de médecins, les obsèques de M. le Dr Foucher, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. La nouvelle de sa mort ne nous était point encore arrivée, lorsque nous mettions sous presse lundi. Cette perte si prématurée produira les plus vifs regrets dans tout le corps médical.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ et chez MAYOLEZ ;— à Genève, chez JULLIEN frères ;—pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la guérison durable des rétrécissements de l'urètre par la galvano-caustique chimique, par F. Mallez et A. Tripier, in-8 de 39 pages. — Paris, 1867, Mayer-Odin, 24, place Dauphine.

Bulletin bibliographique. — Chronique élégante. — Prix d'un numéro pris isolément : 3 francs. — Pour l'étranger, le prix de la poste en plus du prix de 16 francs.

Manuel d'opérations chirurgicales, par le Dr Dubreuil. — 3e fascicule : Opérations qui se pratiquent sur l'appareil locomoteur ; ampulations ; désarticulations. — Paris, 1867, in-18 de 32 pages et 4 pl. (ou pages 65 à 96 et pl. XIII à XVI) ; prix : 1 fr. 50. — En vente les fascicules 1 et 2. — Paris, 1867, F. Savy.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical par M. le Dr CHASSAIGNAC. 2 vol. gr. in-8 compactes. Prix : 18 francs. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr CHASSAIGNAC, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte. Prix : 28 fr. — Paris, V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. FANO, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 figures et dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le Dr CHASSAIGNAC. Prix de chaque volume : 3 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Nº 120. — SAMEDI 12 OCTOBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 12 OCTOBRE 1867. — Nº 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 11 OCTOBRE 1867.

Tous ceux qui ont suivi, avec quelque assiduité, la pratique médicale de M. Beau, connaissent l'importance toute particulière qu'il attachait à la dyspepsie. Toutes les fois qu'un malade se présentait à sa clinique, quelle que fût la maladie pour laquelle il venait réclamer ses soins hospitaliers, M. Beau, tout en établissant avec une rare sagacité le diagnostic de cette maladie, s'attachait à démontrer la part que la dyspepsie avait eue dans son développement. Il y voyait une sorte de stade préparatoire qu'il ne manquait jamais de mettre en évidence. C'était pour lui une sorte de dogme médical, que les causes morbifiques n'agissent que sur un terrain pour ainsi dire préparé par une dyspepsie antérieure. Cette opinion franchement préconçue et avouée n'était pas toujours facile à justifier : les dénégations les plus formelles de la part du malade ne décourageaient pas l'ingénieux observateur, et si quelquefois ses investigations paraissaient un peu subtiles, le plus souvent il arrivait avec une remarquable perspicacité à mettre en relief certaines circonstances inaperçues, inavouées et sur lesquelles il édifiait, pièce à pièce, l'édifice de la dyspepsie. Il triomphait alors de ces petites découvertes, et revenait volontiers, devant les élèves, sur la nécessité d'une minutieuse interrogation, sur la valeur de certains symptômes gastriques peu accusés. Il était rare qu'il s'avouât vaincu dans ces sortes de recherches et les mécomptes qu'il y rencontrait étaient attribués plus volontiers à l'insuffisance des renseignements qu'à l'absence bien constatée des symptômes dyspeptiques. « Il me faut ma dyspepsie » était une locution qu'il affectionnait; presque toujours il la trouvait. Ces recherches, poursuivies chez tous les malades avec autant de patience que de sagacité, l'amenaient à envisager la dyspepsie comme étant, en quelque sorte, la base de la pathologie. Depuis longtemps, il préparait un traité dans lequel cet état morbide fondamental devait être envisagé à un point de vue nouveau. L'œuvre posthume que nous devons aux soins de M. le Dr Hédouin (1) peut être considérée comme une sorte de testament médical. Cette œuvre représente, pour ceux qui ont connu M. Beau, ce qu'on pourrait appeler ses idées courantes en pathologie. On y retrouve à chaque page la marque de cet esprit chercheur, dédaigneux de toute idée d'école, ne reculant jamais devant le fait clinique, fécond en interprétations quelquefois subtiles, mais s'affirmant toujours avec un cachet d'originalité trop rare pour passer inaperçue.

Ancien interne de M. Beau, à l'hôpital Cochin, nous étions déjà familier avec la plupart des idées émises dans le « Traité de la dyspepsie. » Nous croyons qu'il n'est pas inutile de mettre en relief, par une analyse concise de ce livre, la doctrine de notre excellent maître sur un point important de pathologie dont il avait fait le sujet d'études constantes. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme définitivement sur la dyspepsie, telle que M. Beau l'a comprise et enseignée, on verra combien une observation ingénieuse et persévérante peut élargir une question qui semble au premier abord épuisée. Certains faits, complétement nouveaux ou noyés dans les observations anciennes, sont dégagés et prennent un intérêt inattendu. Nous nous attacherons à les faire ressortir et à mettre surtout en vue les côtés originaux du « Traité de la dyspepsie. »

I

L'ouvrage débute par des considérations historiques où l'étude de la dyspepsie est suivie à travers les âges. Les noms de Van Helmont, de Cullen se rattachent aux idées les plus vraies, émises sur la nature et l'influence de la maladie. Broussais, attribuant à l'inflammation tous les troubles gastriques, signale eur extrême fréquence et montre la part qui leur revient en pathologie. Sous l'influence de l'ouvrage de Barras, le mot de gastralgie se substitue dans la science à celui de dyspepsie. Chomel enfin, comprenant que la douleur ou gastralgie n'est que la forme douloureuse d'un état plus général, considère en elle-même la difficulté de l'acte digestif; mais il méconnaît complétement l'anémie qui en résultera d'une manière nécessaire et amènera à sa suite le cortége des accidents auxquels M. Beau donne le nom de ternaires et qui représentent la plupart des lésions organiques. C'est là, pour notre auteur, le point capital de l'étude de la dyspepsie. C'est un point de vue qui lui est d'ailleurs personnel et sur lequel nous aurons à revenir.

(1) Traité de la dyspepsie, par M. le Dr Beau, avec introduction de M. le Dr Hédouin., in-8, prix : 6 fr. Paris, 1867. P. Asselin.

La dyspepsie résulte du trouble, de la faiblesse, ou de l'absence de l'acte digestif. Cette définition englobe donc la bradypepsie, l'apepsie et la dyspepsie proprement dite, telle qu'on la comprenait autrefois.

Il y a trois ordres de symptômes dans la dyspepsie.

1° Les symptômes primitifs, localisés dans l'appareil digestif et principalement dans l'estomac.

2° Les symptômes secondaires. Ceux-ci résultent de l'altération du sang, due à l'absorption de produits mal élaborés et au retentissement sympathique des douleurs gastralgiques. D'où une double série de symptômes, les uns hémopathiques, les autres névropathiques.

3° Les symptômes ternaires. Ce sont les différentes lésions organiques qui se développent, d'après notre auteur, sous l'influence de l'état dyspeptique.

Les symptômes primitifs comprennent les modifications et perversions de l'appétit; les sensations douloureuses ou autres provoquées par l'ingestion des aliments, les nausées, les vomissements, la formation des produits gazeux; on y rapporte les altérations des sécrétions observées sur toute la muqueuse digestive.

Ces symptômes peuvent varier et se modifier à l'infini, d'où résultent des prédominances, des espèces cliniques.

L'étude des symptômes secondaires offre un champ encore plus vaste. Elle répond à ces deux faits qui s'enchaînent intimement : les produits mal élaborés de la digestion reconstituent le sang d'une manière insuffisante. Il en résulte une anémie à laquelle se rattachent naturellement les phénomènes névropathiques. Logiquement, les symptômes hémopathiques devraient donc être étudiés en premier. M. Beau préfère s'occuper d'abord des symptômes névropathiques qui lui semblent établir une transition naturelle avec la série des symptômes primitifs.

Les symptômes secondaires *névropathiques* sont constitués par différents phénomènes morbides de sensibilité générale ou spéciale.

La fiction de Van Helmont, imaginant un *archée* siégeant dans l'estomac comme dans un centre d'où il règle toutes les fonctions organiques, rend assez bien compte de l'influence exercée par l'estomac sur les différents organes : « Si la boîte crânienne, dit M. Beau, renferme le centre nerveux de la vie animale, la région épigastrique renferme le centre nerveux de la vie organique. »

Parmi les symptômes de la série névropathique, un des plus importants est la dyspnée dite *gastrique*. D'abord localisée à la région épigastrique, elle peut s'élever jusqu'à la région moyenne du sternum, et gagner le larynx en déterminant une véritable strangulation. Ce trajet permet de la considérer comme une névralgie ascendante du pneumo-gastrique. La boule dite hystérique n'a pas, le plus souvent, d'autre origine.

La toux, l'aphonie, les bâillements, le hoquet sont des phénomènes du même ordre que la dyspnée. La névralgie intercostale symptomatique de la gastropathie est un des points que M. Beau a étudiés avec le plus de soin. Elle se rencontre souvent dans les affections organiques de l'estomac.

Les autres phénomènes nerveux, tels que la syncope, les palpitations, la céphalalgie, le vertige, la somnolence ou l'insomnie, enfin les altérations de l'intelligence et du caractère sont rapidement passés en revue.

Pour les modifications de la sensibilité, une des plus remarquables est l'analgésie qui peut être absolue dans certains cas de dyspepsie invétérée.

Les lésions de la motilité sont moins accusées. En dehors de l'accablement qui suit les repas, des crampes, des convulsions qu'on observe quelquefois chez les enfants, les troubles de la motilité se rencontrent assez rarement.

Il n'en est pas de même des symptômes de congestion, des mouvements fébriles qui jouent à s'y méprendre les fièvres intermittentes et qui accompagnent fréquemment la dyspepsie. Les troubles des sécrétions s'y rattachent étroitement. On doit encore signaler certains phénomènes qui se rapportent aux fonctions génitales et se traduisent par des alternatives d'atonie complète ou d'hyperesthésie.

Toute cette série névropathique comprend les symptômes placés immédiatement sous la dépendance de la souffrance gastrique. Il en est d'autres qui sont plutôt en rapport avec l'altération du sang qui suit l'état dyspeptique. Ils constituent la série hémopathique.

L'altération de composition du sang dérive nécessairement du trouble de l'acte digestif. Il est impossible de concevoir une hématose normale chez un sujet dont le sang se répare incomplétement.

M. Beau, entrant à ce sujet dans une voie complétement nouvelle, étudie cette altération du sang considérée dans ses trois éléments principaux; d'où une anémie globulaire, une anémie albumineuse, une anémie fibrineuse. A l'anémie globulaire se rattache une série névropathique secondaire, dans laquelle nous voyons figurer tous les symptômes que nous avons déjà étudiés. Il s'établit ainsi, dans l'organisme, un cercle vicieux; en vertu duquel les troubles dyspeptiques déterminent une anémie, qui devient à son tour le point de départ de phénomènes nerveux multiples.

L'anémie albumineuse et l'anémie fibrineuse peuvent difficilement être étudiées à part. Il est certain que les disettes, la misère excessive amènent un état d'appauvrissement du sang dans lequel les globules, l'albumine et la fibrine subissent un déchet considérable. Nous ne croyons pas que le fait seul de la dyspepsie puisse déterminer une diminution de l'albumine ou de la fibrine indépendante de celle des globules. Les altérations de la fibrine qu'on constate dans le scorbut portent plutôt sur la qualité que sur la quantité de ce produit immédiat. Quant à ce qui concerne le *morbus maculosus*, la maladie tachetée de Werloff, on sait aujourd'hui que, dans beaucoup de cas, l'examen de la fibrine n'a donné aucun résultat, qu'on a rapproché à tort cette maladie du purpura scorbutique; tandis qu'elle se rapproche bien plutôt par sa nature des fièvres éruptives. Il n'y a donc pas lieu de la rapporter à une diminution de fibrine déterminée par la dyspepsie.

Arrivant enfin à ce qu'il nomme les symptômes ternaires de la dyspepsie, M. Beau y fait figurer la plupart des lésions de tissus étudiés en pathologie. — C'est moins à la dyspepsie elle-même qu'à l'altération du sang qu'elle détermine, que l'auteur les rapporte. Non-seulement nous voyons figurer dans ces symptômes ternaires le tubercule, le cancer, les scrofules; mais les phlegmasies les plus franches, l'atrophie musculaire, le rhumatisme, les maladies des yeux.

Bien que sur ce terrain M. Beau nous paraisse avoir obéi à un désir de généralisation que les faits sont loin de justifier, cependant nous ne voudrions pas, en exposant incomplétement ses idées, leur laisser l'apparence paradoxale qu'elles présentent au premier abord. — M. Beau ne considérait pas, à proprement parler, le cancer, le tubercule, par exemple, comme l'aboutissant ultime de la dyspepsie.

Il donnait à celle-ci le rôle de cause occasionnelle. Pour lui, un sujet, né de parents tuberculeux, cancéreux, ne subissait lui-même l'influence de cette diathèse héréditaire qu'à la condition d'une dyspepsie qui affaiblissait l'organisme et ouvrait, en quelque sorte, la porte aux manifestations spécifiques. La diathèse, disait-il, pouvait sommeiller indéfiniment; mais, vînt un chagrin, une cause quelconque d'épuisement, d'allanguissement des fonctions, et aussitôt elle se manifestait.

Il est certain que l'apparition des premiers symptômes des maladies organiques s'accompagne, habituellement, d'un état de débilité générale. Interrogez un tuberculeux sur le début de sa maladie et toujours vous trouverez des troubles digestifs réunis à d'autres symptômes, qui témoignent du consensus morbide des principales fonctions. Mais n'est-il pas beaucoup plus naturel de considérer les troubles digestifs en particulier, comme l'effet de la maladie, plutôt que d'y voir son origine. Bien avant que l'oreille dévoile la présence des tubercules, ou le toucher celle de la tumeur cancéreuse, il se fait évidemment dans l'organisme un travail intime dont la dyspepsie est un des premiers indices. — Certes vous trouverez toujours cette dyspepsie au début des affections organiques. Mais là, où vous les considérez comme cause au moins occasionnelle, d'autres y verront un effet et la réduiront au rôle de phénomène sympathique.

N'est-il pas au moins singulier, de voir figurer les affections chirurgicales dans les symptômes ternaires de la dyspepsie? Il est vrai qu'on lui attribue seulement la persistance de certaines lésions; mais ici, évidemment, la dyspepsie ne joue qu'un rôle secondaire. Les souffrances, les longues suppurations, le séjour au lit, à l'hôpital, ont déterminé des troubles dans les fonctions digestives. Changez les conditions du malade; modifiez le pan-

sement, tarissez les foyers par des contre-ouvertures, des drainages, et l'état général se modifiera par le seul fait du traitement local ; l'appétit renaîtra et les forces avec lui. Mais vous auriez eu beau traiter l'estomac ; c'était l'état local qui commandait et fournissait les indications auxquelles il fallait d'abord satisfaire. — Nous ne voulons pas dire que l'alimentation, les toniques ne jouent pas un rôle considérable dans la guérison des affections chirurgicales ; tout est solidaire dans l'organisme, mais nous ne voudrions pas voir figurer la dyspepsie à un rang qui ne lui appartient évidemment pas dans ces cas particuliers.

P. BLACHEZ,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'état actuel de la thérapeutique des kystes ovariques.

Voici en quels termes s'exprimait Williams Hunter, il y a près d'un siècle, à l'égard du traitement des kystes de l'ovaire : « J'ai eu l'occasion de voir un grand nombre d'hydropisies enkystées, dont plusieurs furent traitées par des médecins du premier rang, et cependant je n'ai jamais observé un exemple de guérison ; je ne connais même pas un seul cas dans lequel la tumeur ait sensiblement diminué de volume, sous l'influence d'un autre traitement que la ponction ; s'il m'était permis de juger d'après tout ce que j'ai vu, tant sur le vivant que sur le cadavre, je serais porté à croire que l'hydropisie de l'ovaire est une affection incurable ; le trocart est le seul palliatif. » Nous ne rappellerons pas l'opinion de Boyer et de toute son école. L'hydropisie des ovaires est incurable. C'était une proposition à peu près unanimement admise et contre laquelle quelques rares téméraires osaient à peine s'élever. Franchissons un long espace, car nous n'avons pas la prétention en ce moment de faire de l'histoire, et arrivons à la discussion de l'Académie de médecine, en 1856, qui a fait époque. Trois propositions la résument : « Si l'art n'intervient pas, le kyste de l'ovaire doit nécessairement entraîner la mort dans un espace de temps assez court ; — lésion locale et indépendante de l'état général, le kyste de l'ovaire est réfractaire à tout traitement médical et exige un traitement local et chirurgical ; — après tous les faits, toutes les statistiques cités par les orateurs, les praticiens sont suffisamment autorisés à pratiquer des injections iodées. » Il n'avait guère été question dans cette discussion, en fait de traitement curatif, que des injections iodées. Quant à l'ovariotomie, le mot seul prononcé avait soulevé une opposition presque générale.

Nous tenions à marquer ce jalon pour montrer le chemin qui a été parcouru depuis. Voyons maintenant où en est la question de la thérapeutique des kystes ovariques. Nous n'avons, pour le savoir, qu'à appeler à notre barre l'un des praticiens qui ont été le plus de l'avant dans l'étude de cette importante question. M. Boinet nous apporte tout à point son dernier ouvrage, livre tout récemment éclos (1), où l'on trouvera, avec bien d'autres choses que nous engagerons les lecteurs à y aller chercher, une statistique des traitements des kystes ovariques par les injections iodées et par l'ovariotomie.

Afin de simplifier notre sujet et de ne pas impliquer l'une dans l'autre deux questions ou deux points de pratique distincts, nous nous bornerons à nous occuper en ce moment de la méthode des injections iodées, réservant pour une autre fois ce qui a trait à l'ovariotomie.

M. Boinet, dans son « Traité d'iodothérapie, » avait déjà publié un relevé de 100 malades opérées par lui au moyen des injections iodées. C'est sur ce nombre de 100 opérées que porte son analyse statistique.

Ces 100 premières malades opérées ont fourni 62 guérisons et 38 insuccès. Parmi ceux-ci, 16 malades sont mortes et 22 n'ont pas guéri. Des 16 malades qui ont succombé, 4 seulement sont mortes quelques jours après l'opération, mais, chez 3, des imprudences ont été commises ; dans les 12 autres cas, la mort a eu lieu par les progrès de la maladie ; chez les 22 qui n'ont pas guéri, il y a eu, dans la grande majorité des cas, une amélioration notable de la santé, et des malades ont pu prolonger leur existence pendant plusieurs années. (M. Boinet invoque en faveur de ce résultat cette circonstance que les opérations ont été faites d'urgence, alors que les malades ne pouvaient plus ni respirer, ni digérer, et qu'elles étaient menacées de mourir promptement.) Parmi les morts, il y a eu 10 kystes multiloculaires, 1 kyste celluleux et 5 kystes uniloculaires ; parmi les insuccès, il y avait 20 kystes uniloculaires et 4 kystes multiloculaires ; dans tous les kystes, les injections iodées n'ont jamais amené le moindre accident. Sur ces 38 malades où la guérison n'a pas eu lieu, M. Boinet fait remarquer que 29 kystes étaient multiloculaires et 9 seulement uniloculaires, parmi lesquels 4 renfermaient un liquide filant et les 5 autres un liquide plus ou moins coloré ; d'où l'on voit que sur ces 38 kystes, 33 au moins n'étaient pas susceptibles de guérir par les injections iodées. En retranchant ces 33 cas du tableau d'ensemble, il resterait en faveur des injections iodées, pratiquées dans les conditions favorables, un résultat assurément très-remarquable. Depuis, dit M. Boinet, que nous avons réservé les injections iodées pour les kystes simples, uniloculaires, renfermant des liquides séreux, hydatiques ou purulents, nos succès ont augmenté dans une grande proportion. Ainsi, ses 29 dernières opérations d'injections iodées lui ont donné 27 succès.

Parmi les kystes uniloculaires, 7 étaient hydatiques, 34 séreux (3 compliqués de tumeurs fibreuses, 7 d'ascite), 2 multiples, 4 séro-purulents, 2 sanguinolents, 5 purulents, 4 avec liquide épais plus ou moins filant, 15 avec liquide plus ou moins coloré, 37 avec liquide citrin. Les kystes multiloculaires, au nombre de 42, contenaient : 33 un liquide épais filant, coloré, verdâtre, et 9 un liquide séreux, chocolat ou café.

Sur ces 100 malades, il a été pratiqué 334 ponctions et 327 injections iodées. 45 fois une seule ponction et une seule injection iodée ont été faites, et 37 fois la guérison a été obtenue, même pour des kystes contenant plus de 20 litres de liquide. 18 fois, 2 ponctions et 2 injections, et 10 fois il y a eu succès ; 8 fois 3 ponctions et 3 injections, et 5 fois la guérison s'en est suivie ; 10 fois 4 ponctions et 4 injections, et guérison 3 fois ; dans 3 cas, 5 ponctions et 5 injections, pas de guérison ; dans 7 cas, 6 ponctions et 6 injections et 4 succès ; dans 3 cas, 9 ponctions et 9 injections, une guérison ; dans 1 cas, 15 ponctions et 15 injections, insuccès ; 2 fois 17 ponctions et 17 injections, une guérison. Enfin, 20 ponctions et 20 injections, dans un cas ; 26 ponctions et 19 injections, dans un autre, sans amener la guérison, ont notablement amélioré l'état des malades et ont prolongé leur existence.

Voici les propositions dans lesquelles M. Boinet a résumé l'analyse de ces 100 observations :

1° Une ou plusieurs ponctions suivies d'injections iodées, dans les hydropisies enkystées des ovaires, n'ont jamais offert le moindre danger, que les kystes fussent uniloculaires, simples, compliqués et multiloculaires ;

2° Ces injections, dans les kystes simples, ont presque toujours procuré la guérison et souvent une amélioration remarquable dans les kystes où la guérison n'était pas possible, comme dans les kystes multiloculaires ;

3° Les kystes uniloculaires simples, à liquide aqueux, citrin, hydatique, sanguin, purulent, quelle que soit leur étendue, guérissent souvent avec une seule ponction et une seule injection ;

4° On peut pratiquer sans inconvénient plusieurs ponctions et plusieurs injections successives dans le même kyste ;

5° Il est important d'injecter les kystes de bonne heure et avant qu'ils aient acquis un grand développement, contracté des adhérences, et avant que la santé générale des malades soit altérée ;

6° La sonde à demeure doit être réservée pour les kystes uniloculaires renfermant un liquide filant, huileux, etc., ou lorsqu'un grand nombre de ponctions et d'injections ont échoué et que le liquide se reproduit avec une grande rapidité ;

7° Reste enfin l'indication de l'ovariotomie, qui doit être appliquée à tous les kystes multiloculaires et à ceux des kystes uniloculaires qui renferment un liquide épais, filant, et à ceux qui ont résisté aux injections iodées.

Nous examinerons la question de l'ovariotomie dans une prochaine revue ; et de l'ensemble de ces deux tableaux nous chercherons à déduire ce qu'il est légitime d'attendre désormais de l'application rationnelle de ces deux méthodes.

Nouvel exemple de phthisie syphilitique. — Guérison par l'iodure de potassium.

La phthisie syphilitique, ou plutôt la syphilis pulmonaire a été admise depuis longtemps ; un grand nombre d'auteurs classiques du siècle dernier en rapportent des exemples. Mais c'était une question de savoir si la syphilis n'agissait dans ce cas que comme cause purement occasionnelle, en déterminant l'explosion de l'affection tuberculeuse, ou bien si la maladie pulmonaire était le produit direct et immédiat d'une lésion syphilitique développée dans le tissu pulmonaire même. Il y a là évidemment deux ordres de faits distincts. C'est de ce dernier ordre de faits que nous voulons parler. L'existence de la syphilis pulmonaire n'est pas mise en doute aujourd'hui. Voici en quels termes s'exprimait à ce sujet M. Ricord, en 1854, dans l'une des leçons cliniques reproduites par la *Gazette des Hôpitaux* : « Un des endroits de l'économie où les tumeurs gommeuses se développent plus fréquemment que l'on ne pense, et dont la connaissance est extrêmement importante, c'est le tissu pulmonaire. Depuis plusieurs années nous avons vu un nombre d'autopsies assez considérable pour nous croire fondé à admettre qu'il y a des lésions pulmonaires qu'il faut, de toute nécessité, rattacher au tubercule syphilitique. Dans le parenchyme de cet organe, le tubercule syphilitique suit la même marche que dans toute autre partie du corps : c'est la même forme, la même évolution, la même terminaison fatale par la fonte purulente. Les malades crachent du pus comme dans la période la plus avancée des tubercules pulmonaires. Les sujets maigrissent, bientôt arrive la mort, suite des troubles survenus dans les fonctions respiratoires. »

Tous les cas de syphilis pulmonaire n'ont pas, heureusement, ce degré de gravité, témoin quelques-uns des faits rapportés par plusieurs auteurs, notamment dans le « Traité historique et pratique de la syphilis, » de M. le Dr Lancereaux. L'on comprendra d'autant plus l'importance d'en bien déterminer la nature, en raison même de cette circonstance et des chances de curabilité que quelques-uns d'entre eux peuvent présenter. L'iodure de potassium, dans les cas de ce genre et dans les cas douteux où l'influence syphilitique peut être soupçonnée, est tout à la fois une pierre de touche pour le diagnostic et un précieux agent de traitement.

Voici un exemple très-remarquable d'affection syphilitique du poumon (très-probablement une gomme) qui eût pu être prise, au premier abord, pour un fait de tuberculisation pulmonaire et qui, grâce aux antécédents qui ont mis sur la voie, a cédé heureusement à l'administration de l'iodure de potassium. Ce fait s'est passé dans le service de clinique de M. le docteur H. Gintrac, à l'hôpital Saint-André, et a été rapporté par le *Journal de médecine de Bordeaux*.

Le nommé T..., âgé de 43 ans, ayant joui jusque-là d'une bonne santé, entre à la Clinique le 3 mai dernier. Il lui était survenu, deux mois auparavant, sans cause appréciable, une douleur à la poitrine au niveau du sein gauche, de la toux qui, d'abord sèche, s'accompagnait depuis quelque temps d'une expectoration muqueuse abondante, un léger mouvement fébrile parfois et un peu d'amaigrissement. Voici quels étaient ses antécédents. En 1852, il avait contracté un chancre, suivi trois mois après de syphilides papuleuses. A ce moment, il était entré à l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon, où on le mit pendant cinq mois sans interruption à l'usage de l'iodure de potassium. Une nouvelle éruption squameuse syphilitique eut lieu en 1859 sur les membres supérieurs et principalement à la paume des mains, avec perte des cheveux, ulcérations à la gorge, plaques muqueuses autour de l'anus. Enfin, en 1861, des douleurs s'étaient montrées dans la continuité des membres inférieurs, principalement le long des tibias, avec exacerbations nocturnes. — Au moment de l'entrée de ce malade à la Clinique, M. Gintrac constata les symptômes suivants : pouls de 76 à 80, peau chaude, forces diminuées, certain état de maigreur. Appétit conservé, point de diarrhée, assez bon état des voies digestives. Toux assez fréquente, expectoration abondante d'une matière épaisse, jaunâtre, purulente. La percussion est sonore dans tout le côté droit, le murmure respiratoire y est tout à fait normal. A gauche, la sonorité est naturelle au sommet du poumon ainsi qu'à la base, tant en avant qu'en arrière. Mais, vers la partie moyenne et antérieure, un peu au-dessus du mamelon, il existe une matité très-circonscrite, mais très-manifeste. Au niveau de ce point mat, l'auscultation fait constater du souffle caverneux, des râles muqueux à bulles moyennes, presque du gargouillement et un retentissement de la voix qui se rapproche beaucoup de la pectoriloquie, tandis que sous la clavicule, ainsi que dans les fosses sus ou sous-épineuses et à la partie inférieure du poumon, le bruit respiratoire est parfaitement pur.

Considérant, d'une part, l'absence d'hémoptysie, le peu d'intensité des phénomènes généraux, la pureté parfaite de l'état de la respiration, sauf dans le point indiqué, l'absence de tout antécédent diathésique du côté des parents, ainsi que de toute atteinte précédente de pneumonie ou même de bronchite, qui excluaient également l'idée d'affection tuberculeuse ou de dilatation bronchique ; considérant, d'autre part, les antécédents syphilitiques de ce malade et puisant ses indications dans cette dernière circonstance, M. Gintrac mit ce malade à l'usage de l'iodure de potassium porté successivement de 0,25 à 2 grammes par jour.

Après vingt jours de l'emploi de ce médicament, l'expectoration était diminuée et les signes stéthoscopiques commençaient déjà à être moins prononcés. Vers le milieu de juin, l'expectoration avait cessé complètement et l'auscultation ne laissait plus percevoir de râles humides ; on distinguait à leur place un souffle sibilant d'un timbre particulier. Enfin, dans les premiers jours de juillet, le malade quittait l'hôpital, après avoir repris ses forces et son embonpoint, ne toussant et ne crachant plus ; la poitrine avait repris sa sonorité normale dans le siége même de la lésion, et l'auscultation ne laissait plus entendre, comme bruit anormal, que le léger bruit de souffle dont il vient d'être question, à la partie antérieure et moyenne du côté gauche de la poitrine.

— Le même journal auquel nous venons d'emprunter ce fait, rapportait, il y a près de trois ans, en novembre 1864, une observation du même genre qui mettait peut-être encore plus en relief les désordres pulmonaires occasionnés par la syphilis, en même temps que l'efficacité remarquable de l'iodure de potassium. La voici en substance :

Un jeune homme de 27 ans avait été atteint en 1861, d'un chancre avec bubon, qui avait donné suite à de graves accidents : vastes décollements à la région inguinale ; large éruption pustuleuse ; destruction partielle de la luette et des amygdales, orchite ; enfin désordres du côté de la poitrine, toux fréquente, hémoptysie, etc. M. le Dr Aynard, appelé auprès de ce malade, constata les phénomènes suivants : teinte ictérique, maigreur extrême, sueurs nocturnes abondantes, diarrhée, toux continuelle, hémoptysie ; à la percussion, sous la clavicule droite, bruit de pot fêlé ; matité très-prononcée de toute la partie postérieure et supérieure du poumon gauche ; à l'auscultation, respiration caverneuse à droite, gros râles muqueux à gauche. Il existait, en outre, des plaques squameuses aux mains, et quelques autres traces de syphilis ancienne. On prescrivit : sirop de Cuisinier, 500 grammes avec iodure de potassium 15 grammes, une cuillerée par jour : un mois après, la dose du sirop ayant été successivement portée jusqu'à six cuillerées par jour, la respiration était redevenue presque normale, et c'était à peine s'il existait encore un peu de submatité. Tous

(1) Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement, précédé d'un aperçu anatomique et physiologique de ces organes ; ovariotomie, par M. Boinet. — 1 vol. in-8. Paris, 1867, chez Victor Masson et fils.

les autres accidents étaient à peu près dissipés. La guérison ne tarda pas à devenir complète sous l'influence de doses décroissantes d'iodure de potassium.

Voilà deux faits qui, joints aux faits analogues déjà connus dans la science, sont de nature à faire modifier le pronostic grave que l'on serait disposé à porter dans certains cas de phthisies apparentes dues à l'existence de tumeurs gommeuses dans les poumons, et à encourager, en cas même de doute, à recourir à une médication qui peut être d'une aussi grande utilité, et qui, dans l'hypothèse d'une erreur, ne saurait avoir de sérieux inconvénients.

FRACTURE COMMINUTIVE

du pariétal gauche par explosion d'une arme à feu. — Hernie et gangrène d'une portion du cerveau. — Paralysie à droite. — Aphasie. — Guérison.

(Observation recueillie par le docteur Castagnon, de Plaisance-du-Gers.)

M. J. C..., jeune fille de 20 ans, d'une constitution forte et d'une santé jusque-là très-bonne, se rendait, le 14 août 1864, chez une de ses amies. Le frère de celle-ci jouait en ce moment avec un fusil qu'il ne croyait point chargé; l'arme était chargée à plomb. Quand M. J. C... se présente au seuil de la porte ouverte, l'imprudent lui crie, en l'ajustant : « N'entre pas ou je te tue. » Au même instant, il lâche la détente, l'infortunée tombe à dix pas.

Mandé en toute hâte auprès de la malade dont me séparaient 7 à 8 kilomètres, je la trouve étendue sur un matelas. La tête et le cou baignaient dans le sang. Il y avait un assoupissement comateux. La face était congestionnée, le pouls fréquent, la peau chaude, l'immobilité complète, la sensibilité obtuse.

Sur la région pariétale gauche, une vaste perte de substance cutanée mesurait 10 à 11 centimètres d'avant en arrière, de 8 à 9 de haut en bas. La plaie étant lavée, je constatai une fracture comminutive du pariétal. Cet os, brisé en éclats vers son angle supérieur et au niveau de la bosse pariétale, donnait au doigt explorateur la sensation de parcelles osseuses en certains points complétement libres d'adhérences. Vers sa partie antéro-supérieure, dans le voisinage de la suture fronto-pariétale, existait une solution de continuité. Une portion d'os de 2 centimètres environ manquait à cet endroit. Au-dessous de cette ouverture, la dure-mère était intacte ; elle me parut l'être aussi dans toute l'étendue de la lésion. M'expliquant difficilement l'énorme vide laissé par l'absence du cuir chevelu à cette place, j'appris que le rebouteur du lieu s'était permis, avant mon arrivée, de « couper là-dedans. »

Après m'être convaincu qu'il n'y avait point pénétration de fragments, j'enlevai avec des pinces à dissection les esquilles que je pus saisir sans trop de résistance. On avait déjà fait des lotions au vin sucré. Je dis qu'on pouvait continuer ce moyen, fort en honneur parmi les paysans bretons.

Le repos le plus complet fut prescrit.

A ma visite du lendemain, je ne trouvai plus la jeune fille dans la maison où je l'avais laissée : en dépit de mes recommandations les plus formelles, les parents, après mon départ, l'avaient transportée chez eux, à trois ou quatre cents mètres de là.

Du côté de la blessure, les choses avaient peu changé. La fièvre était moins forte, — cent pulsations. Le coma persistait. La déglutition était impossible. Point d'urines, point de selles. — Ni plus ni moins de sensibilité que la veille.

Le 16 se passe sans qu'il soit possible de rien faire avaler à la malade : les liquides restent dans la bouche et retombent bientôt après en dehors. Le coma est un peu moins prononcé. Je coupe les cheveux autour de la plaie et je rapproche, avec des bandelettes de diachylon, deux lambeaux de cuir chevelu séparés en arrière de la plaie, où existait un large décollement.

La malade avait uriné. — Point de selles. — Lavement salé.

Le 17, les bandelettes n'ont pas bougé. Les deux lambeaux sont bien accolés ; deux petites esquilles sont enlevées. — Coma moindre qu'hier. — Il y a eu une selle. — Lavement salé. — Pouls à 90.

18. La suppuration a commencé. — Pansement simple. — Miction facile, selle abondante après le lavement. La déglutition reste encore impossible.

19. La jeune fille ouvre de temps en temps les yeux. Elle a pu boire quelques tasses de tilleul dans la nuit. Elle boit devant moi et avale bien. La plaie a bon aspect; la suppuration s'établit franchement sur ses bords. J'enlève une nouvelle parcelle d'os et de plus un grain de plomb, que je sens en haut et en arrière, dans l'épaisseur de la peau. — Pansement simple. — Huile de ricin 30 grammes. — Tilleul édulcoré. — Bouillon de poulet.

20. Amélioration croissante dans l'état général. Le pouls est à 86. La malade promène ses regards autour d'elle ; elle commence à faire quelques signes légers pour se faire comprendre. Je constate un affaiblissement notable du bras droit et de la jambe du même côté ; la main droite seule a perdu sa sensibilité. L'état local est satisfaisant ; des bourgeons charnus se montrent sur les bords de la plaie. Pus peu abondant, mais de bon aloi. — Même prescription.

Jusqu'au 25, point de changement digne d'être noté, soit dans l'état général, soit dans l'état local. Mais, ce jour-là, les choses changent de face : au travers de la dure-mère rompue, je remarque un commencement de hernie du cerveau. — Des compresses graduées sont maintenues sur la saillie cérébrale. Le pus des bords de la plaie cutanée est toujours de bonne qualité et devient plus abondant. — Pouls 75. — Etat général bon. — La constipation persiste. — Trente grammes d'huile de ricin. — Deux potages.

26. La tumeur cérébrale a augmenté ; elle semble se pédiculer. Une tache noire commence à poindre à la base. — Même pansement, même régime.

27. La coloration noire a augmenté. Cette teinte, d'odeur et d'aspect gangréneux, se propage aux morceaux d'os qui sont encore adhérents aux bords de la solution de continuité. Le pus, toujours bien lié sur les bords, commence à sourdre à travers les interstices osseux. — Rien de particulier du côté des symptômes généraux. — Ajouter aux potages deux cuillerées de vin.

Le 29, la coloration noire de la tumeur et des parcelles osseuses s'est étendue. J'enlève aisément deux esquilles nécrosées. La tumeur progresse toujours, la suppuration devient très-abondante.

30. Je conviens, avec le docteur Rapatel, appelé en consultation, qu'une ligature sera appliquée sur le pédicule de la tumeur, ce qui est fait séance tenante.

1er septembre. La ligature a amené la chute de la tumeur cérébrale, grosse comme une forte noix. Je cautérise avec le crayon de nitrate d'argent une portion de la pulpe cérébrale qui me présentait un aspect douteux. Rien à désirer d'ailleurs du côté de l'état général. — Augmenter la quantité de vin et de bouillon.

Le 2, j'extrais une nouvelle portion de pariétal mortifiée, et, à ma très-grande satisfaction, j'aperçois des bourgeons charnus qui végètent en dessous et qui ont la plus belle apparence. Ceux des bords de cette vaste plaie continuent leur évolution. Avant de faire le pansement ordinaire, je laisse un morceau de carton dépassant en surface l'étendue de la perte de substance osseuse. La malade me voit faire, son regard, ses signes m'indiquent bien qu'elle a conscience de ce qui se passe ; elle se résigne à toutes ces manœuvres, mais ce n'est pas sans une certaine appréhension facile à saisir.

Je ne suivrai plus, jour par jour, les détails de cette observation. Je me contenterai de constater que le grossier moyen de contention dont je fais usage, à défaut de meilleur, réussit très-bien à contenir l'encéphale toujours prêt à céder à l'impulsion artérielle.

Le travail de cicatrisation se poursuit au gré de mes désirs, au delà de mes espérances. Les bourgeons charnus recouvrent bientôt la substance du cerveau et se propagent jusqu'aux bords de la plaie où se produisent les mêmes efforts de réstauration.

Les portions d'os qui restaient encore et que je n'avais pu saisir, furent entraînées par la suppuration, au fur et à mesure que se formait la cicatrice. En même temps le pus, qui a toujours conservé ses qualités franches, perdait de quantité. L'état général allait s'améliorant; l'intelligence devenait chaque jour plus nette ; mais la parole était toujours absente.

Vers le 15, la couche de bourgeons charnus devient assez résistante pour permettre de se passer de la rondelle de carton. Bientôt les quelques esquilles qui restaient comme perdues dans ce tissu de formation nouvelle, deviennent plus mobiles et tombent à leur tour.

C'est à cette époque que la parole, absolument perdue depuis l'accident, reparut, mais d'une manière tout à fait incomplète. M. J. C... disait en langage bas-breton : « Mon Dieu ! Jésus ! mon père, ma mère, » et rien de plus.

Dans les premiers jours d'octobre, une partie de l'embonpoint et des forces était revenue ; l'appétit était bon, la digestion parfaite. A tous ses nombreux visiteurs, la jeune fille faisait comprendre, à sa façon, combien elle était heureuse de les voir. Son vocabulaire se bornait toujours d'ailleurs aux mots que je viens de citer.

Je quittai ce pays et je vis la malade, pour la dernière fois, dans les premiers jours de novembre. Elle se levait depuis une semaine; malgré mes recommandations expresses, elle vaquait à ses occupations ordinaires, balayant, faisant son ménage, soignant ses vaches.

En mars 1865, j'appris par M. Chevalier, chirurgien de troisième classe de la marine :

1° « Que l'état général était très-bon, que M. J. C... avait » les allures d'une personne en excellente santé, allant aux » champs, faisant les travaux du ménage, etc., etc.

2° » Que la parole cependant n'était pas revenue, la jeune » fille étant très-embarrassée pour parler et faisant très-peu » de progrès.

3° » Que les mouvements de la langue étaient faciles et » prompts.

4° » Que le bras droit était redevenu libre, ne présentant » rien de particulier, si ce n'est un léger engourdissement des » phalanges unguéales qui étaient en même temps le siége » d'un abaissement de température accusé par la malade et » constaté au toucher. — Il y avait de la gêne dans ces parties. »

Au mois d'août 1865, je sus :

1° Que la gêne des doigts de la main droite avait persisté.

2° Que l'intelligence était aussi complète qu'avant l'accident ; mais que la jeune fille parlait très-peu et très-difficilement, éprouvant beaucoup de difficulté à s'exprimer.

Au point de vue pathologique, cette observation me paraît offrir quelques enseignements.

Sans s'arrêter au mécanisme de la production de la blessure qui, en occasionnant des désordres du côté des parties molles extérieures et des parties osseuses, avait néanmoins épargné la dure-mère, on ne saurait méconnaître que des phénomènes évidents de compression cérébrale ne se soient produits immédiatement après l'accident. D'où venait cette compression ? Peut-elle être logiquement attribuée à la présence d'esquilles presque libres et flottantes au-dessus de la dure-mère restée intacte? Ne doit-on pas plutôt l'attribuer au décollement un peu étendu de cette membrane, décollement ayant amené un épanchement sanguin propre à comprimer le cerveau ? N'y a-t-il pas eu une rupture des branches terminales de l'artère méningée moyenne, lesquelles, comme on sait, sont placées dans l'épaisseur, tout en proéminant sur la face externe ou adhérente à la dure-mère. De plus, la suppuration copieuse qui est survenue ne peut-elle revendiquer sa part comme cause comprimante ?

Quoi qu'il en soit, la compression cérébrale a bien eu lieu ; car la paralysie qui s'est produite et qui avait échappé à l'examen des premiers jours, a toujours été considérée comme un des symptômes caractéristiques de cette compression. Affectant le bras droit dans ses mouvements et la jambe droite, elle ne se traduit plus tard que par l'insensibilité à la main, et, chose assez remarquable, cette insensibilité persiste encore un an après la blessure !

La trépanation, opération surtout pratiquée pour soustraire la cause de la compression, n'a pas été appliquée dans le cas qui nous occupe, les fragments étant toujours restés libres en dehors. La pince de ma trousse m'a amplement suffi à les extraire un à un.

Il y a aussi intérêt à remarquer qu'après un encéphalocèle qui s'est produit par suite de la déchéance de la dure-mère, et qui plus tard a dégénéré en vaste escarre cérébrale tombant sous une ligature, les choses n'en ont pas moins bien marché et que la cicatrisation a continué à se faire, sans que rien soit venu en entraver le cours.

Si nous nous plaçons à un autre point de vue non moins intéressant, on ne contestera point, je l'espère, que la jeune fille qui fait le sujet de cette observation n'ait présenté un cas d'*aphasie*, si l'on entend, par ce mot, l'abolition du langage articulé, de la parole extérieure. Notre malade n'avait conservé que la faculté de manifester sa pensée par le regard, par le geste, car nous avons vu qu'à partir du 20 août, son intelligence laissait peu à désirer et qu'elle n'avait que quelques mots au service de sa pensée. Nous avons vu aussi, qu'un an après, la jeune fille éprouvait de grandes difficultés à s'exprimer.

En outre, notre observation semblerait donner raison à ceux qui placent le siége de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau et à ceux qui, plus affirmatifs, le placent de préférence à gauche.

MODIFICATIONS DU FORCEPS

Par G.-A. Delattre

Ancien chirurgien-major de la marine.

Le forceps, méritant tout l'intérêt des accoucheurs, beaucoup d'entre eux, dans le dernier siècle et surtout dans celui-ci, ont cherché à le rendre inoffensif, puissant et portatif.

La première condition s'obtient par l'adoucissement des contours et un obstacle à la compression ; la deuxième est due à la qualité de l'acier, à la trempe Charrière (en ressort, produisant la force et l'élasticité), aux armatures des manches et au contact des mors quand l'instrument est fermé; la troisième se réalise par la brièveté, avec ou sans brisure, et la légèreté possible, grâce à la trempe.

Notre instrument a été exécuté par M. Nolton, fabricant habile, sorti de la maison Charrière.

Nous sommes obligé à des détails qu'il faut nous passer, afin de pouvoir bien apprécier; nous porterons ce qui nous appartient en caractères *italiques*.

Articulation. — Celle centrale aura sa mortaise *doublée* de largeur et *augmentée d'un tiers* en longueur ; la plaque, près du pivot, présentera un bord droit, dû à l'ablation d'un petit triangle; à l'aide de cela, la pénétration et la rotation sont commodes.

La présence du pivot, empêchant l'usage du crochet de cette branche, nous avons renoncé à ce genre d'articulation, qui est bon d'ailleurs.

Articulation latérale, de Siébold. — Les faces qui se touchent sont *très*-polies; l'échancrure a sa rainure (fraisure) *plus* large et *plus* profonde ; ses becs d'entrée sont *amincis en dessous* et *évidés*, l'un par en haut et l'autre par en bas ; la vis est *plus* longue et, conséquemment, son récipient (cache-clou), est *plus* bombé. Quand la vis est tout à fait serrée, sa plaque est *en travers* pour ne rien perdre sur la longueur introductible de l'instrument.

Avec ces dispositions, l'engrènement et la désarticulation sont très-faciles.

Manches. — Nous en avons quatre : deux petits et deux grands aussi ; pour ne pas se tromper, nous avons mis sur chacun les numéros 1 et 2, de même que sur les tronçons auxquels ils se joignent.

Les petits manches ne sont que des crochets mousses semi-circulaires ; ils sont gros pour donner de la puissance et ne pas gêner les doigts. On les visse, ainsi que les grands, pour la branche à mortaise, de gauche à droite; pour celle à pivot, c'est en sens inverse, chose nécessitée par l'action des doigts faisant détourner ce côté.

Les grands manches finissent par des crochets aigus demi-circulaires ayant quatre centimètres d'ouverture ; leur pointe est en *bec de vautour*, c'est-à-dire, plate en dedans, ayant deux petits biseaux en dehors. Ce genre de perforateur vaut mieux que les cônes, les trocarts; la portion qui suit leur pas de vis est *amincie* et a son angle *abattu* pour ne pas gêner la pénétration de la crosse dans le crâne. Les olives qui couvrent les pointes sont mises à *quatre pans* pour s'adapter aux *trous* carrés qu'on voit plus haut.

Le grand manche de la branche à mortaise offre un perce-crâne droit, méplat, ayant *2 centimètres* de long, *tranchant sur les côtés* pour élargir l'ouverture des os et dispenser des ciseaux de Smellie, de Blot, ou autres ressources. Ce perce-crâne est reçu dans la base du crochet correspondant. Plus haut est un *petit trou* pour une vis qui va s'arcbouter contre le dedans de l'autre grand manche, un peu creusé pour la recevoir. Cette vis portent les chiffres 10 et 11 qui indiquent la dimension du diamètre tête-forceps, pour décider ou non à faire la rotation. Elle empêche le rapprochement des manches et des cuillers, ce qui évite la compression de la tête. Si l'on trouvait que cette vis gênât la main, on pourrait la placer dans *un trou* qui est sur l'entablure de l'articulation, près de *deux raies* dont la plus proche indique 10 centimètres, la deuxième 11. C'est encore pour signaler le diamètre tête-forceps, quand il n'y a que les petits manches. Ces derniers dévissent les grands et réciproquement ; un grand manche dévisse l'olive de l'autre.

Tout le monde prend les manches à poignée, de là, la compression céphalique, depuis la plaie cutanée et l'asphyxie légère jusqu'à l'enfoncement crânien et la mort. Cela arrive trop souvent, quand il faut des tractions fortes et prolongées, c'est là le grand défaut du forceps. Depuis plus de dix ans, nous plaçons les index et médius de chaque main, en pronation, dans les crochets et nous tirons ainsi ; cela donne une puissance suffisante et le forceps n'est plus que le tracteur.

Pour les individus qui tiendraient à prendre le forceps à poignée, nous avons la vis graduée qui évite les inconvénients de cette habitude.

Cuillers-fenêtres. — Nous adoptons 2 centimètres de largeur au point maximum, 14 de longueur, et pour les jumelles, 1 centimètre de large. Leur grand contour est très-adouci, le petit également ; en dedans même de celui-ci, je fais *limer* les angles, ce qui n'a pas une extrême importance, mais vaut mieux pourtant.

Courbure des bords, produisant 8 centimètres de perpendiculaire, de la table sur laquelle serait l'instrument au haut des cuillers. — Cette courbure, très-graduée, portera spécialement sur la jumelle inférieure, la supérieure n'offrira qu'un bord oblique ; la suppression de son arc a pour but de faciliter le mouvement de spirale.

Courbure des faces. — 8 centimètres de dehors en dehors, 4 pour chaque cuiller. Les mors se *touchent* quand le forceps est fermé. Pour les forceps dans lesquels ils sont écartés, la chance d'échappement augmente; elle s'accroît aussi, si le tiers de la cuiller qui se rend au bout libre est plutôt un plan incliné qu'une courbe. Cette disposition rend le placement de l'instrument plus aisé, ce qui ne dédommage pas de l'échec. Si, au contraire, l'arc est fort, la tenue est parfaite; les cuillers ne se posent pas si facilement : il faut bien tenir compte de cette courbure en suivant l'orbe de la tête. Pour les praticiens vétérans, ce degré est le meilleur, mais pour la masse des individus un terme moyen est à préférer. Nous laisserons choisir entre les deux derniers.

Le bout libre de la cuiller, trop mince jadis, presque coupant, a été épaissi par Sanson et Charrière ; nous l'avons *renflé du double*. Il croît un peu vers le centre de la jumelle, diminue de là vers la fenêtre et finit en talus sur les côtés. Cette espèce de bourrelet déprime la peau et garantit de l'enfoncement crânien, surtout en y joignant notre mode de traction.

Les supports des cuillers sont étroits et se rapprochent beaucoup, afin que chez les primipares, à vulve étroite, s'il faut tirer bien en bas, ils tendent moins la commissure inférieure de la vulve ; autrement, on est obligé d'élever un peu les manches pour soulager la fourchette et éviter la déchirure.

Ces tiges ont 13 centimètres; nous les graduons : la première raie est marquée de 22 centimètres, c'est pour le détroit inférieur ; la deuxième de 25, pour le milieu de l'excavation; le milieu de l'articulation forme 28, pour le dessus du détroit supérieur. Ainsi, voilà trois tailles de forceps : on doit les avoir dans les musées, les hospices, afin de s'approprier au cas présent, mais, dans la pratique privée, les accoucheurs n'ayant d'ordinaire qu'un seul forceps, mieux vaut le grand, puisqu'il fait face à tout ce qu'on peut se régler pour l'étendue à introduire.

Pour le détroit inférieur, on pourrait avoir un forceps puissant et bien petit en totalité, ainsi, 22 ou même 21 pour l'introduction et 5 ou 6, de l'articulation aux crosses. En adoptant nos petits manches, la taille moyenne aurait, en tout, 31 centimètres.

Notre forceps n'a pas de brisure, de sorte qu'il mesure 33 centimètres sans les petits manches et 35 quand ils sont montés. La différence entre les deux cas est si petite que nous le laissons toujours vissés et, cependant, nous mettons l'instrument, avec son fourreau, en poche de pantalon montant sous gilet, de sorte que nous n'avons rien dans les mains. — Les grands manches, disponibles, servent à peine une fois sur cent.

Notre forceps, très-léger, se place, s'articule et se désarticule promptement d'ordinaire. Nous en sommes pleinement satisfait et nous ne voudrions pas le changer pour prendre le rétroceps.

CORRESPONDANCE.

Nous avons dit que le débat entre MM. Couranjou et Duvernet était heureusement terminé. La lettre suivante de M. le Président de l'Association des médecins de la Nièvre expliquera les circonstances, à la suite desquelles le bon accord est revenu entre nos deux confrères.

Monsieur et très-honoré confrère,

L'indignation qui nous a été attribuée dans votre journal, par un confrère profondément blessé d'un acte mauvais qu'il supposait avoir été commis par un de ses collègues de Nevers, et à propos de cet acte, ne pouvait être que conditionnelle, et dans le cas où celui-ci eût été prouvé.

Or, il résulte des explications et des pièces qui nous ont été soumises, tant par M. Duvernet que par M. Couranjou, en présence de leurs confrères de Nevers, que le fait reproché à M. Duvernet est faux, et que l'écrit dont on s'est servi pour appuyer contre son confrère un procès de mauvaise foi, n'est qu'une simple ordonnance écrite au crayon et délivrée par lui, en plein droit, près de trois mois après l'abandon du malade, par son confrère, ordonnance que l'avocat, pour le besoin de la cause, a pompeusement qualifiée du titre de certificat ;

Que M. Duvernet regrette et repousse de toute son âme l'usage qui en a été fait ;

Qu'il lui était impossible de le prévoir ;

Qu'en conséquence l'accusation d'indignité portée contre lui par le Dr Couranjou tombe d'elle-même, et n'a plus raison d'être ;

Que celui-ci reconnaît avoir été induit en erreur relativement au fait reproché à M. Duvernet, et regrette de l'avoir accusé.

Le pénible débat existant entre ces deux honorables confrères est donc clos, et nous sommes heureux, Monsieur le rédacteur, de vous en prévenir.

Recevez, etc.

ROBERT SAINT-CYR,
Président de la Société des médecins de la Nièvre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 octobre 1867, M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale (service de la Pitié), est nommé professeur de clinique chirurgicale (service de la Charité).

— La « Revue de Paris », — que nous donnons à tous nos abonnés au prix réduit de 16 fr., — publie, dans son dernier numéro, les articles suivants :

I. V. de Laprade (de l'Académie française). — Étude sur Goëthe (premier article).
II. E. Tegner. — La Saga d'Axel.
III. E. Dangin. — Ma cousine Fleurette.
IV. Ch. de Saint-Julien. — La Lance d'Achille. — Nouvelle (deuxième article).
V. Dubois (d'Amiens). — Du degré de certitude de la médecine au dix-neuvième siècle.
VI. Barral. — De l'agriculture à l'Exposition universelle (deuxième article).
VII. E. de Grenville. — Feuilles volantes, etc.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 121. — MARDI 15 OCTOBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 15 OCTOBRE 1867. — N° 121

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 14 OCTOBRE 1867.

Statistique médicale des hôpitaux de Paris.

Nous avons indiqué dans notre précédent article (n° de mardi dernier 8 octobre) l'objet et le plan de la statistique médicale des hôpitaux. Nous allons essayer aujourd'hui de donner une idée de l'exécution même du travail.

Le premier sentiment qu'inspire la vue de ces deux énormes volumes est un sentiment de curiosité. On est tout d'abord désireux de savoir comment on se retrouvera dans ce dédale de chiffres, et puis quand, après d'assez laborieuses recherches, on est parvenu à saisir et à tenir en main le fil conducteur, on a hâte d'aller demander à chaque colonne sa part de révélation sur le mouvement, la répartition et le sort des 100,000 malades qui passent annuellement par les hôpitaux de Paris.

Le premier objet de notre curiosité a été de voir quel était sur le nombre total des malades, inscrits aux bureaux d'entrée des hôpitaux, le chiffre des bulletins délivrés par les chefs de service ; car c'est là l'élément essentiel de la statistique médicale. Les tableaux statistiques dressés jusqu'ici par l'administration, portant exclusivement sur le mouvement, sur l'âge, le sexe, l'état civil des malades, sur la durée de leur séjour à l'hôpital, etc., donnaient sans doute des renseignements utiles au point de vue administratif et économique, mais ils étaient à peu près muets au point de vue médical. Or, c'est l'intérêt médical surtout, que s'est particulièrement proposé la statistique, et ce sont les bulletins remplis par les médecins et chirurgiens pour leurs services respectifs, qui sont destinés à remplir ce but.

Voici quelle est la proportion des bulletins recueillis par rapport au chiffre total des inscriptions pour les années 1861 et 1862.

En 1861, le nombre des malades existant le 1er janvier était de 6,315
Le nombre des malades entrés pendant l'année. . 86,993
Total 93,308
Le nombre des bulletins recueillis a été de. . . . 73,220
Différence 20,088

Cette différence semble au premier abord considérable, mais elle l'est peu, en réalité, si l'on en recherche les causes. Cette différence s'applique, en effet : 1° aux malades restant au 31 décembre 1861, dont les bulletins n'ont dû être clos qu'en 1862 et qui figurent dans la statistique de cette dernière année, ci 6,518
2° Aux enfants nés dans le service d'accouchement, qui n'ont donné lieu à aucune observation médicale. 7,315
3° Aux enfants malades, admis avec leurs mères non malades, pour lesquels on a omis de dresser des bulletins, ou aux enfants non malades accompagnant leur mère, ci 1,010
Total 14,843

Il ne reste donc plus entre les nombres fournis par les registres d'entrée et ceux qui résultent du dépouillement des bulletins, qu'une différence de 5,245. Une partie de cette différence s'explique par cette circonstance que le plus grand nombre des 6,315 malades restant dans les hôpitaux le 31 décembre 1860, et qui avaient été admis avant l'organisation de la statistique, n'ont point été l'objet de bulletins médicaux ; circonstance qui ne devait plus se reproduire pour les années suivantes.

En effet, pour l'année 1862, défalcation faite des malades encore en traitement au 31 décembre et qui ne devront figurer que dans la statistique de 1863, la différence entre le chiffre des entrées et celui des bulletins médicaux n'est plus que de 937 ou 1,02 0/0. Cette différence, déjà très-minime en elle-même, trouve encore son explication dans cette autre circonstance que les hôpitaux reçoivent, de temps à autre des personnes simplement indisposées ou même malades, mais qui, pour un motif quelconque, sont renvoyées ou sortent de leur plein gré dès le lendemain de leur admission, et qui ne peuvent par conséquent être l'objet d'aucune observation médicale. Ainsi se trouve réduite en réalité à un chiffre presque insignifiant la différence constatée entre les bulletins et les inscriptions d'entrée.

On voit par là que le service de la délivrance des bulletins est établi sur la plus large base possible, et que la statistique dont ils constituent les éléments essentiels embrasse la presque universalité des faits qui se présentent dans les hôpitaux. Quant au dépouillement, au contrôle et au classement des bulletins, nous avons déjà dit qu'il était l'objet d'un service spécial qui, s'il ne garantit pas d'une manière absolue contre toutes les chances possibles d'erreur, doit du moins les réduire aux plus minimes proportions.

Ces explications données, — et elles étaient nécessaires pour permettre d'apprécier la valeur des documents mis en œuvre, — entrons dans les entrailles mêmes du sujet.

Comme il ne s'agit pas d'établir une comparaison, évidemment insuffisante, entre deux années seulement, nous prenons l'année 1862 comme plus complète et trahissant moins déjà les inévitables tâtonnements d'un premier essai.

Le premier tableau qui a fixé notre attention est le tableau récapitulatif de la mortalité générale par grandes classes de maladies, dans les huit hôpitaux généraux. Nous y trouvons que, sur un total de 39,150 malades, 33,842 sont sortis et 5,308 sont morts. Sur ces 5,308 décès, 553 ou 11,10 0/0 ont eu lieu par fièvres ; 112 (2,52 0/0) par maladies générales et constitutionnelles ; 420 (14,93 0/0) par maladies du système nerveux ; 2,694 (27,14 0/0) par maladies de l'appareil respiratoire ; 393 (35,37 0/0) par maladies de l'appareil circulatoire ; 271 (5,48 0/0) par maladies de l'appareil digestif ; 256 (23,93 0/0) par maladies des annexes des organes digestifs ; 81 (27,84 0/0) par maladies des voies génito-urinaires ; 301 (4,88 0/0) par maladies de la peau ; 42 (5,24 0/0) par intoxication.

Si nous décomposons le chapitre des fièvres, voici comment s'y distribue le chiffre total de la mortalité : 553. Fièvre éphémère, 0 ; fièvre continue légère, 0 ; fièvre typhoïde, 434 (23,11 0/0) ; fièvre catarrhale ou grippe, 2 (1,55 0/0) ; variole, 102 (18,68 0/0) ; varioloïde, 1 (0 15 0/0) ; varicelle, 2 (4,76 0/0) ; scarlatine, 7 (5,22 0/0) ; rougeole, 5 (2,08 0/0) ; fièvre intermittente et rémittente, 0.

Les maladies de l'ordre des maladies dites générales et constitutionnelles, qui ont donné le chiffre le plus élevé de mortalité, sont : le rhumatisme articulaire, 57 (4,15 0/0). Puis viennent, mais à une assez grande distance, l'anémie, 7 (3,08 0/0) ; la syphilis et la scrofule, comptant chacune pour 6 décès, et comptant, l'une pour 1,54 0/0, l'autre pour 7,50 0/0.

Dans les maladies du système nerveux, nous trouvons comme ayant entraîné la mort : la paralysie générale progressive, 10 décès (10,87 0/0) ; la méningite, 12 sorties, 75 décès (86,21 0/0 ; la congestion cérébrale, 125 sorties, 14 décès (10,07 0/0) ; l'hémorrhagie cérébrale, 134 sorties, 140 décès (51,09 0/0) ; la méningo-encéphalite, 3 sorties, 16 décès (84,21 0/0) ; l'encéphalite, 4 sorties, 5 décès (55,55 0/0) ; le ramollissement cérébral, 80 sorties, 58 décès (42,03 0/0) ; l'hémiplégie, 167 sorties, 19 décès (10,22 0/0) ; paraplégie, 113 sorties, 12 décès (9,60 0/0).

Dans les maladies de l'appareil respiratoire, la phthisie à elle seule a donné l'énorme chiffre de 5,154 malades, dont 3,075 sortis et 2,079 morts (40,34 0/0). La pneumonie et la pleuro-pneumonie figurent pour 905 sorties et 290 décès (24,27 0/0) ; la broncho-pneumonie pour 50 sorties et 27 décès (35,06 0/0 ; la bronchite aiguë pour 1,164 sorties et 79 décès (6,36 0/0) ; la bronchite chronique pour 685 sorties, 56 décès (7,56 0/0) ; l'asthme, pour 29 sorties, 1 décès (3,33 0/0).

Nous ne poursuivrons pas plus loin ces quelques citations de chiffres, que nous ne faisons que pour montrer le parti utile que l'on pourra tirer, par la suite, de leur rapprochement ou de leur comparaison, par masses, par groupes ou par espèces de maladies, soit d'une année à une autre, soit d'un hôpital à l'autre, soit même d'un service à un autre ; les mêmes tableaux, après avoir présenté les résultats généraux, présentent ces mêmes résultats en détail par hôpital et par salles d'hôpital, et pour les hôpitaux spéciaux et les hospices, comme pour les hôpitaux généraux. C'est ainsi, par exemple, qu'en rapprochant les chiffres de mortalité par maladie, des hôpitaux d'enfants des chiffres correspondants des hôpitaux généraux, on a immédiatement sous les yeux un terme de comparaison de la lithalité proportionnelle de telle ou telle maladie chez les enfants et chez les adultes. La mortalité, par chaque maladie déterminée, par rapport au chiffre des individus qui en ont été atteints, peut, en outre, être déterminée dans sa proportion relative à celle des autres maladies ou de l'ensemble des maladies.

Ce qui a été fait pour la médecine a été fait aussi, mais avec beaucoup plus de détails, pour la chirurgie, qui, par la nature des faits qu'elle comprend, se prête beaucoup mieux aux calculs de la statistique, et pour les accouchements qui comportent aussi des renseignements spéciaux d'un très-grand intérêt pratique, ressortissant également d'une manière immédiate à la statistique.

Pour la chirurgie, en effet, indépendamment des tableaux donnant la mortalité générale par espèces de maladies chirurgicales et la mortalité par hôpitaux, par sexe, etc., comme pour les maladies internes, on trouve une statistique détaillée des opérations chirurgicales pratiquées dans les hôpitaux généraux, dans les hôpitaux spéciaux et dans les hospices. Toutes les amputations, les résections, les désarticulations, les opérations de hernie étranglée, les opérations de cataracte, les opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires, la trachéotomie, etc., ont chacune leur tableau présentant les résultats généraux, la proportion de la mortalité, avec des développements relatifs au sexe, à l'âge des opérés, à la nature traumatique ou pathologique de la lésion qui a nécessité l'opération, à la durée du séjour du malade à l'hôpital, à la nature de l'opération, à l'anesthésie générale ou locale, aux accidents, complications ou maladies intercurrentes et à la cause présumée du décès.

Pour les accouchements, on trouve, dans autant de tableaux, le nombre total des accouchements ; le nombre total des enfants morts-nés ou vivants ; le nombre des enfants morts-nés ou présentés morts avant ou pendant l'accouchement ; la mortalité des accouchées, par suite de maladies puerpérales ou par suite d'autres maladies ; la statistique particulière des accouchements pratiqués à chacune des maisons de la Maternité, de la Clinique ou dans les services spéciaux d'accouchement des hôpitaux généraux ; le relevé du domicile et de la profession des accouchées ; les renseignements concernant les nouvelles accouchées ; la conformation du bassin, la durée moyenne des douleurs de l'enfantement, la nature de l'accouchement et de la délivrance ; les naissances par heures de jour et de nuit, le sexe des enfants d'après le nombre d'accouchements antérieurs des mères, le poids des enfants à leur naissance ; les cas particuliers qui se sont présentés chaque mois, etc., etc.

Nous n'avons pas besoin de dire tout ce que ces renseignements peuvent renfermer d'utile. Il suffit de les énoncer.

Quelques-uns des hôpitaux spéciaux, tels que l'hôpital Saint-Louis, l'hôpital du Midi, Lourcine, ont leurs tableaux spéciaux aussi, conformes à la nature des maladies qui y sont traitées. Ici la statistique s'est donné de franches coudées. Ce qu'elle n'aurait pas pu faire pour les hôpitaux généraux sans donner une étendue démesurée à ce travail — chose regrettable par parenthèse — elle l'a fait ici dans un intérêt aisé à comprendre. Au dénombrement des malades par ordre de lésions, soit qu'il s'agisse des maladies de la peau ou des affections vénériennes et des résultats traduits par les sorties ou les décès, la statistique s'est immiscée dans la recherche des professions des malades, de leur âge, de leur état civil et de leur domicile par circonscription. — Nous disons qu'il est regrettable qu'une classification semblable n'ait pu être faite pour tous les malades indistinctement, la connaissance de la profession, par exemple, pouvant être, dans quelques circonstances, d'un très-grand intérêt au point de vue de l'étiologie et des influences hygiéniques spéciales. Mais si ce n'a pas été fait pour la profession, ç'a été fait du moins, et c'est déjà quelque chose, pour l'âge, l'état civil et le domicile.

Nous avons dit plus haut que les tableaux présentaient le classement des malades d'après la nature de maladie, non-seulement par hôpitaux, mais même par salles. Des tableaux spéciaux présentent, en effet, pour la médecine, la chirurgie et les accouchements et, pour les hôpitaux généraux comme pour les hôpitaux spéciaux, le classement des salles d'après le nombre de lits et la proportion des décès, et la mortalité par salle, par étage et par bâtiment ou par pavillon.

Ces derniers documents ont été formés en vue de satisfaire les personnes qui désirent rechercher l'influence que peut exercer sur la mortalité la réunion d'un nombre plus ou moins grand de malades dans une même salle, et leur séjour aux divers étages ainsi que dans des bâtiments ou pavillons plus ou moins isolés ou différemment orientés.

Ici M. Husson est allé de lui-même au-devant d'une difficulté qu'on aurait pu opposer d'avance aux déductions que fourniraient ces derniers documents. « En publiant ce travail, dit-il, nous sommes dans le devoir de faire remarquer combien les questions auxquelles ces documents se rapportent sont complexes, et quelle attention il convient de porter aux circon-

stances qui peuvent influer sur la composition du personnel des malades. A l'Hôtel-Dieu, par exemple, les deux grandes salles Sainte-Jeanne et Sainte-Marthe, situées à l'entrée de l'hôpital et consacrées à des services de clinique, reçoivent, à raison de leur mouvement plus considérable et de leur position rapprochée, les malades et les blessés les plus gravement atteints, tandis que, dans de plus petites salles, éloignées de l'entrée de l'hôpital, on place ordinairement des individus affectés de maladies plus légères ou souffrant de maladies chroniques. On serait tenté pourtant, au premier abord, d'attribuer au grand nombre des lits des salles Sainte-Jeanne et Sainte-Marthe la mortalité générale plus forte qui s'y fait remarquer; mais, sans nous prononcer à cet égard, nous croyons pouvoir émettre ici la pensée que la cause de la mortalité plus sensible des salles dont nous venons de parler, réside bien plus dans la gravité des maladies qui y sont traitées que dans le nombre considérable de lits qu'elles contiennent. »

Quoi qu'il en soit de cette interprétation qui, à certains égards, nous paraît fondée d'ailleurs, il n'en était pas moins utile de mettre ces éléments à la disposition de tous. C'est là une des nombreuses et heureuses additions que renferme le tome II de la statistique.

Nous en avons dit déjà bien long sur cette statistique et nous n'avons fait qu'ébaucher à peine une bien insuffisante esquisse de cet immense travail et indiquer çà et là quelques-uns des aperçus des nombreuses et importantes questions qu'il est destiné à soulever et à mettre en lumière. Nous aurions désiré, par exemple, reprenant quelques-uns des chiffres que nous avons cités, les comparer aux éléments correspondants de la statistique générale des décès pour Paris ou des statistiques partielles de quelques-unes de ses circonscriptions, pour en déduire les différences que peut présenter la mortalité générale ou par catégories des hôpitaux, avec la mortalité générale de la population de Paris, ou de ses divers quartiers. Mais cette recherche nous eût entraîné trop loin. Nous réservions aussi, pour la fin, l'examen de deux questions également intéressantes, celle du mode de classification nosologique qui a été adopté dans ce travail et qui n'est autre que l'ensemble des dénominations adoptées par la généralité des praticiens des hôpitaux, et la question de savoir jusqu'à quel point la commission de statistique a eu raison d'élaguer de son plan le traitement des maladies internes et ses résultats. Ce sont là de graves questions qui ne sauraient trouver leur place ici en ce moment et que nous nous proposons de reprendre en temps et lieu.

Dr Brochin.

M. BEAU ET LA DYSPEPSIE (1).

II

Sous le rapport des causes, la dyspepsie se divise en essentielle et symptomatique.

Pour classer les causes de la dyspepsie essentielle, l'auteur recourt à la vieille et commode division des ingesta, circumfusa, applicata, excreta, gesta et percepta. La plus large part, et c'est justice, revient nécessairement aux ingesta. Ici encore, nous assistons à cette tendance extrême qui porte l'auteur à ramener à une dyspepsie simple certains phénomènes sur la nature desquels les discussions semblent éteintes. C'est ainsi qu'il fait de l'iodisme, étudié par M. Rilliet, une simple variété de dyspepsie. Les symptômes, qui caractérisent si nettement l'iodisme et qui se manifestent, en particulier, du côté des muqueuses et de la peau, ne lui paraissent pas motiver une distinction spéciale. Pour lui, l'iodisme n'est qu'une forme de dyspepsie.

Mêmes réflexions pour ce qui se rapporte aux circumfusa. Pour n'en prendre qu'un exemple dans les accidents que détermine l'ingestion de la poussière du grès chez les ouvriers qui piquent les meules ou taillent les pavés, M. Beau persiste à voir une dyspepsie conduisant à la tuberculisation. « Les ouvriers, » dit-il, nous ont tous appris que la poussière du grès leur ôte » l'appétit et les forces avant de leur attaquer les poumons et » de leur faire cracher les humeurs fournies par la maladie » de poitrine, » comme si de pareils faits ne portaient pas avec eux leur explication naturelle; comme s'il n'était pas évident qu'en pareil cas les troubles dyspeptiques n'existent qu'en vertu de la lésion pulmonaire, dont ils ne sont qu'une expression sympathique. On sait, aujourd'hui, quelle est la véritable nature de ces fausses tuberculisations. Dans ces circonstances, des particules ténues, introduites par la respiration dans les parties les plus reculées de l'arbre aérien, y déterminent un travail inflammatoire, une véritable pneumonie chronique, donnant lieu à des lésions terminales, tout à fait analogues à celles qu'on observe dans la phthisie tuberculeuse. Mais comment supposer que l'ingestion de ces matières détermine, avant toutes choses, une dyspepsie, avant-coureur obligé de la lésion pulmonaire?

L'esprit se refuse à admettre cette dyspepsie initiale que rien ne motive chez des hommes travaillant dans des conditions, en apparence, favorables au développement de l'appétit et au libre exercice des fonctions digestives.

Dans les causes des dyspepsies symptomatiques, nous voyons figurer, et à juste titre, toutes les maladies aiguës et, en premier lieu, celles qui portent sur le tube digestif lui-même. L'auteur montre avec raison qu'en vertu de la solidarité des différentes fonctions, aucune maladie grave ne peut atteindre l'organisme sans que les fonctions digestives s'en ressentent profondément. C'est précisément au nom de cet indiscutable principe que nous refusons à la dyspepsie l'initiative que M. Beau lui accorde si souvent. Nous ne saurions donc trop applaudir à l'influence que l'auteur accorde aux maladies utérines sur le développement de la dyspepsie chez les femmes, reconnaissant d'ailleurs qu'il y a, dans ces cas, un véritable cercle pathogénique qui fait « réagir la lésion *effet* et la reporte à l'état de « lésion *cause*. »

La dyspepsie des nouveau-nés et des enfants est l'objet de quelques remarques neuves et nées d'une observation attentive.

Dans les quelques lignes consacrées à la dyspepsie des vieillards, nous voyons reparaître cette confusion que nous avons déjà démontrée. La dyspepsie des vieillards, dit M. Beau, « est surtout remarquable en ce que le dérangement des fonctions digestives s'accompagne bien vite des symptômes ternaires ou de lésions organiques. En effet, les apoplexies, les pneumonies, les cancers, les anthrax, les catarrhes aigus, les lésions des voies urinaires, etc., sont des affections locales se montrant après des dyspepsies qui souvent n'ont pas duré assez longtemps pour frapper l'attention; mais elles n'en sont pas moins le point de départ et le foyer de ces maladies organiques. »

Il nous est, nous l'avouons, impossible de nous associer à cette interprétation des faits.

III

Le diagnostic de la dyspepsie comprend celui des différentes formes y compris la forme latente dans laquelle l'individu ne se plaint d'aucun symptôme gastrique, où l'ingestion des aliments est aussi abondante qu'à l'état sain. Dans cette forme, l'estomac ne fait pas de produits utiles; l'assimilation est incomplète et le sang s'appauvrit.

Le diagnostic de la cause doit surtout fixer l'attention.

M. Beau fait jouer, et avec raison, un rôle considérable aux impressions morales, aux maladies des organes génitaux, etc.

Passant avec rapidité sur l'étude de la marche, la durée de la maladie, son pronostic, l'auteur aborde avec tous les développements qu'elle comporte la grande question du traitement.

IV

La première indication thérapeutique de la dyspepsie, dit excellemment M. Beau, est d'enlever la cause. Dans tout ce chapitre du traitement, nous retrouvons, avec plaisir, cet esprit dédaigneux de la médication symptomatique; ne l'acceptant qu'à titre de palliatif, allant toujours droit à la cause; attachant, avec raison, plus d'importance à une modification de régime, à la suppression d'une habitude vicieuse, qu'à l'action incertaine, incomplète, passagère d'une potion plus ou moins heureusement formulée. L'alimentation doit être, surtout, surveillée avec le plus grand soin. Chomel disait, à bon droit, qu'on guérissait la plupart des dyspeptiques par la seule réglementation du régime. C'est surtout dans la dyspepsie des enfants que l'attention du médecin doit se porter, avant tout, sur l'alimentation.

Celui qui chercherait, dans les pages que M. Beau consacre au traitement de la dyspepsie, des indications de formules nouvelles, des associations particulières de médicaments, serait complétement déçu.

M. Beau tirait, des médications les plus simples appliquées à propos et poursuivies surtout avec persévérance, les plus heureux résultats. Les plus minutieuses investigations ne lui coûtaient pas pour arriver à la connaissance de la cause. C'était là qu'il puisait, avant tout, ses indications.

Les amers, le charbon de Belloc, la pepsine et, dans les derniers temps l'arsenic, étaient les médicaments qu'il administrait de préférence.

Dans les formes douloureuses, le vésicatoire volant, fréquemment renouvelé, était souvent prescrit.

Comme la plupart des médecins il reconnaissait, dans l'hydrothérapie un moyen puissant, dont il appréciait et mettait à profit toutes les ressources.

Les dernières pages de l'ouvrage sont consacrées au traitement des symptômes secondaires et ternaires : anémie, productions organiques, etc. L'auteur insiste sur les avantages incontestables qu'on retire dans ces cas de l'emploi de médications tendant à rétablir les fonctions digestives.

V

Tel est, dans une vue d'ensemble, ce Traité de la dyspepsie dernière œuvre d'un médecin dont toute la vie a été consacrée à l'étude. Dans cette rapide analyse, nous n'avons pas cru devoir passer sous silence les objections qui se présentaient à notre esprit. M. Beau avait fait de la dyspepsie une étude spéciale et approfondie. Il en avait indiqué certains symptômes, inconnus avant lui. Il en avait mis en relief certains autres auxquels on accordait trop peu d'importance. Il nous suffira de citer la dyspepsie gastrique, la névralgie intercostale, l'analgésie, etc... Mieux que tout autre, il avait saisi le rapport qui s'établit entre les troubles gastriques et les accidents nerveux, par l'intermédiaire obligé de l'altération du sang. Pénétré de l'importance que prenait la dyspepsie dans la plupart des états morbides, il avait fini par lui donner un rôle principal, là où elle n'était qu'accessoire. De là cette théorie des symptômes ternaires contre laquelle l'observation des faits, dégagée de toute idée théorique, protesta toujours. Il est possible, sans aucun doute, que chez un individu prédisposé, l'existence d'une dyspepsie prolongée favorise l'apparition des accidents diathésiques. Mais ce qui est bien autrement certain, c'est que les troubles dyspeptiques sont, le plus souvent, liés aux premières manifestations de cette diathèse dont les symptômes propres sont encore latents.

Quand chez un sujet, né de parents tuberculeux, atteint de scrofules dans son enfance, nous voyons l'appétit diminuer, les forces languir et la fièvre s'annoncer par des frissons erratiques et du malaise survenant le soir; nous reconnaissons avec raison dans cet ensemble de symptômes l'impression exercée sur l'économie par l'évolution de la diathèse; la dyspepsie ne nous apparaîtra que comme un épiphénomène. Si l'évolution tuberculeuse s'arrête, elle disparaîtra d'elle-même; elle n'est évidemment que secondaire et subordonnée. Il n'en était pas ainsi pour M. Beau. La diathèse ne se manifestait qu'à la faveur de la dyspepsie. Supprimez celle-ci, et la diathèse sommeillera indéfiniment. De même pour le cancer, les maladies organiques du cœur, les lésions cérébrales chroniques, etc. De là cette persévérance infatigable avec laquelle il recherchait, dans les antécédents, du malade une cause, quelle qu'elle fût, sur laquelle on pût rejeter la dyspepsie. Cette cause il la trouvait toujours, est-il besoin de le dire? Il n'en pouvait être autrement, quand on scrutait, dans ce but tout le passé d'un malade. Impressions morales, passions, chagrins, frayeurs, joies; accidents de toute nature, fatigues, repos, privations, bonne chère, mariage, célibat, etc., tout était matière à dyspepsie. Passée à un pareil crible la vie humaine fournira toujours la cause aussi ardemment poursuivie.

Nul doute que M. Beau n'eût senti lui-même, à quelles critiques fondées donnait lieu une pareille théorie et qu'il n'eût été le premier à la modifier. Aussi ne voyons-nous, dans ce Traité de la dyspepsie qu'un exposé de premier jet d'études sur lesquelles l'auteur n'avait pas dit son dernier mot. La mine est riche, on y puisera largement les aperçus nouveaux, les observations intéressantes. L'œuvre fournira sans doute d'abondants matériaux à des travaux ultérieurs et le nom de M. Beau restera attaché à une étude qu'il a singulièrement agrandie. Ce sera un nouveau titre à joindre à tous ceux qui sauveront de l'oubli la mémoire d'un homme qui n'a jamais cessé d'être sur la brèche, pendant toute la durée de sa carrière médicale. Les recherches de M. Beau sur la physiologie et les maladies du cœur, sur les maladies du poumon, sur l'hépatalgie attestent une activité rare, sans cesse soutenue par le désir d'apporter quelque fait nouveau, de redresser quelque erreur.

Chacun de ces travaux porte l'empreinte d'une personnalité énergique qui ne craint jamais de s'affirmer, lorsqu'il croit devoir rompre avec la tradition ou se dégager de la routine. Il puisait dans une inébranlable conviction, une vigueur dont les critiques les plus imposantes n'ont pas toujours eu raison. Nul mieux que lui ne sait d'ailleurs dégager les discussions scientifiques de toute *personnalité* blessante. Peu d'hommes ont cultivé la science avec un désintéressement aussi complet. On perd en lui un de ces cliniciens de race, si je puis ainsi parler, donnant au service hospitalier le meilleur de leur temps, esclaves d'un devoir que rien ne remplace pour eux et dont l'accomplissement est une source de jouissances. On sentait, en voyant M. Beau au lit du malade, qu'il était là dans son milieu favori. Ceux qui apprécient hautement, dans un médecin d'hôpital, une urbanité constante, une dignité sereine, inaccessible aux petits mécomptes que ne ménage pas l'aigreur si excusable des malades; ceux-là, dis-je, auraient vu dans M. Beau un véritable type de patience et de douce indulgence. Quant à ceux qui ont eu le bonheur de pénétrer dans son intimité, et ils étaient peu nombreux, ils savent combien sa froideur apparente cachait de chaudes sympathies. Rien de banal dans cet accueil qui savait se faire rechercher en évitant de se prodiguer. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler tout le charme de ces conversations intimes, révélant sur les sujets étrangers à la science une érudition de bon aloi, animées par des saillies pleines d'imprévu et de finesse. Les mots heureux, les appréciations originales, les saillies abondaient. Nous ne pouvons ici que présenter au lecteur le médecin et l'érudit; mais les amis de M. Beau, ceux qu'il admettait à son foyer, savent tout ce que valait l'homme dont nous n'envisageons que le côté scientifique. Une douce sérénité dominait toute cette vie partagée entre l'étude et les joies de la famille. Un concours d'heureuses circonstances avait permis à M. Beau de suivre la pente qui l'entraînait naturellement vers toutes les jouissances élevées. Il vivait dans un milieu disposé par lui, où tout lui parlait d'études et d'art, apprécié, compris. Une maladie rapide, à peine prévue, l'a enlevé en pleine sève, alors que tout semblait lui assurer la récompense due à ses travaux. Du moins n'a-t-il pas eu la douleur d'assister à la décadence des heureuses facultés dont il était doué. Il sera permis à un de ses anciens internes de donner un témoignage de respect et de regret à la mémoire d'un maître dont le caractère défie toute critique et dont le talent n'a jamais été contesté.

P. Blachez,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Houel.

Phénomènes cérébraux coïncidant avec la gangrène d'un orteil. — Embolie probable ayant porté à la fois du côté du cerveau et du côté du pied.

(Observation recueillie par M. Pilate, interne du service.)

X..., rôtisseur, âgé de 57 ans, est doué d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, d'un embonpoint assez dév[eloppé]

(1) Fin. — Voir notre précédent numéro.

loppé, mais non gênant. Il s'est toujours bien porté ; mais, depuis cinq ans environ, il a des palpitations et de l'essoufflement, lorsqu'il monte les escaliers. De même aussi, dans ses courses ordinaires, il lui arrive, non pas tous les jours, mais très-souvent, d'éprouver des sensations de vertige qui l'obligent parfois à s'asseoir ou à s'appuyer aux objets voisins. Ces sortes de vertige n'ont jamais eu de suite grave.

Le 3 janvier 1867, il éprouva, chez lui, au milieu de ses occupations, un étourdissement bien plus fort que les précédents vertiges, toutefois sans perte complète de connaissance. Il sentit la sueur lui couvrir le visage, devint pâle, vit du brouillard devant ses yeux, fut obligé de s'asseoir et resta ainsi quelques minutes, sans avoir bien conscience du monde extérieur. Cet accident fut de courte durée et le malade ne se ressentit de rien dans le reste de la journée.

Le lendemain, il éprouva, dans tout le membre inférieur gauche, une douleur qui l'empêcha de marcher ; il garda le lit. Cette douleur resta quatre jours la même.

C'est alors qu'elle quitta la cuisse et la jambe, pour se localiser dans le pied du même côté, avec sensations de fourmillements, d'engourdissement. En même temps ce pied, dit le malade, devint *glacé à la main*.

Le 26 janvier, son médecin remarqua, sous la racine onguéale du gros orteil, une tache brune, large comme une forte lentille. Les symptômes précédents persistèrent. La tache prit ensuite de l'extension, mais très-lentement. La gangrène envahit ainsi peu à peu tout l'orteil, qui se momifia, et elle s'étendit même sur la région dorsale du pied correspondante au premier métatarsien. Ce travail dura jusqu'au mois de juillet.

A cette époque, la gangrène se limite et le travail d'élimination commence ; l'orteil tombe, sauf la première phalange qui reste en place ; la face dorsale du premier métatarsien est à peu près dénudée. Mais le travail de cicatrisation recouvre toute cette partie dénudée, ainsi que l'articulation métatarso-phalangienne. Il ne reste en dehors des chairs que les huit-dixièmes environ de la première phalange, qui est nécrosée et présente une couleur noire. La cicatrisation est terminée au commencement du mois d'août.

Le 15 août, le malade, qui a commencé depuis quelques jours à se lever, éprouve, sur un banc d'une promenade publique, un second étourdissement tout à fait semblable à celui qu'il éprouva le 3 janvier, sueur au visage, éblouissement, perte incomplète de connaissance, tous symptômes qui ne durent que quelques minutes. On le ramène chez lui ; mais cette fois on remarque qu'il a la figure déviée ; il y a une paralysie incomplète des muscles de la face du côté droit. Cette attaque n'a aucune suite grave ; le malade se lève les jours suivants.

Il entre à l'hôpital des Cliniques le 20 août, pour faire enlever la phalange nécrosée. Il n'accuse plus de douleur dans le pied, si ce n'est une sensation de resserrement, probablement due à la rétraction des cicatrices.

On enlève, le 5 septembre, la portion de phalange nécrosée. La cicatrisation dura un mois ; dans ce travail, la tête de la phalange, restée saine, fut entièrement recouverte par les parties molles.

La coïncidence d'un fort étourdissement et d'une douleur dans le pied suivie de gangrène, fait rechercher si la cause de ces phénomènes ne résiderait pas dans l'appareil circulatoire, en particulier dans le cœur. L'examen ne permet de soupçonner aucune affection de cet organe. L'impulsion thoracique n'est pas exagérée ; il n'y a pas d'hypertrophie ; les bruits sont très-réguliers, sans mélange d'aucun bruit anormal.

Quand l'aorte est devenue le siége d'athéromes, il peut arriver quelquefois, dans ces cas, que l'on trouve en même temps les artères périphériques athéromateuses. Mais ici, aucune des artères accessibles au toucher ne semble avoir subi cette dégénérescence.

Tous les autres organes paraissent sains. Le malade a une bonne santé. Mais, pendant son séjour à l'hôpital, il éprouve encore de temps en temps de légères sensations de vertige, phénomène qui avait disparu quand le malade fut alité et que la gangrène subit le travail d'extension, puis d'élimination et de cicatrisation.

Le malade sort de l'hôpital le 4 octobre. Il ressent encore la gêne produite par le tiraillement de la cicatrice. La face reste déviée. Il éprouve toujours de petits vertiges.

Si l'on porte son attention sur la marche des faits : palpitations et sensations fréquentes de vertige depuis cinq ans ; étourdissement violent s'accompagnant d'une douleur dans tout le membre inférieur gauche, bientôt localisée au pied, pour n'être que le prélude d'une gangrène du gros orteil ; si l'on y ajoute la répétition, à quelque distance de là, d'un même étourdissement suivi d'hémiplégie faciale ; on est en droit, je pense, de conclure que les accidents cérébraux et la gangrène de l'orteil reconnaissent une seule et même cause ayant porté son action sur deux points différents. Dans ce cas, l'idée qui se présente la première à l'esprit et qui est la plus admissible, pour expliquer ces faits, est celle d'une embolie qui aurait, lors de la première attaque, émigré d'une part vers le cerveau, d'autre part dans les artères du membre inférieur gauche, et qui, lors de la deuxième attaque, n'aurait atteint que l'hémisphère gauche du cerveau.

Les embolies, pour pénétrer dans les carotides, ont dû partir soit du cœur, soit de la crosse de l'aorte. Aucun signe extérieur, il est vrai, ne fait présumer une lésion de ces organes ; mais ce n'est pas la première fois que les symptômes locaux manquent dans les affections du cœur ou de l'aorte, surtout quand elles sont légères. Il est donc possible que de petits caillots formés dans le cœur, ou bien des parcelles solides détachées des valvules, ou bien encore des débris athéromateux enlevés des parois aortiques par le courant sanguin, aient été la cause des accidents que nous venons d'exposer.

Faisons un retour sur cette sorte de gangrène que les uns ont appelée gangrène sénile, les autres gangrène spontanée des extrémités. Qu'observe-t-on dans cette affection ? Absolument les mêmes phénomènes qu'ici nous avons vus se développer dans le membre inférieur de notre malade, c'est-à-dire des douleurs d'abord, puis, au bout d'un certain temps, l'apparition d'une tache noire qui s'étend plus ou moins. Aussi ce fait vient-il appuyer l'opinion des auteurs qui reconnaissent comme cause fréquente de ces gangrènes une embolie dans les artères qui se rendent à l'extrémité affectée. Opinion d'autant plus probable que cette maladie apparaît surtout chez des sujets âgés ; et l'on sait que l'athérome se développe dans les artères à mesure que l'âge est plus avancé. Si donc on doit admettre comme possibles d'autres causes de la gangrène spontanée des extrémités, il faut aussi faire une grande part à l'embolie.

Une dernière remarque sur les embolies en général. Tout le monde connaît maintenant les remarquables « Etudes physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral, » de MM. Prévost et Cotard. Parmi les expériences nombreuses et variées que MM. Prévost et Cotard firent sur les animaux, ils injectèrent des graines de tabac dans le système circulatoire. Ces graines étaient retrouvées en différents points : dans les artères du cerveau, où elles déterminaient des foyers de ramollissement, et dans d'autres viscères, la rate, les reins, etc., où elles produisaient des infarctus, des foyers de mortification. Ne voit-on pas ici, dans notre observation, un cas pathologique concordant exactement avec ces expériences ? L'embolie porte en deux points, le cerveau et une région périphérique plus ou moins éloignée, ici le pied gauche, pour y déterminer le même travail de mortification que les graines de tabac dans les expériences dont nous venons de parler.

Telles sont les remarques qui nous ont été suggérées par la série des faits observés chez notre malade, et qui viennent corroborer ce que l'on a déjà dit sur l'embolie.

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 octobre 1867.— Présidence de M. CHEVREUL.

Transmission de la morve du cheval à l'homme et de l'homme au cheval.

M. Guyon. La communication que je viens de rappeler à l'Académie a pour sujet un cas de morve transmis du cheval à l'homme, et à des expériences qui ont eu pour résultat la transmission de la même maladie, de l'homme au cheval. Ces différents faits se sont produits à Alger, en 1843. Nous les résumerons en peu de mots :

Un capitaine du train des équipages militaires était chargé de la direction de l'infirmerie des chevaux et mulets de son escadron ; il donnait en même temps des soins particuliers à quelques chevaux farcineux qui lui appartenaient. Sur ces entrefaites, il tombe malade et s'alite. Après plusieurs mois de soins infructueux chez lui, son état s'aggravant toujours, il entre à l'hôpital militaire du lieu. La maladie, dans son cours, offre bien des incertitudes au médecin traitant, le Dr Brée, ainsi qu'à ceux de ses confrères qu'il appelait quelquefois en consultation ; elle ne fut bien reconnue que dans les derniers jours du capitaine. C'était la morve la mieux caractérisée, la plus complète, si je puis m'exprimer ainsi.

Du sang et différents produits morbides, pris sur le cadavre du capitaine, sont inoculés sur deux juments, un cheval et une mule (1). Ces quatre bêtes, réformées du service de l'armée, avaient été mises à notre disposition par l'autorité militaire. La maladie se reproduisit sur le cheval, sur la mule et sur l'une des deux juments ; peut-être se serait-elle reproduite aussi sur l'autre, si on ne s'était un peu trop hâté de l'abattre. On abattit en même temps la première, ainsi que la mule ; quant au cheval, il était mort depuis plusieurs jours ; il avait succombé à une *morve gangréneuse* (2).

Sans doute, je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance de ces faits, surtout pour l'époque où je les ai fait connaître (1843), et je n'y reviens aujourd'hui que pour les accompagner d'un autre qui s'y rattache immédiatement, et en complète, en quelque sorte, la série. Ce fait, le voici, sauf une réserve que nous énoncerons après son exposition.

Assez longtemps après que les premiers se présentaient, un médecin militaire qui, avec nous, avait pris part à la nécropsie du capitaine, ainsi qu'aux expériences précitées, tombe insensiblement malade. Il était alors en France, rentré dans ses foyers, où il vivait dans les meilleures conditions d'existence. Sa maladie fut longue, présentant des phénomènes étrangers à la pathologie humaine, tels que des engorgements glandulaires, avec éruption suppurante, sur différents points du corps ; une turgescence particulière du nez, avec suppuration abondante de sa muqueuse, suppuration s'augmentant chaque jour davantage. Tous ces phénomènes et d'autres encore, que nous nous dispensons d'énumérer, ne peuvent être rapportés qu'à la morve. Comment le médecin l'avait-il contractée ? Ce ne fut que lorsque la maladie ne laissa plus de doutes sur sa nature que notre malheureux confrère se rappela s'être fait une piqûre à la main en prenant part à la nécropsie et aux expériences auxquelles elle donna lieu, blessure fort légère, il est vrai, et qui n'avait nullement appelé son attention dans le moment.

La mort n'eut lieu que près de onze ans après la blessure : le malade mourut le 21 avril 1854, à l'âge de cinquante-neuf ans. Que si, à raison de ce long temps écoulé, sinon entre la blessure et le début du mal, lequel fut des plus lents, du moins entre la blessure et la mort, le dernier fait ne pouvait être rattaché aux premiers, force serait de le considérer comme un cas de morve spontanée, ce qui constituerait un phénomène tout à fait anormal, étrange dans la pathologie de l'homme.

La série des faits qui précèdent pourrait se résumer ainsi :

1° Transmission de la morve du cheval à l'homme par la surface cutanée ou, en d'autres termes, par le contact immédiat, et peut-être aussi, et en même temps, par la surface pulmonaire ou, en d'autres termes, par le contact médiat, c'est-à-dire par l'interposition de l'air (1) ;

2° Transmission de la même maladie de l'homme au cheval et à l'homme, par l'inoculation du sang et de différents produits morbides. Je remarque que le premier de ces liquides, le sang, qui fut inoculé au cheval, donna lieu à une morve aiguë et *promptement mortelle* (2), de sorte que le sang, jusqu'à ce que de nouvelles expériences viennent l'infirmer, pourrait être considéré comme plus apte à reproduire la maladie que les différents produits morbides qui en proviennent.

(1) L'inoculation, sur les quatre bêtes, fut faite par des piqûres dans les narines et par un séton passé dans le tissu cellulaire du poitrail, savoir : 1° sur le cheval, avec du sang pris dans les cavités du cœur ; 2° sur la mule, avec du pus provenant de pustules de la face et de la cuisse ; 3° sur une jument, avec du pus pris en partie dans un abcès sous-cutané, et en partie dans un abcès intermusculaire ; 4° sur l'autre jument, avec des mucosités des fosses nasales.

(2) Les expériences eurent lieu le 13 juin, et les animaux furent abattus le 10 juillet. A cette date, une jument était fortement glandée et morveuse ; la mule était farcineuse à un haut degré ; tout le poitrail était garni de gros boutons farcineux, avec ulcération de bon nombre ; de gros boutons, de la même nature, se voyaient au-dessus et au-dessous du séton pratiqué pour l'inoculation chez les deux bêtes ; les articulations étaient fortement prises, la marche était difficile et l'amaigrissement très-grand. Le cheval était mort dans la nuit du 30 juin au 1er juillet, d'une *morve gangréneuse*, comme nous l'avons déjà dit.

(1) Outre que, journellement, le capitaine était dans les rapports les plus immédiats avec les animaux malades, il vivait dans une atmosphère saturée de leurs émanations, à raison du peu d'espace et du manque d'aération du local qui leur était affecté. *Voir* encore, sur ce sujet, la communication précitée.

(2) En moins de dix-huit jours, l'inoculation ayant été pratiquée le 13 au matin, et la mort ayant eu lieu dans la nuit du 30 au 1er du mois suivant.

Putréfaction des œufs et produits organisés qui en dérivent.

M. Al. **Donné** lit sur ce sujet une note qu'il résume ainsi : « Mes dernières expériences sont une confirmation que je puis dire éclatante, des résultats obtenus par M. Pasteur, et qui, jusqu'à présent, repoussent la théorie de l'hétérogénie. »

Des tumeurs cirsoïdes artérielles, spécialement étudiées chez les adolescents et les adultes.

M. Gosselin. Dupuytren a rappelé devant l'Académie des Sciences, en 1825, ce qu'il avait entendu désigner sous le nom de *tumeurs érectiles*, et Breschet, en 1832, a appelé l'attention sur une autre variété de dilatation artérielle, qu'il appelait *anévrysme cirsoïde*.

Or, entre ces deux lésions, dont la première se produit aux dépens des capillaires cutanés, et la seconde aux dépens des grosses branches artérielles, s'en trouve une autre un peu plus fréquente, quoique rare encore, dont Dupuytren et Breschet ne se sont pas occupés et dont l'histoire n'a pas été complétée jusqu'à ce jour. Je veux parler de la dilatation insolite des artères au voisinage de leur terminaison, dans cette partie du système artériel qu'en anatomie classique nous appelons *artérioles* ou *ramuscules*. Cette dilatation forme des tumeurs distinctes, avec lesquelles coïncident souvent, il est vrai, les deux lésions signalées par Dupuytren et Breschet. Elles sont l'occasion d'accidents sérieux et nécessitent une intervention chirurgicale particulière.

Sans doute elles n'ont pas été absolument inconnues jusqu'à ce jour. Mais leur histoire est restée obscure parce qu'on les a comprises tantôt dans la description des tumeurs érectiles ou fongueuses sanguines, comme l'ont fait en particulier J. Bell et Roux, tantôt dans la description des varices artérielles ou anévrysmes cirsoïdes, comme l'ont fait de nos jours Robert, le Dr Dèces et la plupart des auteurs français.

Il y a lieu, pour les besoins de la pratique, de décrire à part et sons un nom réservé pour elles les tumeurs formées par les artérioles. J'accepte celui de *tumeur cirsoïde artérielle*, qui a été employé déjà dans un travail exclusivement anatomo-pathologique dû à M. Robin. Je viens aujourd'hui donner les caractères cliniques de ces tumeurs, et montrer que leur étude séparée est d'autant plus nécessaire que nous pouvons substituer avec succès, aux opérations dangereuses entreprises jusqu'à présent contre elles, un moyen beaucoup plus grave, que la thérapeutique moderne a emprunté à la chimie, je veux parler de l'injection du perchlorure de fer dans la trame même de ces tumeurs.

Dans un premier chapitre, consacré à l'anatomie pathologique, je signale la situation fréquente de ces tumeurs à la tête, et leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, le volume remarquable auquel arrivent les ramuscules anormalement dilatés, les flexuosités qu'ils décrivent, leurs anastomoses et surtout leur agglomération en amas ou paquets sous la peau. Je fais voir que ces agglomérations donnent à la tumeur ses caractères spéciaux : car, soulevant la peau et finissant par lui adhérer, les vaisseaux anormaux s'ouvrent facilement et donnent des hémorrhagies, auxquelles exposent beaucoup moins les varices artérielles des branches, lesquelles marchent isolées les unes des autres et à une certaine profondeur sous la peau.

Dans le deuxième chapitre, consacré à l'étiologie et à l'évolution, je fais remarquer que si, dans quelques cas, la maladie a paru avoir une origine traumatique, le plus souvent elle s'est développée spontanément et en vertu d'une aptitude particulière absolument inexplicable. Quelquefois la tumeur a été précédée d'une tache de naissance ou nævus. Le plus souvent, elle coïncide avec une dilatation des branches circonvoisines (varices proprement dites) ; mais cette dilatation lui est comme subordonnée, car elle peut diminuer et même disparaître complétement, sans qu'on ait rien fait pour elle, lorsque la tumeur cirsoïde vient à perdre ses pulsations.

J'insiste sur cette particularité, que les tumeurs dont il s'agit ne nous sont montrées que par des sujets de 18 à 40 ans. Si, comme cela est certain, elles commencent beaucoup plus tôt, si, par exemple, elles existent déjà pendant la première et surtout pendant la seconde enfance, elles n'ont pas encore pris, à cette époque de la vie, un développement assez considérable pour constituer une difformité et donner lieu à une hémorrhagie. C'est seulement lorsque ces deux circonstances se sont produites, c'est-à-dire à la fin de l'adolescence ou au commencement de l'âge adulte, que les malades sont obligés de réclamer les secours de la chirurgie.

Le chapitre suivant est consacré aux symptômes et au diagnostic. Les premiers sont tous de l'ordre physique : saillie plus ou moins volumineuse et étendue, présentant des pulsations isochrones à celles du pouls, dépressible, offrant sous les doigts la sensation de cordons flexueux multipliés qui disparaissent par la pression, donnant enfin à l'auscultation un bruit de souffle tantôt intermittent, comme celui des anévrismes ordinaires, tantôt continus, saccadés, comme celui des anévrismes variqueux.

Ces symptômes pourraient faire confondre la maladie dont je m'occupe avec les anévrismes ou avec l'encéphalocèle. J'indique les moyens qui permettent d'éviter ces erreurs.

Arrivé au traitement, auquel est consacré mon dernier chapitre, je fais remarquer que la fréquence et le danger des

hémorrhagies indiquent la nécessité d'une intervention chirurgicale, que réclament beaucoup moins souvent les varices proprement dites, puisqu'elles saignent rarement et n'occasionnent aucun accident.

Je rejette les opérations conseillées et employées jusqu'à ces derniers temps, savoir :

La ligature de toutes les branches qui alimentent la tumeur ;

La ligature des troncs principaux, de l'une des carotides primitives ou des deux, par exemple ;

L'ablation totale de la tumeur, en prenant soin de lier, à mesure qu'elles sont divisées, toutes les artères afférentes.

La première n'a pas donné de succès ; la seconde expose à des dangers sérieux ; la troisième peut être suivie d'accidents, et n'est guère applicable quand la tumeur a une grande étendue en surface.

Je donne la préférence à une opération beaucoup moins dangereuse et qui n'a, jusqu'à présent, donné que des succès, savoir : l'injection plusieurs fois répétée, dans la trame même de la tumeur, avec le perchlorure de fer.

L'idée d'employer le perchlorure dans les cas de ce genre a dû certainement se présenter à l'esprit de tous les chirurgiens de notre époque. Elle découlait nécessairement des belles notions qui nous ont été données par Pravaz sur l'action coagulante de cette substance, des tentatives qui ont été faites pour arrêter, au moyen de cette action, la circulation dans les anévrysmes et dans les veines variqueuses, des succès qu'elle a donnés dans le traitement des hémorrhagies. D'ailleurs, sur un des malades dont je rapporte les observations, ce moyen avait été employé déjà par MM. Nélaton et Michon qui avaient commencé le traitement avant moi.

Je ne viens donc pas réclamer la priorité du traitement par l'injection du perchlorure ; je désire seulement en établir les règles, en démontrer les avantages par l'observation, et signaler quelques phénomènes consécutifs dont on ne s'est guère occupé jusqu'à présent.

L'un de ces phénomènes, et le plus curieux, c'est l'apparition fréquente, après les injections, de petits ulcères bourgeonnants et très-rebelles, par lesquels s'échappe une partie des caillots dus au contact du perchlorure. Ces ulcères retardent longtemps la guérison, mais ne l'empêchent pas de se compléter.

Un autre est la possibilité d'une terminaison par suppuration de la phlegmasie que provoque le perchlorure, et celle d'une hémorrhagie consécutive. En pareil cas, je n'hésite pas à employer le fer rouge, tant en vue d'arrêter l'hémorrhagie qu'en vue de compléter l'oblitération de la tumeur vasculaire, et je cite un fait dans lequel cette opération complémentaire a mis fin à la maladie.

Mon travail se termine par la relation détaillée de trois faits, dans lesquels j'ai employé avec succès ce traitement par les injections cinq ou six fois répétées de perchlorure de fer.

M. **Poznanski** donne lecture d'une note intitulée : « Des effets de l'acide cyanhydrique sur l'organisme à l'état physiologique et à l'état pathologique. » L'auteur conclut, des observations faites par lui, à l'efficacité de l'emploi de l'acide cyanhydrique, comme médicament, dans le choléra et dans les fièvres intermittentes qui ont pour caractère les stases sanguines et la carbonisation du sang. Ses expériences sur des chiens et le traitement d'un grand nombre de cholériques lui ont montré que la dose représentant une demi-goutte d'acide cyanhydrique pur, administrée convenablement, ne saurait porter atteinte à la santé d'un homme adulte et peut, au contraire, amener la guérison de cholériques arrivés à la période algide. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. Philipeaux adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie (fondation Montyon), un ouvrage imprimé ayant pour titre : *Traité de thérapeutique de la coxalgie*, et joint à cet envoi une indication manuscrite des parties qu'il considère comme originales dans cet ouvrage. (Renvoi à la Commission.)

M. Villemin adresse un exemplaire du travail dont le manuscrit a été déposé précédemment par lui, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie (fondation Montyon), et qui a pour titre : *Etudes sur la tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité.* (Renvoi à la Commission.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Université de Zurich vient d'accorder le titre de docteur en médecine à Mme Souskof.

Il y a cinq ans, Mme Souskof a subi un examen au gymnase de Saint-Pétersbourg, et depuis elle a suivi le cours de l'Académie médico-chirurgicale jusqu'au moment où l'autorité russe a interdit aux femmes de suivre ces cours.

Mme Souskof s'est alors rendue à l'Université de Zurich, où elle vient de terminer ses études avec un grand succès.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Barrey, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Rodez, décédé dans sa cinquante et unième année, le 1er octobre, à la suite d'une courte et cruelle maladie.

— Nous avons sous les yeux les quatre premières livraisons des suppléments à la « Médecine opératoire » du célèbre « Traité de l'Anatomie de l'homme, d'Anatomie chirurgicale et de Médecine opératoire de Bourgery, Claude Bernard et Jacob, dont l'éditeur L. Guérin, à qui l'on doit déjà le beau « Règne végétal, » et tant d'autres publications du plus haut intérêt scientifique, a fait paraître une nouvelle édition à la librairie Théodore Morgand, 5, rue Bonaparte. Ces suppléments sont dignes en tout du grand monument qu'ils sont destinés à compléter et à placer ainsi au niveau des progrès de la science chirurgicale. Les quatre livraisons parues traitent exclusivement des fistules urinaires chez la femme et représentent en une série de figures parfaitement exécutées par M. Pochet, sous la direction de M. le professeur agrégé Duchaussoy, toutes les opérations les plus nouvelles, tous les nouveaux instruments qui ont rapport à cet intéressant et si délicat sujet. Des textes très-développés et qui répondent à la clarté d'exposition que l'on connaît au jeune professeur, accompagnent les planches.

Chaque livraison, avec figures en noir : 2 fr. 50 c. — avec figures coloriées : 5 fr.

Traité de la dyspepsie, par le Dr Beau, ancien médecin de l'hôpital de la Charité. — Un vol. in-8, cartonné à l'anglaise. — Prix : 6 francs. — Paris, 1868. P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 122. — JEUDI 17 OCTOBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 17 OCTOBRE 1867. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 16 OCTOBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

Nos lecteurs n'ont pas oublié le rapport de M. Colin sur le mémoire de M. Villemin relatif aux causes et à la nature de la tuberculose. Après un sursis de plusieurs mois, la discussion a été engagée hier par M. Chauffard. Dans l'impossibilité où nous aurions été de publier intégralement l'argumentation de M. Chauffard, nous en avons du moins donné, dans le compte rendu, des extraits étendus qui en résument parfaitement l'esprit, en même temps qu'ils permettront d'apprécier avec quelle haute portée de vue ce savant académicien a examiné et discuté les faits et les doctrines exposés dans le mémoire de M. Villemin et dans le rapport de M. Colin. Nous reviendrons sur cette argumentation, dont nous nous bornons, pour le moment, à constater l'éclatant succès auprès de l'auditoire.

L'Académie a entendu dans cette même séance une lecture de M. le professeur Semmola (de Naples). — M. Semmola avait déjà communiqué, il y a quelques années, à la savante compagnie les recherches qu'il avait entreprises sur le mécanisme pathogénique et sur le traitement de l'albuminurie chronique; ou maladie de Bright. Il avait abordé dans ce travail la question sous le point de vue des changements chimiques ou moléculaires de l'albumine comme le point de départ de l'albuminurie. Il en avait tiré cette conclusion que le passage de l'albumine dans l'urine était la conséquence nécessaire d'un vice général de nutrition par lequel l'albumine, étant devenue incapable de fonctionner, devait être éliminée par les reins comme substance étrangère à l'organisme. Les altérations rénales ne joueraient, en conséquence, qu'un rôle secondaire dans la pathogénie de l'albuminurie. Ayant poursuivi depuis lors ses recherches sur ce sujet, M. Semmola est venu en exposer les résultats dans ce nouveau travail. On trouvera, dans le compte rendu, sous forme de quelques propositions, un rapide résumé des idées principales de l'auteur sur ce sujet de pathogénie et de thérapeutique.

Dr BROCHIN.

ECOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Des questions médico-légales relatives aux assurances sur la vie.

DU CERTIFICAT MÉDICAL.

En médecine légale, des sujets neufs, délicats et épineux surgissent à chaque instant. La difficulté est nécessairement soumise à l'examen de l'homme de l'art, mais un embarras est peut-être créé. Résoudre le problème posé, par les seules lumières de la raison, c'est à coup sûr faire preuve de sens et d'habileté, mais n'y a-t-il pas un certain intérêt scientifique à éclairer la route d'avance et à guider le voyageur?

Par un travail d'assimilation spéciale, le médecin doit se familiariser constamment avec les progrès qui s'opèrent en toute chose et avec le mouvement général des affaires. Il faut qu'il soit de son temps et qu'il marche avec son époque. De nos jours, ne pas avancer, c'est reculer. Or, comme il n'est pas une question qui soit liée davantage aux intérêts scientifiques, sociaux, publics ou privés, que celle des transactions qui s'opèrent chaque jour sur la vie des hommes, j'ai résolu de l'aborder ici.

Je me propose donc de discuter les nombreux problèmes médico-légaux qui se rattachent directement aux assurances sur la vie. C'est vous dire par là que je m'occuperai, d'abord, du certificat médical et du secret professionnel, puis de l'influence de certaines habitudes, infirmités ou maladies, sur la durée de la vie humaine; de la mort subite; du diagnostic différentiel de l'imprudence, de l'accident, du suicide et de l'homicide; de l'examen des individus qui demandent à s'assurer; des maladies dissimulées et des moyens de démasquer la fraude, etc.

I

Les compagnies d'assurances ne traitent pas avec tous ceux qui se présentent à elles. Leur intérêt est de ne signer de contrats qu'avec des individus sains et bien portants, et elles n'ont de bénéfice à espérer que lorsque l'assuré, par sa constitution, la régularité de ses habitudes et l'état de sa santé, paraît réunir certaines probabilités de vie moyenne ou de longévité. Celui qui veut se faire assurer doit donc établir dans quelles conditions physiologiques il se trouve, et c'est à son médecin ordinaire qu'il a jusqu'à présent appartenu de témoigner du fait.

Pendant un temps assez long, les compagnies ont adressé au médecin traitant, des modèles de certificat tout imprimés, dont il ne restait plus qu'à remplir les blancs. Ces pièces avaient un peu la forme d'une enquête de police; elles renfermaient un très-grand nombre de questions, étaient fort compliquées et touchaient à plus d'un détail véritablement indiscret. Aujourd'hui, la plupart des grandes compagnies ont abrégé de beaucoup ces formalités et elles se contentent de demander au médecin de simples renseignements *confidentiels*. Plusieurs Sociétés médicales ont été d'avis, il est vrai, qu'il fallait toujours s'abstenir et ne jamais délivrer, quel que fût l'état de la santé du postulant, de certificat aux compagnies d'assurances sur la vie. D'après cette manière de voir, le médecin perdrait toute liberté d'action, obéirait à une règle immuable de conduite et serait inexorablement enchaîné par la loi du silence. Si l'on n'y prend garde, l'erreur va se propager encore. J'emploie à dessein le mot *erreur*, car tout engagement est un lien et le médecin ne doit pas se lier. Justiciable seulement de sa conscience, celui qui a l'honneur d'exercer l'art de guérir, doit conserver, dans toute leur intégrité, l'étendue de ses droits, la plénitude de son indépendance et le privilége de sa liberté.

S'il nous est démontré que les transactions passées entre les compagnies d'assurances et nos clients tournent sérieusement au profit de ces derniers, pourquoi ne chercherions-nous pas le moyen de rendre notre intervention possible? Pourquoi, d'autre part, le médecin qui, en toute occasion, doit rester libre d'accorder ou de refuser son concours, abdiquerait-il l'une des plus sérieuses prérogatives de sa profession? C'est certainement à travers un verre fort grossissant que l'on a envisagé la question, et je me sens peu convaincu par les engagements votés d'enthousiasme. J'aime mieux me souvenir des dignes paroles que M. le professeur A. Tardieu a consacrées au sujet qui nous occupe: « Nous n'approuvons à aucun titre, a-t-il dit, ces engagements collectifs qui transforment le sentiment du devoir en une convention sociale. La déontologie médicale ne peut, en aucun cas, se formuler en articles de règlement, et nous n'accepterons jamais que ce vote d'une majorité puisse imposer une règle absolue de conduite là où chacun ne doit se laisser guider que par les plus délicates inspirations de sa conscience. » (1). Cette argumentation me paraît sans réplique.

Un praticien très-estimé de Paris, M. le Dr Gaide, a parfaitement compris notre véritable rôle, lorsqu'à l'occasion du secret médical, il est venu faire devant la Société du IIIe arrondissement la loyale déclaration que voici: « Qu'un de nos clients, a-t-il dit, rongé par une de ces syphilis constitutionnelles qui résistent à tout traitement, ne craigne pas de solliciter la main d'une jeune fille pure et qui fait la joie de sa famille; que le père de cette jeune fille vienne avec confiance vous demander s'il peut en toute sécurité la donner à l'homme qui va la souiller au premier contact, et qui, pour toute consolation, lui laissera des enfants infectés de la maladie de leur père, devrons-nous répondre par un silence qui peut être mal compris, et nous rendre ainsi complices d'un mariage dont les fruits seront si déplorables? Je ne le crois pas, et pour ma part, je le déclare, jamais je ne me sentirais le courage d'obéir à la loi en pareille circonstance; ma conscience parlerait plus haut qu'elle, et, sans hésiter, je dirais: non, ne donnez pas votre fille à cet homme. Je n'ajouterais pas un mot, j'aurais la prétention de n'avoir pas trahi mon secret; et si, par impossible la peine prononcée par l'article 378 m'était appliquée pour ce fait, j'en appellerais à tous les pères de famille, et, la tête haute, je plaindrais le tribunal qui se serait cru autorisé à me punir d'avoir préservé d'une infection presque certaine une femme et sa génération tout entière (2). » Est-ce trop m'avancer, en certifiant ici que la probité de M. Gaide rencontrerait parmi nous plus d'un imitateur?

(1) *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.* 2e série, t. XXV.

(2) *Gazette des hôpitaux.* 1863.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils (1), par le docteur CH. SÉDILLOT, médecin inspecteur des armées, directeur de l'Ecole impériale du service de santé militaire.

Le *Traité de médecine opératoire* de M. Sédillot a sa place au premier rang des livres classiques, comme l'a dit un de nos plus grands maîtres en le présentant à l'Institut. Le succès a confirmé ce jugement.

Le plan général de l'ouvrage, l'esprit qui l'anime, la tendance pratique qui le recommande au chirurgien aussi bien qu'à l'élève, en leur enseignant ce qui est réellement utile et important à savoir, tout cela a été dit par le professeur Gaujot avec autant d'autorité que de talent.

M. Sédillot a reproduit dans sa troisième édition, avec d'importantes additions et le chapitre consacré à la *staphyloraphie*, opération difficile, délicate et autrefois si rarement suivie de succès. Les préceptes fondamentaux donnés par M. Sédillot ne sont, il est vrai, que l'application au cas particulier des lois générales, auxquelles il s'efforce de ramener toute la pratique de l'art: maintenir partout la *circulation libre*, c'est-à-dire *éviter l'étranglement*, telle est la règle; de là les incisions destinées à relâcher les deux parties du voile mises en contact. Ces incisions, recommandées déjà par Dieffenbach d'une manière générale, ont été nettement précisées, d'après des indications anatomiques, par M. Sédillot.

Rien ne prouve mieux la sagesse des conseils en chirurgie que de les voir suivis, et l'auteur a eu la satisfaction de voir ses élèves recourir à sa méthode et en obtenir de brillants succès; pour ce qui nous concerne, nous avons toujours réussi, sauf une seule fois, et cela dans un cas fort compliqué où une inflammation consécutive de la bouche est venue détruire en un jour une réunion qui datait de dix jours et qui n'avait pas été entravée par la rétraction des lambeaux staphylins, vu que les fils avaient été enlevés depuis six jours et n'avaient produit aucune ulcération.

Déjà, dans sa deuxième édition, M. Sédillot avait insisté sur la nécessité, après la staphyloraphie, des exercices de la parole et sur l'utilité de pratiquer l'opération chez des sujets encore jeunes, plus aptes que les individus âgés à acquérir une prononciation régulière, circonstances bien appréciées depuis par M. Préterre, l'inventeur de moyens prothétiques des plus ingénieux.

L'uranoplastie périostique ou la restauration complète de la voûte palatine est une opération nouvelle, produit indirect de l'autoplastie périostique. Nous disons produit indirect, car, encouragé par la parole de Flourens, qui promettait de l'os partout où l'on aurait du périoste, Langenbeck appliqua, en 1859, à la voûte palatine l'autoplastie périostique, qu'il avait tentée au nez avec un lambeau de peau frontale doublée de périoste crânien. Le chirurgien de Berlin obtint une restauration palatine parfaite et crut avoir constaté, peu après l'opération, l'existence d'une lamelle osseuse. La régénération des os de la voûte palatine n'a pas été confirmée, mais l'autoplastie reste excellente dans son exécution et ses résultats fonctionnels. Le procédé qui consiste à détacher de la voûte palatine la muqueuse et le périoste, n'entraîne pas la nécrose de l'os dénudé, que l'on avait redoutée.

L'espoir de refaire des os avec le périoste isolé et détaché des os subjacents a passionné les esprits, ce qui est beaucoup, car, dans la science, comme dans le corps humain, un stimulant énergique est favorable à la création de produits nouveaux. Tôt ou tard la science profite de la suractivité dont les luttes sont l'occasion. Mais la vérité n'est pas toujours facile à distinguer de l'erreur. Les plus sagaces l'annoncent, mais ils sont souvent regardés comme d'obstinés contradicteurs. Le rôle et l'influence de M. Sédillot dans ce débat ont été très-remarquables; ce professeur a toujours contesté les merveilles dont le public se montrait si enthousiaste, et il demandait des faits authentiques. Ces faits, publiés comme évidents et définitivement acquis, se sont évanouis à la lumière d'une expérience plus complète. On sait ce que sont devenus les nez périostiques: l'os nouveau, s'il y en avait eu, loin de persister, avait disparu. Pour l'ouranoplastie, nous n'avons pas obtenu de revêtement osseux, et on sait qu'il en a été de même chez les opérés de MM. Sédillot, Billroth, Ehrmann (de Mulhouse), etc.

Les opérations sous-périostées appliquées aux résections ont eu le grand avantage de mieux conserver les parties molles et de donner des plaies plus régulières et moins exposées aux complications, mais elles n'ont pas fourni d'os régénérés par les gaines périostées.

Les polypes naso-pharyngiens ont souvent occupé les chirurgiens dans ces derniers temps, et leur traitement chirurgical, plein de difficultés, n'est pas encore définitivement fixé. Les uns, avant tout préoccupés de la crainte des récidives, ne reculent pas devant les opérations préliminaires les plus graves pour mettre à nu et détruire le siége d'implantation des tumeurs. Les autres se contentent d'enlever le néoplasme aussi exactement que possible, sans recourir aux mutilations préliminaires, ne considérant pas la reproduction comme certaine. Les points d'origine sont d'ailleurs assez souvent accessibles à la vue et aux instruments, par le moyen du miroir laryngoscopique, ainsi que nous l'avons démontré à la Société de médecine de Strasbourg, dans un cas qui était le premier exemple de l'application du miroir laryngoscopique au diagnostic et au traitement des polypes naso-pharyngiens. (Voy. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1865, p. 60.)

(1) 3e édition avec figures. 2 vol. grand in-8. Prix: 18 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils. Strasbourg, Treuttel et Wurtz.

Vous entendrez émettre tous les jours des théories aussi fausses qu'inacceptables sur le rôle social et sur le caractère *sacerdotal* du médecin. Personne, à coup sûr, ne s'en fait une idée plus haute que moi-même, mais il faut juger les choses froidement. Dans l'exercice de sa profession, le médecin rend chaque jour les plus grands services à l'humanité : il fournit les avis les plus utiles à l'administration, donne des conseils à l'État, prête son concours à la justice, répand partout des lumières, soit autour de lui, soit dans l'intérieur des familles où il jouit de la confiance et de la considération, soit dans les plus lointaines populations où il sait porter, avec les bienfaits de son art, l'influence civilisatrice. Mais, comme le déclarait un jour mon savant confrère, M. Brochin, il ne faut pas élever davantage le privilége et le prestige de notre mission : loin de servir les intérêts de notre corporation, on les compromettrait. La médecine, retenez-le bien, n'est pas plus un sacerdoce que le médecin n'est un prêtre.

Ici se présente tout naturellement pour moi l'obligation d'entrer dans quelques développements au sujet du secret professionnel prescrit par l'article 378 du Code pénal, lequel est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

La disposition législative qui précède n'existait pas dans l'ancien droit. Aucune mesure analogue n'était édictée. L'art. 378 date donc de l'époque de la promulgation du Code pénal, c'est-à-dire des premières années de ce siècle. Il ne serait pas écrit dans nos lois contemporaines qu'il faudrait se hâter de l'y introduire, car loin d'être pour les médecins un moyen d'intimidation ou une mesure de répression, il est pour eux une précieuse sauvegarde dans un cas donné. Non-seulement, on ne l'applique jamais contre les médecins, mais ce sont les médecins qui en invoquent les bénéfices, lorsqu'ils déposent en justice sur des faits dont ils n'ont eu connaissance que dans l'exercice de leur profession. L'art. 378, je le répète, n'est point un épouvantail. Quel est donc, en France, l'honnête médecin qui s'en trouve menacé ? C'est pour nous un véritable palladium et nous sommes quelquefois très-heureux d'obéir à la lettre plutôt qu'à l'esprit de la loi et d'opposer fièrement la fin de non-recevoir qui nous a été ménagée.

Mais cet article 378 est-il donc aussi absolu, aussi impératif qu'on l'a cru ? Les conditions du secret médical sont-elles assez bien définies pour qu'en toute circonstance le médecin doive se condamner fatalement au silence, alors même que ce silence est préjudiciable aux intérêts bien compris de son malade ? En aucune façon, et si, en thèse générale, le secret est obligatoire dans un certain nombre de cas très-graves et susceptibles d'entraîner une lourde responsabilité, il n'en est pas moins vrai que, sur la demande formelle et écrite de notre client, nous pouvons déclarer dans un certificat confidentiel la plupart des choses qu'il importe de savoir. Sur ce point, le médecin ne doit prendre pour guide que son savoir et pour conseil que sa conscience. Tout engagement souscrit d'avance dégénère en entrave, et toute entrave est incompatible avec la liberté d'action.

Que s'est proposé le législateur ? Il a voulu atteindre la pensée coupable et frapper l'intention de nuire. En effet, la Cour de cassation, par un arrêt en date du 23 juillet 1830, a déclaré que « l'article 378 est placé sous la rubrique des calomnies, injures et révélations de secret, et qu'il a pour objet de punir les révélations et divulgations inspirées par la méchanceté et par le dessein de diffamer et de nuire. » C'est donc l'intention de nuire qui constitue l'élément essentiel du délit. Enlevez l'intention et la criminalité disparaît.

Puisqu'il n'y a point de délit sans intention coupable, n'est-il pas évident que je peux, moi médecin, dans un but de haute moralité, dans l'intérêt des familles ou dans celui de la société, préférer céder aux inspirations logiques de ma conscience, plutôt que de me soumettre aveuglément au rigorisme inintelligent du serment suranné d'Hippocrate ? Croyez-vous que j'aie alors à redouter l'application du Code pénal ?

Le secret est la plus pure expression de la morale, je vous l'accorde hautement, mais, d'après les plus éminents jurisconsultes et notamment d'après M. Faustin Hélie, « les médecins ne sont tenus à une inviolable discrétion qu'autant que les maladies, par leur nature, exigent le secret et qu'autant que le secret leur a été demandé. » A mon avis, tout dépend de l'appréciation du cas particulier et le médecin doit rester libre de donner ou de refuser le certificat qui lui est demandé par les compagnies d'assurances. Aucune règle absolue ne peut enchaîner sa conduite.

Une fois que le médecin a fait son certificat, il n'y a, quoiqu'il arrive, ni recours possible contre lui, ni responsabilité civile pour lui. En effet, d'après les principes les plus élémentaires de la morale et de la législation, toute déclaration fausse entraîne nécessairement la nullité d'une convention ; or, en cas de maladie dissimulée, les compagnies ne peuvent-elles pas trouver au besoin leurs garanties dans la résiliation même du contrat entaché de fraude ? Cette résiliation est du reste poursuivie à l'amiable, car les compagnies françaises ont pour principe de n'intenter une action judiciaire qu'à la dernière extrémité, et d'éviter à tout prix les procès. Le médecin est toujours mis hors cause, car, d'après la jurisprudence actuelle, « une compagnie d'assurances sur la vie ne peut être admise à faire la preuve qu'au moment de l'assurance, l'assuré était atteint d'une maladie grave connue de lui et de sa famille, et que l'assurance n'a été que le résultat d'une combinaison frauduleuse consentie entre lui et sa famille (1). »

S'appuyant sur cet arrêt, M. Tardieu pense que les compagnies doivent se garder elles-mêmes et ne contracter qu'à leurs risques et périls. « Elles devraient en toute occasion, dit-il, renoncer à l'avis du médecin particulier de l'assuré et se contenter de la visite et du jugement de leur propre médecin. Quelques-unes suivent déjà cette marche en Angleterre. Nous croyons qu'il n'y aurait qu'avantage pour toutes à suivre cet exemple. Le médecin officiel de la compagnie trouvera chez la personne qui se propose elle-même à l'assurance toutes les facilités nécessaires pour procéder à un examen complet. D'un autre côté, son appréciation offre à la compagnie toutes les garanties d'indépendance et de sincérité, en même temps qu'il est envers elle responsable à tous les degrés de la manière dont il a rempli son mandat. » Je crois, pour ma part, que les compagnies d'assurances ont le tort de poser elles-mêmes leurs questions, quelque réduit que soit leur dernier questionnaire, et de s'y prendre de telle façon qu'il n'est pas toujours facile de répondre. Qu'elles modifient la rédaction du certificat, qu'elles laissent chaque praticien libre de formuler son opinion dans les termes qu'il lui conviendra d'employer, et alors l'intervention du médecin ordinaire aura parfaitement sa raison d'être.

Assurément le certificat médical a bien son importance, mais, je le répète, les compagnies ont leurs médecins officiels qu'elles chargent d'un examen contradictoire et définitif. Ces derniers procèdent à la contre-visite, et, comme ils ne sont point tenus aux mêmes réserves que le médecin ordinaire, ils ne se font aucun scrupule de marquer à l'encre rouge les vices rédhibitoires, et de congédier le candidat, s'il y a lieu. Les intérêts des compagnies sont donc sauvegardés.

Lorsque le médecin ordinaire s'est refusé à délivrer le certificat, l'examen de la personne qui demande à s'assurer peut-il être uniquement déféré au médecin de la compagnie ? Je ne le pense pas. Quelque instruit que soit un praticien et quelque familiarisé qu'il puisse être avec la clinique et la médecine légale, son avis seul est insuffisant. Une contre-expertise est toujours nécessaire. De deux choses l'une : ou le médecin de la compagnie hésite et fait partager ses doutes, et alors il prive peut-être son administration d'une affaire excellente ; ou il se décide hardiment et sans contrôle, et il s'expose alors à faire signer à la compagnie un contrat onéreux. De toute manière, il n'y a pour les compagnies ni garantie ni sécurité.

Si quelque chose m'étonne, c'est que de si grandes sociétés financières occupées sans cesse à échafauder d'utiles transactions sur la vie des hommes, et dont tous les rouages administratifs fonctionnent avec tant d'ensemble, aient précisément omis de s'adjoindre un personnel médical numériquement suffisant ! Il y a là une lacune.

Après l'examen d'une question si diversement interprétée parmi les médecins, je résume ma manière de voir dans les quelques propositions que voici :

1° Le médecin ne devant jamais abdiquer sa liberté d'action, tout refus systématique de certificat est une faute.

2° L'article 378 du Code pénal n'est en aucune façon applicable au certificat demandé par les compagnies d'assurances. On s'est grossièrement mépris sur son sens véritable, qui a été de réprimer l'intention de nuire, et non pas de priver le médecin de rendre un service à son malade.

3° Il ne peut pas exister en France de responsabilité civile pour le médecin, à propos d'un certificat en matière d'assurance. L'état actuel de la jurisprudence ne permet pas de prouver, en effet, que l'on ait pu agir sans bonne foi.

4° Les compagnies devraient laisser toute latitude au médecin ordinaire, et ne point emprisonner ses appréciations dans un cadre limité et identique pour tous.

5° Dans beaucoup de cas, l'examen par un seul médecin n'est pas suffisant, et il expose les compagnies soit à refuser de bonnes opérations, soit à en accepter de mauvaises.

(1) Arrêt de la Cour de Paris. — 13 décembre 1851.

OBSERVATION DE DÉPILATION GÉNÉRALE,

Par le Dr LIÉGEN.

Au mois d'avril 1866, en revenant du village de S..., peu distant de Rambervillers, j'avais, à côté de moi, en voiture, le nommé P..., maréchal-ferrant, âgé de 29 ans, que je connaissais depuis plusieurs années et que j'amenais à la ville pour se procurer les médicaments que je venais de prescrire à son oncle. Chemin faisant, ce jeune homme s'aperçut que je le regardais d'un air quelque peu étonné, et me dit : « Vous me trouvez changé, n'est-ce pas ? — En effet, lui répondis-je. — Vous devez voir, reprit-il, que je n'ai plus ni barbe, ni sourcils, ni cils, et vous allez également constater l'absence de mes cheveux. » Ayant ôté une perruque neuve et bien fournie, il me montre un cuir chevelu plus dénudé que celui d'aucun vieillard ; car l'homme le plus avancé en âge conserve encore quelques cheveux soit vers les tempes, soit à la partie postérieure de la tête et vers la nuque, tandis que, sur ces parties mêmes, on chercherait vainement le rudiment du plus maigre poil. Vainement aussi, on chercherait le moindre poil de barbe, de sourcil, un cil ; ses bras, ses jambes, qu'il me montre, sont également glabres, et il m'affirme qu'il en est de même de tout le reste de sa personne, à l'exception du creux axillaire, où existent encore quelques poils disséminés.

Minutieusement questionné sur ses antécédents et les circonstances dans lesquelles s'est produite cette dépilation générale, P... me raconte ce qui suit :

Né de parents sains et encore bien portants aujourd'hui, il a généralement joui d'une bonne santé ; vacciné dans son enfance, il n'a jamais eu d'autre maladie cutanée que, à cet âge, la rougeole ; il n'a point commis d'excès vénériens, et, n'ayant jamais contracté de maladie syphilitique, il n'a fait usage d'aucune préparation mercurielle ; il n'a commis non plus que de rares excès alcooliques, lesquels n'allaient pas jusqu'à l'ivresse ; il n'a été

La médecine opératoire appliquée aux maladies des yeux et des paupières a subi de notables accroissements, dus à la collaboration de M. le professeur Stœber, qui occupe un rang si distingué parmi les ophthalmologistes français.

L'histoire des hernies a été étendue et complétée. Plusieurs planches polychromiques rendent très-visibles et gravent dans la mémoire les rapports vasculaires avec ces tumeurs qu'il est si nécessaire d'avoir présents à l'esprit pendant la kélotomie.

On ne peut assez féliciter M. Sédillot d'avoir fait appel à toutes les ressources de l'art de l'imprimeur pour perfectionner sans cesse son œuvre. — Il a enrichi son livre de gravures sur bois. Aujourd'hui, les rapports anatomiques des parties sont rendus frappants par la coloration des gravures, et nous avons la ferme persuasion que cette amélioration sera également adoptée. La chirurgie laryngoscopique, créée par Bruns en 1860, et qui a été pour le savant chirurgien de Tubingue le sujet d'un traité ex professo avec atlas (1), est mentionnée dans ce qu'elle a de plus essentiel.

Rien de plus substantiel, de plus précis et de plus clair que le chapitre consacré à l'empyème. On voit, en l'étudiant, que l'auteur a longtemps médité ce sujet depuis qu'il l'eût à traiter en 1841 dans le concours pour la chaire de médecine opératoire de Richerand. Aujourd'hui, on ne pourrait plus y inscrire l'ancienne épigraphe de l'auteur : « L'opération de l'empyème est mal connue, mal faite et mal appréciée. »

La partie de l'ouvrage qui a subi les modifications les plus heureuses et réalisé le progrès le plus considérable est celle qui traite des rétrécissements de l'urètre. Cela devait être, car M. Sédillot a depuis fort longtemps pris part, par son enseignement et par ses écrits, aux vives discussions dont le traitement des coarctations urétrales a été l'objet.

(1) Vol. in-8 de 450 p. Atlas in-folio de 8 planches. Tubingue, 1865. Verlay der Laupp' schen Buchhandlung.

Nous signalerons particulièrement l'urétrotomie externe ou périnéale, présentée à l'Académie des sciences en 1853 et publiée dans la *Gazette médicale de Paris* en 1854 (1). Cette méthode, injustement frappée en France de discrédit par l'école de Desault, a été remise en honneur et rendue usuelle. M. Sédillot a fait parfaitement connaître les cas où elle était applicable et a établi une heureuse classification pratique des rétrécissements. « Le chirurgien, dit M. Sédillot, doit chercher ses succès dans la science des indications et y conformer ses procédés. » Conséquent avec cette règle qui pourrait servir d'épigraphe à toute médecine opératoire, tellement elle nous paraît importante, M. Sédillot divise les rétrécissements au point de vue du traitement, en ceux qu'on franchit et en ceux qu'on ne franchit pas ; les premiers en ceux qu'on dilate avec succès, qu'on ne dilate que temporairement et qu'on ne peut dilater.

Les indications ne ressortent-elles pas évidentes de cette classification, et les diverses méthodes de traitement ne viennent-elles pas se présenter naturellement au chirurgien ? La science des indications n'est-elle pas la plus difficile, mais en même temps la plus efficace ? Quel est le chirurgien, d'une habileté même médiocre, qui ne parvienne à exécuter une opération dont l'indication lui est clairement démontrée ; mais combien est délicate, même pour le plus habile, dans un cas donné, le choix du meilleur mode de traitement ? Les rétrécissements que l'on peut franchir et dilater sont tributaires de la dilatation. L'urétrotomie interne s'applique aux coarctations élastiques réfractaires à la dilatation. Enfin, les rétrécissements infranchissables ne sont traités avec succès que par l'urétrotomie externe. M. Sédillot ne s'est pas borné à poser ces indications magistrales en 1854, il a encore apporté aux divers modes opératoires d'ingénieux perfectionnements. C'est lui qui avait deviné et indiqué, en 1855, l'immense avantage de pouvoir couper les coarctations sur un mince conducteur porté dans la vessie, pour éviter les fausses routes. L'instrument proposé par M. Sédillot était défectueux, et M. Maisonneuve a bien mérité de l'art en inventant son conducteur urétral, formé d'une bougie très-fine vissée à une sonde cannelée. La section des rétrécissements devenait dès lors facile. M. Sédillot a adopté cet instrument en y apportant quelques modifications qui l'ont rendu plus inoffensif et plus sûr, et il a fourni le moyen d'éviter les accidents consécutifs et spécialement la fièvre urinaire.

(1) Pages 20, 33, 49, 111, 126, 146.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'examen analytique d'un ouvrage qui comprend toute la médecine opératoire, et dont chaque chapitre résume d'une manière concise les difficultés et les ressources de l'art.

L'ouvrage de M. le professeur Sédillot a grandi à chaque édition en étendue et en importance.

Il forme aujourd'hui deux beaux volumes in-8, plus en harmonie avec le rang qu'il occupe dans la bibliothèque du chirurgien. Ce rang si considérable fait regretter, à la tête de chaque chapitre, l'absence d'un index bibliographique afférent à la matière qui y est traitée. De cette manière, la recherche des sources eût été facile, sans entraîner l'inconvénient des renvois au bas de la page qui entravent la lecture de l'ouvrage.

Depuis longtemps cette habitude existe en Allemagne, elle a été adoptée dans la chirurgie de Billroth et Piltra en voie de publication, et elle commence à l'être en France.

Félicitons M. le professeur Sédillot d'avoir mené à bonne fin une œuvre si laborieuse et si complète, où l'on trouve des détails anatomiques précieux, un savant exposé des indications chirurgicales pour le choix des méthodes et des procédés ; enfin des règles précises pour prévenir et combattre les accidents et assurer le succès des opérations.

HERGOTT,

Professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

atteint d'aucune fièvre, ni de scorbut, ni de céphalalgie de quelque durée; ni de sueurs pouvant se rattacher à la suette; dans l'exercice de sa profession, qui ne le fatigue pas outre mesure, il ne sue pas d'une manière excessive. Vers le mois de juin 1864, il jouissait pleinement de la santé, quand il fut douloureusement affecté par la mauvaise situation pécuniaire dans laquelle son frère se trouva tout à coup; c'est, pour ainsi dire, à partir de ce moment, que, sans autre cause connue, sans aucun mal physique, sans la plus petite éruption, il a vu commencer à se produire le phénomène dont il est question. La chevelure a été attaquée la première : bientôt il ne put se servir d'un peigne, même à dents espacées, sans enlever de grosses mèches de cheveux, lesquels, chaque matin, se trouvaient aussi en abondance dans son bonnet de nuit, et, pendant le jour, tombaient sur ses vêtements: il ne tarda pas à faire couper aussi court que possible ceux qui lui restaient, mais leur chute n'en fut pas beaucoup retardée. A peine la calvitie était-elle commencée qu'est venue la dépilation des autres parties, qui fut non moins rapide. En moins d'un mois, tout fut tombé.

P..., un peu pâle, assez grand, sans embonpoint, d'un tempérament lymphatique nerveux, mais nullement scrofuleux, avait, autant que je me le rappelle, les cheveux et la barbe d'un blond un peu rougeâtre, et les sourcils et les cils d'une nuance plus claire; son aspect n'est pas celui d'un homme robuste, mais il n'est pas non plus celui d'un individu épuisé. Les points où était implantée sa barbe peu épaisse sont marqués par de petites dépressions indiquant l'atrophie ou plutôt la disparition des bulbes; il n'existe nulle trace d'éruption, de la moindre furfuration au visage, ni au crâne, qui est parfaitement lisse, ni aux autres parties qu'il nous fait voir. Il lui manque peu de dents, et le bon état de celles qu'il conserve et des gencives suffirait à éloigner l'idée d'un élément scorbutique. Malgré la disparition des cils, le bord des paupières ne présente nul gonflement, nulle rougeur, et il n'existe, aux conjonctives, aucune trace d'injection. « Mes yeux, dit ce jeune homme, ne sont pas plus impressionnés qu'auparavant par le feu de la forge et les rayons du soleil, et je m'endormirais aussi vite, je reposerais aussi paisiblement dans l'endroit le plus éclairé que dans le plus obscur. »

Je l'ai revu récemment et l'ai trouvé dans le même état, où, très-vraisemblablement, il restera toujours.

Dans une pratique de trente ans bientôt, c'est le seul cas de dépilation générale que j'aie rencontré.

Dans une note intitulée : *Observation d'un cas de suette chronique-scorbutique* (*Annales méd. de la Flandre-Occidentale*, 1859), j'ai raconté l'histoire d'une femme jeune encore, de la campagne, qui, dans sa longue maladie protéique, a vu presque tous ses cheveux tomber et revenir entièrement à plusieurs reprises; l'usage d'une perruque, que, depuis plusieurs années déjà, elle est forcée de conserver, et qu'elle conservera probablement toujours, car il y a bien peu d'espoir que sa tête, de nouveau presque complétement dépouillée de cheveux puisse jamais s'en recouvrir.

Dans le journal précité (année 1857), est inséré un article ayant pour titre : *Cas curieux d'albification*, où il est question d'un instituteur de la campagne, âgé de 36 ans, névropathique, chez lequel de nombreuses et larges taches panniques noirâtres, analogues à celles qu'on observe dans la maladie d'Addison, ont été remplacées par des taches blanches, comme laiteuses, de même étendue, avec décoloration, albification des poils et des cheveux, implantés dans les portions de peau qu'elles occupaient.

En 1851, un jeune homme de 25 ans, ouvrier dans une fabrique de notre ville, a vu, à la suite d'une névralgie crânienne et faciale n'affectant qu'un côté, ses cheveux, qui étaient bruns, grisonner fortement et rapidement, mais exclusivement du côté de la névralgie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 octobre. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le Dr Carrière (de Saint-Dié) sur une épidémie de fièvres typhoïdes dans les communes de Gemaingoute et de Wisenback (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le professeur Helmholtz (de Heidelberg) nommé dernièrement membre correspondant.

2° Une lettre de M. Vasconsellos accompagnant l'envoi de plusieurs exemplaires d'une brochure sur les eaux minérales de Portugal.

M. **Roche** présente au nom de M. le Dr Fano une brochure intitulée : *Des lunettes et de leur emploi en oculistique.*

M. **Hardy** offre en hommage les 3e 4e 5e et 6e livraisons de son atlas photographique des maladies de la peau et il fait passer sous les yeux de ses collègues des photographies, au sujet desquelles il donne quelques explications.

M. **Larrey** présente : 1° de la part de M. le Dr Guipon (de Laon) un livre intitulé : *De la maladie charbonneuse chez l'homme.*

2° De la part de M. le Dr de La Housse une étude sur le service médical régimentaire en campagne.

M. **Mialhe** présente : 1° Une brochure sur le choléra, par M. le Dr Davreux;

2° De la part du même auteur une notice sur les pastilles de borax.

M. **Béclard** dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Histoire complète d'un procès intenté à un docteur en médecine par un client, dans le but d'obtenir des dommages et intérêts.* Il s'agit d'une action civile dirigée contre M. le Dr Richert (de Boulay) par le sieur Lœvenbruck à l'effet d'obtenir 30,000 fr. de dommages et intérêts « pour réparation du préjudice qu'il lui a causé en le soumettant à un traitement ayant eu pour résultat la nécessité de l'amputation de la jambe. » Condamné en première instance par le tribunal de Metz, M. le Dr Richert est acquitté en appel devant la cour impériale de la Moselle. M. Béclard dépose ensuite sur le bureau la première partie du tome 28e des mémoires de l'académie de médecine.

M. **Gubler** présente un mémoire manuscrit de M. le Dr Strohl de Strasbourg sur le traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb. (Commissaires : MM. Vigla et Gubler).

M. le président annonce à l'Académie que M. Vannucci, membre correspondant à Bourges, assiste à la séance.

LECTURES.

Pathogénie et traitement de l'albuminurie.

M. le Dr SEMMOLA (de Naples) donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur la pathogénie et le traitement de l'albuminurie.*

Voici quelques-unes des propositions principales qui résument ce travail :

La maladie de Bright doit être considérée comme le résultat d'une double série d'effets qui succèdent à la suppression plus ou moins brusque des fonctions cutanées. La première série comprend des troubles généraux d'ordre respiratoire qui empêchent l'oxydation complète des matériaux introduits dans l'organisme sous forme de peptones, et produisent d'un côté la diminution de l'une, et de l'autre l'élimination de l'albumine.

La seconde série de faits est d'ordre mécanique; c'est le refoulement dans le réseau capillaire viscéral de la circulation périphérique et, en conséquence, l'hypérémie rénale, qui persiste avec la persistance de la cause, augmente l'excitation fonctionnelle due à l'élimination forcée de l'albumine, et détermine dans l'organe le développement d'un vice de nutrition considérablement accéléré par l'état général de paresse respiratoire.

On doit donc conclure que l'albuminurie et la lésion rénale n'ont aucun rapport de cause à effet, qu'elles représentent deux résultats d'une même cause, qui marchent en même temps séparément et d'accord, et que l'on doit enfin renoncer à une appréciation purement anatomique de la maladie de Bright, qui a été fatale pour les progrès de la thérapeutique.

Rétablir les fonctions cutanées, activer les combustions protéiques de l'organisme, voilà les indications thérapeutiques à remplir.

Les sudations dans la laine et dans les cas plus rebelles, les sudations dans l'étuve sèche, toujours suivies de douches, fraîches ou froides, répondent parfaitement à l'indication de rappeler les fonctions de la peau.

Pour activer les combustions protéiques de l'organisme, il est des ressources qui ne laissent rien à désirer, l'arsenic et les inhalations d'oxygène.

Le régime des malades doit être le régime végétal ou féculent avec très-peu de viande, etc.

Le mémoire de M. Semmola est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Barth, Mialhe, Gubler.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Colin, relatif à la tuberculose (mémoire de M. Villemin).

La parole est à M. Chauffard.

Discussion sur la tuberculose.

M. Chauffard. — Le travail soumis par M. le Dr Villemin au jugement de l'Académie, et le savant rapport dont ce travail a été l'objet, ne se bornent pas à soulever des questions d'expérimentation pure. Derrière les inoculations tentées par MM. Villemin et Colin se pressent les plus hautes questions de pathologie. Il ne s'agit plus, en effet, de savoir si les inoculations de matière tuberculeuse réussissent à reproduire cette matière; ce fait est désormais acquis, et la reproduction incontestable. Il s'agit maintenant de savoir ce que vaut ce fait, et ce que signifie cette reproduction; il s'agit de savoir s'ils renversent, ou tout au moins modifient profondément les enseignements donnés jusqu'à ce jour sur la tuberculose; il s'agit de savoir, si l'étiologie consacrée de l'affection tuberculeuse, et si la place nosologique désignée par cette étiologie doivent s'effacer de la science et rentrer dans la causalité des maladies essentiellement spécifiques. La tuberculose est-elle destinée à prendre rang parmi les affections virulentes; doit-elle grossir désormais le nombre de ces entités morbides achevées, pleines de leur cause originelle, toutes résumées et définies par les produits transmissibles auxquelles elles aboutissent?

M. Villemin n'a pas dissimulé l'étendue et la portée de son entreprise; il les dévoile dès son premier mémoire. Il accentue plus énergiquement encore ses convictions dans l'ouvrage important qu'il vient de publier, où il développe toute une réforme systématique de doctrines communément admises, non-seulement sur la tuberculose, mais sur l'ensemble des maladies spécifiques et virulentes. C'est donc une sorte de révolution pathologique qui frappe à nos portes, et qui, déjà, dépasse la sphère spéciale où elle se circonscrit actuellement; elle transformerait bientôt toute l'étiologie de la spécificité et bientôt encore toute la pathologie des tumeurs.

Facilitée par la faiblesse des notions de physiologie et de pathologie générales, cette révolution ne trouve pas devant elle ces fortes résistances que des enseignements traditionnels sembleraient devoir posséder : elle s'affirme par un simple fait exceptionnel qui prétend faire taire les convictions fondées sur l'observation clinique et sur les analogies anatomo-pathologiques les plus incontestées. Cette entreprise est-elle aussi légitime que hardie; les doctrines qu'on nous propose sur la tuberculose sont-elles un progrès ou cachent-elles une illusion? Questions auxquelles les débats engagés devant l'Académie aideront sans doute à répondre. Je ne sais pas de problème médical plus obscur et plus complexe que ceux que ce sujet soulève. Aussi je ne les aborde pas sans une extrême méfiance, que l'Académie ne trouve peut-être que trop justifiée et qui me fait réclamer à l'avance sa plus complète indulgence.

Ici M. Chauffard, entrant dans les détails de la question, analyse, examine et discute de point en point tous les faits et toutes les idées que renferme le mémoire de M. Villemin. Puis il résume cette discussion en ces termes :

Malgré tout, M. Villemin a révélé des faits intéressants qui en appelleront d'autres à leur tour, et qui feront faire un pas nouveau aux théories de physiologie pathologique qui se poursuivent aujourd'hui. Mais M. Villemin, par ses expérimentations, n'aura ni accru, ni amoindri la croyance à accorder à la spécificité et à la contagiosité de la tuberculose. Si celle-ci est contagieuse, c'est d'après un autre mode que celui que l'inoculation emploie; si elle est spécifique, c'est dans des conditions que les expérimentations pratiquées jusqu'ici ne sauraient en rien préciser. Je ne me prononce pas sur ces points litigieux d'observation clinique. Je ne doute pas, d'ailleurs, que des voix autorisées n'interviennent dans ce débat pour porter la lumière sur le côté spécial de la question. Ces voix seront écoutées, et peut-être nous apprendront-elles ce qu'il faut garder ou reprendre de vieilles croyances bien affaiblies aujourd'hui et presque déracinées.

A côté des conclusions de M. Villemin, se placent les conclusions de M. le rapporteur. Il ne m'est pas possible de m'associer sans réserve à ces dernières. Si, pour M. Villemin, la production de matière tuberculeuse, consécutive à l'inoculation, est le signe d'un état général, spécifique et virulent, si l'état local n'est pas le fait dominant et générateur, mais un fait secondaire et dominé par l'état général; pour M. Colin, la proposition est renversée. L'état local est bien le principe et la cause effective de la génération subséquente de matière tuberculeuse. Cependant cette pathogénie ne devient pas, pour lui, contradictoire avec l'idée de tuberculose et de phthisie; loin de là, il en fait la pathogénie même de la phthisie pulmonaire, et il conclut dès lors que la phthisie est inoculable, car l'inoculation ne fait que reproduire le processus ordinaire de la nature.

Permettez-moi de citer le passage du rapport de M. Colin où cette théorie est exposée, le sujet en vaut la peine. « La marche progressive de la tuberculisation, de la plaie vers le poumon, à travers une série de ganglions lymphatiques, la possibilité des déplacements de la matière tuberculeuse, d'où qu'elle vienne et où qu'elle soit déposée, ne nous permettent-elles pas de supposer que, dans les conditions ordinaires, certaines phthisies ont pour point de départ un tubercule perdu au sein de l'économie? Est-il impossible, par exemple, que des restes de tubercules, déposés pendant le jeune âge dans les ganglions mésentériques, dans ceux du cou, dans le foie ou ailleurs, puissent, à un moment donné de la vie, devenir un foyer d'infection pour le poumon jusqu'alors demeuré sain? Est-il invraisemblable qu'une sorte d'inoculation de l'individu par lui-même, d'un organe par un autre organe, se produise si un tubercule quelconque, en se ramollissant, vient à se faire entraîner dans le torrent de la circulation? M. Louis, dans ses consciencieuses études sur la phthisie, a établi que, si le tubercule existe quelque part, il ne manque pas dans le poumon, sauf de rares exceptions. Or, le poumon est-il toujours affecté primitivement et jamais par le fait d'une métastase, d'un déplacement de dépôts disséminés? Qui sait si ces phthisies qui débutent si brusquement et qui marchent si vite, sur des sujets d'une santé jusqu'alors si florissante, ne sont pas le résultat de la dissolution, du déplacement de dépôts tuberculeux formés pendant la jeunesse et conservés comme endormis dans un ganglion lymphatique ou un autre organe peu important? »

Voilà la théorie, et elle n'a pas pour elle que l'autorité de M. Colin, elle nous vient de cette Allemagne où l'esprit de système et d'hypothèse peut changer de forme et de direction, mais demeure comme le produit naturel d'une forte race. La médecine, dans ce pays, a beau s'adonner aux recherches positives, ces recherches la conduisent trop souvent, non à accepter aucune hypothèse, mais à les imaginer étranges, violentes, en quelque sorte; pour le moment, les hypothèses lui semblent toutes permises, dès qu'elles s'enferment dans le milieu physico-mécanique, le seul que l'Allemagne actuelle veuille remuer et connaître. Cette pathogénie de la tuberculose est tout un système, car M. Wirchow la généralise et l'étend à l'ensemble des tumeurs néoplasiques ou de prolifération. Devenu mécanicisté, dès qu'il s'agit d'actes généraux de l'organicisme, ce grand anatomo-pathologiste perd le sens de l'affection, de l'unité morbide, de l'état diathésique et ne veut plus voir que des infections consécutives, dues au transport, à la dissémination des produits hétérologues formés sur un point de l'économie. C'est cette pathogénie que M. Colin recueille et propose pour la tuberculose.

Je le dis hautement, il est fâcheux que l'expérimentation, lorsqu'elle n'est pas mille fois sûre d'elle-même, vienne témérairement se substituer aux enseignements traditionnels de la clinique. L'expérimentation attire et séduit par l'appareil visible de ses démonstrations : quand elle parle on n'est pas seulement disposé à l'écouter, on est tout porté à la croire d'avance. On ne pense à ses égarements possibles que lorsque les contradictions se sont amassées autour d'elle. Quelle prudente réserve ne doit-elle donc pas garder dans ses affirmations, surtout lorsqu'elle a devant elle des faits d'observation unanimement consacrés. Or, je le demande, quel fait mieux établi, quelle opinion plus traditionnelle et plus médicale que celle qui proclame la tuberculose une affection primitivement générale, diathésique, qu'elle soit héréditaire ou acquise? Que veut-on nous dire avec ces restes de tubercules, développés pendant le jeune âge, conservés comme endormis et puis se dissolvant, se déplaçant, donnant lieu à des métastases sur le poumon, déterminant même la phthisie aiguë au milieu d'une santé florissante? Que signifie ce langage et quels sont les faits qui l'autorisent, même de loin?

Et d'abord d'où viendrait ce tubercule, où trouver la raison de son apparition? N'est-il pas lui-même un fait morbide indéniable, et serait-ce le hasard qui le produit au sein de nos tissus et transforme en matière tuberculeuse tel ganglion mésentérique ou cervical? S'il y a une affection primitive qui engendre ce tubercule, quelle est cette affection sinon la tuberculose elle-même, et si la tuberculose peut exister primitivement pourquoi primitivement n'affecterait-elle pas aussi bien les poumons que les ganglions lymphatiques? Pourquoi encore ces restes de tubercules n'ont-ils pas donné lieu, dès les premiers temps de leur apparition, aux dépôts métastatiques qu'ils doivent fournir plus tard? Pourquoi s'endorment-ils ainsi, puisque sommeil il y a, et se réveillent-ils ensuite? N'est-il pas plus simple et plus logique de penser que la cause qui les fait, dit-on, se déplacer et entrer dans le torrent de la circulation, n'est autre qu'une cause morbifique réelle, l'affection génératrice elle-même, qui détermine non un imaginaire déplacement mécanique, mais une nouvelle poussée tuberculeuse? Si cette dissémination de prétendus restes endormis de vieux tubercules offrait quelque réalité, où en serait le moteur, et de quelle nature serait-il? Si ce moteur n'est pas physique dans son principe, mais vivant, ne rentre-t-il pas dans cette affection tuberculeuse que l'on s'efforce de supprimer? Il faut s'expliquer sur ces points et ne pas s'en tenir à ces allégations commodes mais vaines de circonstances fortuites et locales. Quelles sont ces circonstances, a-t-on le droit de demander à ceux qui les invoquent, et comment un tubercule isolé et ramolli provoque-t-il, ici, une phthisie aiguë et, là, demeure-t-il silencieux et sans retentissement organique?

Mais à quoi bon développer ces objections? Est-il nécessaire d'examiner à fond une telle pathogénie? Ne suffit-il pas de rappeler que la base même de cette fantastique théorie est une supposition, une fiction que l'observation de tous les jours dément? Ce tubercule isolé d'où part tout le mal, où est-il dans l'immense majorité des phthisies pulmonaires? En fait, celles-ci, aiguës ou lentes, ne s'établissent-elles pas d'emblée sur les organes pulmonaires par poussées successives ou par une seule et fatale poussée? Je n'insiste pas, je ne veux pas donner de dé-

monstrations inutiles, et prouver des vérités qui ont pour elles l'évidence. Il ne suffit pas, pour prouver une théorie pathogénique, d'imaginer quelques faits auxquels on pourrait la plier, il faut que l'immense majorité des faits ne vienne pas y contredire; il faut surtout qu'elle représente l'image vraie et commune de la maladie. Or, l'assentiment invincible des médecins l'atteste: la tuberculose est une affection primitive et générale, et les manifestations locales qui la traduisent sont, non pas la cause, mais les effets de la maladie.

Il est enfin une dernière conclusion scientifique du rapport de M. Colin à laquelle nous ne pouvons souscrire et que nous nous étonnons de lui voir émettre sans réserve : « Dès à présent, écrit M. le rapporteur, nous ne pouvons nous dispenser de dire que les faits émis par M. Villemin jettent sur la nature de la phthisie un jour nouveau et qu'ils lui donnent incontestablement une place dans le groupe des affections contagieuses. » Lorsque l'on considère la phthisie tuberculeuse comme un fait secondaire de métastase, lorsque l'on en place la cause ordinaire dans un tubercule oublié, endormi, et qui, par une cause ou par une autre, se ramollit et, mécaniquement entraîné dans le torrent circulatoire, se transporte sur les organes internes, sur les poumons en particulier, peut-on dire de la phthisie ainsi conçue qu'elle est contagieuse? Que fait l'inoculation sinon de placer artificiellement dans les tissus ce tubercule qu'il y faut supposer, pour avoir le dépôt primitif que l'absorption et la circulation doivent ensuite disséminer et déposer dans la trame des organes? Comment peut-on voir là une contagion? Il y a dépôt, matière emmagasinée pour un usage ultérieur, mais inoculation réelle d'une maladie, impression spécifique et contagieuse, je ne saurais l'y voir, même en tenant pour complétement vraies les opinions pathogéniques de M. le rapporteur.

Je termine cette trop longue discussion, en disant que les faits avancés par M. Villemin, contrôlés et très-exactement appréciés dans leurs conditions anatomiques par M. le rapporteur, sont désormais acquis à la science, mais que l'interprétation de ces faits telle qu'elle a été donnée jusqu'à présent, n'est point conforme aux enseignements de la physiologie et de la clinique. L'inoculation de la matière tuberculeuse amène, comme fait primitif, un travail local de prolifération tuberculeuse, et, comme fait secondaire, une dissémination de tubercules sur les organes internes; les accidents, par leur marche et leur nature; demeurent distincts de l'affection morbide générale connue sous le nom de tuberculose. Les inoculations, pratiquées par M. Villemin, ne jugent donc pas la question de la spécificité et de la contagion de la phthisie pulmonaire.

Je m'associe pleinement, d'ailleurs, aux conclusions de M. le rapporteur, relatives au mérite des savantes recherches de M. Villemin. Nul n'est plus que moi sympathique aux travaux de notre confrère, alors même que je ne puis accepter toutes les inductions pathologiques qu'il en déduit. (Applaudissements et marques unanimes d'approbation.)

M. **Rufz** fait observer, à propos des expériences de M. Villemin sur des lapins, qu'avant d'étudier la tuberculose inoculée artificiellement aux animaux, on devrait connaître celle qui se développe spontanément chez les animaux, et sur lesquels de semblables études préliminaires n'aient pas été faites. M. Rufz rappelle qu'au jardin d'acclimatation la plupart des animaux qui meurent après un séjour suffisamment prolongé, succombent à la tuberculose, ce que démontrent les nombreuses autopsies qu'il a eu occasion de pratiquer.

La séance est levée à cinq heures.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	500
Dr A. Henrot	10
Dr H. Henrot	5
Total	515

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes s'ouvrira aujourd'hui 17 octobre, à midi précis.

Le jury de ce concours vient d'être arrêté de la manière suivante:

MM. Duplay père, Gallard, Nonat, Jarjavay et Trélat, juges titulaires.

MM. Devergie et Le Fort, juges suppléants.

—M. Vernois vient de donner sa démission de « médecin de l'Hôtel-Dieu. »

— M. le Dr Espiau de Lamaestre, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. le Dr Lisle, démissionnaire.

M. le Dr Faucher, médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac.

M. le Dr Reverchon, ancien interne de l'asile Saint-Athanase, à Quimper, est nommé médecin-adjoint de l'asile Sainte-Gemmes.

— Nous avons le regret d'annoncer que notre très-honorable confrère, M. le Dr Constans, inspecteur général de première classe des établissements d'aliénés, vient d'être victime d'un grave accident, à la chasse. Les dernières nouvelles sont rassurantes, et tout fait espérer que M. Constans sera bientôt rendu à la santé, à ses fonctions et à ses amis.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi, 18 octobre, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour: Des maladies organiques du cœur et de l'aorte, et du double souffle crural, d'origine saturnine, lecture par M. le Dr Duroziez.

Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel, par le Dr Lempereur. In-8; prix : 3 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 123. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 19 OCTOBRE 1867. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv : les derniers tarifs des postes

PARIS, 18 OCTOBRE 1867.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Trois observations de mort subite dans la fièvre typhoïde

M. Georges Dieulafoy, interne des hôpitaux, nous communique les trois observations suivantes de mort subite survenue au déclin ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, qu'il a eu l'occasion de recueillir dans un très-court laps de temps et en quelque sorte coup sur coup. Nous les ferons suivre des réflexions très-judicieuses qu'elles ont inspirées à notre jeune et studieux confrère. Nous le laissons parler lui-même.

Le 6 du mois d'août, un jeune garçon de 15 ans, le nommé X...., se trouvait au vingtième jour d'une fièvre typhoïde dont les symptômes avaient été assez bénins. La marche de la maladie n'avait rien présenté d'anormal, on n'avait eu à signaler aucune complication, pas d'accidents nerveux, aussi, le médecin de la famille et les médecins consultants, qui, ce jour-là, se trouvaient réunis, pouvaient en toute assurance porter un pronostic favorable.

Ils étaient encore dans le salon, quand la sœur du malade accourut en toute hâte en s'écriant : « Venez vite, mon frère a une attaque. »

On la suit sans perdre un instant, on se rend auprès du jeune homme et, quand on arrive, on le trouve mort. Voici ce qui s'était passé :

X... venait de causer fort tranquillement, tout à coup, sans se plaindre, sans dire un mot, il se dresse sur son lit, ses bras et ses mains s'agitent convulsivement; des convulsions s'emparent aussi de la tête et du tronc, sa sœur effrayée le quitte pour aller chercher du secours, et il meurt dans ce court espace de temps, la scène entière n'ayant pas duré cinq minutes.

Cette mort subite était difficile à expliquer, l'autopsie ne fut pas faite, et l'on dut s'en tenir à des hypothèses sur la nature des accidents, mais de certitude, point.

Par une coïncidence singulière, huit jours plus tard, le 14 du même mois, étant de garde à l'hôpital Saint-Antoine, un garçon vint me prier de me rendre, au plus vite, dans le service de M. Lorain, auprès d'un malade qui, subitement, venait d'être pris d'une attaque.

Je pensais, chemin faisant, que j'allais trouver un homme atteint d'hémorrhagie cérébrale ou en proie à une attaque d'épilepsie, mais, quand j'arrivai, je le trouvai mort; ses pupilles étaient fort dilatées, sa face extrêmement pâle et ses lèvres complétement décolorées.

L'accident avait été si rapide que la sœur de la salle en était tout étonnée et les voisins restaient stupéfaits. Je demandai des renseignements, voici ce qui me fut raconté :

Cet homme, âgé de 35 ans, était au vingtième jour d'une fièvre typhoïde ; jusqu'alors, tout s'était bien passé, on n'avait eu à combattre aucun accident sérieux, et déjà le malade, qui commençait à manger, pouvait espérer sa prochaine guérison. Ce jour-là, sa femme était venue le voir, il avait causé quelque temps avec elle, quand soudain, sans proférer une parole, il s'assied sur son lit, le tronc, les bras, les mains sont agités de petites convulsions, c'est en vain qu'on lui parle, il ne répond pas et, pendant qu'un garçon va chercher l'interne de garde, il retombe mort sur son lit.

A ce récit, je reconnais des accidents tout à fait analogues à ceux qui, huit jours avant, avaient emporté le jeune X... Séance tenante, je sonde le cadavre et j'examine l'urine, afin de prévenir l'objection de l'urémie, il n'y avait aucune trace d'albumine.

Dans ce cas, du moins, nous avions l'autopsie pour nous éclairer. Elle fut faite trente-quatre heures après, par mon excellent collègue, M. Ragot, mais il nous fut impossible de trouver une lésion capable d'expliquer cette mort foudroyante.

Deux mois ne s'étaient pas écoulés qu'un fait analogue se présenta. Une jeune femme, âgée de 18 ans, nouvellement mariée, avait été soignée à l'hôpital Saint-Antoine, au n° 4 de la salle Saint-Jean, pour une fièvre typhoïde dont les symptômes avaient été fort graves. Cependant, on était arrivé à la fin du troisième septenaire, l'amélioration était manifeste, la convalescence commençait à s'établir et la malade mangeait avec plaisir quelques bouchées de viande et de pain.

Le 3 du mois d'octobre, elle eut, dans la matinée, quelques instants de délire, bien passagers, du reste, puisque, dans le jour, elle vit sa mère et son mari et causa quelque temps avec eux, fort satisfaite de son état. Puis, vers le soir, tout à coup elle appelle l'infirmière, elle demande un verre d'eau, met la main sur sa gorge comme cherchant à se débarrasser d'un obstacle qui la gêne, elle s'assied sur son lit, pousse quelques fortes inspirations, devient extrêmement pâle et, avant qu'on ait eu le temps de mander l'interne de garde, elle s'affaisse et meurt. L'autopsie fut faite avec soin, elle fut aussi stérile que dans le cas précédent.

Voilà trois faits analogues, les deux premiers sont identiques dans tous leurs détails : de part et d'autre une fièvre typhoïde de moyenne intensité, même brusquerie dans les accidents convulsifs, même rapidité dans la marche, même terminaison ; la cause devait être la même, restait à savoir quelle était cette cause.

En premier lieu, la mort a-t-elle eu son point de départ dans le poumon, dans le cœur ou dans les centres nerveux ; en second lieu, a-t-elle été produite par des accidents fortuits, n'ayant avec la fièvre typhoïde aucun rapport, ou bien faut-il la regarder comme un effet direct, comme une conséquence immédiate de la maladie elle-même ?

Telles sont les deux questions auxquelles je ne saurais répondre, mais que je voudrais essayer de discuter ; la seconde a des rapports intimes avec le pronostic de la dothiénentérie.

Dans ces trois observations, l'asphyxie est, sans contredit, la dernière cause de mort à laquelle on songeait ; qu'elle ait compliqué la situation aux derniers instants, c'est possible, mais elle n'a été, dans tous les cas, qu'un effet tardif, et le poumon n'a pas été le premier en jeu dans les accidents.

Et même, en supposant qu'on s'arrêtât un instant à l'idée de la mort par asphyxie qui survient, en effet, avec cette brusquerie, dans certains cas d'embolie pulmonaire, on retrouve alors cette embolie d'un volume tel qu'elle ne peut passer inaperçue à l'autopsie. De plus, comme le dit Trousseau (dans ses leçons sur la phlegmatia), quoique l'embolie soit volumineuse et quoique la mort survienne rapidement, l'anxiété dyspnéique, le besoin d'air accusé par le malade et la congestion bleuâtre de la face indiquent bien qu'il y a eu primitivement asphyxie. Or, dans les cas dont il est ici question, ces symptômes n'ont pas été observés.

Ces malades sont-ils morts par syncope ? Cette manière de voir paraît vraisemblable, quoiqu'il y ait quelques objections à lui poser. En effet, les convulsions épileptiformes sont l'exception dans la syncope, et, de plus, on se demande à quelle cause on pourrait les rattacher. En effet, ces individus n'avaient au cœur aucune lésion organique, ceux dont on a fait l'autopsie ne présentaient pas cette dégénérescence graisseuse décrite par Zenker, et les centres d'innervation cardiaque n'étaient le siége d'aucune altération. Le cerveau, le bulbe, la protubérance étaient complétement sains, il n'y avait d'épanchement d'aucun genre, pas de congestion, pas d'hémorrhagie, pas de maladie des vaisseaux. Quelle était donc la cause de la syncope ?

Si je ne craignais pas d'avancer une opinion un peu hasardée, j'en placerais le point de départ dans les plaques de Peyer altérées, et voici sur quelles raisons je me fonderais.

On sait que la muqueuse intestinale a le triste privilége de provoquer, dans certains cas, des actions réflexes dont le terme est la convulsion. On en rencontre de fréquents exemples : si l'on excite, si l'on brûle les intestins d'un animal, on voit que des mouvements convulsifs surviennent souvent dans le tronc.

Graves insiste longuement sur ce point, que le lait mal digéré et qu'une nourriture mal appropriée irritent anormalement l'intestin et deviennent, chez les jeunes enfants, une cause de convulsions et de mort.

La présence d'entozoaires dans l'intestin détermine parfois des phénomènes du même genre.

Il est facile de saisir le mécanisme de ces accidents ; l'excitation partie de l'intestin est transmise, par des nerfs sensitifs, jusqu'à la moelle où jusqu'au bulbe. De là, il se fait, au moyen des nerfs moteurs, une irradiation de mouvements convulsifs qui sont tantôt limités, tantôt généralisés, suivant que l'axe nerveux a été atteint dans sa partie médullaire ou dans sa partie bulbaire.

Le mouvement, né de la sensation transformée au niveau des cellules nerveuses, suit tantôt les nerfs de la vie de relation et donne lieu aux convulsions des muscles des membres et du tronc, tantôt il se propage au moyen des nerfs de la vie organique et il fait naître des spasmes dans différents organes.

Mais il ne faut pas oublier que les nerfs qui naissent du bulbe

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale (1), faites à l'hôpital de la Charité, par M. S. JACCOUD.

C'est toujours une bonne fortune de rencontrer sur son chemin un ouvrage de M. Jaccoud : on peut être assuré de le lire jusqu'à la dernière page avec un égal plaisir et avec la conscience d'avoir bien occupé son temps. Cette bonne fortune se présente aujourd'hui encore, et cette fois avec un intérêt de plus. Le savant auteur des *Paraplégies et de l'ataxie du mouvement* vient de terminer une œuvre qui, pour lui, constituait un genre nouveau; il vient de publier un résumé de ses leçons cliniques, et, hâtons-nous de le dire, cette publication répond bien à ce que promettaient les précédents ouvrages. La vaste érudition de l'auteur a pris un caractère plus particulièrement pratique; il n'est plus seulement question ici de bibliographie médicale et de théorites abstraites relatives à telle ou telle question de pathogénie : tout est dit dans le but d'indiquer la source du diagnostic médical et de la thérapeutique rationnelle. Les opinions des principaux cliniciens de notre temps sont librement discutées et savamment exposées avec l'intention d'éclairer la médecine pratique. Le médecin qui n'a pas le loisir d'aller en Allemagne, et qui cependant a le désir de connaître les idées et l'expérience médicales des maîtres étrangers, illustres dans la science, trouvera dans l'ouvrage de M. Jaccoud une réponse à ses exigences scientifiques et une satisfaction à sa légitime curiosité.

(1) Paris, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, 1867. Prix : 15 fr.; avec un joli cartonnage en toile : 16 fr.

Ce livre se compose de trente-deux leçons, ayant trait aux maladies du poumon, du cœur et des gros vaisseaux, du foie, de l'appareil musculaire, des nerfs, de la moelle, à quelques pyrexies, au rhumatisme chronique et aux principales maladies des voies urinaires.

M. le professeur Béhier, en offrant cet ouvrage de la part de l'auteur à l'Académie de médecine, a attiré l'attention sur les leçons consacrées aux maladies du cœur, à l'atrophie musculaire progressive et à l'atrophie nerveuse progressive. On y retrouve, en effet plusieurs questions de la plus haute importance, sur lesquelles il nous faut tout d'abord insister.

Parmi les pages dans lesquelles M. Jaccoud étudie l'insuffisance aortique, il en est quelques-unes, écrites de main de maître, où se trouve discuté et résolu un des plus difficiles problèmes de la pathologie du cœur, celui de la compensation. Comment se fait-il que la malade, qui sert de sujet à cette leçon, ait pu, pendant quinze ans, vivre sans autre incommodité qu'un léger œdème des malléoles et quelques palpitations ? Et d'un autre côté, comment se fait-il que cette immunité ait tout à coup fait place aux plus redoutables symptômes ? A la première question, on doit répondre : c'est la compensation qui a prévenu les accidents; et à la seconde, c'est la rupture de la compensation qui a fait naître les lésions secondaires et les troubles fonctionnels, incompatibles avec la vie.

Qu'est-ce donc que la compensation ? On peut la définir un effort de la nature vivante, manifesté par le développement de certaines altérations organiques secondaires du cœur, ayant pour effet d'empêcher temporairement les accidents ultimes de la maladie primitive de cet organe. C'est ainsi que, dans l'insuffisance aortique, on voit successivement se produire la dilatation du ventricule gauche, nécessaire pour recevoir l'ondée surabondante au moment de la systole artérielle, puis l'hypertrophie de ce même ventricule, destinée à prévenir le renversement de la tension respective du système artériel et du système veineux.

Pour que la compensation soit parfaite, une condition est indispensable, c'est la juste proportion entre la dilatation et l'hypertrophie cardiaques d'un côté, et le volume de l'ondée rétrograde de l'autre. Deux circonstances peuvent rendre impossible cette proportion si nécessaire : ou bien la force propulsive du cœur fait défaut, le ventricule étant impuissant à mouvoir l'ondée rétrograde exagérée; alors la compensation sera dite incomplète et l'emploi des toniques et des reconstituants se trouvera indiqué : ou bien l'hypertrophie du ventricule, dépassant la juste mesure, donnera au cœur une force propulsive trop grande; alors la compensation sera dite exagérée et réclamera l'usage d'une médication sédative. Enfin, que la compensation soit complète ou incomplète, il arrive un moment où elle est rompue, moment solennel dans l'évolution de la maladie cardiaque, puisqu'il correspond à la transformation régressive du ventricule gauche et des muscles papillaires, ainsi qu'à l'insuffisance mitrale consécutive, qui doit aboutir à l'asystolie.

L'histoire de cette partie de l'évolution cardiaque peut donc

ne sont pas en dehors de la loi qui régit les actions réflexes, témoin l'état convulsif de certains muscles de l'œil et des muscles de la face. Or, le pneumogastrique est lui aussi un nerf naissant du bulbe.

Supposons qu'il devienne le siége d'une excitation, et celle-ci va se transmettre au muscle cardiaque. Alors, en vertu de la propriété du nerf pneumogastrique, l'excitation va déterminer l'arrêt du cœur en diastole, c'est-à-dire la syncope et la mort.

Serait-il impossible que, chez nos sujets, les choses se fussent passées ainsi ? L'excitation, partie des plaques de Peyer ulcérées ou en voie de cicatrisation, a gagné le bulbe et s'est propagé tantôt aux nerfs moteurs des muscles et du tronc, de là les convulsions du début, tantôt aux nerfs pneumogastriques et, comme conséquence, une syncope mortelle.

Quant à savoir dans quel cas les plaques de Peyer altérées peuvent devenir le point de départ d'actions réflexes de ce genre, c'est ce que les observations ultérieures pourraient peut-être expliquer.

— Nous pourrions peut-être, à côté de l'hypothèse de M. Dieulafoy, en hasarder une autre, et nous demander si ces cas de mort soudaine, survenant au déclin d'une maladie grave qui a profondément ébranlé le système nerveux et atteint la vie dans ses fondements mêmes, ne sont pas des faits de même ordre que ces paralysies dites ascendantes, c'est-à-dire avec tendance à la progression et à la généralisation, que l'on observe aussi dans les mêmes circonstances, et si, à la gravité et à l'intensité près, il n'y a pas entre eux une assimilation naturelle à faire ? On objectera, il est vrai, la soudaineté même avec laquelle sont survenus, dans ces trois cas, les accidents mortels et l'état relativement satisfaisant qui en a précédé de si peu l'explosion. Quoi qu'il en soit et quelle que soit, de ces deux hypothèses, celle que l'on adopte, ou qu'on cherche à leur en substituer d'autres, toujours est-il que ces trois faits sont de nature à faire réfléchir sur les périls dont est trop souvent entouré cet état mixte que l'on appelle la convalescence, et à engager les praticiens à redoubler de surveillance et de circonspection dans leur pronostic.

DES KYSTES SÉBACÉS SOUS-PRÉPUTIAUX.

La couche interne ou muqueuse du prépuce renferme des follicules qui sécrètent une substance caséeuse, destinée à lubréfier le gland : ce sont les glandes préputiales ou de Tyson que plusieurs anatomistes considèrent à tort comme étant situées sur la couronne du gland. Ces follicules s'ouvrent par un orifice dans la cavité du prépuce. Si l'ouverture s'oblitère, le produit sécrété s'accumule dans le follicule qui est progressivement distendu et finit par former une saillie plus ou moins apparente à l'extérieur du prépuce. De là production d'un véritable kyste sébacé.

Voici en quels termes M. le docteur Fano a décrit ces kystes à sa clinique et les caractères qu'il leur a assignés.

C'est une tumeur dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à une amande de noisette, bien circonscrite, arrondie, mobile en tous sens, rétinente, sans adhérence avec la peau du prépuce qui glisse sur elle. Vers la circonférence libre du prépuce, où la peau est mince, ces petites tumeurs ont parfois un aspect blanchâtre qui révèle la présence de la matière sébacée dans leur intérieur.

Lorsque ces productions morbides ont un très-petit volume, il suffit de les ponctionner avec une lancette, d'en évacuer le contenu et de cautériser la face interne de la poche avec un crayon de pierre infernale. Sont-elles plus volumineuses, il faut les ouvrir largement, les cautériser et chercher à obtenir une cicatrisation du fond vers la surface, ce qui est parfois difficile et nécessite des débridements ultérieurs. Une méthode plus sûre consiste à pratiquer la circoncision du prépuce, pour mettre la tumeur à découvert, l'inciser ensuite et en cautériser la cavité. L'inflammation provoquée par la première des opérations assure le succès de la seconde.

Les deux observations suivantes font connaître les principales particularités de ce genre de kystes.

Kyste sébacé développé entre le prépuce et le gland chez un enfant de trois ans. — Circoncision pour mettre le kyste à découvert. — Guérison.

Joseph L..., âgé de trois ans, est conduit à la clinique de M. Fano le 22 août. Son père s'est aperçu, il y a six semaines seulement, de l'existence d'une grosseur à la partie antérieure de la verge. On trouve effectivement, sur la partie latérale gauche de la région balanique, une tumeur du volume d'une amande, bien circonscrite, molle sans être fluctuante, mobile en tous sens. La peau du prépuce qui recouvre la tumeur glisse sur elle. L'ouverture préputiale est tellement petite qu'il est impossible de découvrir la moindre portion du gland. Au rapport des parents, l'enfant urine sans la moindre difficulté.

M. Fano fait observer que le meilleur moyen de bien se rendre compte de la nature de la tumeur est de mettre au préalable le gland à découvert. Il y a tout avantage pour l'enfant à subir cette opération, puisqu'il est atteint d'un phimosis congénital. Cette proposition ayant été acceptée par le père, M. Fano procède sur le champ à l'opération de la « circoncision » de la manière suivante :

L'enfant est couché sur un lit, les diverses parties du corps solidement assujetties par des aides. Au moyen des branches d'une pince, embrassant le prépuce tiré en avant, on isole ce dernier du gland, et d'un coup de ciseaux, M. Fano excise un petit « manchon cutané » préputial. La peau du prépuce se rétracte immédiatement en arrière, laissant à découvert un « manchon muqueux » préputial. M. Fano introduit l'une des branches de ciseaux dans cette cavité, en prenant bien garde d'entamer le gland et incise dans toute sa longueur la face dorsale du manchon. La lèvre droite de la plaie se laisse facilement abattre de côté et le gland paraît alors à découvert dans la partie correspondante. La lèvre gauche de la plaie ne cède pas à une traction modérée; cette portion du feuillet muqueux du prépuce adhère incontestablement à la partie correspondante du gland; c'est à ce niveau qu'existe la tumeur dont il a été question. En saisissant le bord de la lèvre avec des pinces et en introduisant le bec d'une sonde cannelée entre ce bord et le gland, on arrive facilement à décoller les adhérences du prépuce au gland et on met à découvert « une masse de matière sébacée, » d'une couleur blanche laiteuse, « contenue dans une cavité à parois bien circonscrites et lisses. » C'est un vrai kyste sébacé développé entre le gland et le feuillet muqueux du prépuce, aux dépens d'un des follicules sébacés de la région.

Toute la matière sébacée ayant été enlevée avec soin, M. Fano réunit, par cinq points de suture simple, également espacés, les bords résultant de l'incision du feuillet muqueux du prépuce avec le bord circulaire sanglant résultant de l'excision de la peau du même organe. De cette façon, le gland reste complétement à découvert. On recommande de tenir constamment sur la plaie des compresses d'eau froide.

Le 24, l'enfant est ramené à la Clinique; la blessure est en bon état. Toute la base du gland est entourée d'un bourrelet résultant d'un léger œdème. Le 26, une portion de la plaie est réunie; M. Fano coupe les fils à suture. Les jours suivants, on fait envelopper constamment la plaie de compresses trempées dans un mélange de gros vin et d'eau, à parties égales.

Les suites de l'opération ont été simples; une portion des surfaces sanglantes s'est réunie par première intention, une autre portion a suppuré et s'est cicatrisée secondairement et après quelques semaines seulement.

Kystes sébacés sous-préputiaux. — Ponction et cautérisation de la poche. — Persistance d'une fistule. — Débridement. — Guérison.

Joseph B..., âgé de vingt-six mois, est conduit à la clinique de M. Fano, le 3 septembre dernier. Il existe sur la face supérieure du prépuce : 1° à gauche, deux petites tumeurs blanchâtres, l'une du volume d'un grain de millet, l'autre plus petite qu'une lentille; 2° à droite, une tumeur du volume d'une petite tête d'épingle; 3° sur la face inférieure du prépuce, une autre tumeur du même genre, du volume d'une tête d'épingle; 4° sur la même face du prépuce, un peu à droite de la précédente, une autre tumeur du volume d'un petit haricot flageolet. Toutes ces tumeurs sont d'un blanc un peu brillant, bien circonscrites, mobiles en tous sens. La peau du prépuce glisse sur elles.

M. Fano ponctionne la tumeur la plus grosse avec une lancette. La compression fait sortir par la plaie de la matière sébacée, puis la membrane du kyste qu'on excise en partie, après l'avoir attirée au dehors avec des pinces. Les autres tumeurs sont également ponctionnées. Le lendemain, on cautérise le fond de la plaie de la tumeur principale avec un crayon de pierre infernale; la cautérisation est renouvelée le 9, puis le 11. Le 21, il sort par la fistule un liquide laiteux très-abondant. En portant un stylet par l'ouverture, on arrive dans la cavité du kyste. M. Fano débride de chaque côté la paroi cutanée et cautérise avec la pierre infernale toute la face interne de la poche. A la fin du mois, la guérison est complète.

NOTES

Pour servir à l'histoire du choléra

Par M. le Dr Ridreau, médecin-major.

« C'est le 5 juillet 1854, d'après M. Marrois, ou le 3, d'après
» M. Grellois, que le bateau réputé infectant arrive à Gallipoli.
» Ce fait n'est pas contesté, mais, quelques jours auparavant, on
» aurait déjà observé des cholérines et de véritables cas de
» choléra non mortels. »

(*Gazette des Hôpitaux* du 6 juin 1867.)

De l'observation des faits sans idées préconçues peut, en effet, comme le dit M. Grimaud, naître la découverte de vérités ou de lois utiles à la conservation de l'homme.

J'ai l'honneur de vous transmettre sans autres commentaires quelques-unes des notes, ayant trait au choléra, que j'ai recueillies pendant la campagne d'Orient.

15 juin 1854. J'embarque (de Gallipoli) à bord de *la Salamandre* à onze heures du matin. Nous partons pour Nagara.

La Salamandre est un aviso à vapeur assez bien aménagé. Il marche lentement. Nous arrivons à Nagara à deux heures et demie du soir.

Nagara est un emplacement à l'entrée et sur la rive droite du Bosphore (côte d'Asie) qui doit son nom à trois ou quatre maisons turques. On y construit des baraques pour y recevoir des malades.

16 juin. Dans une petite excursion, à un kilomètre de notre installation, je tombe dans un passage de sauterelles voyageuses. Elles sont si nombreuses qu'elles ressemblent dans l'air à une trombe de neige ; à terre elles couvrent littéralement tout le sol, et encore elles sont entassées les unes sur les autres. A chaque brin d'herbe, à chaque épi de blé encore debout elles pendent en longs cordons. Un bruit sourd et continu se fait entendre, semblable à celui d'une forêt agitée par un grand vent prélude d'une tempête. Toute végétation disparaît là où elles s'arrêtent. Elles s'accouplent immédiatement, d'autres déposent leurs œufs en terre. Elles meurent si vite, les jours suivants, que la terre en est couverte ; les trous, les puits, les fontaines en sont comblés ras-bord. La décomposition commence, on est obligé de faire curer les canaux qui conduisent l'eau à l'hôpital. (Note du 16 et jours suivants sur les sauterelles.)

..... 18 juin. Chaleur accablante.

19 juin. Il a fait beaucoup de vent dans la nuit. *Je suis obligé de me lever trois ou quatre fois par suite de coliques si violentes et si douloureuses, qu'elles provoquent des nausées et des vomissements. Évacuation fétide, noirâtre et abondante.*

(Il n'est pas inutile de dire que je jouis, par rapport aux intestins, d'une santé rare. Employé aux cholériques de Bone en 1849 et couchant au milieu d'eux à la Casba, je n'ai jamais eu dans ce temps le moindre malaise.)

---

se résumer en deux périodes : dans la première, c'est un processus actif qui l'emporte et avec lui les lésions secondaires du cœur, qui sont toutes au bénéfice du malade : dans la seconde, c'est un processus passif qui a le dessus et avec lui les lésions secondaires du cœur, qui ont pour effet de produire l'asystolie. La découverte de la compensation rend compte de ces cas, réputés autrefois singuliers, dans lesquels les symptômes n'étaient point proportionnés à la lésion cardiaque, reconnue par l'oreille : aujourd'hui tout s'explique par la compensation qui est en quelque sorte l'expression organique des efforts réparateurs de la nature vivante.

Les phénomènes que nous venons d'étudier sont uniquement propres aux maladies chroniques du cœur, à celles dont l'évolution successive donne aux lésions compensatrices le temps de se produire. Il n'en est plus de même pour les maladies aiguës du cœur ou du péricarde : ici la compensation est presque nulle, le muscle cardiaque réagissant mal le plus souvent et ayant une tendance à la paralysie.

La compensation ne se traduit pas toujours par des lésions cardiaques : elle n'est pas toujours centrale; elle peut être périphérique, et alors c'est en agissant, non plus sur les agents de la contraction cardiaque, mais bien sur le volume de l'ondée sanguine qu'elle tend à rétablir l'équilibre de la circulation. Le rein et toute la surface libre de l'appareil gastro-intestinal sont les deux principaux agents de cette compensation. Que de fois n'a-t-on pas soulagé des malades, arrivés à un état de cachexie cardiaque très-avancée, en provoquant une diurèse abondante et en administrant des drastiques! Cette variété de compensation, que nous appelons périphérique, présente cette particularité, qu'elle est entièrement justiciable de la thérapeutique, qui peut régler, mais qui est impuissante à provoquer la compensation, dont le cœur est l'organe. Si la crise favorable s'est naturellement établie, tout traitement est formellement contre-indiqué; il peut même arriver, et Trousseau en rapporte un exemple dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, que la mort soit la conséquence des moyens curatifs employés.

La pathogénie de l'atrophie musculaire progressive est élucidée avec une grande précision. M. Jaccoud localise la lésion initiale de cette variété d'atrophie dans le système nerveux végétatif. Cette localisation avait déjà été formulée par Barwinkel, Remak et Benedikt; mais aucun auteur avant M. Jaccoud n'en avait donné la démonstration. C'est l'application de la thermométrie à l'étude de l'atrophie musculaire progressive qui a fourni la solution du problème. Quoiqu'on eût noté l'abaissement constant de la température chez les malades atteints d'atrophie musculaire, on avait négligé un élément important de la question que M. Jaccoud a eu le mérite de mettre en lumière. L'abaissement de la température est constant, mais le degré du refroidissement est variable : il y a, suivant l'heureuse expression de l'auteur, des accès de refroidissement. Une semblable variabilité ne peut être rapportée qu'au système nerveux; telle est la conclusion qui s'impose et que M. Jaccoud a acceptée.

Nous avons nommé, au commencement de cette analyse, l'atrophie nerveuse progressive. L'étude de cette maladie, encore peu connue en France, constitue peut-être la partie la plus neuve du livre. Déjà Duchenne avait décrit une paralysie générale spinale ; Landry avait écrit une note sur la paralysie ascendante aiguë, et plus récemment Duménil avait publié une observation de paralysie périphérique à laquelle il avait donné le titre de névrite ascendante. A propos d'un cas de paralysie disséminée des quatre membres, M. Jaccoud étudie le processus de ce genre de paralysie, qu'il localise dans le système nerveux périphérique, et dont l'atrophie constitue la lésion anatomique capitale : de là le nom donné par M. Jaccoud à cette maladie. Les atrophies nerveuses sont de trois espèces : il y a les atrophies mécaniques, celles qui résultent du défaut de fonctionnement des organes centraux ou terminaux des nerfs, et enfin celles dites spontanées, qui n'appartiennent ni à la première ni à la seconde catégorie. La malade, qui a été l'occasion de cette leçon, a succombé à un genre d'atrophie mécanique, encore non observée : les racines nerveuses, à l'exclusion de la moelle qui était saine, étaient comprimées par des plaques fibreuses et fibro-graisseuses, disséminées sur les parties latérales et antérieures de l'arachnoïde spinale.

Les trois maladies, dont nous venons de parler, ne sont pas les seules qui aient fourni à l'auteur l'occasion de faire connaître les nouvelles découvertes de la science pathogénique et les plus récents progrès de la médecine pratique.

Les deux leçons sur la pneumonie forment un exposé complet de la physiologie pathologique des symptômes et des indications thérapeutiques dans l'inflammation franche du poumon : les différents modes d'action de la saignée, de la digitale, du tartre stibié et de l'alcool sont comparés entre eux et appréciés à leur juste valeur.

20 juin. Je ne me ressens plus de l'indisposition de la nuit. Arrivée de l'aviso *la Salamandre*. Rien de particulier.

. . . .

4 juillet. Pluie d'orage à onze heures quarante-cinq minutes du matin. La soirée est fraîche. Plusieurs personnes sont prises de diarrhée.

5, 6, 7, 8 et 9 juillet. Rien.

10 juillet. Je suis pris d'une forte diarrhée, avec de grandes douleurs, dans la nuit. Une selle abondante et fétide.

Cette diarrhée a été accompagnée de douleurs abdominales si violentes que je me suis cru à ma dernière heure. Les sueurs tombaient de toute part, j'en avais le front, le cou et le visage couverts. Tout cela était compliqué de crampes si douloureuses dans les mollets que je n'arrivais qu'à grand'peine à me courber un peu pour me frictionner avec la main.

Vent de nord-ouest. Journée chaude et lourde.

11 juillet. Arrivée de *la Salamandre* avec cinquante-neuf malades évacués de Gallipoli. Au moment du débarquement, un soldat est pris sur la passerelle de vomissements blanchâtres et de douleurs abdominales avec crampes. C'est évidemment un cas de choléra. Cet homme n'était atteint que de diarrhée à son embarquement.

La journée est assez fraîche. Vent de nord-est très-fort. Vers sept heures du soir l'air est frais.

Un nouveau cas de choléra s'est déclaré salle 7, nº 56.

12 et 13 juillet. Rien.

14 juillet. Arrivée de *la Salamandre*. Plusieurs cas de choléra se déclarent. Il est très-remarquable que, toutes les fois que ce bâtiment apporte des malades de Gallipoli, des cas imprévus de choléra se montrent au débarquement. Je ne crois pas que ce soit par contagion ou transport des miasmes; les hommes se sont embarqués dans un état tel que la moindre influence qui survient pour rompre l'équilibre encore existant, ou briser les forces qui luttent contre l'influence de la constitution médicale, déterminera la maladie régnante. Nous avons remarqué qu'un léger purgatif était parfois suivi de choléra; or, la mer, dans les circonstances ordinaires, détermine des vomissements souvent accompagnés de diarrhée; il n'en faut pas davantage pour donner prise au choléra. Ainsi s'explique, pour moi, la fatalité qui pèse sur Nagara à l'arrivée du bâtiment en question. Du reste, le choléra a continué avec fureur; de quelques cas seulement, nous en sommes venus à plus de trente. Le choléra ne se déclare guère que dans la salle où se trouvent déjà des cholériques.

15 juillet. Dans la nuit du 15 au 16, dix morts.

Nous sommes tous plus ou moins sous l'influence de la maladie régnante. Cette influence se traduit chez moi par un peu de diarrhée et des coliques. Je continue mon service.

16 juillet. Des malades non atteints, transportés de la salle des cholériques, où ils se trouvaient d'abord, dans d'autres salles, sont pris d'accidents cholériques. L'un d'eux est ramené dans la salle spéciale.

La matinée est étouffante.

17 juillet. La maladie semble se ralentir. Trois malades sont atteints d'accidents cholériques qui cèdent à l'administration d'un quart de lavement laudanisé à huit décigrammes, d'un sinapisme sur le ventre et d'infusion de thé édulcorée. Un décès à la salle des cholériques dans la nuit.

18 juillet. *La Salamandre* doit arriver aujourd'hui, mais bien avant son arrivée il y a recrudescence. Trois malades, entre onze heures et midi, sont pris d'accidents graves dans le service de M. Mazimbert qui, jusqu'à ce jour, a été le plus ménagé. Ces accidents ne cèdent pas aux moyens ordinaires. Transport de ces hommes dans la salle spéciale.

Un cas de choléra se déclare parmi les ouvriers du génie. Le nommé M...., entré à l'ambulance, vers neuf heures du matin, atteint de choléra. Mort à midi.

Cet homme avait eu une petite diarrhée quelques jours auparavant. Elle s'était arrêtée, dit-on. Le matin, il déjeune comme à l'ordinaire, prend du café, un peu d'eau-de-vie; quelque temps après il est pris de malaise, de frissons, de sueurs et de douleurs d'entrailles. Les camarades lui conseillent de se mettre au lit. Il se couche et les accidents cholériques se prononcent rapidement, ils ne font qu'augmenter et le conduisent à la mort.

La matinée a été d'une pesanteur insupportable, on s'attend à un orage. La brise de mer de neuf heures du matin ne se fait pas sentir. Je suis si accablé que je reste couché toutes les fois que mon service ne m'appelle pas auprès des malades. Vers trois heures du soir, le temps change, la brise s'élève, quelques gouttes de pluie tombent, mais en très-petite quantité.

19 juillet. Le temps est chaud, lourd, dans la matinée, mais moins gênant qu'hier. Un vent assez fort se fait sentir. Il continue encore à deux heures du soir.

De nouveaux cas se déclarent dans la première division des fiévreux.

On nous a mis en quarantaine.

La Salamandre est arrivée le matin; elle nous apporte un aide-major pharmacien, M. C....., atteint de dysentérie.

20 juillet. Mieux notable chez tous les cholériques. Dans la matinée, cependant, vers huit heures du matin, M. C..... est pris d'accidents cholériques. — Diarrhée caractéristique, vomissements, crampes... Mort à sept heures du soir.

Le mieux n'a pas continué dans la journée. Trois hommes qui semblaient aller bien le matin sont morts.

Huit décès dans cette journée.

Dans la nuit, vent de tempête.

21 juillet. Vent très-fort. — Un de nos collègues est pris d'une diarrhée légère. — Enterrement de M. C.... à sept heures du soir.

22 juillet. Le vent continue à souffler avec fureur. Le temps est sombre dans la matinée. La chaleur arrive avec le soleil qui se montre vers midi jusqu'à deux heures.

Arrivée de *la Salamandre* qui ne nous apporte que des lettres.

23 juillet. Le vent est toujours aussi violent.

Le choléra semble diminuer.

24 juillet. Le vent est très-fort. Rien de nouveau.

Deux cas de choléra se déclarent. Un très-caractérisé et complet sur un infirmier auxiliaire, entré comme malade de dysentérie et guéri; l'autre chez le sergent concierge.

25 juillet. Le vent est toujours le même. La température est très-élevée.

26 juillet. Le vent continue. Rien de nouveau.

27 et 28 juillet. Rien de nouveau.

29 juillet. Un convalescent de choléra est repris dans la matinée de vomissements et de diarrhée avec crampes. Quelques dysentéries se déclarent.

30 juillet. Le choléra semble avoir cessé à Nagara.

31 juillet. Je quitte Nagara pour revenir à Gallipoli.

A Bone, pendant le choléra de 1859, j'ai couché d'un jour l'un au milieu des cholériques. Je n'ai jamais rien eu, mais mon collègue, M. Hanès, a été frappé. Il a guéri.

Un chien a bu dans un verre plein de déjections cholériques. Il n'en a rien ressenti.

.... On a signalé la peur comme une cause prédisposante puissante.

A Nagara, M. X..... a été pris d'une peur si puissante que, pendant tout le temps qu'a duré le choléra et au delà, il n'a pas descendu de sa chambre. Il y faisait tout.

Je me rappelle qu'un jour, pendant une promenade aux environs de Gallipoli, il me dit qu'il était encore sous l'influence cholérique et qu'il avait la diarrhée... Chose singulière... Je me demande s'il voulait m'en imposer, ou s'il était à ce point aveuglé; ... je n'ai vu de ma vie de matières plus louables. M. X..... n'est pas mort du choléra, il n'en a jamais été atteint.

DE LA COLIQUE SÈCHE DE NOS PAYS

Par M. le Dr Viger (de Châteauneuf).

Le nerf grand sympathique peut devenir le siége de sensations douloureuses dans un grand nombre de maladies de l'intestin; quelquefois ces douleurs sont sous l'influence d'une maladie générale ou se développent sympathiquement à la suite d'une maladie du cerveau ou d'une névrose généralisée. Plus rarement nous avons l'occasion d'observer les névralgies idiopathiques du grand sympathique, et, parmi ces dernières, on doit ranger la colique sèche ou névralgie intestinale.

La plupart des auteurs classiques signalent la colique nerveuse des pays chauds, et plusieurs médecins de la marine ont donné de cette maladie d'excellentes descriptions; mais on s'est peu occupé de la colique nerveuse nostras.

Cette colique est fréquente pendant les étés très-chauds. Les habitants de la campagne ont pendant cette saison l'habitude de travailler les pieds nus, durant le temps de la fenaison des foins et la moisson particulièrement. Ces travaux se prolongent quelquefois assez avant dans la soirée; à ce moment le rayonnement de la terre vers les régions élevées de l'atmosphère est très-actif, surtout par un temps calme, aussi faut-il voir dans ce contact du sol refroidi l'origine d'un grand nombre de coliques nerveuses. Quelquefois, c'est l'abus de l'eau froide pendant la chaleur du jour qui amène cette maladie.

La douleur arrive quelquefois d'emblée sans aucun prodrome, mais, le plus souvent, elle est précédée d'inappétence, de malaise général; quelques malades ressentent des compressions dans l'abdomen, se plaignent de ne pouvoir respirer qu'avec peine; d'autres enfin ressentent tous les symptômes de l'état bilieux. Tout à coup le malade est pris d'une colique violente, se plaint de ne pouvoir respirer, c'est alors que le médecin est appelé. Je transcris textuellement une de mes dernières observations qui pourra donner le tableau exact des symptômes observés dans les cas ordinaires.

Le 2 juillet dernier, je fus appelé à donner mes soins au nommé F..., cultivateur. Cet homme jouissant ordinairement d'une bonne santé, n'ayant pas eu de maladie antérieure et menant une vie fort régulière, était allé pendant plusieurs jours faner et rentrer du foin dans des prairies avoisinant une rivière. La veille du jour où je fus appelé il avait travaillé fort tard à charger une voiture de fourrages et il était revenu chez lui pieds nus. Il mangea un peu, mais sans beaucoup d'appétit. Vers le milieu de la nuit, il fut pris de violentes coliques qui, selon son expression, lui secouaient tout le corps. Quand je le vis, il présentait un facies très-altéré, grippé, pâle, anxieux. Son corps était agité par un hoquet violent, il faisait des efforts pour vomir qui n'amenaient qu'une petite quantité d'un liquide jaunâtre. La peau était froide, couverte d'une sueur visqueuse, son pouls ne battait que 60 fois par minute.

A l'examen de l'abdomen, je trouvai les muscles de la paroi antérieure convulsés, durs, portés vers la région lombaire où le paquet intestinal était collé de manière à représenter cette forme particulière que les auteurs nomment *ventre en bateau*. Le malade, dont la voix presque anéantie sort péniblement, se plaint d'une douleur extrêmement violente ayant pour siége l'intestin et s'étendant à la partie inférieure de la paroi abdominale, puis irradiant dans le testicule gauche. Il n'avait pas eu de selles. Somme toute, c'étaient tous les symptômes de la colique saturnine sans empoisonnement saturnin, je n'hésitai pas après examen à les rapporter à une névralgie intestinale par refroidissement ou colique sèche de nos pays.

Je prescrivis quatre gouttes d'huile de croton tiglion, mais le malade vomit aussitôt l'émulsion dans laquelle le médicament avait été incorporé. Je fais alors, suivant la méthode que j'ai vu employer à M. Monneret dans la colique saturnine, appliquer un cataplasme glacé sur le ventre, puis je fais administrer deux lavements glacés l'un après l'autre. On n'ignore pas l'action que possède le froid porté à un certain degré sur les nerfs vaso-moteurs, c'était donc agir suivant les indications de la maladie et stimuler les fonctions de l'intestin, en agissant sur l'extrémité périphérique du grand sympathique.

Le malade prend un peu de limonade glacée qu'il supporte. Une demi-heure après il prend l'huile de croton tiglion à la dose de cinq gouttes, sur du sucre; il y eut quelques nausées, mais pas de vomissements, enfin, au bout d'une heure nous eûmes deux selles qui amenèrent une grande diminution dans la douleur. Je quittai alors le malade en prescrivant l'application permanente de cataplasmes glacés.

Le 3 au matin, le malade paraît mieux, le pouls est plus fort, la face moins altérée, il ressent toujours des douleurs abdominales, mais ces douleurs ne sont pas continues et n'irradient pas vers le testicule et les muscles avoisinants. Je fais continuer les boissons glacées et je prescris deux lavements avec 30 grammes de sulfate de magnésie.

Le 4, le malade est beaucoup mieux, les muscles du ventre ne sont plus convulsés, la douleur a presque disparu, le pouls est normal. La langue étant chargée d'un enduit saburral, je fais administrer 30 grammes d'huile de ricin, continuation des boissons glacées.

Le 5, je fais prendre au malade un bain tiède, l'huile de ricin lui a procuré plusieurs selles, la langue est peu chargée, il demande quelque nourriture. Je permets du bouillon froid.

Le mieux persiste les jours suivants et le malade paraît guéri, je cesse de le voir après l'avoir prévenu que sa maladie étant sujette à récidive, il doit suivre un régime sévère. Dix jours après, je suis appelé de nouveau auprès de cet homme qui présente les mêmes accidents abdominaux qui lui sont revenus à la suite d'un excès de vin. Les douleurs sont moins intenses que la première fois, l'état général moins accentué. Je me contente de prescrire les boissons glacées, puis l'huile de croton et la guérison arrive rapidement en deux jours.

Depuis ce temps le malade que je vois souvent se porte parfaitement et n'a pas été repris de son entéralgie.

Les indications thérapeutiques de la colique sèche de nos pays peuvent donc se résumer de cette manière: 1° agir sur le grand sympathique *intùs et extrà* au moyen du froid; 2° continuer cette action au moyen des purgatifs et des drastiques en

---

L'importance de la thermométrie, démontrée par un grand nombre d'exemples, ne paraît nulle part plus saisissante que dans les leçons sur les pyrexies. Par une étude attentive des résultats que fournit le thermomètre, M. Jaccoud est arrivé à combattre une théorie de la fièvre, née d'hier, et qui ne peut résister à l'objection redoutable qui vient de lui être faite. Si la chaleur augmente au début de toute pyrexie, et si cette augmentation de la chaleur précède de deux ou trois heures l'apparition du frisson, force est bien de reconnaître que le frisson, au lieu d'être le point de départ de la théorie vaso-motrice de la fièvre, n'est qu'un phénomène secondaire, épisodique du mouvement fébrile. Or les observations de Sydney Ringer ont établi ce fait d'une manière irréfutable. Le chiffre de l'urée augmente aussi dans la même proportion que la chaleur avant l'apparition du frisson. La pathogénie de la fièvre est donc encore à faire, puisque le dernier mot de la science moderne sur ce point, ne paraît pas être l'expression de la vérité. Il y a au début de la fièvre quelque chose de plus qu'un trouble nerveux vaso-moteur, la nutrition est altérée dans son fond, et nous ne connaissons encore cette altération que par ses effets.

Voici encore une autre preuve de l'importance clinique de la thermométrie. Avec le secours de ce précieux moyen d'investigation, on arrive à établir une division de la fièvre typhoïde en périodes. Cette division est uniquement basée sur les caractères thermiques de cette pyrexie. Les oscillations de ces caractères thermiques subissent dans leur marche trois modifications qui permettent de créer trois périodes à la marche de la dothiénentérie; il y a une période des oscillations ascendantes, une période des oscillations uniformes et une période des oscillations descendantes. Ce cycle fébrile peut être rapporté au cycle anatomique de l'École de Prague; dans celui-ci, il n'y a que deux périodes: une première dans laquelle le processus typhique, réellement infectieux, est caractérisé par l'infiltration des plaques de Peyer et l'élimination des produits infiltrés, la deuxième période étant uniquement occupée par la réparation. Au premier stade de ce cycle répondent les deux premières périodes du cycle fébrile, dont la troisième correspond au deuxième stade anatomique.

Les neuf dernières leçons du livre de M. Jaccoud sont consacrées à la pathologie urinaire. L'albuminurie d'origine cardiaque, le mal de Bright, l'urémie et le diabète sucré sont successivement traités avec les détails que comporte l'étude de ces maladies. Relativement au mal de Bright, les conclusions de l'auteur sont bien simples: il reconnaît la pluralité des formes de cette affection qui seraient au nombre de trois: la forme commune, qui n'est autre que la néphrite parenchymateuse, la forme amyloïde et la forme cirrhotique, la dégénérescence graisseuse n'étant pas une forme morbide, mais bien un état anatomique.

L'exposé des théories de l'intoxication urémique vient ensuite, comme complément de l'étude du mal de Bright, dont l'urémie est si souvent la conséquence. L'ammoniémie occupe la place qui lui revient dans la pathogénie de l'encéphalopathie urinaire, à côté de la théorie de Schottin, ou créatinémie, qui rend compte des cas, où le défaut d'excrétion porte principalement sur les matières extractives de l'urine. A la fin de ce chapitre se trouve mentionnée une distinction importante entre l'urémie par insuffisance rénale ou par rétention de l'urée dans le sang et l'urémie par insuffisance de l'excrétion ou par résorption.

Relativement à la pathogénie du diabète sucré, M. Jaccoud dit bien ce qu'il n'est pas, en réfutant victorieusement les théories gastro-intestinale, pulmonaire et hépatique; mais il ne nous dit pas ce qu'il est effectivement: tout ce qu'il y a, c'est que les travaux de Pavy et de Schiff ont bouleversé la pathogénie du diabète, puisque, d'après ces auteurs, le foie à l'état physiologique ne fait pas de sucre, mais fixe seulement la matière glycogène, dont la transformation est un phénomène pathologique ou un phénomène cadavérique. L'agent pathologique de cette transformation serait pour Pavy un ferment que produirait, d'après Schiff, l'arrêt ou le ralentissement de la circulation. C'est la glycémie qui constitue la lésion initiale du diabète sucré, et c'est la perte corrélative de l'urée par les urines qui, dépassant les limites physiologiques, amène la consomption progressive.

Deux intentions constantes existent dans l'esprit de l'auteur: la recherche exacte des faits les plus intimes de la science pathogénique, et l'observation générale du malade substituée à l'observation spéciale de la maladie. Toute la médecine moderne est là: la cellule d'un côté, et de l'autre le *gesammtorganismus*, selon l'heureuse expression des Allemands, c'est-à-dire l'homme tout entier.

Xavier Gouraud.

particulier ; 3° prévenir les récidives en faisant suivre au malade un régime léger pendant quelque temps et combattre la constipation et l'embarras bilieux consécutif à l'aide des purgatifs doux.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg, à la suite du concours de 1867.

ÉLÈVES EN MÉDECINE.

1. Mendeville (Jean-Bernard-Victor-Albert). — 2. Benech (Lucien). — 3. Cabanié (Louis-Clément). — 4. Reverchon (Paul). — 5. Belleau (Charles-Joseph). — 6. Romain (Adrien-Louis-Ferdinand). — 7. Kuenemann (Fernand). — 8. Franck (Jean-Charles). — 9. Bartholomot (Claude-François-Alexandre). — 10. Camus (Fernand-Louis-Alexandre).

11. Blanc (Jules-Aimable). — 12. Henne (Henri-Joseph). — 13. Chupin (Aristide-Félix-Adrien-Gabriel). — 14. Rosé (Valentin-Aloise-Joseph). — 15. Ga dit Gentil (Joseph-Auguste). — 16. Caron (Ferdinand-Marie-Henri). — 17. Hoingne (Jean-Baptiste-Antoine). — 18. Langlois (Auguste-Marie). — 19. Mathelin (Alcide-Edmond). — 20. Grouille (Jean-Louis).

21. Brochard (Anatole-Gaston). — 22. Chatain (Charles-Joseph-Nicolas). — 23. Audet (François-Eugène-Raphaël). — 24. Guilloz (Pierre-Charles-Philippe). — 25. Rullier (Marie-Emile-Abel-Gaston). — 26. Bedel (Antoine). — 27. Gircourt (Armand-Pascal-Gustave). — 28. Quinot (Ambroise-Hector). — 29. D'Hubert (Jean-Marie-Jacques-Louis). — 30. Moser (Louis-Auguste).

31. Duc (Jean-Louis-Marie-Alexandre). — 32. Boiland (Auguste). — 33. Boudon (Gustave). — 34. Gremion-Menuau (Charles-Félix). — 35. Huguenard (Jean-Auguste). — 36. Gross (Jules-Auguste). — 37. Maury (Antoine-Paul-Marie-Clément). — 38. Saurey (Auguste-Nicolas). — 39. Salivas (Henri-Joseph-Jules-Georges). — 40. Pilliard (Léon-François-Emile).

41. Lesbros (Henri-Louis). — 42. Gerbault (Arthur-Joseph). — 43. Ebstein (Félix). — 44. Fournié (Henri-Pierre-Auguste-Anne). — 45. Weil (Edouard-Vincent). — 46. Benoît (Marie-Ferdinand-Laurent). — 47. Cerviotti (Jean-Antoine). — 48. Malinas (Albert-Frédéric-Fructus). — 49. Laval (Elizée-Victorin-Marius). — 50. Noquet (Vital).

51. Alirol (Georges-Arthur). — 52. Auban (Jean-Baptiste-Thomas-Paul). — 53. Apostoli (Georges-Michel-Jean-François-Grégoire). — 54. Coustillier (Jules-Alphonse). — 55. Klein (Marie-Joseph-Alfred). — 56. Sieffert (François-Gaston). — 57. Pouchet (Jean). — 58. Corlieu (Marius-Louis-Napoléon). — 59. Allot (Ernest-Eugène-Joseph). — 60. Maire (Marie-Hippolyte).

61. Ucciani (Félix-Antoine). — 62. Robuchon (Léonidas-Alexandre-Eugène). — 63. Isambert (Nicolas-Louis). — 64. Ballard (Jacques-Amédée). — 65. Colnenne (Léon-Camille-Prosper). — 66. Chapuzet (Jean-Charles). — 67. Baux (Joseph). — 68. Feuvrier (Paul-Victor-Célestin). — 69. Combier (François-Joseph-Alexandre-Lablache). — 70. Ricochon (Jean).

71. Le Moaligon (Nicétas-Alexis-Marie). — 72. Daymard (Jean-Marie-Léon). — 73. Petit (Pierre-Léon). — 74. Alban (Louis-Emilien). — 75. Dufour (Jean-Marie-Pierre-Paul). — 76. Bussard (Victor-Amédée). — 77. Oger (Henri-Jean-Baptiste). — 78. Opermann (Ferdinand). — 79. Morin (Marie-Henri-Edmond). — 80. Rigaud (François-Emile-Jules).

81. Ferrandi (Charles-Félix-Jean). — 82. Jourdan (Victor-Jules). — 83. Lucciana (Louis-Xavier-Ubalde). — 84. Deckherr (Georges-Alphonse). — 85. Passabosc (Adrien-Eugène). — 86. Martin (Joseph-Gabriel). — 87. Agut (Jean-Baptiste-Jules-René).

ÉLÈVES EN PHARMACIE.

1. Ribollet (Jean-Pierre-Georges). — 2. Bousson (Adolphe-Léon-Justin). — 3. Lieutard (Siméon-Joseph-Théodore-César). — 4. Weil (Donatien-Paul-Henri). — 5. Baillon (Alexandre-Paul). — 6. Hirtzmann (Achille). — 7. Brenac (Aimé-Zabulon). — 8. Andt (Jean-Jacques). — 9. Bréant (Jean-Edmond). — 10. Roman (Théophile-Marcel-Philippe).

11. Dauphin (Henri-Hippolyte). — 12. Demandre (Victor-Marie-Auguste). — 13. Jannot (René-Paul-Jean-Baptiste). — 14. Breuil (Paul-Ernest-François). — 15. Lecerf (Charles).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 octobre 1867, M. Le Conte, médecin de première classe de la marine, a été nommé au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société de médecine de Versailles avait mis au concours cette question : « Du service médical des pauvres en France, tant à la ville qu'à la campagne, et de la façon dont il devrait être établi pour répondre à la fois aux nécessités des malades indigents et aux exigences légitimes des médecins. »

Le mémoire qui a remporté le prix (200 fr.) est celui de M. Gyoux, docteur en médecine et docteur en chirurgie à Saint-Jean-d'Angély, ayant pour épigraphe cette pensée de Cicéron : « Homines ad deos nulla se propius accedunt, quam salutem hominibus dando. »

— M. le docteur Fort, commencera son cours d'anatomie le mardi 22 octobre 1867, à midi précis, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Le même jour, M. Fort, commencera un cours de pathologie interne et externe pour le deuxième examen de doctorat, et le troisième examen de fin d'année. 51, boulevard Saint-Michel. Ces cours auront lieu tous les jours.

Traité de la dyspepsie, par le Dr Beau, ancien médecin de l'hôpital de la Charité. — Un vol. in-8, cartonné à l'anglaise. — Prix : 6 francs. — Paris, 1868. P. Asselin.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 21 OCTOBRE 1867.

ECOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Des questions médico-légales relatives aux assurances sur la vie (1).

DE LA MORT SUBITE, DE L'IMPRUDENCE, DE L'ACCIDENT, DU SUICIDE ET DE L'HOMICIDE.

II

Tout contrat est annulé de plein droit, dans trois cas bien définis : 1° lorsque l'assuré s'est suicidé ; 2° lorsqu'il a été tué en duel ; 3° lorsqu'il a été exécuté judiciairement.

Que l'une de ces circonstances se présente, et les compagnies, en vertu des clauses stipulées dans les polices, sont libérées de tout engagement vis-à-vis des héritiers. Rien n'est plus conforme à l'équité, puisque les parties contractantes ont prévu et accepté d'avance ces conditions de résiliation forcée.

Quels sont les différents genres de mort qui donnent lieu le plus souvent à des doutes, à des soupçons ou à des actions judiciaires ?

Un homme chancelle, tombe et expire sur la voie publique : la police intervient, un médecin est appelé et le rapport adressé à l'autorité sur cet événement, conclut invariablement à une attaque d'apoplexie foudroyante. Cela se dit, c'est accepté, c'est reçu, et cependant, dans l'immense majorité des cas, cela n'est pas vrai. Dans ses admirables recherches physiologiques, Bichat a démontré que la mort subite était déterminée par le cerveau, par les poumons et par le cœur, mais chacun de ces organes n'est pas toujours affecté isolément. La mort subite par le cerveau seul est rare, puisqu'un éminent observateur, M. Devergie, n'a trouvé qu'un seul foyer apoplectique sur quarante autopsies d'individus morts subitement.

D'après leur ordre de fréquence, les morts subites surviennent :

1° Par les poumons;

2° Par les poumons et le cerveau;

3° Par le cerveau et par la moelle ;

4° Par le cerveau seul ;

5° Par une hémorrhagie, soit que le sang s'écoule au dehors, soit que le sang s'accumule dans les cavités;

6° Par le cœur.

Ces faits étant une fois acquis, M. Devergie en a tiré cette conséquence si logique et si vraie « que la mort subite ne peut que fort rarement être le résultat d'une lésion locale limitée à une très-faible étendue ; qu'il faut presque toujours qu'un des organes principaux de la vie soit affecté dans tout son ensemble ; que souvent deux des trois organes principaux de l'économie sont pris à la fois, et que, par conséquent, c'est une opinion bien erronée que celle qui considère l'apoplexie, c'est-à-dire l'hémorrhagie cérébrale circonscrite, comme la cause la plus commune des morts subites (2). » Maintenant, que la cessation de la vie soit amenée par un état pathologique du cerveau, des poumons ou du cœur, et l'ouverture cadavérique va vous révéler des lésions particulières et d'un intérêt saisissant.

Si, ce qui arrive le plus fréquemment, la mort a eu lieu par les poumons, la circulation s'est primitivement arrêtée dans ces organes et l'on trouve l'artère pulmonaire, les cavités droites du cœur et les veines caves gorgées de sang, tandis que les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur et l'aorte sont restées vides.

La mort subite par le cœur droit ou par le cœur gauche ne peut être le résultat que d'une blessure ou d'une rupture spontanée et accidentelle, et alors il existe un épanchement considérable dans la cavité du thorax. Quelquefois la circulation cesse tout à coup et partout en même temps, la mort est due alors à une syncope et rien n'est modifié dans l'état anatomique des divers organes.

Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur les altérations anatomo-pathologiques propres à la congestion et à l'hémorrhagie cérébrales qui sont si connues de vous et que je décris si souvent ici, et je vous rappellerai simplement que les morts subites sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, qu'elles surviennent principalement dans les mois de janvier, février et mars, qu'elles sont souvent occasionnées par l'intempérance, et qu'il est absolument impossible de déterminer scientifiquement le genre de mort d'une façon rigoureuse et complète sans l'ouverture préalable du corps. N'acceptez donc que sous bénéfice d'inventaire ces diagnostics si facilement formulés par tous et ne prononcez vous-mêmes le nom d'*apoplexie foudroyante* que lorsque la lésion anatomique apparaîtra sous votre scalpel.

Il y a des différences très-notables entre l'imprudence, l'accident et le suicide. Une imprudence peut tuer, mais la mort n'est, dans ce cas, ni désirée, ni recherchée, et il n'y a point eu préalablement d'intention coupable. Au point de vue qui nous occupe, l'irréflexion et la témérité ne sont point imputables. Un ancien clerc de notaire, âgé de 43 ans, adonné à l'ivrognerie, se fait assurer pour 25,000 francs. Toutes les fois qu'il a bu avec excès, il est taciturne, sombre, parle de se suicider, mais déclare qu'il est ennemi de la douleur et qu'il ne voudrait pas souffrir. Un soir, par une température de 5 degrés au-dessous de zéro, il va au café, et, dans l'espace de deux heures et demie, il boit un carafon de rhum contenant huit à neuf petits verres. Sans paraître ivre, il sort et à peine a-t-il fait quelques pas dans la rue qu'il tombe mort. Direz-vous que cet homme s'est suicidé? Evidemment non, mais il a commis une imprudence.

L'accident est un événement fortuit, imprévu, non prémédité, dû le plus souvent à des circonstances de force majeure, et qui exclut toute préméditation sinistre, tout projet de mort volontaire.

Les genres de mort que vous aurez le plus fréquemment l'occasion de suspecter et qui passeront pour des *décès accidentels*, seront d'ordinaire les suivants : un individu prend un bain froid, est gai, bien portant, puis, au moment où personne ne fait attention à lui, il disparaît au fond de l'eau. L'asphyxie est rapide, on ne retire qu'un cadavre, et tout le monde reste convaincu que le nageur a eu une *crampe*.— Un autre contracte l'habitude de faire des promenades en canot, et il raconte à qui veut l'entendre que le vent a plus d'une fois failli lui faire faire naufrage. Il part un jour et ne revient pas, mais l'on retrouve au fond de son frêle esquif des vêtements ou des objets qui établissent l'identité du noyé.— Un troisième paraît très-occupé, et traverse d'un pas aussi rapide qu'inattentif une rue très-fréquentée. Bousculé à droite, accroché à gauche, il finit par tomber sous les roues d'une lourde et pesante voiture publique.

Que penserez-vous de ces individus ? qu'ils sont morts malheureusement, accidentellement ; eh bien! faites une enquête soigneuse, et, dans un grand nombre de cas, vous ne tarderez pas à reconnaître qu'ils se sont suicidés tous les trois et qu'ils avaient des motifs pour cela.

Pour laisser quelque aisance à ses enfants, plus d'un père imagine et exécute de sang-froid les actes les plus sinistres et les plus invraisemblables. Écoutez plutôt cet exemple : un savant apprend qu'une localité insalubre est dévastée par la fièvre pernicieuse ; il se fait assurer, sollicite et obtient une mission, aborde avec calme le rivage empoisonné, se jette dans le foyer de la pestilence, et a l'amer regret de résister pendant un certain temps au fléau qui, de guerre lasse, finit par le tuer ! Cet homme avait l'âme d'un héros, et il s'est contenté de la mettre au service d'un vol ingénieux et terrible.

Le chapitre des morts subites et des accidents chez les assurés serait bien long à écrire, si les compagnies avaient souvent fait ordonner l'autopsie, et il renfermerait bien des exemples de suicides déguisés! Mais ces sociétés, dans la crainte de porter un préjudice à l'avenir de leurs opérations, osent rarement engager un procès et faire éclairer la question. A mon avis, elles ont tort de payer le capital assuré, dans tout cas suspect, car elles favorisent ainsi la combinaison frauduleuse d'un escroc, se privent fort inutilement d'un gain légal, et enlèvent à leurs autres associés une part proportionnelle dans les bénéfices réalisés. La vérité ne doit jamais s'incliner devant le mensonge, et c'est vraiment tenter la Providence que de s'avouer vaincu, lorsqu'il suffirait d'un mot pour démasquer l'imposture !

En Angleterre, lorsqu'une mort arrive subitement et d'une façon tout à fait inattendue, le coroner fait une enquête. Un médecin est appelé et il formule son opinion sur l'état du cadavre, après avoir fait un examen rapide et beaucoup trop superficiel. Or, voici l'événement qui se passa à Londres, à la date du 19 octobre 1830 : un individu, qui s'était assuré pour une somme de 250,000 francs, fut trouvé mort dans son lit, un jour à midi. Il était rentré chez lui, la veille, à dix heures du soir, paraissant bien portant, mais annonçant qu'il allait prendre une potion calmante, et qu'il sonnerait s'il avait besoin de quelque chose. Le coroner fit une enquête, ordonna l'autopsie, et l'on trouva une accumulation de sang putréfié dans l'estomac et un épanchement dans les deux côtés de la poitrine. Les vaisseaux du cerveau étaient un peu turgides, mais il n'y avait pas d'extravasation. Le contenu de l'estomac fut jeté sans qu'aucune analyse chimique en eût été faite. On crut à la rupture d'un vaisseau sanguin dans l'estomac, et l'on déclara qu'il y avait *mort naturelle*. Le corps fut ensuite inhumé. Après de longs pourparlers, les compagnies demandèrent une enquête nouvelle et un examen approfondi de la question. Il demeura à peu près démontré que l'assuré s'était empoisonné avec un narcotique, mais les compagnies furent néanmoins condamnées à payer les 250,000 francs aux héritiers (1).

Arrivons maintenant à d'autres faits : ils portent avec eux un fécond enseignement.

Le 7 septembre 1858, à sept heures du matin, un coup de feu retentit sur l'un des boulevards de Paris. De la fumée s'échappe d'une voiture en marche ; le cocher s'arrête, et l'on trouve dans l'angle de la voiture le corps d'un homme, assis, la moitié gauche du crâne enlevée par l'explosion d'un fusil de chasse à deux coups, placé entre ses jambes. Cet homme, qui mourait ainsi instantanément dans la voiture où il venait de monter depuis cinq minutes à peine, s'était fait assurer peu de temps auparavant pour la somme considérable de 150,000 francs, et les compagnies se refusaient à payer, par le motif que la mort avait été volontaire et non accidentelle. « Il serait sans objet, dit M. le professeur A. Tardieu, de reproduire ici les motifs déduits de nos observations et des expériences que nous avons répétées dans la voiture même où le cadavre avait été trouvé, qui nous conduisirent à repousser la supposition d'un accident, et à conclure au suicide. Nous nous contenterons de dire que, pour nous, la direction de la blessure constatée à la tête, l'obliquité qu'elle avait exigée dans la position de l'arme, eu égard à l'étroitesse de la voiture, démontaient de la manière la plus positive que le coup avait été préparé, volontairement tiré, et que la mort était le résultat, non d'un accident, mais d'un suicide. De son côté, le savant aliéniste, M. Brierre de Boismont concluait dans le même sens, en établissant, avec l'autorité qui lui appartient, que beaucoup d'individus qui vont finir par le suicide conservent au milieu de leurs préparatifs une liberté d'esprit et un sang-froid parfaits, et qu'il était impossible de trouver, dans la tenue, dans les écrits, dans les derniers actes de l'individu dont il s'agit, la preuve morale qu'il n'avait pu lui-même attenter à ses jours (2). » Les compagnies furent néanmoins condamnées à payer le montant de l'assurance.

Le 12 octobre 1840, un négociant fut trouvé étranglé dans une voiture sur la route de Stettin. Le mauvais état de ses affaires fit d'abord penser à un suicide. La position du cadavre qui avait les mains liées derrière le dos, des traces de spoliation, tout enfin écarte un pareil soupçon, et les tribunaux, reconnaissant les preuves d'une mort violente, durent procéder à une enquête judiciaire, qui cependant n'aboutit à aucun résultat. Le négociant s'était assuré pour une somme de 40,000 fr., qui devaient être remis à sa famille sauf le cas ou la mort aurait été le résultat d'un suicide. Les choses en étaient là lorsque un fondé de pouvoirs de la banque Gotha se présenta devant la justice et vint prouver que le négociant s'était véritablement suicidé. Il exhiba une lettre autographe du défunt, dans laquelle celui-ci exposait les motifs qui allaient le pousser à consommer un crime sur lui-même et les moyens qu'il avait l'intention d'employer. Il est résulté de ce document, que le négociant s'était sacrifié à sa famille pour lui procurer quelque argent et la préserver ainsi d'une ruine complète. Suivant cette lettre qui porte tous les caractères de l'authenticité, il devait se pendre à un poteau, un ami devait venir l'enlever et le placer dans une attitude propre à faire supposer un assassinat, qui eut lieu effectivement (3).

Plusieurs compagnies étrangères, se fondant sur ce que

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 octobre.
(2) Médecine légale théorique et pratique, 3e édit. t. 11, p. 327.

(1) A. S. Taylor et A. Tardieu, *in Ann. d'hyg. pub. et de med. leg.* 2e série, t. XXV.
(2) Question médico-légale sur un cas de mort violente. (*Ann. d'hyg. pub. et de med. lég.*, 2e série, t, X, pag. 443.)
(3) A. Brierre de Boismont. *Du suicide et de la Folie-suicide*, 2e édit., p. 76.

l'homme tient fortement à la vie, même au milieu de ses plus grandes tristesses, et sur ce qu'il est peu probable qu'une pensée de spéculation posthume rende les suicides plus fréquents, acceptent d'avance et à quelques conditions cependant, les éventualités sinistres que refusent avec raison les grandes compagnies françaises. A ce titre, l'exemple suivant ne manque pas d'intérêt.

Le 30 septembre 1859, un négociant de Paris, le sieur M..., contractait une assurance sur la vie avec la compagnie anglaise ***. Moyennant une prime annuelle de 1,524 fr., que l'assuré s'obligeait à payer, à partir du 30 septembre 1859, la compagnie s'engagea à payer, au décès de l'assuré, à la veuve et à ses héritiers, la somme de 40,000 fr. L'article 4 de la police portait que si l'assuré perdait la vie par suite de suicide, de duel ou de condamnation judiciaire, il ne s'ensuivrait nullité de l'assurance qu'autant que, dans ces trois circonstances, la cause qui aurait donné lieu au décès, se serait produite avant la police ou pendant les douze mois qui auraient suivi sa date. Or, le 30 janvier 1861, le sieur M... fut trouvé pendu dans un hôtel, et l'on recueillit, à côté de son cadavre, une lettre renfermant ce passage : « Je suis presque heureux de mettre fin à mes jours, tant je souffre *depuis longtemps*. »

La veuve M... réclama le paiement des 40,000 francs, mais la compagnie anglaise prétendit que l'assuré n'avait traité avec elle que dans la prévision de son suicide, et un procès s'engagea. La compagnie le perdit, et paya alors le montant de l'assurance.

A la suite de cette sanglante clinique du meurtre de soi-même, de ces faits si insolites, mais si bien motivés, laissez-moi rapporter une observation fort rare de décès simulé. La supercherie a été grossièrement exécutée, car heureusement les fripons ne prévoient pas tout, mais elle vous démontrera jusqu'où peut aller l'imagination perverse d'un spéculateur aux abois.

Un négociant d'une des principales villes de France contracta à l'une des grandes compagnies de Paris, en décembre 1864, une assurance de 100,000 fr. Peu de temps après, on apprend sa déconfiture, la poursuite dont il est l'objet pour banqueroute frauduleuse, et sa fuite en Angleterre. Quelques mois plus tard, au moment où allait échoir la première annuité, la compagnie est informée qu'il vient de mourir à Londres, d'une maladie du cœur, qu'il a été frappé subitement sur la voie publique, et l'on expédie comme preuves un certificat de médecin, la déclaration faite au *Registrar*, et le procès-verbal d'inhumation. Avant d'acquitter le montant de la somme réclamée, la compagnie fait procéder à une enquête dans le pays de l'assuré d'abord, puis à Londres; et, après avoir successivement découvert que le domicile du décédé était faussement indiqué, que le médecin dont on produisait l'attestation n'existait pas; après s'être enquis près du fossoyeur du cimetière catholique où avait eu lieu l'inhumation, lequel reconnaissait, dans la photographie de l'assuré, la personne des mains de laquelle il avait reçu un cercueil, amené sans témoins et sans pompe, on acquit la certitude que le banqueroutier, par une nouvelle fraude, avait été au *Registrar-Office* déclarer sa propre mort et avait procédé lui-même à ses propres obsèques, se préparant d'ailleurs à recueillir son héritage, et ayant déjà acquis un navire et une cargaison que, par son décès simulé, il avait espéré extorquer à la compagnie (1).

Pourquoi faut-il que j'aie à vous rappeler des drames plus sombres encore, des crimes dont le retentissement a causé l'impression la plus pénible, tant en Angleterre qu'en France! Vous vous souvenez sans doute de William Palmer, qui fit assurer sa femme pour 325,000 francs, qui l'empoisonna six mois après, et qui, non content du lucre que lui rapporta son premier forfait, fit assurer son beau-frère pour des sommes extrêmement considérables et le tua également par le poison! Vous avez tous présente à l'esprit l'affaire horrible de l'homœopathe La Pommeraye, et je n'ai pas à vous en retracer les péripéties odieuses. Mais je veux cependant tirer une conclusion de ces deux faits : c'est qu'il importe d'apporter désormais de sérieuses restrictions à la transmission des titres, afin d'éviter l'intérêt direct qu'un individu malintentionné peut avoir à la mort d'un assuré. J'ajoute que les compagnies, en face de gens vivant dans la gêne ou ne jouissant que de revenus limités et modestes, ne devraient pas permettre à ces derniers de s'imposer des obligations onéreuses, trop onéreuses pour être exemptes de spéculation.

Les compagnies sont toujours sûres de faire honneur à leur signature et de tenir leurs engagements, mais en est-il de même pour l'autre partie contractante? La nécessité suggère parfois des expédients si coupables qu'il ne faut pas offrir d'aliments à une pensée homicide. L'occasion enfante l'assassinat. Qu'on éloigne le péril, et l'on reculera les frontières du meurtre!

Puisque des piéges sont si souvent tendus à la bonne foi et à la timidité trop connue des compagnies, je ne vois pas pourquoi une certaine attention ne serait pas désormais dirigée en France du côté des circonstances mystérieuses, suspectes ou violentes, à la suite desquelles l'existence d'un assuré se trouve inopinément tranchée. Pourquoi continuerait-on à passer si rapidement condamnation lorsqu'une escroquerie se produit sous le couvert de la mort? Voici, à cet égard, les propositions très-simples et très-loyales que je tiens à formuler :

1° Si des doutes graves s'élèvent sur le genre de mort d'un assuré, les compagnies d'assurances doivent pouvoir demander impérieusement à la famille ou aux héritiers l'autorisation de faire procéder à l'autopsie par une commission de trois médecins, le médecin ordinaire, le médecin de la compagnie et l'un des médecins-experts près les tribunaux;

2° Si la famille ou les héritiers refusent énergiquement, les compagnies peuvent solliciter sans retard du président du tribunal une ordonnance de référé, qui tranchera sans recours ni appel la difficulté pendante;

3° Lorsque la mort de l'assuré reste enveloppée d'un impénétrable mystère et laisse tous les esprits dans le doute, ce doute doit toujours être interprété en faveur des parents ou des héritiers, et le montant de l'assurance doit leur être compté par les compagnies.

(1) A. S. Taylor et A. Tardieu, *loc. cit.*

NOUVELLES RECHERCHES

Sur la pathogénie et sur le traitement de l'albuminurie,

par le Dr M. Semmola,

Médecin des hôpitaux, professeur de thérapeutique dans la R. Université de Naples, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

(Mémoire lu a l'Académie de Médecine.)

Il y a six ans, j'eus l'honneur de communiquer à cette Académie plusieurs recherches que j'avais entreprises sur le mécanisme pathogénique et sur le traitement de l'albuminurie chronique proprement dite, ou albuminurie brightique. Dans ce travail j'avais abordé cette question sous le point de vue des changements chimiques ou moléculaires de l'albumine, comme point de départ de l'albuminurie. Les degrés de réaction différentiels entre l'albumine des divers états albuminuriques; l'influence très-considérable du régime (que j'avais signalée depuis 1850) sur les quantités d'albumine chassées avec l'urine; la diminution de l'urée à une époque à laquelle le mécanisme hystologique des reins n'était pas encore altéré, et enfin les résultats thérapeutiques que j'avais obtenus me permirent de conclure que, dans la maladie de Bright, le point de vue anatomique devait céder la place au point de vue chimique et physiologique; le passage de l'albumine dans l'urine devant être considéré comme la conséquence nécessaire d'un vice général de nutrition, par lequel l'albumine, étant devenue incapable de fonctionner, devait être éliminée, comme substance étrangère à l'organisme. En conséquence les altérations rénales, très-importantes sous le rapport de plusieurs symptômes et de la gravité finale de la maladie de Bright, ne jouaient, selon moi, aucun rôle dans la pathogénie albuminurique.

Depuis six ans, j'ai poursuivi sans cesse mes recherches sur le même sujet, profitant des nombreuses occasions que la clinique me présente, et pratiquant de nouvelles expériences dans le but de contrôler jusqu'à quel point ma manière de voir pourrait représenter la vérité dans un chapitre de pathologie si complexe et encore si obscur. Je me fais un devoir d'achever ma première communication, en soumettant au jugement de l'Académie les résultats que j'ai obtenus, surtout parce qu'ils me semblent capables d'éclairer la direction des recherches ultérieures et de leur donner un intérêt pratique qui doit être le vrai but des progrès de la médecine. Je regrette que les limites imposées pour une communication académique me forcent à résumer, sous forme de propositions, les points principaux de mon long travail, et je renvoie, pour les détails, à la monographie que je dépose, pour attendre le jugement de la commission.

1° Il est incontestable, comme je l'avançais il y a six ans, que l'examen à lui seul de la qualité de l'albumine précipitée par une urine, peut être considérée comme base d'un diagnostic différentiel entre l'albuminurie brightique et les autres albuminuries. Mais l'état très-imparfait de nos connaissances sur la constitution chimique de l'albumine ne permet pas de donner à ces différences un caractère facilement saisissable. Elles doivent se borner au degré de coagulation, à la solubilité et aux réactions de l'albumine vis-à-vis des acides, des alcalis et de certains sels, et encore ces différences se basent sur des nuances incapables d'être appliquées rigoureusement à la clinique.

2° C'est aussi par la même raison que j'ai renoncé (comme j'y avais songé au premier abord) à caractériser par un nom spécial l'albumine de la maladie de Brigth. Sans aucun doute, le degré de ses réactions n'est pas identique à celui de l'albumine du sérum de sang normal et des autres albuminuries; fort probablement cette différence rentre dans la série inconnue des changements déterminés dans les caractères de l'albumine, par les différentes proportions de sels minéraux qui se combinent avec elle, dans les phases successives de son rôle physiologique; mais il serait hasardé ou absurde de systématiser, comme l'on a prétendu le faire, pour l'albumine en général, quelle est cette constitution chimique ou moléculaire, au milieu du vague qui, malheureusement pour la physiologie et pour la pathologie, entoure l'histoire des principes plastiques de l'organisme.

3. Il existe un rapport frappant entre le degré des réactions de l'albumine de l'urine et celle du sérum du sang chez les albuminuriques par maladie de Bright; et puisque ces réactions, comme j'ai déjà annoncé, ne sont pas les mêmes que celles de l'albumine du sérum physiologique, il est à conclure que la constitution de l'albumine dans la maladie de Bright est plus ou moins profondément modifiée et diffère de l'albumine normale. Du reste, l'opalescence du sérum du sang dans certains cas, due, comme on le sait à présent très-bien, à la suspension de molécules albumineuses, est un phénomène qui devait faire pressentir cet ordre de modifications de l'albumine.

4. La diminution de la quantité d'urée dans l'urine des albuminuriques demande à être suivie avec plus de soin, car elle marque deux périodes bien distinctes de la maladie de Bright. La première de ces périodes a été jusqu'ici complétement méconnue, parce que les malades, à cette époque, échappent naturellement à l'étude du médecin; quand celui-ci attend qu'on l'appelle (1). Dans cette période, la diminution de l'urée date exactement du premier moment de l'albuminurie et demeure presque invariable pendant trois à quatre semaines; sans que jamais il soit possible de découvrir accumulation d'urée dans le sang. A cette époque, j'ai même obtenu une seule fois des résultats très-problématiques sur l'existence de l'urée dans le sang d'une jeune fille qui, sous l'influence d'un brusque et persistant refroidissement, devint albuminurique et anasarcatique au plus haut degré en trois jours. Mais, après un temps plus ou moins long (ordinairement un mois après la première apparition de l'albuminurie), la diminution de l'urée marque une seconde période en augmentant progressivement, en produisant et accumulant dans le sang deux, trois, et jusqu'à cinq fois son chiffre physiologique. Ces deux périodes de la diminution de l'urée représentent deux origines complétement différentes et tracent fidèlement la marche anatomique de la maladie. En effet, la première est exclusivement un fait général d'ordre chimique et respiratoire, dans la seconde période, au contraire, la diminution ultérieure est une conséquence locale d'ordre mécanique ou hystologique. Cette appréciation rigoureuse des faits trouve un autre contrôle dans l'absence de la diminution de l'urée dans toutes les autres espèces d'albuminuries symptomatiques, comme, par exemple, dans celle de la grossesse, dans les maladies du cœur, etc. C'est que, dans ces cas, il y a seulement albuminurie plus ou moins mécanique, et les lésions générales pathogéniques n'existent pas. Mais, si la cause mécanique de l'albuminurie persiste pendant très-longtemps comme dans certaines asystolies, dans les entraves circulatoires qui succèdent aux lésions pulmonaires étendues, etc., les lésions nutritives des reins succédant à la longue stase rénale, la diminution de l'urée commence; et, dans certains cas (albuminuries cardiaques), elle devient la cause d'accidents très-graves.

5° Un autre fait caractéristique de l'albuminurie brightique est la diminution des sulfates dans l'urine. On ne la trouve pas dans l'urine des autres albuminuries; et cette circonstance sur laquelle on a glissé sans s'en apercevoir, a un grand intérêt dans l'appréciation de la pathogénie albuminurique.

6° Les mécanismes des différentes albuminuries pathologiques ont un représentant dans les albuminuries artificielles. Le rapprochement rigoureux des conditions d'existence des albuminuries artificielles vis-à-vis des albuminuries spontanées est la seule voie possible pour remettre la vérité à sa place. Ainsi, par exemple, l'augmentation de la pression veineuse et la stase rénale rappelle bien l'albuminurie cardiaque ou mécanique, en général; l'albuminurie produite par l'injection d'eau dans les veines nous conduit à l'albuminurie discrasique ou chloro-anémique; l'albuminurie qui succède à la section des filets du grand sympathique qui enlacent l'artère rénale, nous explique par la paralysie vaso-motrice pourquoi, dans certaines maladies nerveuses, l'albumine se présente dans les urines, etc. Aussi, en parcourant toute la série des albuminuries, on s'apercevrait aisément qu'il n'existe pas peut-être un chapitre de pathogénie qui puisse être aussi nettement expliqué.

7° L'albuminurie de Bright proprement dite trouve la plus fidèle reproduction dans l'albuminurie artificielle qui succède à la suppression des fonctions cutanées par des enduits imperméables. Il est vraiment à regretter que la préoccupation anatomique ou les explications fausses qu'on a portées sur ce point de physiologie pathologique aient détourné presque complétement l'attention de ceux qui ont étudié l'albuminurie, du grand intérêt pathogénique des faits annoncés par Fourcault et Babiani. La rétention d'eau dans le sang par défaut de transpiration cutanée, l'accumulation de l'albumine dans le sang, par suppression des pertes albumineuses que la peau devrait faire, l'augmentation de l'acide lactique du sang, etc., ne peuvent rappeler que quelques-uns des effets, et même les moins importants, d'une action perturbatrice extrêmement complexe et de la plus haute valeur, parce qu'elle se rattache aux fonctions respiratoires de la peau, et qui, en première ligne, doit retentir sur la marche ascendante des principes protéiques de l'organisme, dont certains produits d'oxydation se rattachent au groupe des acides gras volatils qu'on trouve dans la sueur. Cette paralysie respiratoire, — permettez-moi la phrase, — des principes albuminoïdes, représente la condition fondamentale de l'albuminurie brightique.

8° En dehors de ces altérations générales d'ordre respiratoire, la suppression des fonctions cutanées produit aussi un état congestif viscéral en conséquence du refoulement de la circulation périphérique dans le réseau capillaire des organes. Les reins entrent nécessairement dans le nombre et fournissent ainsi l'autre point de départ nécessaire pour expliquer le déroulement successif des phases anatomiques de la maladie de Bright. Cette vue est complétement contrôlée par l'expérience, en modifiant, comme j'ai songé à le faire, le procédé employé par Fourcault: au lieu de recouvrir entièrement la peau d'un chien, ce qui fait mourir l'animal dans quelques heures, j'ai appliqué une solution de cautchouc par plaque, de façon à n'occuper que la moitié à peu près de toute la surface cutanée. L'animal devient albuminurique plus légèrement, mais il peut vivre ainsi jusqu'à six semaines, en ayant soin de renouveler l'application de l'enduit imperméable tous les jours. Pendant la première semaine, les reins sont seulement congestionnés de plus en plus et augmentés de volume, et les urines présentent quelques cylindres fibrineux et des cellules épithéliales détachées des tubes urinifères; mais graduellement les reins se modifient, et, à la fin de la quatrième semaine, ils se présentent plus pâles, avec une consistance plus dure, leur capsule se détachant facilement et la surface ayant un aspect légèrement granuleux. Si l'on coupe ce rein et l'on applique quelques gouttes de solution d'iode, on voit une coloration d'un rouge jaunâtre, et si l'on ajoute encore une goutte d'acide sulfurique, la teinte rouge tourne au violet et enfin au bleuâtre. Il est évident que ce rein a subi un commencement de dégénérescence amyloïde, que l'on doit considérer comme une des formes anatomiques de la maladie de Bright, à l'exception de ceux qui veulent à tout prix identifier sa forme clinique exclusivement avec la néphrite parenchymateuse athrophique, qui, en réalité, ne représente que la lésion la plus ordinaire.

9° L'albuminurie, en conséquence, et la lésion rénale dans la maladie de Bright doivent être envisagées comme le résultat d'une double série d'effets qui succèdent à la suppression plus ou moins brusque des fonctions cutanées. Une première série comprend des troubles généraux d'ordre respiratoire, par lesquels est plus ou moins complétement empêchée l'oxydation des matériaux azotés introduits dans l'organisme sous forme de peptones; et, en conséquence, la production de l'urée diminuée d'un côté et l'élimination nécessaire de l'albumine de l'autre.

Il va sans dire que la diminution des sulfates répond parfaitement à cette doctrine, parce qu'elle doit être la conséquence de la combustion plus faible des principes albuminoïdes, dont le soufre est une des sources principales. La seconde série d'effets est représentée par des altérations d'ordre méca-

(1) Chez nous, dans le midi, et surtout à Naples, nous avons une foule de fabricants de sorbets. Ces hommes-là passent leur vie dans la glace et souffrent tôt ou tard les conséquences les plus graves du froid et de l'humidité. Ils deviennent très-fréquemment albuminuriques et faisant une revue de leur urine, même quand ils avaient l'air de se porter bien, j'en découvris plusieurs qui ne se doutaient pas de se trouver dans le commencement d'une maladie si grave.

nique, dues au refoulement de la circulation périphérique et produisant principalement un état congestif rénal, qui persiste avec la persistance de la cause; augmente incessamment par l'excitation fonctionnelle due à l'élimination forcée de l'albumine et devient le point de départ de vices de nutrition très-graves, dont le développement vient à être considérablement favorisé par l'état général cachectique dû à la parésie respiratoire. La production de substance amyloïde doit être en effet regardée comme un des produits azotés d'une nutrition incomplète.

En conséquence, il est tout naturel que l'urée soit diminuée dans sa production par le défaut respiratoire, et que sa diminution dans les urines albumineuses, dans la première période de la maladie, ne soit pas accompagnée d'urémie, tandis que, dans une seconde période, c'est-à-dire, à l'époque où les lésions du mécanisme hystologique des reins empêchent la filtration des matériaux propres à l'urine, le chiffre de l'urée baisse davantage et progressivement et s'accumule dans le sang pour préparer l'issue fatale de la maladie. Ainsi il me paraît évident que l'on doit conclure péremptoirement que l'albuminurie et la lésion rénale n'ont aucun rapport de cause à effet; qu'ils représentent deux résultats d'une même cause, qui marchent en même temps séparément et se contrôlent d'accord, et tandis qu'une cachexie décourageante se produit à la suite d'une nutrition avortée, les reins parcourent nécessairement toutes les conséquences de l'hypérémie ou de la néphrite initiale. Par cette doctrine basée sur des preuves de tout genre, la maladie de Bright doit être considérée sous le point de vue étiologique — *une paralysie fonctionnelle de la peau;* sous le rapport du processus morbide — *une asphyxie des substances albuminoïdes;* et sous le rapport anatomique, une dégénérescence graisseuse et amyloïde des reins. Et puisque ces dernières altérations constituent réellement la seconde période de la maladie, il faut abandonner une appréciation purement anatomique de l'albuminurie brigthique, qui a été bien fatale pour les progrès de la thérapeutique, quand on n'oserait pas compter comme progrès les déceptions incessantes des indications déduites par des hypothèses ou par des antagonismes apparents entre l'effet sensible d'un remède et la forme d'un symptôme. — Il y a déperdition d'albumine; réparez les pertes par un régime de viande. — Il y a hypoglobulie, donnez le fer. — Les accidents dispeptiques se déclarent, ayez recours aux toniques. — Les reins sont pervertis dans leurs fonctions, administrez du tannin.

Permettez-moi de l'avouer, il est vraiment regrettable pour le clinicien éclairé de devoir compter sur de pareilles indications prétendues rationnelles, qui n'ont pas même l'avantage d'une utile médication symptomatique.

10. D'après les données que nous avons exposées, la thérapeutique vraiment rationnelle de l'albuminurie brightique se résume dans deux indications: indication étiologique, —rétablir l'activité fonctionnelle de la peau; indication morbide, — favoriser les combustions protéiques de l'organisme.

11. Les sudations dans la laine et, dans les cas plus rebelles, les sudations dans l'étuve sèche, toujours suivies de douches en cercle ou de lotions plus ou moins froides, répondent parfaitement à l'indication de rappeler les fonctions de la peau. Cette méthode est incontestablement supérieure à l'emploi des bains chauds, qui sont moins facilement tolérables, produisent un relâchement général dans tout l'organisme, et surtout n'ont pas le double avantage d'exciter la peau d'un côté et d'avoir un retentissement général sur tous les travaux nutritifs de l'économie. Vous savez qu'il y a longtemps que j'emploie cette méthode avec le plus grand succès, par ce que je vous en ai rapporté, il y a six ans, des cas de guérison très-remarquables. Je n'ai pas à changer mon avis pour les expériences successives, et je suis heureux d'être, sur ce point de thérapeutique, tombé d'accord avec des autorités cliniques éminentes (Graves). Seulement, je ne pourrais pas me passer ici d'une remarque très-nécessaire. Dans aucune maladie, la vigilance incessante et la prudence du médecin ne sont plus indispensables que dans l'application de l'hydrosudopathie ou traitement de l'albuminurie. — Une petite erreur de durée dans les applications froides après les sudations, une réaction défectueuse sont fatales, parce qu'elles concourent à augmenter rapidement l'intensité des symptômes. C'est pour cela précisément qu'il ne faut pas commencer le traitement d'emblée, mais graduellement et en proportion de la facilité avec laquelle l'organisme répond à l'appel de la médication. — C'est enfin pour la même raison que je crois cette méthode très-peu utile et quelquefois même dangereuse dans la dernière période de la maladie.

12. L'hydrothérapie peut rendre aussi de grands services pour empêcher le développement de certaines albuminuries qui pourraient ensuite devenir de vraies albuminuries brightiques; comme, par exemple, celle qui peut suivre la scarlatine. L'excitation hydrothérapique des fonctions de la peau appliquée quand l'éruption a complétement cessé, est un moyen sûr pour étouffer les dispositions des convalescents de scarlatine à l'albuminurie. Je l'ai appliquée avec un tel succès et avec une telle conviction que j'ai commencé par mes enfants, et je ne saurais assez vivement appeler l'attention des praticiens sur ce point d'hygiène thérapeutique applicable, sous différents points de vue, dans toutes les fièvres éruptives.

13. Pour répondre à la seconde indication thérapeutique, c'est-à-dire activer les combustions pratiques de l'organisme, j'ai songé à des moyens qui m'ont semblé ne laisser rien à désirer, c'est-à-dire l'arsenic et les inhalations d'oxygène. On sait très-bien que ces deux agents, et surtout le premier, peuvent produire dans l'organisme physiologique une exagération telle dans les combustions protéiques que l'urée peut augmenter du double et qu'une élévation pareille se produit dans les sulfates et dans les phosphates de l'urine. Il est facile de prévoir l'importance de cette médication dans une maladie qui offre des caractères si saillants de paralysie respiratoire protéique. Les résultats ont dépassés mon attente; car les albuminuriques soumis au traitement arsenical, oxygéné et hydrosudopathique, présentent des améliorations journalières et marchent rapidement vers la guérison.

Cependant, il faut bien reconnaître que si la période organique est confirmée, comme cela peut être jugé par l'analyse morphologique de l'urine (cylindres fibrineux emprisonnant des cellules épithéliales graisseuses ou infiltrées de granulations protéiques, cylindres granulo-graisseux ou hyalins), les effets de la médication deviennent très-peu appréciables, et même souvent l'état des forces des malades ne permet pas de continuer les pratiques hydrodusopathiques, sans lesquelles les effets comburants de l'arsenic deviennent presque nuls; à cause, je crois, de l'obstacle, que la paralysie des fonctions respiratoires de la peau présente au mécanisme complet de l'action physiologique de ce remède. Cette remarque est très-importante au point de vue de la thérapeutique générale. Elle prouve que l'indication rationnelle d'un remède basé, en général, sur son action physiologique, antagoniste de l'altération morbide, est très-incomplète et qu'elle peut même avorter complétement, si la maladie présente en elle-même des conditions matérielles qui soient contraires au mécanisme de l'action physiologique du médicament que l'on a proposé. J'emploie l'arsenic à doses très-légères; deux ou trois gouttes au plus de liqueur de Fowler dans les vingt-quatre heures. Si l'on dépasse ces doses, les effets de l'arsenic deviennent tout à fait contraires; ce qui prouve que, dans les opinions si contradictoires qui existent sur les effets de l'arsenic, la question des doses doit entrer pour les neuf dixièmes.

14. Quand la lésion rénale est assez avancée, mais que, d'après l'analyse microscopique, on peut avoir lieu d'espérer encore, j'ai souvent remarqué qu'il est très-utile de joindre au traitement arsenical l'iodure de potassium, qui doit exercer une influence considérable pour arrêter les dégénérescences interstitielles des reins. Cette indication a été, la première fois, rappelée par l'illustre et vénéré maître feu Prudente.

15. Le régime à choisir pour les albuminuriques doit être le régime végétal ou féculent avec très-peu de viande. Quand l'on prétend réparer les pertes de l'albumine par une alimentation excessivement azotée, l'on oublie les lois physiologiques de la nutrition, ou l'on croit très-naïvement qu'il suffit de fourrer dans l'estomac tout ce qu'on veut pour qu'un organisme malade puisse remplir ses lacunes chimiques — comme cela se voit dans plusieurs soi-disants progrès de la thérapeutique moderne.

Messieurs, arrivé au terme de cette communication, je sens le devoir de vous remercier du bienveillant accueil que vous avez voulu faire à ma parole et je me flatte que l'Académie voudra bien porter son attention sur cette nouvelle direction de recherches, qui, sans nullement prétendre avoir conduit au dernier mot sur un point encore digne de longues études, pourront, du moins, rappeler une vérité oubliée souvent par les médecins de certaines écoles, c'est-à-dire que la vraie pathologie scientifique ne peut se constituer qu'en cherchant la cause des phénomènes biologiques sous tous les points de vue, et que vouloir rester exclusivement dans la voie de l'anatomie pathologique, c'est arrêter les progrès de la médecine expérimentale avec un reste de scolastique bien digne du moyen âge.

EMPOISONNEMENT MERCURIEL

par la pommade au citrate acide de mercure

par M. le Dr Dubar.

La nommée Mathilde L..., âgée de 22 ans, servante de ferme, me consulta il y a trois mois pour une affection psorique, contre laquelle je lui ordonnai la pommade d'Helmerich, étendue d'axonge. Ne se trouvant pas guérie assez promptement, elle alla depuis demander aux pharmaciens diverses pommades qui lui fissent *plus d'effet*. Elle employa, à ce que j'ai su depuis, la pommade citrine, qui fut également sans résultat. Enfin, il y a huit jours, elle s'adressa à un pharmacien qui lui délivra, *sans ordonnance*, et sans examiner la malade, une pommade au citrate acide de mercure. Ce nouveau remède ne resta malheureusement pas inactif.

La malade s'était tellement gratté le derme, à cause des démangeaisons, que la peau, surtout celle du dos, offrait de nombreux points ulcérés. En outre, la pommade au nitrate acide, mal conservée ou mal préparée, s'était décomposée en deux parties, l'une composée de matières grasses, l'autre entièrement liquide, qui n'était autre que le poison. Or, c'est précisément avec ce liquide qu'on la frotta. L'absorption se fit et les symptômes d'empoisonnement mercuriel ne tardèrent pas à apparaître: ptyalisme, mal de gorge, douleurs épigastriques et abdominales, vomissements porracés et selles sanguinolentes, liseré gingival, etc.

On me fit appeler le lendemain de l'apparition de ces symptômes; j'employai sans délai l'eau albumineuse, le lait, puis le chlorate de potasse. Rien ne put la sauver; le pouls radial fut toujours insaisissable; la diarrhée sanguinolente et les vomissements continuèrent jusqu'à sa mort, qui arriva le quatrième jour.

N'est-il pas regrettable de voir des pharmaciens sortir de leurs attributions et délivrer à tout hasard, au détriment des malades, des médicaments dangereux, et dont l'emploi inopportun occasionne de si terribles conséquences?

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 octobre 1867. — Présidence de M. Chevreul.

CORRESPONDANCE.

M. **Sédillot** prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Velpeau. (Renvoi à la section.)

COMMUNICATION

De l'ablation des malléoles fracturées dans les luxations du pied compliquées de l'issue des os de la jambe au travers des téguments.

M. **Sédillot** résume de la manière suivante un travail qu'il soumet au jugement de l'Académie:

1° La résection des surfaces articulaires tibio-péronières et l'ablation des malléoles fracturées semblent les indications les plus favorables au traitement des luxations du pied compliquées de plaie et de l'issue des os de la jambe;

2° Des incisions longitudinales doivent être étendues aux deux côtés de la jambe, au delà des extrémités osseuses, afin d'ouvrir largement l'articulation tibio-tarsienne et d'offrir une libre issue aux liquides épanchés dont la rétention et la putridité sont prévenues;

3° Ces incisions font cesser la tension et l'étranglement des téguments et favorisent la réduction. La résection des surfaces osséo-cartilagineuses permet également de replacer plus aisément les os luxés, relâche les tissus et tend à rendre la guérison plus simple et plus prompte;

4° Si l'astragale était brisé, il faudrait enlever les fragments mobiles, ou même la totalité de l'os; on se bornerait à en détacher la couche osséo-cartilagineuse supérieure ou tibiale, si l'on ne constatait pas de fracture et que l'opération n'entraînât ni trop de délabrement, ni trop de difficultés;

5° Les fibro-cartilages articulaires se séparent des os subjacents, en totalité ou en partie, dans les articulations ouvertes et suppurées, et jouent alors le rôle de corps étrangers, ou sont absorbés sur place. Ces changements exigent habituellement un temps assez long, et l'on peut espérer l'abréger par la résection;

6° La conservation du périoste des extrémités des os de la jambe et des malléoles n'aurait aucun avantage et peut être négligée;

7° Parmi les indications curatives auxiliaires, l'immobilité tient le premier rang. La réduction doit être complète et le pied maintenu à angle droit sur la jambe et très-légèrement incliné en dedans, comme il l'est naturellement;

8° Les attelles plâtrées, embrassant la partie postérieure de la jambe, le talon et la face plantaire du pied, semblent le meilleur moyen de contention. Il est nécessaire de les doubler de coton et de les recouvrir d'un vernis imperméable pour en empêcher le ramollissement. On les renouvelle dès qu'elles étranglent les parties, font obstacle au libre écoulement du pus ou cachent des lésions (ulcérations et abcès) qu'il importe au chirurgien de reconnaître et de combattre;

9° L'ankilose est, en général, le résultat le plus désirable à obtenir. Chez les jeunes gens cependant, et lorsque les plaies sont fermées rapidement et sans accidents, on pourrait tenter la formation d'une pseudarthrose par des mouvements provoqués et renouvelés. Les cellules régénératrices restent à l'état fibreux et fibro-cartilagineux, et une certaine mobilité s'établit entre le tibia et l'astragale, et remplace, au moins en partie, la jointure du coude-pied. Dans tous les cas, les articulations médio-tarsienne et astragalo-scaphoïdenne aident, par leur laxité, au rétablissement des usages du membre, et la marche, favorisée par un talon un peu élevé, s'exécute facilement.

10° Nous ne parlons pas des accidents ordinaires primitifs, et consécutifs, si fréquents à la suite des luxations compliquées du pied; l'histoire en est tracée dans tous les ouvrages de chirurgie, et les procédés que nous avons proposés ont pour but d'en prévenir le plus grand nombre.

11° Nous ne croyons pas avoir résolu toutes les questions que nous venons d'exposer. L'expérience seule, et une expérience prolongée, pourra en fixer définitivement la valeur. Mais nous sommes convaincu de l'avantage, dans les sciences expérimentales et pratiques comme la nôtre, d'appeler l'attention et la controverse sur les difficultés qui se présentent chaque jour et que l'on n'est pas encore parvenu à résoudre. Chacun s'efforce alors d'apporter sa part d'observation aux points en litige, et la science et l'art s'éclairent et se perfectionnent.

LECTURES.

Recherches sur la nature des miasmes fournis par le corps de l'homme en santé.

M. **Lemaire.** — Partis des corps qui les fournissent, c'est à la surface du corps, en dehors des organes, que les Microphytes et les Microzoaires se développent sur l'homme en santé.

Le dépôt, vulgairement appelé *crasse*, que la sueur, les poussières atmosphériques et celles qui sont contenues dans le linge produisent sur la peau de tout le monde, et qui s'y accumule chaque jour, fournit des myriades de ces petits êtres. Ils sont d'autant plus nombreux que cette crasse est plus abondante. Ce dépôt, qui contient une matière albuminoïde provenant de la sueur, est constamment entretenu à l'état humide ou semi-liquide par la transpiration insensible et par les glandes sudoripares, activées dans le jour par l'exercice, la nuit par la chaleur du lit. Le contact de l'air et la température moyenne du corps, voisine de plus 37 degrés centigrades, font que ce dépôt est dans les conditions les plus favorables à la fermentation, par conséquent pour que les Microphytes et les Microzoaires puissent se développer.

En l'étudiant sur des hommes et des femmes de trente à soixante-dix ans, qui avaient négligé pendant huit et quinze jours les soins de la toilette, voici ce que j'y constatai, après avoir provoqué la transpiration au moment de l'examen: odeur fétide aux régions ano-périnéale, inguino-scrotale, inguino-vulvaire et aux pieds, produite par la matière qui s'y était amassée. Elle rougissait faiblement le papier de tournesol. Le microscope y révélait l'existence, en grand nombre, de corps diaphanes, sphériques, ovoïdes et cylindriques, semblables à ceux dont j'ai constaté l'existence dans l'air confiné, au fort de l'Est; de plus, des myriades de Bactéries (*Bacterium termo, Bacterium catenula*, formés de deux, trois, quatre et cinq articles; *Bacterium punctum*), des Vibrions, des *Spirillum volutans* et des Monades ovoïdes, dont quelques-unes étaient échancrées.

La matière recueillie sous les aisselles rougissait le papier de tournesol et contenait des spores ovoïdes, des corps diaphanes et de rares *Bacterium termo*. Celle qui s'était amassée sur le devant de la poitrine, à l'épigastre, sur l'abdomen et aux régions lombaires et dorsales, rougissait fortement le papier de tournesol. Elle contenait des spores rondes, offrant un noyau central qui les fait ressembler à des pièces de monnaie: ces spores ont de 0,004 à 0,005 de millimètre de diamètre; puis d'autres spores ovoïdes, dont un certain nombre était en état de bourgeonnement et dont quelques-unes étaient bijuguées: leur longueur variait de 0,0035 à 0,0045 de millimètre et leur largeur de 0,0025 à 0,0035 de millimètre. Point d'animalcules. J'attribue leur absence à la grande acidité de cette crasse.

Le cérumen ne contenait ni corps diaphanes, ni spores, ni animalcules.

L'air confiné se sature assez vite de la vapeur d'eau fournie par les poumons et par la peau. Alors, l'atmosphère ne pouvant plus en prendre, l'enveloppe cutanée se couvre de sueur. Ces conditions favorisent à la fois le développement des Microphytes et des Microzoaires sur la peau et dans l'air confiné, dont la température est plus élevée que celle de l'atmosphère extérieure.

Dans des expériences que j'ai faites sur les fermentations alcooliques et putrides, j'ai démontré que les gaz et les vapeurs

qui s'en dégagent entraînent en grande quantité des propagules, des spores, des corps reproducteurs de Microzoaires et même des animalcules, entièrement développés. C'est de cette manière que ceux qui existent sur la peau me paraissent se répandre dans l'atmosphère.

J'ai fait des expériences à l'air libre, à Paris, par une température de plus de 35 à 36 degrés centigrades, sur de la viande, des solutions d'albumine et sur d'autres matières fermentescibles. Dans ces conditions, j'ai constaté que douze heures suffisent pour le développement de *Bacterium termo* et de Vibrions. La présence d'animalcules, entièrement développés six heures après la condensation de la vapeur d'eau recueillie dans les chambrées du fort de l'Est, peut être expliquée par la température élevée du corps de l'homme et par l'existence d'une grande quantité de vapeur d'eau dans cet air, conditions qui hâtent leur développement.

Les effets rapides et pernicieux produits par les miasmes des pays chauds et par ceux qui sont fournis par le corps de l'homme en santé pourraient bien tenir à ce qu'ils sont plus vigoureux, ce qui est démontré, parce qu'ils arrivent plus vite à l'état adulte que ceux des pays tempérés, dont les effets sont beaucoup moins redoutables.

Le dépôt qui se forme dans la vapeur d'eau condensée au-dessus des marécages, dans les salles de dissection d'hôpital et dans l'air confiné, a été considéré comme une substance azotée qui se putréfie. Je me suis assuré que, dans tous ces cas, il est le résultat du développement de Microphytes et de Microzoaires.

Je n'ai pas trouvé de ces petits êtres dans le mucus provenant des fosses nasales, du pharynx, de la cavité buccale, de l'urètre, du vagin, ni dans les crachats bronchiques d'hommes et de femmes en parfaite santé. J'en ai conservé dans de petites bouteilles bouchées, renfermant de l'air, et j'ai constaté qu'ils résistent plus longtemps à la décomposition que la viande et d'autres matières organiques.

Des micographes ont signalé l'existence de Bactéries et de Vibrions dans la matière pultacée qui s'amasse sur les dents, ainsi que dans les restes d'aliments. J'ajouterai que, sur les individus qui ont des dents cariées et les gencives irritées ou malpropres, on y trouve en outre des *Spirillum volutans* et des Monades en grand nombre.

Je me suis assuré que les produits de la respiration qui traversent une bouche en cet état entraînent non-seulement des corps reproducteurs de Microzoaires, mais même de ces petits êtres entièrement développés.

On pense généralement que, dans la vapeur d'eau qui se dégage des poumons, lorsqu'elle est ramenée à l'état liquide à l'aide du froid, il se forme, au bout de quelques jours, un dépôt de matière azoté qui se putréfie. Les expérimentateurs ont été induits en erreur. Le dépôt qui s'est formé dans leurs expériences tient au développement d'infusoires provenant de l'air ambiant et de la bouche. Ces derniers sont entraînés par les produits de l'expiration.

» Si l'on nettoie préalablement la cavité buccale et la gorge, avec de l'eau contenant 2 pour 100 d'acide tartrique, qui tue les Microzoaires, et qu'on lave ensuite ces parties largement avec de l'eau pure; cette précaution prise, si l'on aspire l'air par les narines, et que l'on fasse passer le produit de l'expiration dans un tube à boules entouré de glace, dont une extrémité est maintenue entre les lèvres, et que l'on évite d'y introduire de la salive, la vapeur d'eau de la respiration condensée dans ces conditions ne donne naissance ni à un dépôt, ni à des Microphytes, ni à des Microzoaires. J'en ai conservé pendant un an dans un flacon bouché à l'émeri, qui est resté toujours limpide.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	515
M. C.	5
M. Azam.	20
TOTAL	540

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 octobre 1867, M. le Dr Lagarde, médecin-major de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours de l'internat et prix de l'externat a été ouvert, comme nous l'avions annoncé, le jeudi 17 octobre.

Les candidats ont eu à traiter : 1° Artères des intestins ; 2° Signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Lebrethon, médecin en chef de l'hôpital de Panama, et de M. le Dr Savardan (de la Chapelle-Gauguin).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le Dr Chassaignac. 2 vol. gr. in-8 compactes. Prix : 18 francs. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr Chassaignac, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte. Prix : 28 fr. — Paris, V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. Fano, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 figures et dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le Dr Chassaignac. Prix de chaque volume : 3 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 125. — JEUDI 24 OCTOBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 24 OCTOBRE 1867. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 23 OCTOBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

Deux lectures ont occupé cette séance. M. le Dr Bourguet (d'Aix), dont nos lecteurs connaissent déjà plusieurs importants travaux, a lu un mémoire sur le bubon d'emblée, considéré comme accident primitif de la syphilis; et M. le Dr Poznanski a donné lecture d'un travail sur la pathogénie du choléra.

L'histoire de la médecine, et celle de la syphilis en particulier, semble destinée à d'éternelles oscillations et aux retours d'opinion les plus imprévus. Il était bien entendu, une fois pour toutes, de par M. Ricord et son Ecole, qu'il n'existait point de bubon d'emblée, que c'était là une de ces erreurs si fréquentes dans les anciennes doctrines de la syphilis dont on avait fait à jamais justice. Cependant, dans une lecture faite à l'Académie par M. le Dr G. Lagneau, et qui a été l'objet d'un remarquable rapport de M. Bergeron, la doctrine du bubon d'emblée est de nouveau soutenue et appuyée sur des faits nombreux. Il y est dit, notamment, qu'un médecin militaire attaché au corps expéditionnaire du Mexique, M. le Dr Libermann, a pu compter, dans le service dont il était chargé, 9 cas de bubon d'emblée sur 90 vénériens, et que, dans des statistiques recueillies aux îles Marquises, le bubon d'emblée figure pour le chiffre 156 sur 397 affections vénériennes. Il résulterait, d'ailleurs, de l'ensemble de faits réunis dans ce travail, que le bubon d'emblée se présenterait beaucoup plus fréquemment dans certaines contrées que dans d'autres.

M. le Dr Bourguet est disposé à croire, pour son compte, que si l'on se livrait à une semblable enquête statistique pour la France, il en ressortirait très-probablement que le bubon d'emblée est beaucoup plus commun qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Il se fonde en cela sur ses propres observations. Sur un total de 71 vénériens qu'il a eu à traiter dans son service à l'hôpital d'Aix, dans l'espace de trois mois, il en a observé 3 cas, ce qui, dit-il, tout en représentant une proportion sensiblement moins élevée que celle du Mexique et des îles Marquises, constitue cependant un chiffre bien supérieur à celui qui est généralement admis. D'après M. Bourguet, l'existence plus ou moins fréquente du bubon d'emblée, ne pourrait donc plus être mise en doute, pas plus en France qu'ailleurs. La question à résoudre, pour lui, ne serait pas l'existence même du fait, qui lui paraît incontestable, mais bien de savoir s'il ne s'agirait là que d'un simple engorgement de nature inflammatoire, n'offrant rien en soi de spécifique, ou bien s'il convient de rattacher cette lésion à la syphilis, dont elle constituerait, dans quelques cas exceptionnels, l'accident primitif, la première manifestation extérieure.

La manière, très-nette, d'ailleurs, dont M. Bourguet formule la question, après l'affirmation que semblait impliquer le titre même de son mémoire, nous porterait à croire qu'il n'est pas très-sûr encore lui-même de la véritable signification des faits qu'il invoque. Nous n'avons pas eu, du reste, le loisir de lire tout au long et à tête reposée la relation de ces faits. Aussi ne nous permettrons-nous, à cet égard, aucune appréciation. Le travail de l'honorable chirurgien d'Aix a été renvoyé à l'examen d'une commission, composée de MM. Ricord, Legouest et Broca, à qui incombe le devoir de nous en dire leur sentiment.

Le travail de M. le Dr Poznanski a pour objet une interprétation physiologique des principaux phénomènes constitutifs du choléra épidémique. Il y a une dizaine d'années environ, nous avons déjà signalé les résultats des premières recherches sphygmométriques de M. Poznanski, recherches qui l'avaient conduit à constater un ralentissement plus ou moins considérable de la circulation chez des sujets qui, bien que paraissant conserver encore toutes les apparences de leur bon état de santé habituel, devaient être frappés plus tard par l'épidémie régnante. Ce ralentissement préalable de la circulation, sans autre prodrome appréciable, est devenu, dès lors, à ses yeux un signe d'imminence de la maladie. Tel a été le point de départ de ses nouvelles études dont on trouvera les résultats résumés dans l'extrait que nous publions au compte rendu.

Il n'a pas été donné suite, dans cette séance, à la discussion sur la tuberculose, si brillamment ouverte, mardi dernier, par M. Chauffard. Il est à craindre que les lectures de candidatures, que va nécessairement amener la déclaration de deux vacances faites au début de cette séance, et les rapports des commissions de prix qui vont être incessamment portés à l'ordre du jour, n'obligent à ajourner indéfiniment la suite de cette discussion. Nous saisirons ce nouveau sursis pour exposer les éléments principaux de la question. Le livre que vient de publier M. le Dr Villemin, sur ce sujet, nous en fournira tout naturellement l'occasion.

Dr BROCHIN.

ECOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Des questions médico-légales relatives aux assurances sur la vie (1).

DE L'EXAMEN DES INDIVIDUS QUI DEMANDENT A S'ASSURER.

III

L'assurance est un sol d'une nature toute spéciale : la prévoyance le défriche et l'épargne le fertilise. Quant à l'or de la moisson, il n'est remis qu'à la veuve et aux enfants.

Plus d'un individu se sentant malade et redoutant l'avenir, vient à songer tardivement à contracter une assurance, mais soit qu'il ait ou non conscience de son état, il cherche à dissimuler sa souffrance, demande un certificat au premier médecin venu, dont il est sûr de n'être point connu, puis il se présente résolûment devant le médecin officiel d'une compagnie. Ce dernier confrère met souvent le doigt sur le point vulnérable, mais il est fréquemment aussi induit en erreur. La plupart des compagnies, en effet, remboursent des sommes importantes, dans le cours de la première année, et alors que l'assuré n'a encore payé que deux ou trois primes semestrielles. Cet assuré était-il malade ou fortement menacé de le devenir, lorsqu'il a signé son contrat ? Dans les deux tiers des cas, cela est évident.

Dans la crainte de manquer des opérations qui leur paraissent devoir être fructueuses, les compagnies font preuve d'une grande confiance, et afin de soustraire le plus possible les postulants aux formalités ennuyeuses d'un examen médical vraiment sérieux, elles ne font faire par le seul médecin de la compagnie qu'une visite des plus superficielles. Il y a là un vice de forme. Les compagnies sont aujourd'hui assez puissantes pour exiger plus de garanties, et il me semble qu'elles ne devraient plus consentir aussi facilement qu'autrefois « à faire la part du feu. » Qu'elles doublent leur service médical, qu'elles lui impriment une direction un peu plus sévère, et, à la fin de l'année, elles solderont moins de capitaux assurés seulement depuis quelques mois ou depuis un an. Toute la question est là.

Je tiens à vous signaler maintenant quelques-uns des vices rédhibitoires les plus communs, en matière d'assurances sur la vie. Je ne puis vous faire ici l'histoire médico-légale de tous les états morbides faciles à dissimuler, mais je veux tout au moins appeler votre attention sur certaines habitudes, infirmités ou maladies, qui sont essentiellement capables de restreindre la durée de la vie et dont on doit nécessairement tenir un grand compte.

Ivrognerie. — Il se fait actuellement un tel abus de liqueurs alcooliques que la proportion des alcoolisés est de 25 p. 100 à Bicêtre. Rien n'égale les ravages causés par l'absinthe, et il y a vraiment là quelque chose de comparable à ce qui se passe en Chine pour l'opium ! Dès qu'une épidémie éclate quelque part, savez-vous sur qui frappe d'abord le fléau ? sur les alcoolisés. Ce fait a été mis hors de doute par les dernières épidémies cholériques.

A l'aide de nombreuses expériences qui ont été faites sur l'homme et sur les animaux, on a demontré que l'alcool passait en nature dans les veines, qu'il se répandait et s'accumulait dans les tissus et dans les organes, mais dans des proportions inégales, et que si, par exemple, on peut représenter par 1 la quantité d'alcool contenue dans le sang, on trouve dans le foie 1,48, et dans le cerveau 1,75. Si l'alcool est un modificateur spécial de l'économie et notamment du système nerveux, il n'est pas surprenant de voir l'usage répété de l'eau-de-vie et de l'absinthe entraîner des troubles si graves du côté de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence, réduire de beaucoup la durée normale de la vie, occasionner fréquemment des morts subites, conduire plus souvent encore au suicide et devenir enfin une cause forcée de refus d'assurance.

A. S. Taylor a rapporté sept cas d'habitudes d'ivrognerie ou d'anciens accès de *delirium tremens* dissimulés, qui ont donné lieu, en Angleterre, à des difficultés judiciaires entre les héritiers des assurés et les compagnies d'assurances. En pareille occurrence, vous devez vous faire un jugement tout de suite, et dire ceci : de deux choses l'une, ou la police d'assurance est valable, et alors il faut faire démontrer par de nombreuses preuves testimoniales que le décédé était habituellement sobre à l'époque de la signature du contrat; ou la police d'assurance est entachée de nullité, et alors il faut fournir les preuves de l'ivrognerie antécédente, des accès dissimulés de *delirium tremens*, etc., etc. Que les excès de boissons n'aient été commis que postérieurement à l'assurance, et les compagnies s'empresseront évidemment de tenir leurs engagements. Dans ce cas, le fait ne serait discutable qu'autant que l'assuré aurait tout à coup converti les boissons alcooliques en instrument actif, intentionnel et *très-rapide* de suicide.

M. le professeur Tardieu a rapporté un exemple extraordinaire de spéculation homicide, dont la Suède aurait été le théâtre, il y a quelques années, mais au détriment d'une compagnie française, et dont l'ivrognerie n'a pas pu faire tous les frais (1). Le voici en quelques mots : une assurance fut faite, le 26 mars 1856, sur la vie de H..., domestique, au profit de S..., commis négociant. H... était un malheureux ivrogne qui, s'étant pendu, fut détaché encore vivant et sauvé par S... Ce dernier eut l'idée d'une spéculation, et fit un véritable contrat tacite avec H..., en lui promettant dn l'entretenir d'eau-de-vie matin et soir, à condition qu'il ne prendrait aucune nourriture. La vie de H... se prolongea au delà des prévisions de S..., qui, craignant de payer une nouvelle prime, eut avec H... des scènes violentes. Ce dernier mourut enfin, le 31 août 1856, empoisonné par de l'arsenic. S... fut accusé, passa devant le tribunal de Stockholm, et fut acquitté faute de preuves. Trois ans plus tard, le tribunal civil de la Seine résilia la police d'assurance, et exonéra la compagnie de tout paiement.

Depuis que les compagnies étendent leurs relations, multiplient leurs opérations et disséminent des représentants un peu partout, des escrocs de tout genre gravitent autour de ces sociétés financières, et, quelque pénible que cela puisse être pour la corporation médicale, je dois vous citer encore, d'après M. A. Tardieu, un procès jugé au mois de juin 1859 par le tribunal correctionnel de Limoges. L'agent de plusieurs compagnies anglaises s'était entendu avec quelques individus, et entre autres avec un médecin, pour faire assurer comme parfaitement valides des individus choisis à l'hôpital parmi ceux dont la mort était certaine et ne devait pas se faire longtemps attendre. Le montant de l'assurance ainsi escroqué était ensuite partagé entre les complices. Les compagnies furent quelque temps avant de remarquer la singulière mortalité qui sévissait, de préférence et à si bref délai, sur les assurés d'une même localité. Mais la justice, mise sur la trace, découvrit la fraude, et le médecin indigne n'échappa que par le suicide à la condamnation qu'il avait méritée et qui frappa les autres accusés.

Si les compagnies disposaient d'un personnel médical suffisant, et si elles établissaient une sorte de contrôle clinique, des faits aussi incroyables auraient-ils pu se produire ?

Des infirmités et des maladies susceptibles d'abréger la vie. — Soit que nous intervenions en qualité de médecin ordinaire, soit que nous agissions comme le représentant médical d'une compagnie, nous avons à signaler les désordres physiques qui tendent à diminuer la durée de la vie. Sans doute, ce langage est très-vague ; sans doute, toutes les indispositions peuvent, à la rigueur, conduire à la mort, et c'est ainsi, comme l'a dit A. S. Taylor, qu'un cor aux pieds peut se terminer par la gangrène, mais nous ne devons évidemment faire allusion qu'aux maladies qui, en dehors de toute aggravation exceptionnelle, exercent très-certainement une influence très-marquée sur l'existence humaine et son terme final. Est-ce la peine de vous citer l'hémoptysie, la gravelle, la goutte, l'asthme, le catarrhe vésical, la hernie, les lésions cardiaques, l'hydropisie, le cancer, etc., etc. ? Cacher quelques détails pathologiques, c'est dissimuler évidemment des chances aléatoires de mort ; or, la dissimulation, en pareil cas, est une manœuvre frauduleuse. Je

(1) Fin. — Voir les nos des 17 et 22 octobre.

(1) *Annales d'hygiène*, 1866.

dis cela pour l'individu vulnérable qui fait appel à l'assurance, et dont tous les efforts ne tendent qu'à surprendre la bonne foi du médecin, qu'à égarer sa religion et qu'à spéculer sur son manque possible de perspicacité.

Maladies du cerveau et du système nerveux. — Me voici arrivé au groupe le plus difficile des affections du cadre nosologique. Ici, l'imprévu n'a plus de limites. Le médecin qui n'a pas très-particulièrement étudié les maladies cérébrales commet, chaque jour, les plus grossières erreurs, et peut, par conséquent, de la meilleure foi du monde, laisser signer aux compagnies d'assurances les plus déplorables conventions. Tel autre, au contraire, très-exercé au diagnostic des lésions de l'intelligence et du système nerveux, peut lire à livre ouvert dans la vie d'un homme et, en toute certitude, se prononcer à une année ou à quelques mois près sur la durée totale de la vie d'un homme.

Les questions médico-légales relatives aux assurances sur la vie ne rencontrent nulle part une application plus saisissante qu'à l'occasion d'un état morbide très-grave et aujourd'hui d'une fréquence vraiment alarmante dans la classe aisée de la société, je veux parler de la *paralysie générale*. Cette affection est sans cesse désignée à tort, par les gens du monde, sous les noms de *ramollissement du cerveau*, de *maladie de la moelle épinière*, de *folie orgueilleuse*, etc., etc. L'individu qui présente les prodrômes de la paralysie générale est un condamné à mort: toutes les tentatives de spoliation peuvent s'exercer autour de lui, et les jours si misérables qu'il lui reste à vivre serviront, au besoin, d'appât à de criminelles ou à d'audacieuses spéculations. Rien n'est plus facile: le malade s'ignore lui-même et les médecins des compagnies passent nécessairement à côté du vice rédhibitoire.

Deux hommes d'un certain âge — et les deux frères — se présentent un jour dans le salon d'un médecin aliéniste de Paris. L'aîné pénètre seul d'abord dans le cabinet de notre confrère et le prie d'examiner avec soin le malade qu'il lui amène. « Il n'a rien, dit-il; il se porte bien, et cependant il n'est plus le même. » Après un long interrogatoire, le frère aîné prend en particulier le médecin aliéniste et le supplie de lui parler à cœur ouvert. « La situation me paraît fort grave, répond l'homme de l'art; votre frère a des signes avant-coureurs de paralysie générale. » Des explications furent ensuite réclamées et données au sujet de cette terrible maladie et l'on parla même de la possibilité d'une échéance fatale dans l'espace de trois ou quatre ans.

Les visiteurs disparurent, mais une assurance de 100,000 fr. fut placée sur la tête du malade, et, trois ans après, le frère aîné recueillait tranquillement le produit de son vol!

Un médecin, bien connu dans la science, avait depuis neuf ans, une assurance sur sa vie de 100,000 fr. Il donne tout à coup des signes d'une assez grande excitation cérébrale, va, vient, parle et écrit beaucoup. Il a de ses travaux une opinion exagérée, vante ses succès dans la pratique et exalte ses aptitudes professionnelles. Le hasard lui fait rencontrer le directeur de la compagnie d'assurances, et, après l'avoir longuement entretenu, il lui dit qu'il est assuré pour une somme tout à fait insignifiante et qu'il est résolu à faire les frais d'une assurance de 500,000 fr. On en réfère à l'administration centrale, à Paris, qui déclare consentir. Le contrat est préparé, et, au moment où il est soumis à la signature du docteur ***, ce dernier parlait avec tant de véhémence que l'agent de la compagnie le crut en état d'ivresse, prétexta l'oubli d'une formalité indispensable et remporta la police d'assurance.

Le surlendemain, notre malheureux confrère entrait dans une maison de santé, et six mois après, il mourait paralysé. La compagnie paya les 100,000 fr. à la veuve et s'estima très-heureuse de n'avoir pas à lui compter le demi-million qu'avait désiré souscrire son mari, dans un accès de *témérité pathologique*, car il était bien loin alors de prévoir sa fin si prochaine!

Ainsi que je vous l'ai récemment démontré dans mes leçons sur la paralysie générale, la période prodromique de la maladie échappe d'ordinaire aux pathologistes, qui, le plus souvent, ne sont pas consultés à son sujet, qui n'en tiennent pas sérieusement compte, et qui oublient de la décrire; mais, au point de vue médico-légal, elle a une importance que je devais mettre en relief. Fertile en catastrophes de tout genre, elle crée de bien périlleuses situations!.... Au moment où je parle, mon esprit se reporte sur un malade de la ville, dont la mort prochaine donnera lieu à de nombreux procès. Depuis le premier accident pathognomonique que j'ai été appelé à soigner chez lui, j'ai prévu ces difficultés futures, et je suis arrivé à en neutraliser d'avance quelques-unes. Parviendrai-je plus tard à aplanir de sérieux et inquiétants obstacles? Je l'espère un peu, mais, d'autre part, mon intervention pourrait très-bien n'aboutir qu'à un insuccès complet.

Laissez-moi vous citer maintenant deux autres faits qui portent également avec eux tout un enseignement.

En 1824, le duc de S... G... se fit assurer sur la vie, pour 80,200 fr. Il avait souffert d'une affection du cerveau, était en *enfance* et n'avait pas parlé depuis deux ans. Neuf mois après la signature du contrat, il mourut d'une attaque d'apoplexie. A l'ouverture du corps, « on trouva, à la paroi interne du crâne, une large tumeur qui exerçait une pression sur les lobes cérébraux. Cette tumeur était évidemment d'ancienne date et avait été probablement la cause des symptômes que l'on avait observés, ainsi que de la mort. On trouva environ trois cents grammes de sérum épanché dans le cerveau (1). »

La compagnie anglaise avait eu connaissance de l'altération des facultés mentales et avait exigé une prime annuelle double. La surtaxe imposée n'a été évidemment qu'une garantie illusoire. La compagnie a été mal conseillée et elle s'est exposée à un sinistre certain.

Le 10 décembre 1833, Mme R... contracta une assurance sur la vie. Elle déclara qu'elle était très-bien portante, produisit un certificat de son médecin habituel constatant qu'il connaissait Mme R... depuis dix ans et qu'il ne l'avait traitée qu'une seule fois, à l'occasion d'une indisposition légère « des aigreurs d'estomac. » Neuf mois après la signature de la police, l'assurée mourut d'apoplexie. La compagnie allait payer le montant de l'assurance, lorsqu'un procès intenté aux exécuteurs testamentaires de la défunte mit soudainement en lumière les circonstances suivantes : deux mois avant l'assurance, Mme R... avait été fréquemment saignée; on lui avait rasé les cheveux et on lui avait appliqué des vésicatoires sur la tête, puis des sangsues aux tempes. Au moment de l'assurance et immédiatement après, elle avait eu plusieurs accès d'épilepsie. Le juge de Glascow pensa que la compagnie aurait dû être informée de l'existence de la maladie convulsive et annula la convention (2).

Après avoir précédemment insisté sur le suicide, comme cause fatale de résiliation d'un contrat, je dois en ce moment prévoir et résoudre la difficulté que voici : un individu bien portant est assuré, puis, dans le cours de sa vie, il est frappé d'aliénation mentale. En proie à un délire triste, à des idées de persécution, à des hallucinations, il attente à ses jours. Que devra-t-il arriver? Que les compagnies d'assurances solderont les héritiers, car celui qui s'est donné la mort dans un accès bien et dûment constaté d'aliénation mentale ne peut être réputé avoir péri victime d'une mort *volontaire*. Cela n'est-il pas de toute évidence et de toute justice?

Si, en matière d'assurances sur la vie, des difficultés médico-légales imprévues viennent à s'élever, et si, à un titre quelconque, votre intervention est réclamée, exposez simplement et scientifiquement les faits, donnez froidement votre opinion, et appelez-en au besoin à des cas analogues antérieurement observés. Il surgit parfois tant de péripéties dans le cours d'un procès, que des embarras aussi compliqués qu'inattendus peuvent, à un moment donné, plonger le médecin dans la plus anxieuse perplexité; mais, comme il y a entre un témoin ordinaire et lui, la différence qui sépare l'homme qui a des sens de celui qui possède une intelligence, il doit prendre conseil de sa raison, de son instruction et de sa probité. Ainsi présentée, la cause de la science sera presque toujours celle de la vérité!

(1-2) A. S. Taylor et A. Tardieu, ouvr. cit.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 octobre 1867. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les états de vaccination du département du Nord pour l'année 1866. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend une note de M. le Dr Guillaume Süersen Senior (de Berlin), sur le rétablissement d'une bonne prononciation par un nouveau système de palais artificiel. (Commissaires: MM. Bouvier et Oudet.)

M. **Poggiale** présente divers travaux de M. le professeur Béchamp (de Montpellier): 1° un mémoire sur la recherche toxicologique de l'arsenic et de l'antimoine; — 2° une note sur la génération dite spontanée; — 3° un travail sur la néphrozimase; — 4° un mémoire sur l'intervention de la chimie dans l'interprétation thérapeutique des médicaments.

M. **Roger** présente, de la part de M. le Dr Besnier, le premier fascicule des comptes rendus mensuels des maladies régnantes, faits à la Société médicale des hôpitaux pendant l'année 1866.

M. **Michel Lévy** présente un volume intitulé: « Etude sur la tuberculose, » par M. le Dr Villemin, agrégé au Val-de-Grâce.

M. **Larrey** présente: 1° deux mémoires manuscrits sur la statistique médicale de l'armée, par M. le Dr Bertrand et par M. le Dr Pitou, médecin-major; — 2° une brochure en allemand sur le traitement des blessures par armes à feu pendant la campagne de Bohême en 1866, par M. le Dr Stromayer.

M. **Gubler** présente, au nom de M. le Dr Desnos, un travail très-étendu sur le choléra, extrait du « Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. » C'est un article excellent, ajoute M. Gubler, et qui sera consulté avec beaucoup de fruit.

M. le **Président** propose de déclarer deux vacances: l'une dans la section de pathologie médicale, en remplacement de feu M. Jadioux; l'autre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Trousseau. (Adopté.)

LECTURES.

Bubon d'emblée, accident primitif de la syphilis.

M. le Dr **Bourguet**, chirurgien de l'hôpital d'Aix, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre: « Du bubon d'emblée considéré comme accident primitif de la syphilis. »

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes:

1° Le bubon d'emblée ne peut pas être expliqué, dans la très-grande majorité des cas, par la simple excitation qui accompagne le coït;

2° Il doit être considéré comme faisant partie de l'ensemble des symptômes vénériens, au même titre que le chancre induré et le chancre mou, la blennorrhagie, la balanite, les végétations, etc.;

3° Il est susceptible de se transmettre dans son espèce, et peut remonter aussi par filiation à un accident vénérien de nature différente;

4° Des faits scrupuleusement observés ne permettent pas de douter qu'il ne puisse être suivi exceptionnellement d'accidents syphilitiques constitutionnels;

5° Il serait difficile qu'une statistique, faite avec soin et portant sur un très-grand nombre de faits, permît d'établir le degré de fréquence du bubon d'emblée et la proportion des cas dans lesquels il est suivi de syphilis consécutive;

6° Une statistique analogue ne serait pas moins importante pour les autres accidents primitifs indépendants du chancre induré, en n'acceptant, comme base de cette statistique, que l'observation directe ou le récit des malades entouré de suffisantes garanties d'authenticité. (Commissaires: MM. Ricord, Legouest et Broca.)

Choléra.

M. le Dr **Poznanski** donne lecture d'un travail ayant pour titre: *la Pathologie du choléra épidémique, ses périodes et ses degrés.*

L'auteur, après avoir énuméré les principes, les lacunes et contradictions de la pathologie du choléra, sans toucher les questions litigieuses du principe épidémique et de la contagion ou non contagion du choléra, s'occupe de l'explication des phénomènes de cette maladie. Il prend pour point de départ le phénomène du ralentissement préalable de la circulation, qu'il a eu l'occasion de constater pendant plusieurs épidémies cholériques.

Pour expliquer les phénomènes du choléra, M. Poznanski se sert de lois parfaitement reconnues par la science, qu'il formule de la manière suivante:

1° Le système des vaisseaux capillaires est celui dans lequel le mouvement circulatoire est le plus modéré; or, le degré de développement de ce système dans les différents organes et organismes (en y modifiant la vitesse de la circulation) décide de leurs dispositions respectives, tantôt aux stases et tantôt aux congestions, ce qui fait naître différentes prédispositions et différents états morbides.

En vertu de cette loi, sous l'influence d'un ralentissement général de la circulation, il y aura des stases dans les organes et principalement dans ceux qui sont les plus riches en vaisseaux capillaires. Bien au contraire, quand la circulation est accélérée, il se produit des congestions, et de préférence dans les organes qui ont le système capillaire peu développé;

2° Le degré de vitesse de la circulation influe sur l'endosmose et l'exosmose dans les organes et organismes. La circulation accélérée active l'endosmose; tandis que le ralentissement de la circulation augmente l'exosmose, et, en limitant les sécrétions, amène la pléthore veineuse;

3° Si la stagnation n'a pas été prolongée, le sang peut remplir ses fonctions organiques, dès le moment où la circulation est rétablie; bien au contraire, il ne pourra servir à la nutrition qu'après avoir subi certaines modifications organiques, si les stases ont été d'une durée trop longue.

En s'appuyant sur ces vérités fondamentales, et sur les observations du ralentissement préalable de la circulation, M. Poznanski met en évidence une théorie pathologique du choléra basée sur la disposition préexistante de différents organes et organismes, tantôt aux stagnations et tantôt aux congestions, selon le développement de leur système capillaire. Ces dernières commenceraient par les organes du rayon de la veine-porte, organes les plus riches en capillaires, et envahiraient successivement les autres organes en suivant toujours le degré de développement de ces vaisseaux. Les produits de l'exosmose excessive ayant surchargé le cœur, les veines et les vaisseaux lymphatiques, il y aura infiltrations séreuses dans les tissus, et puis transsudations à travers les membranes muqueuses. La transsudation excessive ayant privé le cœur du contingent qui est nécessaire pour l'entretien de la circulation, celle-ci s'arrêtera dans les organes riches en capillaires, et se bornera aux organes qui sont disposés aux congestions. Tant que la circulation n'est pas arrêtée, il n'est que la prédisposition cholérique, période qui n'offre aucun symptôme; tout au plus s'il y a des borborygmes ou dévoiements plus ou moins liquides et une anomalie de sensibilité: effets de l'exosmose excessive et de l'influence anesthésique de la pléthore veineuse sur le système nerveux.

La circulation dans certains organes, une fois suspendue, l'exosmose prend nécessairement un accroissement considérable, tandis que les organes disposés aux congestions reçoivent tout le sang circulant. Tout cela produit la période algide dont les symptômes constituent trois groupes de phénomènes.

1° PHÉNOMÈNES DES STASES SANGUINES. — Le froid glacial, le défaut de pouls, la cyanose, la respiration profonde sans allégement, le défaut d'irritabilité des organes respiratoires, le manque d'urines et d'autres sécrétions.

2° PHÉNOMÈNES D'EXOSMOSE EXCESSIVE. — Le manque d'élasticité de la peau et sa rugosité, la voix cholérique, suite de la sécheresse excessive, qui modifie nécessairement l'élasticité et le fonctionnement du larynx, de ses muscles et de ses ligaments; une soif inextinguible et la sécheresse des muscles, constatée par les autopsies. Il est probable que la sécheresse des fibres musculaires et leur rapprochement mutuel sont pour quelque chose, dans les crampes, effet de l'innervation réflexe, excitée par les stases formées dans les vaisseaux capillaires des muscles.

3° PHÉNOMÈNES PRODUITS PAR LES CONGESTIONS. — Le vertige, la température élevée de la partie chevelue de la tête et de la nuque, l'insomnie, le mal de reins, etc.

Le malade passe ensuite à la période de réaction au moment où la pléthore aura diminué par la transsudation, et que la force du cœur se trouve suffisante pour rétablir la circulation générale. Cette réaction produit une convalescence immédiate ou bien une nouvelle phase de maladie qui constitue l'état typhoïde, selon que les stases ont été peu développées et de courte durée ou que, par des conditions opposées, elles ont amené le défaut et la décomposition du sang.

Après avoir établi et caractérisé les trois périodes du choléra, M. Poznanski introduit encore une division basée sur l'étendue et le développement des stases. Selon cette division on devrait distinguer trois degrés du choléra: la cholérine si les stagnations ne passent pas les organes de la veine-porte; le choléra sphygmode si les stases n'arrivent pas à envahir le système

nerveux et la substance du cœur et si le pouls est encore perceptible dans certaines parties; enfin le choléra asphyxique, quand le pouls manque complétement à cause des stases, qui par leur développement excessif ont gravement compromis le fonctionnement du cœur.

L'auteur attribue la cause du «caractère tantôt typhoïde et tantôt asphyxique aux influences prédisposantes et occasionnelles qui décident d'un développement plus lent ou plus rapide des stases et des phénomènes qui en dépendent » ; c'est encore dans la disposition préexistente aux stagnations ou bien aux congestions qu'il veut trouver la cause de la prédisposition particulière ou bien d'une certaine immunité des différents individus et de certaines classes par rapport a cette maladie.

Enfin, en s'appuyant sur les expériences de M. Boussingault et celles de M. Doyère, l'auteur attribue la cause du sentiment de la chaleur brûlante qui suit la direction des bronches et qui se trouve en contraste avec lefroid de l'haleine, à une accumulation de l'acide carbonique dans l'atmosphère pulmonaire.

A la fin de son travail M. Poznansky fait appel au corps médical en ces termes: « On pourrait regarder comme comblées les lacunes de la pathologie du choléra, si le ralentissement de la circulation, propre à la prédisposition cholérique, constituait un fait consacré par la science. Malheureusement les observations isolées ne peuvent suffire dans une tâche aussi vaste, et je n'étais pas secondé dans mes recherches. Or, dans l'intérêt de la science et de l'humanité il est désirable que le corps médical, dont l'Académie est l'organe naturel, s'occupe de la question de la prédisposition et de l'imminence morbide, et cela autant par rapport au choléra, que par rapport à d'autres maladies, qui selon toute probabilité, doivent également avoir, leurs signes d'imminence. Les maladies en général, et d'autant plus les affections à développement rapide, une fois déclarées, ne nous offrent que les effets, sans nous révéler les causes organiques qui ont amené la destruction; or, pour connaître les bases pathologiques des maladies, il faut commencer l'observation avant que la destruction soit arrivée. C'est la connaissance exacte de ce qui prépare et développe les affections de l'organisme qui seule pourrait établir des bases solides de leur pathologie et de leur thérapeutique.» (Comm. MM. Barth et Briquet.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 21 août 1867. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos de la correspondance, M. le secrétaire donne lecture de l'observation suivante, qui a été adressée par M. Després.

Observation d'asphyxie à la suite de l'application du chloroforme.

Marie M..., née à Saint-Florentin (Yonne), âgée de 19 ans, couturière, atteinte de végétations de la vulve et du vagin, survenues à la suite d'une vaginite et d'excoriations de la vulve; d'une constitution assez bonne, ayant le teint mat et un peu violacé, n'ayant jamais rien présenté d'extraordinaire du côté de la poitrine, a été endormie une première fois, sur sa demande, pour se faire opérer de ses végétations, le 24 juillet dernier. L'anesthésie a été obtenue assez facilement et rien de particulier n'a été noté, si ce n'est que la petite malade a prononcé, pendant son réveil et avec volubilité, le mot *zap*, ce qui était une variété d'aphasie. La malade réveillée voulut retourner seule à son lit.

Les végétations ayant repoussé rapidement, M. Després les coupa à deux reprises, un petit nombre à la fois et sans chloroformer la malade. Mais celle-ci, très-pusillanime d'ailleurs, se refusa à se prêter aux excisions partielles et demanda avec insistance à être endormie de nouveau.

Le 14 août, huit jours après la cessation de ses règles, la jeune fille vient pour se faire opérer et monta sur le lit au spéculum où elle s'est couchée dans une position horizontale, les pieds reposant sur les pédales du lit.

L'externe du service donna le chloroforme à la malade; il versa sur une compresse pliée en quatre quelques gouttes de chloroforme, de façon à faire une tache sur ce linge de l'étendue d'une pièce de cinq francs, puis il promena la compresse au-devant du nez et de la bouche de la malade à une distance de trois centimètres. Il n'y avait pas une demi-minute que la malade respirait ainsi, qu'elle se mit à trépigner. M. Després fit aussitôt suspendre le chloroforme. A ce moment, le pouls battait bien, la respiration se faisait. Tout à coup, la malade rendit ses urines, sa face se congestionna et la respiration se suspendit. Aussitôt de l'eau fut jetée sur le visage de la malade, pendant que le chirurgien attirait la base de la langue en avant et plaçait la tête de la malade en bas. Une respiration fut enfin obtenue, puis tout s'arrêta encore. Comme la face était violacée, M. Després replaça la malade sur le lit et pratiqua la respiration artificielle par des pressions méthodiques sur le thorax. Une nouvelle inspiration, plus profonde que la première, eut lieu, puis une seconde et la face devenait un peu moins violacée, mais le pouls ne reparaissait pas. Grâce à la respiration artificielle, la tête étant en bas ou reposant sur le lit, quatre respirations furent encore obtenues en huit minutes. Malgré tous les efforts continués pendant plus d'une demi-heure, le refroidissement des extrémités est survenu et la mort s'est confirmée. L'insufflation de bouche à bouche a été tentée sans succès.

Le chloroforme, analysé par M. Morin, pharmacien en chef de l'hôpital, a été trouvé très-pur.

Ces détails ont été recueillis par mon interne; j'ai pratiqué moi-même l'autopsie de ma malade et voici ce que j'ai trouvé:

Dans le cerveau, il y avait du sang noir dans les veines des circonvolutions cérébrales, la substance grise était congestionnée. Il y avait du piqueté dans la substance blanche des hémisphères et dans la protubérance annulaire dont les vaisseaux contenaient de petits caillots filiformes.

Les poumons étaient congestionnés, leurs vaisseaux renfermaient du sang noir, visqueux et le tissu pulmonaire se déchirait facilement. Les bronches contenaient un peu d'écume rosée. Il n'y avait aucune adhérence pleurale.

Le cœur était flasque, il était très-gros; il paraissait plus large qu'à l'état normal. Les cavités ventriculaires, droite et gauche, augmentées de capacité, renfermaient à peu près une cuillerée à café de sang noir. Les fibres musculaires du cœur, examinées au microscope, présentaient un degré assez avancé de la substitution graisseuse.

Il y avait environ 60 grammes de sérosité dans le péricarde. Il n'y avait point de lésions valvulaires.

A la bifurcation des bronches, il y avait trois ganglions bronchiques très-hypertrophiés; l'un avait le volume d'un rein de mouton et les deux autres le volume d'une noix. Le plus gros adhérait intimement à la face postérieure de la bronche droite. Le nerf pneumogastrique de ce côté était adhérent à ce ganglion; les deux autres ganglions, situés au-dessous, n'étaient pas adhérents aux parties voisines. Le premier ganglion renfermait à son centre un tubercule crétacé, du volume d'une noisette, entouré d'une substance molle, pulpeuse et violacée. Les deux autres ganglions offraient à la coupe une coloration violacée, et toute distinction entre les substances centrales et corticales avait disparu.

Le foie était notablement augmenté de volume et congestionné. La rate avait plus du double de son volume normal; elle était granuleuse à la surface, et, à l'intérieur, on distinguait nettement ses cloisons hypertrophiées.

Les deux reins étaient congestionnés; un seul ganglion lymphatique périphérique était engorgé, et c'était un des ganglions inguinaux du côté gauche. Deux ganglions, situés au voisinage du pnus? de la rate étaient hypertrophiés.

Le sang recueilli entre deux ligatures dans une portion de la veine saphène interne, renfermait une proportion de globules blancs plus considérable que dans le sang sain.

Il résulte de cette autopsie que la malade a présenté les caractères anatomo-pathologiques de l'asphyxie. Que la congestion pulmonaire ou la congestion cérébrale ait précédé l'une ou l'autre, il importe peu; l'anesthésie chloroformique procède toujours de la même façon, en congestionnant les poumons et le cerveau à la manière des vapeurs alcooliques. Les choses se sont passées dans cet ordre chez notre malade; mais, comme il s'agissait d'une femme atteinte de diverses lésions qu'on peut rapporter à une leucocythémie, comme il y avait un cœur graisseux et une compression exercée sur une pneumo-gastrique au niveau du plexus pulmonaire, on conçoit que lorsqu'il a fallu résister aux effets du chloroforme, le cœur de la malade et même son sang se soient trouvés impuissants. Et cela nous explique pourquoi nous n'avons pu produire que quelques mouvements respiratoires. Enfin, pour donner la raison de la mort de la malade, le 14 août plutôt que le 24 juillet, époque de la première anesthésie chloroformique, à défaut d'invoquer la chaleur excessive qu'il a fait le 14 août, je dirai que l'on reconnaît l'existence de dispositions journalières qui permettent de tolérer un jour ce qu'on ne peut supporter le lendemain, que ce soit du chloroforme, de l'iode ou de la belladone, et que, jusqu'ici cependant, rien n'indique les mutations quotidiennes des dispositions individuelles contre lesquelles on ne peut pas se mettre en garde.

M. Broca. — Je saisis l'occasion qui m'est fournie pour communiquer à la Société la relation d'une mort par le chloroforme, survenue dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. Le fait dont il s'agit est intéressant à plusieurs titres; j'ai l'honneur de déposer l'observation sur le bureau.

Observation d'un cas de mort par le chloroforme.

Le nommé Joseph B ....., âgé de dix-sept ans, entra, le 20 octobre 1865, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Christophe, n° 13, pour se faire opérer d'une tumeur du cou.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, et située sur la ligne médiane antérieure du cou, en avant et au-dessus du larynx, avait paru quatre ans auparavant et depuis lors avait fait des progrès continuels.

Je diagnostiquai un kyste sébacé profond, adhérent à la membrane thyroïdienne; ces sortes de tumeurs, renfermant de la graisse et des poils, récidivent constamment lorsqu'on les traite par toute méthode autre que l'extirpation. L'extirpation fut donc résolue (31 octobre 1866).

Prévoyant toutefois le cas où mon diagnostic serait inexact, et où le kyste serait séreux, j'avais fait préparer les instruments nécessaires pour l'injection iodée et je fis tout d'abord une ponction avec un court trocart. Il ne sortit que de la matière sébacée, et retirant aussitôt le trocart, je me mis en mesure d'endormir le malade pour procéder à l'extirpation. J'administrai moi-même le chloroforme; mais la ponction préliminaire, en détournant mon attention sur la question de diagnostic, m'avait malheureusement fait négliger la précaution que je prends toujours d'ausculter le cœur avant de donner le chloroforme.

Dès que le sommeil fut obtenu, je commençai l'opération et, quoique l'opéré s'agitât quelque peu, je pus disséquer, sans trop de difficulté, toute la surface antérieure et latérale de la tumeur. Mais, au moment où je me disposais à disséquer sa face profonde, l'opéré se souleva violemment, lutta avec nous en vociférant, et rendit impossible, pendant quelques instants, la continuation de l'opération. Lorsqu'il fut un peu plus calme, je dis à mes aides de le maintenir, et je voulus donner les quelques coups de bistouri qui devaient terminer l'opération; mais l'excitation du chloroforme avait décuplé ses forces, et au premier coup de bistouri, il recommença la lutte. Il s'en fallait de si peu que l'opération fût terminée qu'il me répugnait d'administrer de nouveau le chloroforme; j'invitai donc mes aides à redoubler d'énergie, et d'un dernier coup de tranchant, j'achevai la dissection de la tumeur.

Aussitôt, une énorme veine, située à la partie inférieure de la plaie, donna du sang en abondance, et je me disposais à saisir ce vaisseau, sur lequel un interne avait mis le doigt, lorsque tout à coup l'opéré, bondissant sur sa couche, malgré les aides qui l'entouraient, se dégagea de nos mains. Les efforts qu'il faisait augmentaient l'intensité de l'hémorrhagie, que nous ne pouvions arrêter qu'en appliquant un fil sur la veine, opération que l'agitation de l'opéré fit échouer plusieurs fois. Le sang coulait toujours rapidement, et si j'avais attendu que le calme fût rétabli pour lier le vaisseau, l'hémorrhagie aurait pu devenir mortelle. Je me décidai donc à ramener l'immobilité par l'administration d'une nouvelle dose de chloroforme. Comme la première fois, je tins moi-même la compresse sous le nez de l'opéré. Au bout de quelques aspirations, les contractions musculaires devinrent moins fortes; un aide put remettre le doigt dans la plaie et arrêter le sang en comprimant la veine béante, et lorsque enfin le sommeil fut revenu, je pus procéder à la ligature de la veine.

J'aperçus aisément, dans la partie profonde et inférieure de la plaie, l'orifice de ce vaisseau, que je saisis avec une pince; mais ma pince n'ayant saisi que l'un des bords de la veine, qui était plus grosse qu'une plume à écrire, la traction que j'exerçai pour donner prise à la ligature, rendit l'ouverture béante. Or cette région est une de celles où les chirurgiens craignent l'introduction de l'air dans les veines. Je me hâtai donc de lâcher prise en disant à l'aide: Gare l'air! — Il mit aussitôt le doigt sur l'ouverture de la veine, et lorsque, sur un signe que je lui fis, il ôta son doigt, je pus, avec une grosse pince, saisir d'un seul coup tout le vaisseau, sur lequel une ligature fut ensuite pratiquée sans difficulté.

Le jeune homme respirait bien, le pouls était toujours bon, le sang ne coulait plus; j'épongeai la région du cou, et je me disposai à faire le pansement, tout en disant aux élèves combien j'avais craint que l'air s'introduisît dans les veines; plusieurs minutes s'étaient déjà écoulées depuis que l'inhalation du chloroforme avait été suspendue, lorsque tout à coup l'aide que j'avais chargé d'explorer le pouls, et qui avait tenu constamment le doigt sur l'artère radiale, s'écria que les battements venaient de s'arrêter subitement. La respiration, pourtant, continuait encore: nous eûmes recours immédiatement à tous les moyens excitants usités en pareil cas: flagellations, eau froide projetée sur le visage, frictions sur les membres. Ce fut en vain; la respiration se ralentit et s'arrêta au bout de quelques instants. Nous pratiquâmes la respiration artificielle à l'aide de pressions alternant avec des insufflations bouche à bouche, puis avec des insufflations au travers d'un tube introduit dans le larynx. Pendant ce temps, on préparait une pile qu'on avait dû aller emprunter dans un service de médecine. La galvanisation du diaphragme produisit des inspirations assez étendues; à plusieurs reprises le corps parut se ranimer; il y eut même quelques inspirations spontanées qui nous donnèrent un peu d'espoir, mais peu à peu les muscles respirateurs perdirent leur force, et après avoir maintenu pendant plus d'une demi-heure la respiration artificielle, j'eus la douleur de constater que la mort était définitive. Il s'était écoulé environ trois quarts d'heure depuis que le pouls radial avait cessé de battre.

Les phénomènes que je viens de décrire me parurent devoir être attribués à l'introduction de l'air dans les veines plutôt qu'à l'action du chloroforme. J'étais peut-être influencé, dans cette appréciation, par le souvenir de l'émotion que j'avais éprouvée en voyant une grosse veine devenir largement béante au fond d'une plaie du cou. Mais ce qui me portait surtout à admettre ce diagnostic, c'était la circonstance que les accidents s'étaient produits tout à coup, plusieurs minutes après la cessation de l'inhalation du chloroforme, à un moment où tout paraissait rentré dans l'ordre. J'inscrivis donc sur la feuille du décès, comme cause probable de la mort: « Introduction de l'air dans les veines pendant une opération pratiquée sur la région cervicale. »

Mais cette opinion fut réfutée par les résultats de l'autopsie. Le cœur ne renfermait pas de sang spumeux; il n'y en avait pas davantage dans les divisions de l'artère pulmonaire. Il n'y avait de caillot, ni dans le cœur droit, ni dans le cœur gauche.

Dès lors, je dus renoncer à ma première explication, et inscrire comme cause de la mort, sur la feuille de statistique, l'inhalation du chloroforme.

L'examen du cœur montra que la valvule mitrale était le siége d'un épaississement notable; elle ne paraissait cependant pas insuffisante.

Le lendemain de la mort de cet opéré, la religieuse de la salle m'apprit qu'il était sujet à des attaques de défaillance qui lui faisaient perdre tout à coup connaissance, et qui étaient probablement des syncopes. Il avait eu une de ces attaques dans l'hôpital, pendant les dix jours qui précédèrent l'opération. Il se promenait tranquillement dans le jardin, lorsqu'il se sentit faillir tout à coup; il saisit le bras d'un voisin, mais il ne put garder l'équilibre, et s'affaissa en perdant connaissance. Ce détail ne me fut malheureusement pas indiqué. Si je l'avais connu, je n'aurais pas eu recours à l'emploi du chloroforme. J'appris en outre que l'opéré, quoique âgé seulement de dix-sept ans, avait déjà des habitudes alcooliques, et cette circonstance expliquait sans doute l'excitation excessive qu'avait produite l'inhalation de l'agent anesthésique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Nécrose du frontal.

M. le Dr **Wolfe**, d'Aberdeen (Ecosse), présente une pièce et remet la note suivante: (Sera publié.)

M. **Laborie**. A la suite d'une brûlure, j'ai également observé une nécrose de la moitié antérieure de la calotte crânienne, mais le malade a quitté mon service avant que j'aie pu recueillir la pièce pathologique.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret, et à l'issue de cette délibération, M. le Président déclare que la Société de chirurgie reprendra ses séances le 16 octobre prochain.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Dolbeau.

FOUCHER.

Nous sommes heureux de placer sous les yeux de nos lecteurs le discours prononcé par M. Guyon, sur la tombe de M. Foucher:

Messieurs,

Nous voici donc encore une fois réunis autour d'une tombe prête à se refermer sur l'un des nôtres. La mort, dont les coups redoublés atteignent si cruellement le corps médical, frappe aujourd'hui à nos côtés. Notre collègue et notre ami, Emile Foucher, nous est brusquement enlevé; nous le supposions plein de santé, plein de vie, et voilà que nous lui adressons le dernier adieu. C'est à l'amitié que vous avez fait appel, en me chargeant d'accomplir ce douloureux devoir, au nom des agrégés de la Faculté de médecine. Vous avez voulu ainsi, Messieurs, publiquement témoigner que des liens plus étroits que ceux qui naissent de l'accomplissement des mêmes fonctions, nous unissaient à notre cher collègue.

Emile Foucher meurt après de longues années de travail, dans la force de l'âge, au milieu d'une vie honorable et honorée, laissant après lui une compagne qui partageait le légitime espoir que lui donnaient des titres justement acquis. Est-il une mort plus douloureuse?

Malgré le coup subit qui le ravit à l'estime et à la considération de tous, les angoisses n'en ont cependant pas été épargnées à notre malheureux ami. Nous ignorions qu'une affection grave du cœur troublait depuis plusieurs années la santé de Foucher; avant tout préoccupé du soin de son avenir, il avait

voulu cacher à tous, excepté à deux de nos collègues, dont il recevait les soins dévoués, que sa santé, que sa vie pouvaient être sérieusement menacées. Une fois, en 1863, il avait subitement quitté ses affaires, son service de l'hospice de Bicêtre, pour aller se reposer dans sa famille. A son retour, il avait vu avec peine que l'on s'était préoccupé de sa santé, qu'on l'avait cru sérieusement malade. Depuis ce jour, une résolution inébranlable fut prise par Foucher : il ne parla plus de son état, même à ses intimes. Aussi nous avons pu croire que le coup qui subitement le tuait était inattendu.

Messieurs, quel est celui qui pourrait reprocher à notre collègue d'avoir voulu faire illusion aux autres, d'avoir voulu sans doute s'illusionner lui-même ? Dans notre profession, quelle que soit la position déjà acquise, tout ne repose-t-il pas avant tout sur notre santé ? N'est-il pas naturel que lorsqu'il pensait au chemin déjà parcouru, aux récompenses plus hautes qu'il avait le droit d'ambitionner légitimement, Foucher ait voulu se raidir contre la réalité !

Si le découragement a pu quelquefois envahir l'âme du pauvre malade, notre collègue a été bien à plaindre; et, pour s'en rendre compte, il suffit de rappeler quelle avait été sa vie scientifique.

Foucher meurt dans sa quarante-cinquième année ; il appartenait à une très-honorable famille de la Sarthe. Son père avait fondé dans son pays natal, à Saint-Mars d'Outillé, un collége où furent élevés tous ses enfants. La famille était nombreuse ; Emile Foucher, l'aîné de dix enfants, avait été tout naturellement destiné par son père à le seconder dans son enseignement. Désireux de se conformer aux désirs paternels, Foucher devint professeur dans l'institution de Saint-Mars. Mais il ne se soumettait qu'à regret, et bientôt il déclara nettement à sa famille qu'il voulait étudier la médecine. Il vint à Paris ; les ressources pécuniaires des siens ne permettaient pas de l'y entretenir ; il dut utiliser son savoir professoral, et c'est en donnant des leçons de mathématiques que Foucher subvint à ses besoins d'étudiant. A un jeune homme de ce caractère le concours devait nécessairement ouvrir de nouvelles perspectives et créer de meilleures ressources. En 1847, Foucher devint interne des hôpitaux ; en 1851, il était nommé aide d'anatomie de la Faculté, prosecteur en 1854 ; la même année il soutenait sa thèse pour le doctorat ; enfin, en 1857, il était successivement nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. Foucher avait terminé son temps d'exercice comme agrégé de la Faculté, mais il avait, pendant de longues années, fourni les preuves les plus manifestes de son aptitude au professorat, et restait encore attaché à l'enseignement officiel de notre Ecole. Sur la présentation de la Faculté, il avait été chargé, en 1865, du cours complémentaire sur les maladies des yeux. Foucher était naturellement appelé à cet enseignement par plusieurs de ses travaux. Ses mémoires sur les déformations de la pupille, sur le traitement des ophthalmies des nouveau-nés, des ophthalmies granuleuses, sur l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies, et plusieurs autres travaux touchant principalement aux questions de thérapeutique oculaire, et surtout l'édition française du livre de Wharton Jones que Foucher avait enrichi de nombreuses notes conçues dans l'esprit le plus scientifique, et d'indications bibliographiques étendues, avaient successivement attiré l'attention.

Ce n'étaient pas, d'ailleurs, les seuls titres acquis par Foucher comme agrégé ; sa thèse de concours sur l'anus contre nature est la monographie la plus complète écrite sur cet important sujet. Les remarquables travaux qui, depuis Scarpa, ont été surtout fournis par les chirurgiens de notre pays, y sont présentés et analysés avec la clarté et la méthode que Foucher savait apporter dans ses écrits et dans ses cours. Il se livrait d'ailleurs avec ardeur à l'enseignement ; c'est ainsi que, de 1850 à 1861, il avait chaque année professé à l'Ecole pratique de la Faculté des cours qui avaient successivement porté sur toutes les parties de la chirurgie. C'est encore à l'Ecole pratique que Foucher fit avec succès le cours officiel attribué au chef des travaux anatomiques, quand M. Jarjavay fut appelé à professer à la Faculté. Foucher avait choisi comme sujet de cours l'anatomie chirurgicale ; notre collègue était avant tout chirurgien, et, comme tous ceux qui pratiquent cet art difficile, il était convaincu que le diagnostic exact des maladies doit être notre première et notre plus constante occupation. Le livre important qu'il publia sur ce sujet, en 1866, résumait déjà une partie très-importante de ses études et de ses réflexions sur ce point privilégié. La mort de notre collègue ne nous permettra d'avoir que le premier volume de cette œuvre très-utile, qui, une fois de plus, était venue donner la preuve des connaissances étendues, des qualités précieuses, qu'un travail incessant avait acquises au jeune professeur de l'institution de Saint-Mars d'Outillé, devenu l'un des chirurgiens les plus estimés de nos hôpitaux, l'un des hommes d'avenir de notre Faculté.

Je n'ai pas cherché à vous rappeler, Messieurs, tous les travaux de Foucher ; ce n'était pas ici le lieu ; mais, en jetant sur sa vie ce rapide coup d'œil, nous avons un instant suivi la pensée de tous ceux qui le connaissaient et l'aimaient. Sa famille était justement fière de lui, et son vieux père, qui a été assez heureux pour ne pas lui survivre, ne regrettait plus son ancien collaborateur ; resté dévoué à sa tâche modeste et utile, il ne savait, en parlant de son fils aîné, se défendre du plus légitime orgueil.

Et nous aussi, Messieurs, nous étions heureux de voir Foucher au milieu de nous, car nous savions qu'il avait l'amour du travail, le sentiment du devoir, la plus parfaite honorabilité professionnelle, et nous sentons profondément que lorsque meurt prématurément un homme de cette nature, ce n'est ni un émule, ni un rival qui s'en va, c'est un ami que nous perdons.

Hélas, cher Foucher, ta mort rouvre bien des plaies dans nos cœurs ; sois assuré que tu vivras comme ces morts à jamais regrettés, dans l'intimité de nos pensées, et que notre dernier adieu n'est pas notre dernier souvenir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Jury pour le concours de l'Externat se trouve composé de MM. Ollivier, Constantin Paul, Cadet de Gassicourt, Guéniot et Benjamin Anger, juges titulaires ;

Juges suppléants : MM. Peter et Duplay.

— La liste des élèves qui se sont présentés pour le concours de l'Internat a été arrêtée à 293 candidats.

— M. le Dr Lagarosse, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mars (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Rodez, en remplacement de M. Barrey, décédé.

Le Directeur, Dr. E. LE SOURD

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes du mois de septembre.

Le rapport de la commission des maladies régnantes pour le mois de septembre, commence par une déclaration que nous enregistrons d'autant plus volontiers qu'elle vient, une fois de plus, affirmer un progrès dans l'état sanitaire général de Paris, que nous avons eu plusieurs fois déjà l'occasion de signaler. « L'état sanitaire général, dit M. Besnier, rapporteur de la commission, est on ne peut plus satisfaisant ; et il devient sans cesse plus évident que l'assainissement de Paris, non moins que les conditions nouvelles d'existence et d'habitation qui ont été imprimées à une grande partie de la population parisienne, exercent la plus heureuse influence sur la santé publique. » Ce progrès ressort, en effet, pour ne parler que de ce qui concerne les hôpitaux, du chiffre relativement très-faible de la mortalité générale qui y est constaté mensuellement. Le total des décès pour le mois de septembre a été, pour l'ensemble des hôpitaux (hospices non compris), de 412. Or, si l'on défalque de ce chiffre la proportion énorme que donne à la mortalité la phthisie pulmonaire, 250 (beaucoup plus de la moitié), il restera, pour toutes les autres maladies réunies, le chiffre de 162. Voici quelles sont les maladies qui ont eu la plus grande part dans ce total : pneumonie, 46 décès; fièvre typhoïde, 38; accidents puerpéraux, 15 ; variole et varioloïde, 9 ; érysipèle, 4, etc.

Si l'on rapproche ces chiffres des données fournies par la statistique médicale des hôpitaux pour les années 1861 et 1862, on verra que la mortalité du mois de septembre dernier est une des plus faibles, défalcation faite de la phthisie pulmonaire, à laquelle cette époque de l'année fournit ordinairement un fort contingent.

D'après le rapport, auquel nous allons emprunter tous les renseignements qui vont suivre, l'influence saisonnière est la seule qui ait été quelque peu manifeste sur le caractère des maladies qui ont régné pendant le mois de septembre, et encore, dit M. Besnier, est-elle irrégulièrement et médiocrement accentuée.

Prenons un à un les différents groupes de maladies.

Fièvre typhoïde. — La mortalité due à la fièvre typhoïde, qui avait été en août de 52, est tombée en septembre à 38. La maladie a décliné à la fois sous le rapport du nombre et de la gravité. Quant à ses caractères, ils n'ont pas différé de ce qu'ils étaient au mois d'août. La maladie a présenté, en général, une marche régulière et elle a été très-souvent bénigne. Cette bénignité a été surtout signalée comme remarquable chez les malades du service de M. Chauffard, à la Maison de santé. Quelques malades ont offert à peine un peu de diarrhée dans les premiers jours de leur fièvre, les éruptions lenticulaires ont été très-discrètes. Le sulfate de quinine, associé à quelques évacuants alvins, a fait, presque à lui seul, les frais de la médication avec un succès constant.

Affections rhumatismales. — Parmi les affections rhumatismales, le rapport signale seulement un nouveau cas de rhumatisme blennorrhagique ; deux cas de rhumatisme articulaire traités avec avantage par M. Gubler, au moyen du bromure de potassium administré à la dose de 2 à 4 grammes par jour ; et un cas de rhumatisme de la face dorsale du pied, observé à l'hôpital Lariboisière par M. Hérard, qui, ayant eu l'occasion d'observer déjà plusieurs cas semblables, signale cette forme de rhumatisme comme digne d'une mention spéciale, à cause de sa longue durée, des vives douleurs qui l'accompagnent, du gonflement œdémateux des parties molles, de sa limitation à cette région et de sa résistance aux moyens thérapeutiques ordinaires.

La rougeole est à peu près la seule maladie éruptive qui ait continué à se montrer avec une assez grande fréquence dans les hôpitaux d'enfants. Les autres fièvres éruptives ne figurent que pour une proportion très-minime dans les maladies du mois de septembre.

Les affections des voies digestives ont été assez nombreuses, mais pour la plupart sans gravité. Les états gastriques proprement dits ont été peu accusés. Les diarrhées ont été plus fréquentes et plus intenses, elles ont été suivies quelquefois d'accidents cholériformes ou dysentériques, notamment dans les hôpitaux de Paris.

Quelques cas rares et isolés de choléra nostras ont été observés, comme dans les mois précédents. Un seul cas a été terminé par la mort, dans le service de M. Isambert à l'Hôtel-Dieu.

Affections cérébrales. — Quelques médecins ont signalé en septembre, comme en août, le nombre relativement assez considérable d'affections cérébrales ou cérébro-spinales. A la Maison de santé, notamment M. Chauffard a eu, dans son seul service, quatre cas d'hémorrhagie cérébrale, dont un mortel et trois cas de congestion cérébrale, dont un également mortel.

Pour la première fois, si nous ne nous trompons, nous voyons figurer, dans le compte rendu des maladies régnantes, les maladies mentales. C'est à M. Luys que nous devons cette innovation heureuse. Il y a, en effet, un grand intérêt à rapprocher les affections mentales proprement dites des maladies cérébrales congestives ou inflammatoires, qui n'en sont souvent que les préliminaires, au double point de vue de l'enchaînement pathogénique de ces deux ordres de phénomènes morbides et des influences étiologiques communes, telles que les variations ou les degrés élevés de température, par exemple.

M. Luys a communiqué à la commission des maladies régnantes les résultats de quelques observations qu'il a faites à cet égard à l'établissement d'Ivry. Il y a noté, à la fin d'août et au commencement de septembre, c'est-à-dire à la même époque où a été constatée cette fréquence d'affections cérébrales, une recrudescence subite dans le chiffre d'entrée des malades. Ceux-ci étaient tous plus ou moins sous le coup d'une vive congestion de l'encéphale se manifestant, chez les uns, par un délire violent avec hallucination et agitation ; chez les autres, par du délire ambitieux avec loquacité et tendance à la paralysie générale ; chez d'autres, par une sorte de délire partiel, engendré par des idées hypochondriaques antérieures, restées longtemps latentes et faisant irruption tout à coup. M. Luys a fait, en outre, cette remarque, que cette effervescence des facultés cérébrales ne s'est pas manifestée exclusivement sur les malades venus du dehors, mais qu'un certain nombre des anciens pensionnaires de l'établissement ont subi plus ou moins l'influence de cette élévation de température.

Affections puerpérales. — Enfin, sous le rapport des affections puerpérales, la situation générale des services d'accouchements a continué à être très-satisfaisante en septembre comme dans les mois précédents.

L'ovariotomie jugée par la statistique.

Dans notre Revue du 12 octobre, nous avons examiné, avec l'aide du « Traité pratique des maladies des ovaires, » de M. Boinet, l'état actuel de la thérapeutique des kystes ovariques, et nous avons exposé les résultats que donne la pratique des injections iodées dans les kystes uniloculaires simples. Nous allons exposer aujourd'hui les résultats qu'a donnés, dans ces dernières années, l'ovariotomie dans les kystes multiloculaires ou compliqués.

M. Boinet a réuni, dans son livre, toutes celles des opérations pratiquées en France, jusqu'au 31 mars 1867, qu'il lui a été possible de recueillir, et il en a constitué un tableau avec l'indication de l'âge des malades, de leur état de santé au moment de l'opération, des complications qu'elles ont présentées, du lieu où elles ont été pratiquées et enfin de leur résultat définitif.

Il ressort de ce tableau, que le nombre des opérations d'ovariotomie pour la France seule, recueillies jusqu'au 31 mars dernier, est de 95, lesquelles ont fourni 44 succès et 51 insuccès. A ces 95 opérations, il faut en ajouter 27 autres, par suite de renseignements ultérieurs, ce qui porte le chiffre total, jusqu'à ce jour, à 122, dont le résultat a été 73 insuccès et 49 succès (1).

(1) Il y aurait à ajouter aujourd'hui, aux chiffres donnés par M. Boinet, les opérations pratiquées par plusieurs chirurgiens et notamment par M. Kœberlé, depuis que ce tableau a été dressé. Les opérations pratiquées par M. Kœberlé figurent dans le relevé de M. Boinet pour le chiffre de 24. Or, la *Gazette des Hôpitaux* a publié récemment la trente-deuxième observation d'ovariotomie de l'habile chirurgien de Strasbourg. Ces additions ne changeraient pas d'ailleurs notablement les proportions indiquées par M. Boinet ; elles augmenteraient plutôt un peu, la proportion des succès.

Faut-il considérer ces chiffres comme donnant la mesure vraie de ce que l'on doit attendre à l'avenir de cette opération ? se demande M. Boinet, peut-on déduire de ces chiffres que l'ovariotomie ne peut pas fournir des résultats meilleurs ?

Notre confrère répond par la négative et il s'appuie sur ce que, en analysant les observations dont il s'agit, on peut se convaincre qu'en dehors des accidents qui appartiennent à l'opération proprement dite, il y a beaucoup de cas malheureux qui sont imputables, bien moins à l'opération qu'aux circonstances particulières dans lesquelles elle a été pratiquée. M. Boinet fait remarquer avec beaucoup de raison, suivant nous, que, si on peut, jusqu'à un certain point, comparer entre elles toutes les grandes amputations, il n'en est plus de même pour les opérations d'ovariotomie, qui sont loin de se ressembler. « En effet, dit-il, notre relevé nous montre que les unes ont été d'une simplicité remarquable, tandis que les autres ont été entourées de complications et de difficultés très-grandes, de telle sorte que ceux qui n'ont opéré que des cas simples ont eu des résultats que n'ont pas obtenus ceux qui ont opéré des cas graves et désespérés ; et si en France, à Paris surtout, on n'a pas eu plus de succès, c'est que les cas qu'on a opérés étaient défavorables et compliqués. » C'est parce que les malades ne se laissent opérer qu'à toute extrémité, après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, que les succès sont si rares. Les faits, examinés et soumis à une analyse raisonnée, montrent, en effet, que l'ovariotomie pratiquée en temps opportun, avant qu'il existe des complications graves, comme des adhérences, un affaiblissement et un dépérissement extrême, est une opération qui est moins grave que bien des opérations qu'on pratique tous les jours.

Voici quelques-unes des circonstances principales qui ressortent de cette analyse des faits.

Une première circonstance est l'innocuité relative, dans quelques conditions, de l'incision du péritoine restant exposé pendant des heures entières au contact de l'air et à toutes les manœuvres que nécessite l'opération. Ce fait, qui s'observe dans la plupart des cas où les opérées jouissent d'une bonne santé générale et où les kystes sont exempts de toute complication, tend à démontrer que lorsque la péritonite survient, elle tient moins au caractère de la lésion elle-même, qu'aux circonstances fâcheuses dans lesquelles l'opération est pratiquée.

Une autre circonstance, dont il n'importe pas moins de tenir compte, est la commotion nerveuse qui constitue l'un des accidents les plus fréquents et les plus graves de l'ovariotomie comme de tous les grands délabrements. Or cette commotion ou ce collapsus du système nerveux a d'autant plus de chances de se produire, que l'état général des opérées a été lui-même plus compromis par de longues souffrances et par l'épuisement qu'a entraîné une expectation trop prolongée. Ces accidents sont beaucoup plus rares chez les femmes qui sont opérées en temps opportun et dans de bonnes conditions.

Il ne sera pas nécessaire d'insister ici sur la part considérable qui revient à l'influence nosocomiale sur les résultats funestes d'une semblable opération. Les chiffres, à cet égard, ne parlent que trop éloquemment.

Nous négligeons ici volontairement la question de race qui a été soulevée au sujet de la tolérance plus ou moins grande pour les grandes opérations et en particulier pour l'ovariotomie, cette question s'effaçant devant celle des indications et des méthodes opératoires.

Enfin, dans le but de montrer que les résultats fournis par l'ovariotomie ne sont pas plus défavorables que ceux des autres grandes opérations, M. Boinet a fait appel à la statistique.

Il résulte des relevés empruntés à plusieurs chirurgiens étrangers, représentant toutes les opérations pratiquées, aussi bien les premières que les dernières, que la proportion des cas heureux, sur un chiffre de 493 opérations faites par divers chirurgiens dans des localités différentes, est de 67,74 p. 0/0, ou à peu près de 2 succès sur 3 opérations ; proportion qui pourrait être considérée comme l'expression actuelle du résultat général de l'ovariotomie (1).

(1) M. le professeur Courty, dans son « Traité pratique des maladies de l'utérus, » donne une appréciation qui se rapproche beaucoup de celle de M. Boinet. « Dans le midi de la France, dit-il, on ne peut asseoir encore une statistique sur les opérations trop peu nombreuses qui ont été entreprises. Néanmoins, si j'ajoute à celles que j'ai pratiquées quelques autres qui sont venues à ma connaissance, je suis porté à admettre que nous avons ici, comme en Angleterre et à Strasbourg, 3 guérisons sur 4 opérations dans les cas simples, et 2 sur 3 dans les cas compliqués. »

Que si l'on considère que les premières opérations ont fourni plus de revers que les dernières, on serait induit à concevoir l'espérance que les succès deviendront encore plus grands, à mesure que les chirurgiens seront plus familiarisés avec les indications de l'opération et avec les soins qu'elle réclame.

Enfin, comparant la proportion des succès de l'ovariotomie, pris en masse, avec celle des succès des autres grandes opérations, telles qu'amputations, désarticulations, herniotomies, etc., qui, d'après les statistiques les plus récentes, donnent les proportions de 50 0/0, 28,99 0/0, 52,41 0/0, etc., on arrive à cette conclusion générale que l'ovariotomie donne un résultat moyen plus avantageux que les amputations, les désarticulations et la herniotomie.

La conséquence toute naturelle qui ressort de tous ces calculs, c'est que l'opération de l'ovariotomie, moins grave en réalité que les grandes opérations usuelles, depuis qu'on a perfectionné les méthodes opératoires et qu'on sait mieux saisir l'indication et le moment opportun d'opérer, est tout aussi admissible dans la pratique et tout aussi justifiable que celles-ci. Elle est, en effet, comme le dit M. Boinet dans sa conclusion, légitimée par la gravité de la maladie, par les souffrances des malades et, surtout, par l'impuissance reconnue de tous les moyens de traitement médicaux.

HOSPICE MILITAIRE D'ARRAS. — M. CABASSE.

OBSERVATIONS

Pour servir à l'histoire des fractures de la colonne vertébrale; fractures comminutives des 4e et 5e vertèbres dorsales et des apophyses transverses des 4e, 3e et 2e vertèbres dorsales; luxations des côtes correspondantes (chute de 10 mètres de hauteur); mort onze jours après l'accident. — Réflexions.

(Les détails de l'observation ont été recueillis par M. DEBUSSCHÈRE, et ceux de l'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin en notre présence, par M. le docteur LESCARDÉ fils.)

Le nommé B..., sapeur au 1er régiment du génie, robuste et bien constitué, âgé de 22 ans, est apporté d'urgence à l'hôpital le 24 juin, vers trois heures de l'après-midi, quelques instants avant la contre-visite. Cet homme était occupé à réparer le cadran de la chapelle de la citadelle, quand, monté imprudemment sur une caisse mal assujettie, il se souleva sur la pointe des pieds et perdit l'équilibre. Après être roulé d'abord sur l'avant-toit, il vint tomber dans la cour, sur un tas de briques accumulées au pied du mur de l'édifice, dont la hauteur est de dix mètres.

M. le médecin-major Rizet, averti immédiatement, donna les premiers soins au blessé. Le billet d'urgence donne des détails circonstanciés sur la manière dont s'est produit l'accident. Il porte en outre : fracture probable de la cinquième vertèbre cervicale, paralysie des membres pelviens, érection très-prononcée du pénis.

M. Cabasse voit avec nous le blessé, trois quarts d'heure au plus après l'accident et procède à un examen attentif de toutes les parties du corps, autant que le permet l'état du malade qui, lorsqu'on le bouge, se plaint et ressent surtout des douleurs très-vives à la base du col. On est frappé tout d'abord de l'attitude singulière qu'il a prise dans son lit : la tête est fortement enfoncée dans les épaules, les bras complétement relevés et cramponnés en quelque sorte au traversin ; la face est anxieuse et légèrement cyanosée, les pupilles plus dilatées qu'à l'état normal, la peau froide, le pouls petit, filiforme, la respiration très-gênée et saccadée; la verge continue à être en érection. L'intelligence est conservée, la parole assez facile. B... répond nettement à toutes les questions qui lui sont adressées et se préoccupe beaucoup de la gravité de son état.

Les membres inférieurs sont tout à fait paralysés, dans un état de résolution complète, ils retomberaient comme une masse inerte, si on n'avait la précaution de les soutenir. La paralysie remonte, à gauche, jusqu'à un centimètre du téton et, à droite, à trois centimètres environ, plus bas.

La colonne vertébrale, examinée avec soin et précaution, fait découvrir une dépression, un abaissement, un enfoncement profond de haut en bas, d'arrière en avant de la région du cou, jusqu'au niveau de la sixième vertèbre cervicale. Au-dessous de ce point, au contraire, elle présente une saillie très-appréciable à l'œil, une exagération très-prononcée de la courbure normale à convexité postérieure formée par la septième cervicale et les premières vertèbres dorsales. Le sommet de cette courbe correspond au niveau de l'union de la quatrième avec la cinquième vertèbre dorsale. Les parties molles en cet endroit portent les traces d'une légère contusion; mais de douces pressions ne permettent pas de constater de crépitation. M. le docteur Rizet déclare, le lendemain, en avoir éprouvé la sensation au niveau de la cinquième vertèbre cervicale.

Y avait-il fracture, luxation, ou les deux lésions existaient-elles à la fois? La question ne pouvait être résolue et importait peu d'ailleurs au point de vue du traitement; on cesse toute recherche pour ne pas fatiguer plus longtemps le malade.

M. Cabasse penchait pour une fracture; il nous fit remarquer en outre que, d'après les symptômes de paralysie observés, il y avait : 1° compression de la moelle épinière; 2° et que, d'après l'étendue de cette paralysie, la conservation des mouvements des membres supérieurs qui indiquait que le plexus brachial n'avait pas été lésé, la lésion principale et la compression devaient se trouver au niveau de la quatrième ou cinquième vertèbre dorsale et non à la région cervicale.

La sensibilité est complétement abolie aux membres inférieurs, à l'abdomen, à la partie inférieure de la poitrine jusqu'à la limite indiquée plus haut pour la paralysie musculaire, à laquelle participent également les intercostaux.

Prescription : infusion de tilleul chaude, vin cordial, limonade et, autant dans un but de propreté que pour favoriser la réaction et faire uriner le blessé, un bain tiède d'un quart d'heure. Pendant ce temps, le lit est garni d'oreillers et d'un long coussin pour y faire reposer les épaules et faire porter à faux la partie inférieure de la région dorsale au-dessous de la saillie anormale. Le bain est bien supporté et B... est recouché sans avoir supporté de trop vives douleurs. Il lui est recommandé d'ailleurs de chercher la position la moins fatigante pour lui. La réaction s'établit deux heures après l'entrée à l'hôpital, le pouls se relève (84 pulsations).

25 juin. La nuit n'a pas été trop mauvaise, le blessé ne souffre pas; pas de selles, il n'a pas uriné, on le sonde avec la recommandation de répéter l'opération à midi et le soir. Pouls à 74, respiration gênée, stertoreuse, même décubitus que celui indiqué plus haut.

Prescription : 0,05 d'émétique en lavage à petites doses et à longs intervalles pour éviter le vomissement, limonade, et, sur la demande qui en est faite, vin sucré.

26 juin. Même état, selles involontaires pendant la nuit; B... demande à manger, bouillon trois fois par jour. Il reste à peu près dans le même état jusqu'au 2 juillet et se croit sauvé; il demande s'il ne restera pas estropié; la seule chose dont il s'inquiète, c'est d'être débarrassé de son rhume; il mange alors un potage, un biscuit et de la confiture et se plaint de l'insuffisance de ce régime. A cette époque, la sensibilité est revenue dans une certaine étendue. La limite de la paralysie est alors un peu au-dessus de l'ombilic à droite et le sixième espace intercostal du côté gauche.

M. Cabasse croit d'ailleurs remarquer qu'elle est variable, suivant les diverses positions que prend le malade.

3 juillet. Une amélioration assez notable laissait une lueur d'espoir ou, du moins, la respiration devenue plus libre pouvait faire espérer que le moment de la mort pouvait être encore éloigné, lorsque le 4 au matin, l'oppression, par suite de mucosités accumulées dans la poitrine, revint tout à coup au réveil du malade.

Appelé en toute hâte, nous ne pûmes, au bout de quelques instants, qu'assister au décès qui eut lieu sans agonie.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

On ne découvre sur le corps aucune trace de contusion que celle indiquée plus haut à la partie supérieure de la région dorsale, s'étendant de la septième vertèbre cervicale jusqu'au-dessous de la sixième dorsale; petite ecchymose insignifiante au-dessous de la paupière inférieure gauche; pas de traces d'eschares au sacrum ni aux parties déclives.

Le cadavre étant couché sur la partie antérieure du corps, on remarque que les angles supérieurs des omoplates font une saillie considérable. Entre ces deux angles supérieurs se trouve une dépression qui semble résulter de l'enfoncement d'arrière en avant des six premières vertèbres cervicales. L'ensemble des apophyses épineuses des vertèbres dorsales, jusqu'au niveau de la sixième, au contraire, proéminent et forment une courbure exagérée à convexité postérieure, avec angle saillant au niveau de la quatrième et de la cinquième.

A partir de ce niveau, la colonne dorsale reprend sa courbure normale.

Par suite de cet enfoncement en avant de la partie inférieure des vertèbres cervicales, l'occiput était fortement porté en arrière; cette déformation d'ailleurs était très-apparente et avait été constatée au moment de l'entrée du blessé à l'hôpital. A l'ouverture du cadavre, on trouve à la partie postérieure de la colonne dorsale des infiltrations sanguines dans les interstices des muscles des gouttières vertébrales, s'étendant de la partie inférieure de la région cervicale et dans toute l'étendue de la région dorsale. A la partie antérieure, même épanchement sanguin depuis la troisième vertèbre dorsale jusqu'au-dessous de la septième et recouvrant dans cet espace les parties antérieures et latérales des corps vertébraux.

Les sept premières côtes étant coupées de chaque côté à 0,05 cent. en dehors de leur articulation avec les apophyses transverses et deux traits de scie étant donnés, l'un dans la région cervicale, au niveau de la quatrième vertèbre, l'autre dans la région dorsale, au niveau de la septième, on détache la pièce.

Elle est formée des sixième et septième vertèbres cervicales, des sept premières dorsales et des extrémités postérieures des sept côtes correspondantes.

C'est sur ce tronçon de colonne vertébrale que se trouvent toutes les lésions; les vertèbres des autres parties sont parfaitement intactes.

Outre la déformation dont il a été parlé plus haut, il existe, entre les quatrième et cinquième vertèbres dorsales, une mobilité très-grande. Après avoir enlevé les muscles, il suffit de désarticuler l'apophyse articulaire gauche inférieure d'avec l'apophyse correspondante de la cinquième pour diviser la pièce en deux fragments. On constate alors comme lésions principales : une fracture comminutive, un écrasement, en quelque sorte, des corps de la quatrième et cinquième vertèbre dorsale.

La partie antérieure de la cinquième est taillée en biseau et réduite en nombreuses esquilles, tandis que la partie postérieure a résisté et conserve toute sa hauteur.

Sur la face postérieure du corps de cette cinquième vertèbre, on constate en outre : une fracture qui, partant de la partie moyenne et supérieure, se dirige en bas, en dehors et à gauche, détachant ainsi du reste de la vertèbre le pédicule gauche, avec une faible partie du corps et l'apophyse transverse du même côté. Cette dernière est elle-même séparée par une fracture de la lame correspondante. Ce fragment resté adhérent à la cinquième côte n'a pas subi de déplacement.

La partie la plus postérieure du corps de la quatrième dorsale, celle qui forme la paroi antérieure du canal, a aussi résisté. Elle est séparée du pédicule droit par une fracture, mais elle est restée adhérente au pédicule, ainsi qu'à l'apophyse transverse et à la lame du côté gauche, avec lesquels elle forme un demi-anneau.

Cette partie postérieure du corps de la quatrième dorsale s'est portée en arrière et a pénétré, par sa partie supérieure, de un centimètre dans l'anneau formé par le corps de la troisième, qui a été aussi fracturée. Il en résulte que le canal rachidien est notablement rétréci et la moelle fortement comprimée à cet endroit.

Le pédicule droit de la quatrième vertèbre était complétement séparé par des fractures du corps de l'apophyse transverse et de la lame. La partie de ce fragment qui adhérait au corps avait pénétré dans le canal rachidien et comprimait la partie latérale droite de la moelle qui a conservé son empreinte.

Il existe également une fracture qui sépare la lame droite de la deuxième dorsale, de l'apophyse transverse et du pédicule correspondant.

On constate, en outre de ces lésions osseuses qui sont les plus importantes :

Une fracture des apophyses épineuses de la troisième et quatrième vertèbre dorsale; des apophyses transverses droites, des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales.

Une luxation des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes droites, au niveau de leur articulation avec les corps vertébraux. Enfin, une luxation de la tête des quatrième et cinquième côtes gauches.

A partir de la troisième vertèbre dorsale, un épanchement sanguin entoure la moelle et se rencontre dans toute l'étendue du canal médullaire à la partie inférieure.

La partie supérieure et antérieure du corps de la deuxième dorsale était séparée du reste du corps et adhérente au ligament intervertébral. On trouvait la même lésion à la partie supérieure et antérieure du corps de la première dorsale. Tous les ligaments ont été déchirés plus ou moins à l'exception du grand surtout antérieur qui seul a résisté.

De toutes ces lésions et principalement de l'écrasement du corps de la cinquième vertèbre à la partie antérieure, il est résulté que la colonne vertébrale a basculé, en formant au niveau de la quatrième vertèbre un angle obtus à ouverture antérieure.

Les poumons sont fortement congestionnés, crépitent encore sous la pression des doigts, les bronches sont remplies de mucosités.

Le foie est très-volumineux et congestionné.

Nous n'avons rencontré, dans les autres organes, aucune altération.

La multiplicité, l'étendue et la gravité des lésions révélées par l'autopsie chez le blessé qui fait l'objet de cette observation, prouvent de la manière la plus saisissante, combien sont dans le vrai les chirurgiens qui, à l'exemple de MM. Sédillot, Malgaigne, Nélaton, recommandent la plus grande réserve et l'abstention de toute tentative de réduction, lorsqu'on se trouve en présence d'une fracture de la colonne vertébrale. La difficulté de pouvoir se rendre compte de l'étendue de la lésion, l'incertitude, pour ne pas dire l'impossibilité du diagnostic, les accidents graves et immédiats qui peuvent être le résultat de tentatives imprudentes, sont autant de raisons qui militent en faveur de cette opinion. A supposer que l'on puisse parvenir à ramener la colonne vertébrale dans sa direction normale, à quoi cela servira-t-il, lorsque les moyens de maintenir la réduction feront défaut et qu'au moindre mouvement le déplacement pourra se reproduire? Ce sont les motifs qui nous ont inspiré la règle de conduite que nous avons cru devoir suivre. Nous nous sommes borné à faire garnir de coussins le lit du blessé, pour lui permettre de choisir, instinctivement, la position la plus commode, en ayant toutefois la précaution d'en placer un sous les épaules pour y soutenir la région malade, en faisant porter à faux la partie inférieure de la tige vertébrale, et pour chercher à la ramener dans sa direction normale.

Pour remédier aux inconvénients résultant de la paralysie du rectum et de la vessie, nous avons employé les moyens ordinaires, les purgatifs, l'huile de ricin, les lavements, la sonde aussi souvent que le besoin s'en est fait sentir.

C'est au moment où le blessé était complétement rassuré sur sa position et que nous-même commencions à avoir une lueur d'espoir, qu'il est mort subitement, onze jours après l'accident. En présence des désordres qui ont été révélés par l'autopsie, n'est-il pas étonnant qu'il ait survécu aussi longtemps ? (1)

L'opération du trépan a été tour à tour conseillée et abandonnée. Dans ces derniers temps, M. Laugier, frappé de la terminaison presque toujours funeste des lésions rachidiennes, a cherché de nouveau à appeler sur la question des fractures de la colonne vertébrale, l'attention des chirurgiens et à soumettre à une discussion approfondie, l'opportunité de cette opération, pour faire cesser les accidents de compression.

Des tentatives ont été faites dans ce but, des observations empruntées à la chirurgie anglaise, dans lesquelles on a eu recours à la trépanation du canal rachidien, pour remédier aux accidents occasionnés par les fractures des vertèbres, ont été publiés dans la *Gazette des hôpitaux*. Jusqu'à présent elles sont trop peu nombreuses et les tentatives n'ont pas en général été favorables.

Dans l'une de ces observations (*Gazette des hôpitaux*, 6 janvier 1866), l'opération a eu pour résultat de faire cesser momentanément la paralysie, mais le malade a succombé et la mort a été attribuée au traumatisme chirurgical. Le résultat n'est pas encourageant, mais, à cause des intentions, on ne saurait blâmer la hardiesse de ceux qui osent entreprendre de semblables opérations.

La question importante des fractures de la colonne vertébrale ne nous paraît pas encore avoir été suffisamment étudiée. La science ne possède guère sur ce sujet que des observations éparses dans les publications périodiques, aussi avons-nous pensé que celle-ci, intéressante à plus d'un titre, pourrait peut-être servir un jour à l'histoire de ces graves lésions.

NÉCROSE DU FRONTAL,

par M. le Dr WOLFE, d'Aberdeen (Écosse).

Une femme, âgée de 78 ans, était sujette à des attaques d'épilepsie depuis dix ans, survenues à la suite d'une chute faite d'une grande hauteur. Sa santé, avant cette époque, était excellente. Au jour de l'an 1865, elle est tombée dans un feu de char-

(1) Nous avons conservé la pièce anatomique, qui nous paraît assez intéressante pour figurer dans un musée anatomique, comme un type des plus compliqués des fractures de la colonne vertébrale.

bon; personne ne se trouvant dans l'appartement, elle n'a été retirée qu'un certain temps après par sa fille, qui l'a trouvée la tête complétement environnée de braise. On l'a crue morte, et la figure, ainsi que le crâne paraissaient entièrement carbonisés. Les paupières, les joues, les oreilles, la langue même, qui était pendante en dehors, étaient noires et sèches. Les dents étaient tombées; elles avaient la même couleur noire.

On constatait, avec les désordres précédents, que le pouls était imperceptible, la respiration à peine marquée, et parfois légèrement stertoreuse. Elle est restée dans cet état constant pendant cinq jours. Le sixième, quelques mouvements se sont manifestés, et la sensibilité s'est réveillée peu à peu. Vers le douzième jour, la paralysie de la vessie et du rectum a cessé. Bientôt elle a pu avaler du lait.

Le dix-huitième jour, les escarres ont commencé à se détacher; les paupières, d'abord, puis les globes des yeux eux-mêmes sont tombés. A partir de ce moment, la suppuration est devenue considérable, mais l'état général s'est amélioré, et, sauf les désordres locaux, l'amélioration a été toujours croissant.

7 mai. Les os propres du nez, l'os planum de l'ethmoïde se sont détachés.

25 juin. La table externe de tout le frontal, y compris les arcades orbitaires ainsi que l'épine nasale, s'est également détachée.

Dès lors, la santé générale est devenue très-bonne, et cette femme s'est trouvée radicalement guérie des attaques d'épilepsie, auxquelles elle était sujette avant son accident.

Elle a succombé, à la suite d'un catarrhe pulmonaire, le 21 mars de l'année suivante, c'est-à-dire plus de quinze mois après sa brûlure.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES

Traité par la ligature de l'artère principale du membre,

par Thomas Bryant.

Le succès vraiment remarquable obtenu par le docteur Thomas Bryant, dans un cas d'éléphantiasis du membre inférieur, nous engage à rapporter cette observation, et à indiquer quelques autres faits réunis par le même auteur, dans lesquels la ligature de l'artère principale du membre a réussi à guérir cette affection regardée généralement comme incurable.

Mary T..., âgée de 25 ans, native de Carmathen, fut admise à Guy's-Hospital le 10 octobre 1865. D'une bonne santé habituelle, sans maladie antérieure de quelque importance, elle eut, six ans auparavant, une fièvre scarlatine légère, et c'est dans sa convalescence que la jambe gauche commença à augmenter de volume; le gonflement ayant débuté d'abord au niveau du mollet, et s'étant étendu ensuite au genou, sans douleur et sans phénomènes généraux.

Pendant deux ans le gonflement augmenta graduellement, puis il fit des progrès rapides et envahit la cuisse, mais sans jamais causer de douleur. La malade fut soignée à deux reprises différentes, et on employa successivement les bains, le repos, la compression, le froid appliqué localement, etc., sans aucun résultat. Le mal continua à augmenter, et depuis trois ans quelques ulcérations se sont montrées au niveau du mollet.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le membre inférieur présentait un volume énorme depuis le coude-pied jusqu'à l'aine, le pied restant parfaitement sain; le membre était dur et résistant sous le doigt, et la peau, ainsi que le tissu cellulaire, paraissaient manifestement infiltrés de matière fibrineuse.

Les dimensions du membre étaient les suivantes: circonférence du mollet, 24 pouces du côté malade; 15 pouces et demi du côté sain; circonférence de la cuisse, 28 pouces du côté malade; 21 pouces du côté sain.

Le membre, ayant été placé dans une position déclive, diminua d'abord un peu de volume, mais cette amélioration ne tarda pas à s'arrêter, et, après un mois environ, les deux membres mesurés de nouveau présentaient 22 pouces et demi du côté affecté, et 14 pouces du côté sain, au niveau du mollet; au niveau de la cuisse, 27 pouces du côté affecté et 20 pouces du côté sain.

Le 31 octobre, M. Bryant lia l'iliaque externe qui parut saine et d'un volume normal. Le membre fut entouré d'ouate, et placé dans une situation élevée comme auparavant.

Dès le lendemain, on constata une diminution de 1 demi-pouce dans le volume de la jambe et de la cuisse; les suites de l'opération furent très-simples et ne présentèrent rien de particulier à noter. Huit jours après, le membre avait diminué de 3 pouces; pendant la seconde semaine, il avait encore perdu 1 pouce.

Au bout de six semaines, le membre avait diminué de 7 pouces et demi; la peau avait perdu toute dureté, et donnait au doigt la même impression que du côté sain.

Le 23 décembre, un bandage élastique fut appliqué depuis les orteils jusqu'à la hanche, et la malade se leva pour aller aux fêtes de Noël.

Le 30, la jambe avait augmenté de volume et paraissait œdémateuse, ce que l'on attribua à la marche. Le bandage fut enlevé, et on prescrivit la position horizontale qui fut maintenue pendant plusieurs mois.

L'œdème disparut rapidement et, le 15 mars, le volume du membre était réduit à 15 pouces et demi; il avait perdu toute dureté et paraissait absolument normal. A la fin du mois de mai, la malade est considérée comme complétement guérie; elle se promène sans aucun inconvénient en portant un bas élastique.

Deux planches annexées au mémoire du docteur Thomas Bryant, et représentant le sujet avant et après le traitement, rendent le résultat plus frappant.

Le docteur Carnochan (de New-York), qui, le premier, a appliqué la ligature de l'artère principale du membre au traitement de l'éléphantiasis des Arabes, a rapporté quelques observations dans lesquelles ce moyen a réussi complétement. Nous nous bornons à en donner une indication très-sommaire.

1re *Observation.* — Homme de 27 ans, natif d'Aix-la-Chapelle. Eléphantiasis de la jambe droite; ligature de l'artère fémorale au-dessus de l'origine de la profonde. Hémorrhagie secondaire; ligature de l'iliaque externe. Diminution rapide du volume et de la dureté du membre. Trois mois après, guérison complète constatée de nouveau seize mois plus tard.

2e *Observation.* — Homme de 39 ans, Italien. Eléphantiasis de la jambe gauche datant de six ans, rendant la marche impossible. Ligature de la fémorale. Diminution rapide du volume du membre. Guérison complète trois mois après.

3e *Observation.* — Femme de 25 ans, native d'Irlande. Eléphantiasis de la jambe droite depuis un an. Ligature de l'artère fémorale; diminution rapide du volume et de la densité du membre. Un an après, la malade marchait facilement, mais, lorsqu'elle ne portait pas le bas élastique, la jambe devenait un peu œdémateuse, tout en restant molle et compressible; tout gonflement disparaissait par le repos.

4e *Observation.* — Femme irlandaise, de 26 ans. Eléphantiasis des deux jambes existant depuis trois ans; le membre droit étant plus malade, on commença par lier l'artère fémorale droite. L'amélioration fut tellement rapide que la malade réclama la ligature de l'artère fémorale gauche. Celle-ci fut pratiquée deux mois et demi après la première opération. Une amélioration sensible s'était déjà produite au bout de onze jours, époque à laquelle ce fait a été publié. Mais il est regrettable qu'on n'ait pas complété cette observation par des publications antérieures.

Outre les quatre faits précédents du docteur Carnochan, en voici encore quelques autres:

Butcher (*Dublin quarterly journ.*, 1863) rapporte qu'il a lié l'artère fémorale en 1861, pour un éléphantiasis de la jambe droite, chez une femme de 40 ans, affectée de cette maladie depuis seize ans. Six mois plus tard, la tuméfaction avait disparu et la malade pouvait marcher facilement; la guérison fut constatée au bout de seize mois.

Le docteur Fayrer (de Calcutta) (*Edinburgh med. journ.*, novembre 1865), a publié l'observation d'un homme de 30 ans, du Sénégal, affecté d'éléphantiasis de la jambe droite depuis sept ans, qui fut traité par la ligature de la fémorale. Une amélioration rapide se produisit; mais, environ trois semaines après l'opération, le malade mourut de pyémie. Toutefois, suivant la remarque du docteur Fayrer, la rapide diminution du volume du membre indiquait suffisamment la valeur réelle du mode de traitement.

Enfin, le docteur Alcock (*Lancet*, march., 1866) rapporte un cas d'éléphantiasis traité par la ligature de la fémorale. Un mois après l'opération, le résultat paraissait devoir être excellent.

(*Méd.-chir. Trans.*, t. XLV, p. 176, 1865, et *Arch. de méd.*).

TRANSFORMATION MYÉLOIDE DES POUMONS

Par Thomas Clifford-Allbutt.

Un garçon de 14 ans, entré à l'hôpital dans le service chirurgical de M. Whielhouse, pour un accident sans gravité, fut atteint, pendant son séjour, de symptômes thoraciques rapportés à l'existence d'une pleuro-pneumonie, dont M. Th. Cl.-Allbutt pensa reconnaître la nature tuberculeuse. L'automne suivant, le même enfant entra dans le service de ce dernier médecin, qui, à l'examen, trouva une matité complète et une absence de bruit respiratoire dans tout le côté gauche de la poitrine; les battements du cœur se faisant sentir au niveau du mamelon droit; le pouls était à 125 et faible; l'enfant était épuisé par l'hecticité. En raison de l'affaiblissement de la voix, on ne put obtenir aucun renseignement sur la résonnance de la parole. Il y avait peu ou pas de toux, et la dyspnée n'était pas considérable. Quoique les espaces intercostaux ne fussent pas proéminents, et que la mensuration du côté gauche du thorax n'excédât celle du côté droit que de trois quarts de pouce, cependant on supposa qu'il s'agissait d'un épanchement liquide. La ponction du thorax, faite en deux points différents avec un petit trocart, ne donna issue à aucun liquide. La mort eut lieu quelques semaines plus tard.

A l'autopsie, on trouva, en enlevant le sternum, toute la partie antérieure du thorax remplie par une masse d'un blanc verdâtre. Cette masse s'étendait au delà de la ligne médiane qu'elle dépassait à droite de trois ou quatre pouces, et remplissait entièrement la moitié gauche de la cavité thoracique. Dans le sens vertical, elle atteignait la clavicule et, repoussant en bas le diaphragme, s'étendait jusqu'au rein gauche. Le bord droit présentait l'aspect du bord aminci d'un poumon, et offrait la trace d'une division lobaire. En cherchant à enfoncer un scalpel dans cette masse, on fut surpris d'éprouver une résistance considérable, et même presque insurmontable. On parvint cependant à l'inciser, et on trouva qu'elle était constituée par une substance fibreuse très-dense, et remplie de masses et de plaques osseuses, dont quelques-unes ressemblaient à des phalanges unguéales, d'autres à des séquestres, dont les uns offraient le volume d'une tête d'épingle et les autres avaient un ou deux pouces de longueur. En passant la main sous les côtes, on pénétrait dans un amas de matières pultacées et sanguinolentes, se réduisant en pulpe à la moindre pression, et contenant aussi des myriades de fragments osseux. Il fut impossible de découvrir aucun point de la colonne vertébrale ou des côtes, qui pût être considéré comme ayant été le siége primitif du mal.

L'examen d'une portion de la pièce, fait par le docteur Wilks, a montré que la tumeur se composait de deux substances, l'une dure, l'autre molle, séparées l'une de l'autre; la portion dure est constituée par un tissu fibreux remarquablement résistant, renfermant des fragments osseux denticulés et libres, offrant la structure normale du tissu osseux.

La substance molle était un spécimen de tumeur myéloïde. Les cellules caractéristiques étaient séparées par un stroma très-mou, imparfaitement fibrillaire, que l'acide acétique rendit plus apparent. Un grand nombre de cellules présentaient une dégénérescence granuleuse.

(*Medico-chirurg. Transact.*, t. XLV, p. 165, et *Arch. de med.*).

A PROPOS

du Manuel d'accouchement de M. Verrier,

par M. le Dr Bailly.

Des hémorrhagies internes pendant la grossesse.

M. Verrier nomme hémorrhagie par inertie secondaire, la perte de sang qui accompagne la délivrance ou la suit immédiatement. Je ne lui ferai point de querelle sur ce néologisme en considération du mérite réel de son article. Un point cependant laissé à désirer dans l'histoire de cette hémorrhagie, c'est le traitement préventif, qui se résume pour lui dans la saignée opposée aux phénomènes de pléthore antérieure. J'aurais désiré le voir s'étendre un peu plus sur une prophylaxie qui me paraît d'une importance capitale. Il est indispensable sans doute, de bien soigner une femme qui perd et celle qui a perdu, mais il est tout aussi indispensable d'empêcher la perte de se produire quand la chose est possible. On ne saurait trop le répéter, l'hémorrhagie après l'accouchement est un accident qu'on prévient, mais qu'on ne guérit pas. L'écoulement du sang, dans cette circonstance, est parfois tellement subit, tellement abondant qu'avant même qu'on s'en soit aperçu, la femme peut être tuée ou plongée dans une anémie dont les conséquences sont incalculables. Il me paraît donc du devoir du médecin de prévenir un accident aussi redoutable par les moyens qui peuvent lui être utilement opposés, et surtout par l'emploi de l'ergot de seigle administré à dose modérée pendant la seconde période du travail; non pas que nous voulions appliquer cette pratique à toutes les femmes, mais seulement à celles chez lesquelles l'imminence d'une perte peut être considérée comme probable. Or, parmi les circonstances qui doivent faire redouter une hémorrhagie après l'accouchement, il en est deux que signale M. Verrier: 1° une prédisposition idiosyncrasique à l'inertie utérine, par suite de laquelle une femme a perdu abondamment à tous ses accouchements antérieurs. La conduite de l'accoucheur est ici dirigée par les connaissances des antécédents, dont il doit toujours s'enquérir; 2° accouchement gémellaire: plus de la moitié des femmes, dans ces conditions, perdent d'une façon dangereuse, à la suite de leur couche, ce dont rendent facilement compte la fatigue utérine et la multiplicité des sources d'hémorrhagie ouvertes par le décollement d'un vaste gâteau placentaire; 3° à ces deux circonstances, j'en ajouterai une troisième, l'infiltration des membres inférieurs chez une parturiente, que l'œdème soit lié ou non à l'albumine. Des faits trop saisissants m'ont démontré l'exactitude des observations de M. Blot, sur le danger que courent les femmes, pour que j'omette, dans ces derniers cas, comme dans les deux précédents, d'administrer un gramme de poudre d'ergot lorsque la tête de l'enfant a franchi l'orifice utérin. C'est aujourd'hui pour moi une règle absolue de conduite, et la crainte des difficultés que cette pratique pourrait, dit-on, créer à la délivrance, ne saurait, je le déclare, m'arrêter aucunement; le col est assez dilaté quand son orifice atteint trois centimètres et demi, et qu'il est d'ailleurs très-souple. Si le mot souple, dans la pensée de M. Verrier, signifie dilatable, je suis de son avis. Ce degré d'ouverture serait, au contraire, fort insuffisant, si l'orifice utérin, quoique souple, n'était pas susceptible de s'ouvrir entièrement sous la pression de la main ou de la partie fœtale.

L'histoire clinique des hémorrhagies qui se produisent pendant les trois derniers mois de la grossesse et pendant le travail forme un chapitre important qui m'a paru un peu écourté dans quelques-unes de ses parties. La thérapeutique, il est vrai, en est fort bien traitée. L'auteur va droit au but, et, sous une forme succincte, pose avec précision les indications des deux seules méthodes sérieuses de traitement de ces hémorrhagies, la rupture artificielle des membranes et le tamponnement. Avec raison, il a refusé de s'engager dans ce dédale de demi-moyens qui ne peut laisser qu'incertitude et confusion dans l'esprit, et auquel il est fait une trop large part dans certains traités d'accouchements et en particulier dans celui de Cazeaux. M. Tarnier, il est vrai, est un praticien trop consommé pour n'avoir pas senti le danger de cette banale énumération et dans l'édition qu'il a donnée récemment de ce livre, il a pris soin d'affirmer dans une note l'énorme supériorité du tampon sur les autres moyens de traitement de ces pertes; mais alors, pourquoi avoir laissé subsister la longue et stérile discussion qui précède? N'est-il point à craindre que le souvenir de cette thérapeutique futile ne reste dans l'esprit du praticien, et ne vienne l'embarrasser à un moment où il a besoin de tout son sang-froid et des notions les plus précises pour combattre efficacement un accident aussi grave? C'est une réflexion que je soumets en passant à mon collègue et ami, si cet article tombe par hasard sous ses yeux.

Version pelvienne.

Les pages dans lesquelles M. Verrier s'occupe de la version pelvienne sont très-satisfaisantes, sauf deux ou trois passages de médiocre importance, et que l'auteur me permettra de lui signaler.

A propos des conditions nécessaires à la manœuvre de la version, tout en reconnaissant que le choix de la main est moins important dans les présentations de l'épaule que dans celles du crâne et de la face, M. Verrier tient cependant, dans les premières, à donner une règle qui, quoique formulée d'une manière différente, n'est en définitive autre que celle proposée par Chailly: pieds à droite, main droite; pieds à gauche, main gauche. Je crois qu'en pratique cette règle n'a pas plus d'utilité que la règle classique: épaule droite, main droite; épaule gauche, main gauche. Ces deux règles se contredisent formellement dans certaines positions de l'épaule, et, cependant, il n'est pas douteux qu'en suivant l'une ou l'autre un opérateur habile ne réussisse parfaitement à effectuer une version. Qu'en conclure, c'est que ces règles n'ont aucune importance, et qu'en définitive, chacun peut choisir la main qu'il préfère. Si, à mon tour, j'osais proposer une règle pour le choix de la main, dans les présentations du tronc, je la formulerais de la manière suivante: par conséquent, la main droite pour les droitiers, la gauche pour les autres. Je n'en suis pas d'autre, et n'ai point remarqué que ma main droite éprouvât plus de difficulté que la gauche à se porter en avant, en arrière, à droite, à gauche du corps fœtal, c'est-à-dire là où se rencontrent les pieds de l'enfant. Mon expérience et celle des autres m'ont au contraire maintes fois démontré que la main droite réussit souvent là où la gauche, introduite conformément aux règles précédentes, avait échoué.

M. Verrier, un peu plus loin, admet qu'un seul pied suffit pour retourner l'enfant, mais le choix de ce membre ne lui paraît pas indifférent. « L'expérience, dit-il, prouve que dans la version à un seul pied l'extraction de l'enfant se fait facilement, si le membre saisi est celui qui correspond à la symphyse pubienne. Quand, au contraire, on tente le dégagement en agissant seulement sur le membre qui est en arrière, il peut se faire que l'antérieur se redresse le long du tronc et qu'il vienne s'appliquer au-dessus des pubis; ce qui constituerait un sérieux obstacle à la sortie du fœtus. » J'ai quelque raison de croire que cette proposition, dont M. Verrier n'est pas coupable, mais qu'on trouve exprimée dans différents ouvrages d'obstétricie, a dû être écrite à la suite de manœuvres pratiquées

sur le mannequin, et je doute qu'on pût la corroborer par les résultats d'opérations faites sur la femme vivante. Que l'on ait saisi le membre abdominal antérieur du fœtus ou celui qui est en arrière, l'évolution s'opérera avec une égale facilité si la paroi utérine est suffisamment souple et l'enfant suffisamment mobile. Il n'y a sous ce rapport aucune différence entre les deux membres, j'en suis convaincu, et M. Verrier, qui a conservé le souvenir de l'enseignement de notre maître, se rappellera sans doute son opinion sur la théorie du *bon* et du *mauvais* pied. « Le pied qu'on a pu saisir et qu'on tient solidement, dit plaisamment M. Pajot, c'est le bon; le mauvais pied, c'est celui qui nous échappe. » D'ailleurs, est-il donc si facile à la main portée dans la matrice, de discerner si le pied saisi correspond à la hanche postérieure de l'enfant ou à l'antérieure? Quant à moi, je ne me souviens pas qu'il m'ait été souvent possible d'établir cette distinction, et j'avoue que, satisfait de tenir un des pieds, j'ai terminé mon opération avec ce membre amené au dehors, quel qu'il fût. En résumé, le choix du pied me paraît indifférent, et d'ailleurs irréalisable dans la plupart des cas.

La nature fait sans doute beaucoup pour l'expulsion du fœtus, mais M. Verrier ne se montre-t-il pas un peu trop confiant dans la puissance de ses efforts, lorsqu'il espère qu'elle fera habituellement les frais de dégagement des épaules et de la tête, après que l'art est parvenu à extraire le siége et le tronc? « Dans la version non compliquée, dit-il, la tête restant fléchie, son dégagement suivra de près celui des épaules; il suffira pour le faciliter, d'élever le tronc et de renverser le dos du fœtus, tout à fait revenu en avant, sur le ventre de la mère, en même temps, il engagera la femme à pousser, etc. » Sans doute, on peut voir s'opérer spontanément la sortie totale de l'enfant chez les femmes pluripares, dont les voies génitales offrent de l'ampleur et de la souplesse. Dans des conditions opposées, chez les primipares, je pense que bien souvent on recueillerait un enfant mort en abandonnant la terminaison du travail à la nature, et cela en dehors de toute complication, tenant à l'élévation des bras ou à la déflexion de la tête. Le dégagement de ces parties forme donc une partie importante du temps d'extraction de la version, que M. Verrier a presque entièrement passée sous silence. C'est là une lacune qui devra disparaître dans une prochaine édition.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

190. Brugerolle. Réflexions sur les accidents attribués aux inhalations de chloroforme et d'éther.
191. Armaingaud. Essai sur la rumination humaine, suivi d'expériences sur la digestion des aliments féculents.
192. Ramlow. Sur le traitement de la vaginite.
193. Rosset. Essai sur l'adénie.
194. Pujol. Des ombellifères vireuses indigènes.
195. Lefeuvre. Etudes physiologiques et pathologiques sur les infarctus viscéraux.
196. Zabe. Des aliénés incendiaires devant les tribunaux.
197. Legros. De la digitale dans le traitement de la pneumonie et de la pleurésie chez les enfants.

M. le docteur Guillon père, a adressé, le 7 octobre, la lettre suivante à M. le Président de l'Académie des sciences.

Monsieur le Président,

Une expérience de quarante années m'a prouvé que pour obtenir promptement la guérison des maladies des voies urinaires il fallait employer des méthodes rationelles. Pénétré de cette conviction, qu'aucun fait n'est jamais venu contredire, je regarde comme un devoir de contribuer, autant que je le puis, à consacrer la pratique de ces moyens sérieux et efficaces de guérison; devoir d'autant plus doux à remplir qu'à côté du désir d'aider aux progrès de la profession qu'on exerce de génération en génération depuis cinq cents ans, dans ma famille, se joint chez moi le besoin de vous témoigner ma reconnaissance pour les encouragements que l'Académie des sciences m'a décernés à trois reprises différentes : en 1847, 1850, 1857. Ce double but, j'espère l'atteindre en offrant au premier des corps savants du pays, une somme de 11,000 francs dont la rente vous permettra de récompenser tous les *trois ans* le meilleur travail qui, sur une branche spéciale de l'art de guérir, sera soumis à votre examen.

Permettez-moi maintenant de vous le dire, M. le president, je désire instituer cette fondation afin de perpétuer dans ma famille le souvenir des soins que, l'année dernière à Vichy et à Biarritz, j'ai eu l'honneur de donner à l'Empereur et *avec un plein succès*.

En outre, comme ces onze mille francs, que je dois à la munificence impériale, ne peuvent trouver une meilleure destination que la fondation d'un prix pour une œuvre de science et d'humanité, j'ai le ferme espoir que ce projet, dont je viens de vous entretenir, obtiendra l'assentiment de Sa Majesté.

Veuillez, je vous prie, etc.

— La société de secours des amis des Sciences, fondée par le baron Thénard, en 1857, vient de recevoir un legs de 10,000 fr., qui lui a été fait par M. Fourneyron, (Benoist), ingénieur civil, l'un de ses plus anciens membres.

De l'angine couenneuse et du croup (deuxième édition), par le Dr Coulon, professeur de thérapeutique à l'Ecole de médecine d'Amiens, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un vol. in-8 de 104 pages; prix : 2 fr. — Paris, 1867, F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Nouvelle iconographie fourragère, comprenant un atlas avec texte explicatif des plantes fourragères et des plantes nuisibles qui se rencontrent dans les prairies et dans les pâturages, accompagnée d'un **Traité de l'alimentation du cheval et des autres animaux domestiques,** par MM. J. Gourdon, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, et P. Naudin, vétérinaire en premier. — Le troisième fascicule — 30 planches gravées sur cuivre et coloriées avec soin, et 130 pages de texte explicatif — vient de paraître; prix : 20 fr. — Un quatrième fascicule complétera l'ouvrage. — Paris, 1867, P. Asselin.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Au bout de quatre années de cette vie laborieuse et pénible, il devenait externe, puis interne des hôpitaux. C'était le salut. Désormais, il allait pouvoir se livrer entièrement à l'étude et à l'enseignement de la médecine et, obéissant à ses goûts et à ses aptitudes, s'occuper surtout d'anatomie et de chirurgie.

Formé à l'école de maîtres éminents, le professeur Laugier et l'illustre Velpeau, dont la tombe est à peine fermée, Foucher était, avant la fin de son internat, nommé aide d'anatomie à la Faculté.

C'est alors que je le connus, que j'appris à l'estimer et à l'aimer. Je le vis devenir prosecteur à l'École pratique. Nous fûmes nommés ensemble agrégés en chirurgie, et cette double nomination nous donna, je m'en souviens, une double part de joie.

Marié depuis un an à une jeune et charmante femme qu'il laisse abîmée de douleur, il allait atteindre au terme de ses concours. En 1858, il était chirurgien du Bureau central des hôpitaux, et bientôt la Société de chirurgie l'appelait dans son sein. Elle le nomma secrétaire en 1863, et la rédaction de nos Bulletins pour cette année atteste le soin consciencieux qu'il apportait dans l'exercice de ces fonctions délicates. Attentif, exact, ne parlant que pour éclairer une question, il parlait rarement. Chacun de nous se rappelle cependant l'intérêt de ses communications sur divers points de notre science, sur les fistules vésico-vaginales, sur l'iridectomie, sur l'acupressure.

A la tête d'un grand service de chirurgie à l'hôpital Saint-Louis, où il était, en outre, chargé de la clinique ophthalmologique de la Faculté, auteur d'un grand nombre de travaux épars dans tous les recueils, travaux dont plusieurs font autorité, traducteur et annotateur de Warthon Jones, pour son « Traité des maladies des yeux, » mettant la dernière main à un « Traité de diagnostic chirurgical » dont la première partie a déjà été accueillie avec un légitime intérêt, membre de la Société de médecine et de la Société des sciences médicales de Paris, membre honoraire de la Société anatomique, membre correspondant de l'Académie de Rio-Janeiro, de la Société médicale de Lisbonne, de diverses Sociétés des départements, Foucher était en état de prétendre aux plus hautes positions de notre profession. Il touchait au sommet et pouvait mesurer avec orgueil l'immense chemin qu'il avait parcouru sans écart et sans défaillance.

Le temps des épreuves était passé. Parvenu lui-même à une position enviée, il avait pu tendre la main à ses frères cadets et leur aplanir la route. Désormais, il était tranquille de ce côté. Son foyer, trop longtemps habité par la maladie, avait vu partir cet hôte dangereux. Mme Foucher avait recouvré la santé, grâce aux soins incessants et dévoués que lui avait prodigués son mari. Il allait enfin pouvoir récolter, après avoir si longtemps semé son travail et son courage.

Pauvre ami, tous ces labeurs, toute cette vaillance, tout allait s'évanouir d'un souffle. Vous alliez, vous aussi, grossir le nombre de ceux que nous pleurons. Que penser et que dire devant de pareils deuils, si imprévus et si subits ! Honneur, dignité, respect du devoir, amour du travail, élévation des sentiments, la mort ne tient compte de rien. Hier, elle nous enlevait Follin, elle vous ravit aujourd'hui. Vos tombes se touchent et sont arrosées des mêmes larmes. L'un et l'autre, à des titres divers, vous étiez des meilleurs, pleins d'espérance, d'avenir, de légitimes désirs. Aujourd'hui, plus rien que des souvenirs et des pleurs !

Le souvenir, votre récompense et notre seule consolation ! Qu'il soit doux à tous ceux que vous laissez dans la douleur, à ce jeune frère que vous avez formé de vos conseils et de votre travail, à cette famille qui perd en vous son second chef. Qu'ils soient fiers tous d'avoir vécu de votre vie et d'hériter de votre mémoire !

Cher ami, recevez ce suprême adieu qui s'échappe comme une plainte du fond de mon cœur.

COMMUNICATION.

M. Vanzetti. Je ne viens pas seulement aujourd'hui pour satisfaire aux sentiments d'estime et de respect que je porte à la Société, lui présenter, comme j'ai eu l'honneur de le faire plusieurs fois depuis l'année 1857, quelques observations de ma pratique chirurgicale ; mais je viens surtout, animé d'une profonde reconnaissance envers vous, Messieurs, vous remercier pour l'insigne honneur que vous avez daigné me faire l'année dernière, en me conférant, à la place de l'illustre Valentin Mott, le titre de membre associé étranger de cette Société, qui occupe la première place dans la chirurgie moderne.

Aussi, en prenant la parole, je ne trouve pas les expressions capables de rendre ce que mon cœur éprouve de satisfaction et de fierté. C'est un motif de plus pour moi, de chercher à me rendre digne du titre honorifique que vous m'avez conféré, en contribuant de mon mieux aux si utiles et si importants travaux de la Société.

Cette année donc, Messieurs, j'ai pensé à vous communiquer non-seulement des observations relatives au traitement des anévrysmes : mais je me suis fait un devoir d'en recueillir d'autres, et j'ai étendu ce choix à des affections chirurgicales qui, par leur rareté ou leur importance spéciale, m'ont paru pouvoir vous intéresser en méritant d'être portées à votre connaissance.

Ne voulant point abuser de votre bienveillante attention, ni accaparer une trop grande partie de cette séance, au détriment d'autres collègues, je me bornerai à ne vous communiquer aujourd'hui que quatre observations d'anévrysmes, me réservant dans nos plus prochaines réunions de vous faire connaître : 1° l'observation d'une maladie très-rare de la peau du scrotum, qu'on pourrait dénommer *pierreuse ;* 2° la relation d'une opération dont je ne connais que fort peu d'exemples ; 3° trois observations, où la compression digitale a été employée avec succès pour diverses maladies autres que des anévrysmes, à l'occasion desquelles j'appellerai tout particulièrement l'attention et la critique de la Société ; 4° deux cas de résection du genou ; 5° trois observations d'ovariotomie.

Parmi les observations d'anévrysmes, que je vais vous faire connaître, la quatrième seulement (sera publiée) a été recueillie à ma clinique. La première m'a été communiquée par le Dr Vecelli, anciennement mon interne, aujourd'hui chirurgien de l'hôpital de Treviso ; la seconde, par le Dr Vigna, un des chirurgiens du grand hôpital de Venise, la troisième, par le Dr Franzolini, jadis un de mes meilleurs élèves, actuellement chirurgien de l'hôpital de Sacèle. Je saisirai cette occasion pour remercier vivement ces honorables praticiens de leur obligeance et les féliciter de leurs succès.

Observation I. — **Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle. — Compression digitale. — Guérison en trente minutes. — (Hôpital de Treviso. Dr Vecelli.)**

P... Antoine, âgé de quarante-quatre ans, paysan de la province de Treviso, fut reçu dans la division chirurgicale de l'hôpital de cette ville, le 13 novembre 1865.

Un mois et demi auparavant, cet homme, en coupant du pain avec une serpette, se fit une blessure assez profonde et longue de deux centimètres à la paume de la main, entre les éminences thénar et hypo-thénar, à trois centimètres du premier pli cutané du carpe. Voyant jaillir le sang en abondance et par jet saccadé, il s'adressa de suite au médecin de la localité. Celui-ci appliqua sur la blessure un tampon solide et le maintint en place avec un bandage assez serré. Le cinquième jour, le pansement fut enlevé, la plaie était cicatrisée.

Au bout de douze jours, le paysan s'étant remis à ses travaux habituels, s'aperçut qu'une saillie agitée par des battements, s'était formée du milieu de la cicatrice. Il continua cependant à se servir de sa main quoiqu'elle fût le siége de douleurs, mais en évitant de presser sur la tumeur. Un peu plus tard, il remarqua qu'elle avait notablement augmenté de volume ; et la voyant toujours s'accroître, il pensa alors à réappliquer le bandage primitif, en le serrant davantage, dans l'espoir de faire par là disparaître sa tumeur. Au bout de quatre jours, l'ayant ôté, il reconnut que non-seulement la tumeur n'avait pas disparu, mais qu'à son sommet, il s'était formé une tache noire. Effrayé, il se rendit à l'hôpital de Treviso, où il fut reçu vers le soir.

Ayant examiné la main malade, je n'eus pas de peine à reconnaître un anévrysme, résultant de la blessure faite à l'arcade palmaire superficielle, avec cette particularité d'une petite tache ecchymotique à son sommet, résultant de la forte compression que le malade avait exercée sur la tumeur par son bandage. La tumeur présentait tous les signes classiques de l'anévrysme, était réductible et égalait environ la grosseur d'une noix, un peu pointue.

Pouvant disposer d'une demi-heure, j'essayai de suite la compression digitale de l'humérale. Je l'exécutai seul, sans même m'inquiéter qu'elle fût rigoureusement continue. Une demi-heure ne s'était pas écoulée, que je cessai cette compression, et examinant la tumeur, je la trouvai sans pulsations, sans souffle, et déjà solidifiée.

Très-satisfait de ce résultat, je continuai néanmoins la compression encore pendant quinze minutes, pour assurer davantage la solidification ; puis, je plaçai le bras dans une simple écharpe, en ordonnant aux infirmiers de surveiller les mouvements du malade pendant son sommeil.

Après sept jours, la tumeur était devenue tout à fait solide, on permit au malade de retourner chez lui, en lui enjoignant de ne pas se servir de son bras et de revenir dans un mois. — Revenu à l'époque prescrite, on trouva la tumeur très-solide, et réduite à la moitié de son volume primitif. La guérison s'est maintenue.

Observation II. — **Anévrysme de l'artère fémorale. — Compression digitale. — Guérison en moins de dix heures. — (Hôpital de Venise. Dr Vigna.)**

J.-B. P... (de Venise), maçon, âgé de 44 ans, se fait recevoir à l'hôpital de cette ville, le 17 septembre 1866, pour une tumeur qui faisait saillie au côté interne de sa cuisse droite.

Le malade est de constitution robuste ; il n'a pas eu de syphilis ; rien du côté du cœur et des gros vaisseaux. Il y a deux mois qu'il s'est aperçu de l'existence d'une tumeur à sa cuisse droite : petite au commencement, elle augmenta progressivement de volume. La tumeur lui causant depuis quelques jours de la douleur et l'empêchant de travailler, le malade entre à l'hôpital.

Cette tumeur est située immédiatement au-dessus du passage de l'artère fémorale dans l'anneau du troisième adducteur : elle fait une saillie très-visible au côté interne de la cuisse ; sa forme est ovoïde, son diamètre longitudinal est de quinze centimètres, le transversal de neuf centimètres. On aperçoit de loin ses mouvements d'expansion et d'abaissement, qui cessent dès que l'on comprime l'artère à l'aine : la peau qui la recouvre est un peu rouge, sa température exagérée : le souffle anévrysmatique est très-manifeste ; sur le côté interne de la cuisse on aperçoit des veines un peu turgides.

Pendant deux jours on tient le malade au lit, en observation ; le troisième, on commence la compression digitale à huit heures et demie du matin. Cette compression a lieu sur le pubis, complète et continue, pratiquée par deux jeunes médecins, par quatre élèves et quelques infirmiers de la salle. — A quatre heures de l'après-midi, les pulsations de la tumeur et le souffle étaient plus faibles ; à cinq heures à peine perceptibles ; à six heures, ils avaient cessé complétement, pour ne plus reparaître. — Pendant les deux premières heures, le malade éprouva à la cuisse une sensation d'engourdissement, et des fourmillements au pied. La couleur un peu rouge de la peau qui recouvrait la tumeur disparut le même jour ; sa température resta pendant quelques jours supérieure à celle du membre sain. Vingt-huit jours après, son diamètre longitudinal était réduit à six centimètres, et le diamètre transversal à cinq centimètres. Au bout d'un mois le malade reprit ses occupations habituelles, et le 23 août 1867, je l'ai revu en parfaite santé : il ne reste à la place de l'anévrysme qu'un noyau dur et indolent, grand comme une petite noix.

Observation III. — **Anévrysme artério-veineux au pli du bras. — Compression digitale indirecte de l'humérale, directe de la veine basilique. — Guérison le soixantième jour. (Hôpital de Sacèle. M. Franzolini.)**

J. M...., paysan, 33 ans, habitant aux environs de Sacèle, a été saigné à la basilique du bras gauche, le 25 juin 1865. Pour arrêter le sang, on avait été obligé d'employer une compresse beaucoup plus épaisse qu'à l'ordinaire et de serrer le bras très-fortement. — Le 3 juillet, il se fit recevoir à l'hôpital de Sacèle pour des douleurs et des pulsations qu'il ressentait dans le bras.

A mon examen, j'ai trouvé au pli du coude, à l'endroit de la cicatrice de la saignée, un anévrysme artério-veineux, profond, saillant, ayant le volume d'une noix ; il existait, très-accentués, les symptômes suivants : le susurrus pathognomonique continu-rémittant, cessant en comprimant la veine à l'endroit de la cicatrice ; le souffle anévrysmatique intermittent ; la cessation de tout bruit et du frémissement, aussitôt que l'on comprime l'humérale.

J'ai entrepris de suite la cure de cet anévrysme, de concert avec le Dr Jabbroni, mon collègue, par la compression digitale et simultanée de l'artère humérale et de la veine basilique d'après la méthode du professeur Vanzetti (de Padoue).

Après avoir fait la compression pendant 24 heures, nous nous adjoignîmes, pour ce long traitement, le pharmacien, un infirmier, un convalescent de l'hôpital, ainsi qu'un frère, un beau-frère et un neveu du malade : ces personnes apprirent vite et convenablement à faire la compression.

4 juillet, soir. (36 heures de compression aussi continue que possible.) Le thrill est beaucoup moins fort, les battements et le souffle persistent au même degré.

5 juillet, soir. (60 heures de compression.) Le thrill a complétement cessé ; les battements et le souffle continuent. — L'anévrysme est réduit à l'état d'anévrysme artériel simple.

6 juillet, matin. (74 heures de compression.) Mêmes symptômes. — On cesse la compression continue de l'artère, pour ne la faire, pendant plusieurs heures de la journée, qu'intermittente.

7, 8, 9, 10, 11 juillet. On fait de 6 à 8 heures de compression : les battements et le souffle continuent toujours.

12 juillet. On croit sentir de nouveau un faible thrill, et l'on reprend de suite, pendant 24 heures, la simple compression continue.

13 juillet. Le thrill a cessé de nouveau, pour ne plus reparaître : les battements et le souffle, quoique à un plus faible degré, continuent toujours.

14 juillet. Le malade se trouvant bien, ne souffrant pas, voyant que la compression pouvait lui être faite aussi bien chez lui, par ses parents, quitta l'hôpital.

16 juillet. La tumeur a sensiblement augmenté de volume depuis ces deux jours, et le malade vient se faire voir à la consultation. — Ne voulant rentrer à aucun prix à l'hôpital, je l'exhorte à faire exercer la compression plus assidûment, et je me propose d'aller le voir souvent.

14 août. L'anévrysme a augmenté de volume, quoique la compression ait été faite de six à huit heures par jour (au dire du malade). La tumeur est grosse comme un œuf de poule, mais elle ne présente point de symptômes alarmants ; les téguments conservent leur aspect normal, les parois de l'anévrysme sont d'une épaisseur égale et considérable, le malade se promène avec son bras en écharpe. Il persiste à ne pas vouloir rentrer à l'hôpital et promet de se faire comprimer dorénavant l'artère pendant toute la journée.

17 août. J'ai le plaisir de trouver que les battements et le souffle ont complétement cessé. — Je recommande au malade de se tenir tranquille et de ne faire aucun mouvement avec son bras.

18 août. Les battements et le souffle ont reparu malheureusement. On continue le traitement.

3 septembre. On fait la compression tous les jours pendant huit à dix heures ; aujourd'hui la solidification de la tumeur est complète.

3 octobre. La tumeur, désormais très-dure, est réduite au volume d'un œuf de pigeon : le malade commence à se servir de son bras, qu'il sent très-affaibli.

3 novembre. — Le malade a déjà repris les travaux des champs.

Le 14 août 1864, je saisis l'occasion de la présence ici du professeur Vanzetti pour lui montrer ce paysan. Nous sentons au pli du bras, au-dessous de la veine basilique, une tumeur grosse à peine comme un petit pois, extrêmement dure, indolente, et lorsqu'on exerce une certaine pression dessus, on fait très-bien cesser les battements artériels de la radiale.

M. Verneuil. Je saisis cette occasion pour relater, en quelques mots, l'histoire d'un malade dont je donnerai l'observation complète. Il s'agit d'un anévrysme poplité observé chez un malade atteint de diabète.

Dans ce cas, la compression mécanique, quoique bien faite, n'a pas tardé à déterminer la formation d'escarres.

M. Verneuil se propose d'employer la compression digitale, mais il demande à ses collègues s'il faut d'abord s'occuper du diabète, ou bien passer outre pour traiter immédiatement l'anévrysme.

M. Broca. Le cas signalé par M. Verneuil me paraît grave.

Il ne semble pas qu'il y ait urgence à guérir l'anévrysme ; on pourrait essayer la compression digitale intermittente en même temps que l'on s'occuperait du traitement du diabète.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. **Marjolin** présente des pièces pathologiques et remet la note suivante :

Déchirure du rein gauche et de la rate. — Fracture de plusieurs côtes. — Hémorrhagie interne. — Mort.

Très-fréquemment, soit après une chute d'un lieu élevé ou une contusion violente de la poitrine ou de l'abdomen, on voit la mort survenir assez rapidement à la suite d'hémorrhagie interne, consécutive à la rupture d'un des organes contenus dans ces cavités. Le plus habituellement, ce sont les poumons, le foie, la rate ou un des gros troncs vasculaires artériels ou veineux qui sont lésés, mais très-rarement, je le crois, les reins sont atteints. C'est ce qui est arrivé dans le fait dont je vais vous entretenir, et l'examen de la pièce vous indiquera quelle violence il a fallu pour causer de semblables désordres.

Le 14 octobre, le jeune X..., âgé de 9 ans, grand, d'une bonne constitution, s'amusant à glisser le long de la rampe d'un escalier, tomba de la hauteur d'un quatrième; dans sa chute, il rencontra un bec de gaz qu'il brisa. Pendant quelques instants, il perdit connaissance, mais, lorsque deux heures à peine après l'accident, il fut amené à Sainte-Eugénie, il avait entièrement recouvré connaissance et était dans une vive agitation.

Le visage était pâle, exprimant une excessive souffrance, les pupilles peu dilatées, les extrémités froides; le pouls, à peine sensible à l'artère radiale, se sentait encore bien à l'artère crurale et était très-fréquent. Nulle part, sur le corps, on ne voyait de traces de contusions avec épanchement sanguin, nulle part il n'y avait d'emphysème. La nature de l'accident et l'état que je viens de décrire me firent penser que le pronostic était très-grave, que, très-probablement, il existait une hémorrhagie interne et que le blessé ne tarderait pas à succomber; c'est ce qui arriva : il y eut encore de l'agitation, quelques mouvements convulsifs et la mort survint au bout d'une heure environ.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après, nous fit connaître les lésions suivantes : à peine de traces d'ecchymoses sur le tronc, pas d'emphysème. Les poumons étaient intacts, seulement, du côté gauche, tout du long de la colonne vertébrale, dans le tissu cellulaire sous-pleural, existait un épanchement de sang considérable, principalement au niveau de la septième, huitième, neuvième et dixième côte, qui étaient fracturées très-près du corps des vertèbres, sans déchirure de la plèvre.

Dans la cavité abdominale, il y avait du sang épanché, principalement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du côté gauche; cet épanchement très-abondant, peu coagulé, suivait la direction du muscle iléo-lombaire.

La rate était contuse, déchirée; presque toute la moitié supérieure du rein gauche était comme écrasée, et une portion assez considérable de cet organe en était complétement détachée.

La vessie contenait du sang, ce qui expliquait la cause de l'écoulement sanguin qui avait eu lieu par la verge quelques instants après la mort.

Le secrétaire, DOLBEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 octobre 1867, M. le Dr Dauzat, licencié ès sciences, est nommé recteur de l'académie de Chambéry.

— Par décret impérial du 23 octobre 1867, ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe, les cinquante médecins stagiaires dont les noms suivent :

MM. Claudot, Lereboullet, Marvaux, Mabboux, Annequin, Lorber, Tachard, Rouflay, Boppe, Vigenaud, Dumoutier, Tuefferd, Rouget, Delamarre, Sorel, Delmas, Boncourt, Lux, Blaise, Lœwel, Guilhem, Crussard, Desprez, Lepage, Hutin, Foulquier, Margerie, Bizos, Florance, Breton, Guillé, Bédoin, Odin, Dumas, Ribes, Bidalot, Gass, Lecadre, Vincens, Cuq, Letellier, Piales d'Astrex, Debout, Clarence, Ramonet, Caron, Moret, Charpentier, Laurent, Marcailhou.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe :

MM. Catenac, pharmacien sous-aide, Brulé et Amsler, pharmaciens stagiaires.

Au grade d'aides-vétérinaires, les dix aides-vétérinaires stagiaires dont les noms suivent :

MM. Wiart, Léniez, Angot, Bernard, Lagriffoul, Baldenweck, Fumet, Aurreggio, Dreuilh, Burck.

— Par divers arrêtés ministériels :

Collège impérial de France. — M. le Dr Marey est chargé, à titre de suppléant, du cours d'histoire naturelle des corps organisés au collège impérial de France, pendant l'année 1867-1868.

Faculté de médecine de Paris. — M. Carville est nommé préparateur de physiologie à ladite faculté, pour entrer en exercice au 1er janvier 1868.

— Par arrêté ministériel en date du 21 octobre :

Il y a lieu de pourvoir, d'une manière définitive, aux chaires de la clinique chirurgicale, service des Cliniques et de la Pitié, vacantes à la faculté de médecine de Paris.

— Si nous sommes bien informé, MM. Jarjavay et Richet permuteraient leurs chaires contre les deux chaires de clinique déclarées vacantes.

On dit que M. Richet remplacerait M. Nélaton à l'hôpital des Cliniques.

M. Sappey serait appelé à succéder à M. Jarjavay, comme professeur d'anatomie. Tout le monde applaudirait à un choix aussi heureux.

— Dans la séance du 26 octobre, l'Académie de médecine de Belgique a nommé M. Mattei membre correspondant.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv t les derniers tarifs des postes

Les Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas samedi.

PARIS, 30 OCTOBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

Au déclin des vacances, l'Académie fait les honneurs de la tribune à nos savants confrères des départements. Mardi dernier, c'était M. le Dr Bourguet (d'Aix) ; hier c'était M. le Dr Bitot, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux. Le sujet de la lecture de M. Bitot est la réhabilitation du cathétérisme forcé dans les cas de rétention d'urine par obstacles infranchissables. Nos lecteurs jugeront par le résumé de ce mémoire, qu'ils trouveront au compte rendu, de la valeur des arguments invoqués en faveur de cette méthode.

Les présentations d'ouvrages faites par les membres de l'Académie, tendent de plus en plus à empiéter sur l'ordre du jour des séances. Nous constatons le fait, sans nous en plaindre. MM. les académiciens abrègent ainsi d'autant notre besogne ; et si le patronage sous lequel se produisent et s'abritent les nouveau-venus, peut contribuer à leur succès, nous n'avons qu'à y applaudir. Parmi les nombreuses présentations qui ont été faites hier, il en est une que nous mentionnerons spécialement ici, à cause de son importance d'abord, et puis aussi à cause de l'extrême rareté de l'ouvrage qui en a été l'objet. Nous voulons parler du « Recueil des procès-verbaux de la conférence internationale tenue à Constantinople, en 1866, » présentée par M. Béclard, au nom de M. le Dr Fauvel. M. Béclard, pour donner une idée de l'importance de ce document, a cité un certain nombre de propositions qui le résument et qui expriment l'opinion de la majorité des membres de la conférence sur les points les plus controversés de l'histoire du choléra. Voici ces propositions, que nous avons pu recueillir textuellement, et à la hâte.

..... La conférence considère comme démontré que le choléra ne s'est jamais développé spontanément et n'a jamais été observé à l'état d'endémie (qu'il faut bien distinguer des foyers secondaires plus ou moins tenaces) dans aucun des pays qui viennent d'être énumérés (Europe, etc.), et qu'il y est toujours venu du dehors.

Tous les faits énoncés démontrent, jusqu'à la dernière évidence, que le choléra est propagé par l'homme et avec une vitesse d'autant plus grande que ses propres migrations se sont activées et sont devenues plus rapides.

La conférence conclut que la transmissibilité du choléra asiatique est une vérité incontestable, prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation.

Sur la possibilité de la propagation du choléra par l'atmosphère, la conférence répond qu'aucun fait n'est venu prouver jusqu'ici que le choléra puisse se propager au loin, par l'atmosphère seule, dans quelque condition qu'elle soit ; et qu'en outre c'est une loi, sans exception, que jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter.

L'homme atteint du choléra est, par lui-même, le principal agent propagateur de cette maladie, et un seul cholérique peut donner lieu au développement d'une épidémie.

Dans presque tous les cas où la période d'incubation, c'est-à-dire le temps écoulé entre le moment où un individu a pu contracter l'intoxication cholérique et le début de la diarrhée prémonitoire ou du choléra confirmé a pu être constatée, elle ne dépasse pas quelques jours. Tous les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas qui ne sont pas concluants, ou bien parce que la diarrhée prémonitoire a été comprise dans la période d'incubation, ou bien, parce que la contamination a pu avoir lieu après le départ de l'infecté.

Sur la question de savoir si le choléra peut être importé et transmis par des linges, des hardes, etc., la conférence a répondu que le choléra peut être transmis par les effets à usage provenant d'un lieu infecté et spécialement par ceux qui ont servi aux cholériques ; et que même il résulte de certains faits que la maladie peut être importée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de l'air libre.

Relativement aux marchandises, la conférence, tout en constatant à l'unanimité l'absence de preuves à l'appui de la transmission du choléra par des marchandises, a admis la possibilité du fait dans certaines conditions.

La conférence, jusqu'à plus ample informé, croit qu'il sera sage de considérer comme suspecte, à moins de conditions particulières et déterminées, toute provenance d'un foyer cholérique.

Malgré la très-grande autorité des membres de la conférence, qui ont été à même de suivre et d'étudier aux meilleures sources la filiation des faits relatifs à la propagation des diverses épidémies cholériques de ces trente dernières années, nous ne pensons pas que ces propositions doivent être considérées comme hors de toute contestation, ou qu'elles aient toutes le même degré d'évidence. Mais on ne saurait du moins nièr qu'elles aient désormais un très-grand poids dans la balance des opinions si contradictoires qui ont été émises dans ces derniers temps sur ce sujet.

L'Académie s'est formée de bonne heure en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le prix de l'Académie, et le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Voici qu'elle est la liste présentée par la section et adoptée par l'Académie : En première ligne et *ex æquo*, MM. Chassaignac et Demarquay ; en deuxième ligne, M. Alphonse Guérin ; en troisième, M. Verneuil ; en quatrième, M. Dolbeau ; en cinquième, M. Giraldès.

L'élection aura lieu dans la séance prochaine. La lutte aura lieu, sans aucun doute, entre les deux premiers candidats, M. Chassaignac et M. Demarquay. Lequel sera élu ?... On peut prédire, sans être trop prophète, qu'ils seront élus tous deux, le vaincu de la première élection étant destiné à être vainqueur à la seconde qui suivra de très-près.

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HILLAIRET.

LÈPRE ANESTHÉSIQUE TUBERCULEUSE.

Infiltration des cornées. — Paralysie incomplète du voile du palais. — Résolution des quatre membres. — Taches fauves avec anesthésie sur certains points.

(Observation recueillie par M. H. DE LIGNEROLLES, interne de service.)

Le 16 août 1864, est entré au pavillon Gabrielle, service de M. Hillairet, le nommé M... Albert, né à Cayenne, demeurant à Paris. Ce jeune homme, âgé de seize ans, est né de parents qui ont toujours été très-bien portants et n'ont jamais présenté la moindre éruption cutanée. — Durant leur séjour à Cayenne, ils ont vécu dans de très-bonnes conditions hygiéniques, et la santé de leur fils n'a cessé d'y être des plus satisfaisantes ; d'une nature délicate et impressionnable, il aurait cependant, au dire de sa mère, éprouvé quelques accès de fièvre intermittente, affection, du reste, assez commune à Cayenne.

A douze ans, M... Albert quitta son pays natal, et vint en France, où il fut laissé par sa mère au lycée de Mantes. Là, après deux ans de séjour, il s'aperçut d'une différence de force dans les deux bras et les deux jambes ; le côté gauche était plus faible que le droit. Presque en même temps apparurent, sur tout le corps, quelques taches jaunâtres, qui n'éveillèrent pas l'attention du médecin. Plus tard, la mère du malade, préoccupée de la santé de son fils, consulta les premiers médecins de Paris, qui lui conseillèrent les eaux de Luchon. A son retour, le jeune M... fut pris d'une rougeole pour laquelle il entra, le 16 août 1864, à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Gabrielle. Cette fièvre éruptive s'accompagna, à la période de desquamation, de quelques hémorrhagies nasales et intestinales sans gravité et fut marquée par une exfoliation très-abondante.

La rougeole complétement passée, il fut possible d'examiner le malade au point de vue de l'affection qu'il portait depuis plusieurs mois.

Ce jeune homme, âgé de seize ans, paraissait en avoir dix à onze : sa taille était petite, ses membres d'une gracilité remarquable, ses traits peu accentués. La face était bouffie et offrait déjà, ainsi que les conjonctives, une coloration fauve, caractéristique de la maladie. Cette teinte, qui se retrouvait non-seulement sur le visage, mais sur toute la surface du corps, était due à des taches ardoisées ou plombées, tranchant sur le reste de la peau, qui, dans les intervalles, était d'un blanc mat. Ces taches, plus nombreuses et plus apparentes aux bras et aux cuisses, présentaient une forme irrégulière, des dimensions variables, des bords nettement limités ; elles ne s'accompagnaient ni de douleur, ni même de démangeaison. A leur niveau, le plus souvent, la sensibilité était abolie ou plus ou moins diminuée. Cette anesthésie paraissait plus marquée à gauche qu'à droite. C'est que, depuis quelque temps déjà, le côté gauche était le siége d'une hémiplégie incomplète. Il y avait, en effet, de ce côté, des contractions musculaires plus faibles et un commencement d'atrophie manifeste, surtout à la main gauche, dont les éminences thénar et hypothénar, ainsi que les interosseux, étaient beaucoup moins saillants. Nulle part encore il n'y avait de tubercules.

L'état général était assez bon : du côté du système nerveux, on ne trouvait que de l'affaiblissement de la motilité, çà et là une perte plus ou moins complète de la sensibilité et un développement peu marqué de l'intelligence.

Le 28 septembre 1864, en électrisant les muscles du malade, on s'aperçut d'une différence de contractilité très-notable, suivant les régions ; ainsi, tandis que le membre inférieur droit se contracte assez fortement sous l'influence de la pile, celui du côté gauche ne présente que des contractions très-incomplètes, surtout pour les muscles du pied. La diminution dans la contractilité musculaire est bien plus accusée dans les muscles des éminences thénar, hypothénar, et dans les interosseux ; tous ces muscles sont déjà très-atrophiés. Ceux des bras se contractent mieux et ont conservé leur volume à peu près normal.

Quant à la sensibilité, partout où la contractilité musculaire a diminué, elle est plus ou moins abolie.

Le 7 novembre, la coloration de la peau est moins ardoisée : mais déjà les fosses nasales présentent deux ulcérations, dont l'une ne présente pas moins de un centimètre dans son plus grand diamètre.

L'état général est assez bon.

Le 7 décembre survient une épistaxis très-abondante par la narine gauche.

Le 2 janvier 1865, on remarque une fièvre assez intense ; le pouls est à 140 ; la plupart des ganglions deviennent douloureux, les taches, plus marquées, sont plus insensibles que jamais, et la cloison des fosses nasales a été perforée par les progrès des ulcérations.

Le 3 janvier, nouvelle épistaxis. Le segment supérieur des deux cornées présente une opacité qui, à gauche, gêne la vue. L'atrophie des muscles devient de plus en plus marquée ; elle est surtout très-prononcée à la main gauche.

Le 7 janvier, plus de fièvre ; mais une troisième épistaxis.

Le 15 janvier, on voit apparaître de nouveaux accidents : le malade accuse dans les deux membres des douleurs vives, suivant à peu près le trajet du nerf sciatique ; les mains se tuméfient, saisissant difficilement un objet.

Le 19, la faiblesse des jambes est telle que le malade a failli tomber en sortant du bain. On suspend les douches et les bains alcalins.

Le 20, fourmillement dans les membres. Application de huit ventouses sèches sur la région lombaire.

Le 21 janvier, le pouls est à 84 ; l'appétit est très-faible ; il y a un peu de râlement de la voix, ce qui est dû à la diminution de motilité du voile du palais, devenu aussi moins sensible, sans que pourtant les liquides repassent par le nez. Le seigle ergoté est ordonné à la dose de 0gr. 30 par jour.

Le 30 janvier, le malade éprouve des douleurs assez marquées le long des nerfs sciatiques et la faiblesse continue à augmenter dans les membres supérieurs et inférieurs. La nuque est le siége d'une vive douleur, les muscles du cou contracturés retiennent la tête fortement renversée en arrière ; la déglutition est difficile. On porte la dose de seigle ergoté à 0gr. 50.

Le 1er février, deux cautères sont placés à la partie postérieure du cou.

Le 8 février, les mouvements de flexion de la tête sont enfin redevenus moins difficiles.

Le 15 février, les membres supérieurs et inférieurs sont assez fortement contracturés et maintenus dans la demi-flexion. La douleur, à la moindre tentative, rend l'extension impossible. — Pouls à 120, petit.

Le 22 février, les urines n'ont pas été retenues dans la nuit.

30 mars. La plupart des symptômes se sont amendés : les urines sont bien conservées, les membres ont recouvré un peu d'énergie ; néanmoins les mouvements sont encore difficiles (Eau de Vichy, bains alcalins tous les deux jours).

Du 30 mars au commencement de juin, amélioration lente et graduelle dans la situation du malade, qui commence à se soutenir sur ses jambes.

10 juillet. Des taches fauves nouvelles se développent sur la face postérieure des membres supérieurs. Pouls à 96.

25 octobre. Depuis vingt jours, le malade marche lentement, même sans béquilles : les membres supérieurs ont recouvré la plus grande partie de leur motilité.

5 novembre. Deux petits tubercules se sont développés dans l'épaisseur du sourcil gauche et quelques autres au menton. On les détruit successivement au moyen du fer rougi à blanc : les premières le 15 novembre, les autres le 20.

17 janvier 1866. L'état général du malade est satisfaisant. Les forces sont revenues dans les membres supérieurs et inférieurs ; mais depuis quelques jours, plusieurs articulations sont devenues douloureuses et offrent un gonflement peu considérable. Parmi ces articulations, signalons celles du poignet droit, de l'indicateur et du médium de la main gauche. Ces dernières présentent comme un épaississement des tissus. Quant aux tubercules cautérisés le 15 et le 20 novembre, ils ont reparu avec un volume à peu près égal à celui qu'ils avaient auparavant. D'autres se sont développées depuis : ainsi on en trouve deux au front entre les deux sourcils et un à la partie supérieure de la joue gauche, dont la peau est plus dure, plus épaisse que normalement. Ces tuber-

cules, de formation plus récente, ont le volume d'un grain de chenevis; ils sont indolents, d'un gris ardoisé, élastiques, résistant sous le doigt.

Le 21 mars, les tubercules anciens ont augmenté de volume et de nouveaux sont apparus en grand nombre sur toute la face; les uns du volume d'une lentille, les autres d'un grain de chenevis. Tous sont entourés d'une tache livide qui a précédé leur apparition; d'autres taches de même couleur se remarquent sur la figure et sur tout le corps, qui n'offre que peu de tubercules. Le poignet droit présente quelques nodosités, paraissant siéger sur les tendons extenseurs; une d'elles, plus grosse que les autres, occupe le tendon d'un des radiaux externes. Cette petite tumeur, dure, indolente, oblongue, a le volume d'un haricot; les autres ont à peine celui d'un petit pois. Aucune de ces nodosités ne gêne les mouvements.

La sensibilité est plus obtuse sur les bras du côté de l'extension que de la flexion. Il arrive au malade de se brûler sans s'en apercevoir. Sur les membres inférieurs, elle est mieux conservée : on y voit aussi des nodosités tendineuses semblables à celles des bras.

Les épistaxis sont toujours fréquentes, sans que pourtant les tubercules ulcérés des fosses nasales fassent des progrès rapides.

L'état général est satisfaisant. Le malade prend assez d'exercice sans éprouver de fatigue; les fonctions digestives sont bonnes.

22 mars. Nouvelle cautérisation, au fer rougi à blanc, des tubercules les plus saillants du menton et de la région palpébro-frontale droite.

3 juin. Malgré la cautérisation, les tubercules ont reparu au menton et sur le front; d'autres très-nombreux se sont montrés. Il en existe maintenant un premier groupe sur la partie moyenne du front et les paupières, un deuxième sur le menton, un troisième sur la joue gauche ; quelques autres enfin sont disséminés sur la face. Les fosses nasales sont couvertes de fongosités qui donnent toujours lieu à des épistaxis. Les doigts présentent du gonflement, surtout l'indicateur gauche, qui est doublé de volume au niveau de la première et de la deuxième phalange. Les autres doigts dont le gonflement est considérable, sont l'annulaire et le petit doigt de la main droite.

La sensibilité est plus faible que jamais, principalement à la face dorsale des membres.

Les avant-bras sont toujours couverts de taches fauves, livides, plus ou moins insensibles et de quelques tubercules.

8 juillet. Le malade va passer quelque temps à Luxeuil. Mêmes symptômes.

Les tubercules augmentent en volume et en nombre; il en est de même du gonflement articulaire des doigts. Sur le petit doigt de la main droite, une phlyctène s'est développée et suppure depuis quelques jours.

23 août. Les tubercules continuent à croître; les troubles de la sensibilité sont les mêmes; les épistaxis semblent un peu moins fréquentes, malgré la persistance de fongosités sur la membrane de Schneider.

18 octobre. Les groupes de tubercules de la figure tendent à se réunir et à couvrir toute la face, tant à cause de l'augmentation de leur volume que de leur multiplicité.

Les nodosités tendineuses des membres ont les mêmes caractères.

Le gonflement articulaire des doigts est plus marqué : l'indicateur surtout offre, au niveau de la première et de la deuxième phalange, un volume triple de celui qu'il a à l'état normal. Sur toutes les parties malades et même sur les parties saines, principalement du côté de l'extension, la sensibilité est obtuse; le malade se brûle toujours sans s'en apercevoir.

Enfin, depuis quelque temps déjà, nous avons remarqué, dans chaque testicule, la présence de deux ou trois petits noyaux assez durs au toucher, mal limités et occupant plutôt le testicule que l'épididyme : ils semblent être des tubercules comparables à ceux que l'on constate sur les autres régions du corps.

Tels sont les détails que nous avons trouvés dans l'observation prise en 1864 par M. Hennequin, et continuée, en 1865, par M. Larcher, interne de service. Nous y avons ajouté ceux que, pendant cette année, nous a présentés le malade et, quoique cette note ne soit pas complète, puisque l'affection est encore loin de sa période ultime, nous avons voulu, en la publiant, indiquer un exemple d'une maladie que l'on a rarement l'occasion d'observer, même à l'hôpital Saint-Louis.

Il suffira de jeter un coup d'œil sur ce petit malade, couché au nº 18 du pavillon Gabrielle, pour reconnaître que la lèpre dont il est atteint répond exactement à la description que M. Devergie a donnée de la *lèpre anesthésique avec atrophie*, dans son *Traité pratique des maladies de la peau*, ainsi qu'aux observations qui suivent cette description. Il sera facile aussi de constater combien cette variété de lèpre diffère de l'éléphantiasis des Grecs et des Arabes, dont le principal caractère consiste dans une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; que cette hypertrophie siége à la tête et qu'elle s'accompagne ou non de tubercules, avec conservation de la souplesse et de la consistance des parties malades (éléphantiasis des Grecs), ou bien qu'elle débute par les membres inférieurs, avec dureté et épaississement de la peau, qui, rarement, présente des tubercules (éléphantiasis des Arabes).

HOPITAL DE PADOUE (Clinique). — M. VANZETTI

Anévrysme diffus de la carotide droite — Ligature de l'artère à la racine du cou — Mort le septième jour.

Les annales de la chirurgie ont enregistré quelques cas, excessivement rares, il est vrai, de guérisons spontanées ou obtenues par la méthode de Valsalva, d'anévrysmes de la carotide.

J'ai moi-même eu l'occasion de voir dernièrement un cas d'anévrysme de la carotide droite qui a été guéri jadis par cette méthode.

Un individu étant de passage à Padoue, s'est présenté à moi le 24 août dernier, pour me consulter sur une enflure aux jambes. L'ayant interrogé sur ses maladies antérieures, il me dit entre autres choses, qu'à l'âge de 33 ans il avait eu un anévrysme au cou et qu'heureusement il en avait guéri sans se soumettre à l'opération qu'on voulait lui faire.

Surpris de ce qu'il m'affirmait, je le priai de me faire une narration aussi exacte que possible des causes, des symptômes, des progrès de son anévrysme et des particularités de sa guérison.

« Je me nomme, dit-il, Antoine M....; j'ai 66 ans, natif du Tyrol : mon état, pendant plus de 30 ans, a été celui de charcutier. Chaque année, je quittais ma maison pour me rendre à Ferrare au service de bon nombre de familles de cette ville. Un jour, en déchargeant, sur mon dos, un cochon d'un chariot, je fis avec la tête un très-grand effort pour le rejeter en arrière ; quelques jours après je fis un nouvel et semblable effort alors que je portais sur la nuque un gros billot pour hacher la viande. C'est à ces efforts que j'ai attribué l'origine de mon mal, car deux ou trois jours après, je sentis une douleur en haut du cou, du côté droit, et en y portant la main, j'y ai trouvé une tumeur du volume d'une noisette. Je me rendis alors chez le Dr Guerra (dont je servais la maison), pour le consulter. Le docteur s'effraya à la vue de cette tumeur, et s'oublia au point de me dire qu'il craignait que je ne fisse plus de saucissons pour lui. Ces paroles m'affligèrent au point qu'en le quittant je me mis à pleurer.

J'ai alors consulté le Dr Malago, professeur de chirurgie : celui-ci me fit entrer immédiatement à sa clinique, où il eut une première consultation près de mon lit avec plusieurs autres professeurs ; puis deux autres encore, en présence des élèves, et l'on me déclara qu'il fallait me faire une opération au cou pour guérir de ma maladie, qui était un anévrysme. — Ma tumeur battait visiblement, elle était déjà grande comme un œuf de poule, me causait des élancements très-douloureux à la tête et à l'oreille qui m'empêchaient de dormir ; j'éprouvais souvent des vertiges et mal au cœur. Cependant je n'ai pas consenti à me faire opérer ; et, après trois semaines de séjour à la clinique, je suis parti de Ferrare pour retourner chez moi, à Balbeno, en Tyrol. En passant par Vérone, je consultai encore les Drs Mansoni, Parise et Calza, qui tous confirmèrent que ma tumeur était un anévrysme. — Rentré chez moi, mon médecin, le Dr Solizzoli, me fit rester au lit continuellement pendant onze mois et m'obligea à ne manger qu'un petit pain par jour dans un peu de bouillon, et cela en trois fois. J'ai supporté avec résignation les tourments de la faim, je devins excessivement maigre (*pelle et ossa*) ; mais au bout de 9 mois ma tumeur avait cessé de battre; elle était déjà devenue beaucoup plus petite et elle finit par disparaître complétement. — Après ma guérison, ayant repris comme auparavant mes occupations d'hiver à Ferrare, j'allai voir naturellement le professeur Malago : il fut si surpris et si content de me voir guéri sans opération qu'il voulut que je dînasse avec lui. »

Les détails de ce récit sont tels qu'on ne peut pas douter, je crois, que cet homme n'ait eu un anévrysme de la carotide, lequel se serait guéri par la méthode de Valsalva. En examinant son cou, je n'y ai trouvé aucun vestige de la tumeur : j'ai cru remarquer seulement des pulsations plus fortes à la carotide droite qu'à celle du côté opposé : la temporale battait de deux côtés également.

Les cas de guérison spontanée ou due à la méthode de Valsalva ne sont pourtant que des exceptions excessivement rares, sur lesquelles il serait très-dangereux de compter. Dès que l'anévrysme se manifeste, il faut donc essayer de le guérir par la compression digitale de la carotide, en l'exerçant, soit continue, soit intermittente, selon les circonstances, avec autant de persévérance que d'espoir de succès. La littérature chirurgicale possède maintenant les observations de deux cas d'anévrysmes des ramifications de la carotide, nommément de l'artère ophthalmique, guéris, l'un à la Clinique oculistique de Padoue (1), l'autre à l'hôpital de Vérone (2), par la compression digitale intermittente de ce vaisseau : elle possède en outre l'observation, encore plus intéressante, publiée en 1864 par le Dr Sheppart, de Worcester (3), d'un anévrysme de la bifurcation de la carotide droite, grand comme un petit œuf de poule, et guéri dans l'hôpital de cette ville au moyen de la compression digitale intermittente, exercée par le malade lui-même. — En négligeant d'entreprendre au plus tôt la compression digitale, le malade est exposé au danger de voir sa tumeur augmenter très-rapidement, au point de rendre bientôt impossible, non-seulement la compression, mais la ligature elle-même, ou d'obliger le chirurgien de faire cette dernière à la racine du cou, région où l'artère est plus profonde, l'opération plus difficile et beaucoup plus dangereuse.

L'observation suivante offre un exemple d'anévrysme situé à la bifurcation de la carotide droite, datant de trois mois seulement, qui, devenu rapidement diffus, avait déjà envahi presque tout ce côté du cou, rendant ainsi la compression digitale impossible, et nous obligeant à faire la ligature du vaisseau près de la sous-clavière.

J. G......, paysan de la province de Vicence, âgé de 60 ans, fut reçu d'urgence dans ma clinique, le 9 mai 1865, pour un anévrysme situé au côté droit du cou. — L'état dans lequel se trouvait ce malade, l'empêchait de s'exprimer d'une manière claire : voici pourtant ce que nous avons pu recueillir sur l'origine et les progrès de son mal :

Trois mois auparavant, il avait ressenti une douleur au côté droit du cou, et, y ayant porté la main, il y découvrit une tumeur animée de battements.

Le volume de la tumeur, ainsi que les douleurs augmentèrent progressivement ; les dernières retentissaient dans l'oreille, où il sentait, disait-il, comme *des coups de marteau*. Plus tard, il survint de la raucité de la voix, une irritation pharyngienne, qui l'obligeait à toussoter continuellement. Son état empirant rapidement, il fut conduit à la clinique. A sa réception, nous trouvâmes le côté droit de son cou saillant, à cause d'une tuméfaction très-considérable, dont les pulsations étaient visibles de loin, avec bruit de râpe, isochrone aux battements artériels. Les limites de la tumeur étaient mal définies; elle s'étendait transversalement des apophyses épineuses cervicales au larynx qu'elle déjetait au côté opposé, et verticalement du bord inférieur de la mâchoire et du méat auditif jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la clavicule. La température de la tumeur est supérieure à celle des autres parties du corps, la couleur des téguments un peu rosée à son sommet. Pouls 80; rien du côté du cœur et des gros vaisseaux ; céphalalgie intense, assoupissement continuel avec les paupières entr'ouvertes; la pupille droite plus étroite que celle de gauche: intelligence intacte. — Fomentations glacées à la tête.

Le lendemain de son entrée (11 mai), le malade délire, il veut sortir de son lit : la tumeur est augmentée de volume, elle est devenue plus chaude, rouge et luisante dans sa partie la plus proéminente.

En présence d'un état si grave, nous nous décidâmes à faire la ligature de la carotide, quelque peu favorable qu'en fût le pronostic, surtout à cause de l'altération des fonctions cérébrales. L'étendue de la tumeur ne permettait aucunement de faire même un essai avec la compression digitale. L'axe longitudinal de la tumeur étant un peu oblique de haut en bas, et de dedans en dehors, il restait au côté interne de la partie inférieure du sterno-cléido-mastoïdien un espace où l'on pourrait parvenir à l'artère, sans s'exposer à blesser les limites inférieures de la tumeur. L'anévrysme même ayant soulevé, dans son accroissement progressif, le sterno-mastoïdien, l'extrémité de ce muscle, à son insertion sternale, était tendue et soulevée sous forme d'un cordon saillant.

L'opération est faite le 11 mai, à 11 heures; ayant placé sous le cou du malade un coussin cylindrique, et penché sa tête en arrière autant que le gonflement des parties le permettait, je fis une incision de cinq à six centimètres de long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien, dépassant, en bas un peu son insertion sternale, puis une autre de la même longueur le long du bord supérieur de la clavicule (1), formant ainsi un lambeau interne triangulaire.

Après avoir disséqué ce lambeau, je coupai transversalement de dehors en dedans le sterno-mastoïdien près de son insertion sternale. Ayant fait relever le lambeau de la peau et le bout inférieur du muscle, il se présenta une membrane celluleuse : en la sectionnant transversalement avec prudence, je mis à découvert une grosse veine qui descendait obliquement en dehors (probablement la jugulaire antérieure), que je coupai après l'avoir étreinte entre deux ligatures ; je continuai à disséquer ce fascia celluleux pour parvenir aux muscles sterno-hyodien et sterno-thyroïdien, qui furent coupés transversalement. Je me trouvai alors en présence d'une seconde lame fibro-celluleuse, l'aponévrose profonde du cou; l'ayant coupée avec précaution, je vis paraître alors, sous l'aspect d'un cordon blanchâtre, la carotide, dont j'explorai les pulsations avec le bout du doigt. J'isolai l'artère de sa gaîne dans une très-petite portion; puis, avec une aiguille de Cooper armée d'un double fil à ligature, je l'introduisis sous l'artère de *dedans en dehors*, sans trop craindre la blessure de la jugulaire qui, au côté droit du cou et à ce niveau, s'écarte de la direction de l'artère, contrairement à ce qui a lieu du côté gauche.

Le fil passé sous l'artère, elle est fortement étreinte par un double nœud, dont un des chefs est coupé. Au moment de la striction, j'ai eu très-nettement la sensation de rupture de la membrane interne et moyenne du vaisseau sans remarquer aucun autre phénomène cérébral sur le malade. Les bords de la plaie furent réunis avec trois points de suture, un à la pointe du triangle, les deux autres sur chacun des côtés de l'incision. — L'opération ne fut entravée d'aucun accident; elle fut supportée très-bien par le malade, qui ne fut pas anesthésié. — Fomentations glacées sur la tête : linge sur la plaie imbibé d'infusion d'arnica.

12 mai. Nuit assez tranquille, avec un peu de rêvasseries : le malade ne se plaint de rien ; physionomie naturelle, langue bonne, voix rauque, faible, comme avant l'opération. On a de la difficulté à comprendre le langage du malade, qui continue à toussoter et boit en ma présence tout un verre d'eau. La tumeur a visiblement diminué, elle est mieux circonscrite et comme divisée par un enfoncement longitudinal ; elle est moins rouge, moins luisante, et sa température presque normale, comme du reste celle de tout le corps. Dans la journée le malade a de la tendance à vouloir sortir du lit : au soir nous le trouvons plus éveillé et plus loquace, pouls 104, un peu plus fort.

13 mai. Délire placide intermittent pendant la nuit, avec saignement du nez en petite quantité : sa physionomie reste naturelle, température à peine exagérée, pouls 109, assez soutenu : interrogé, le malade se loue de son état, surtout de ne plus sentir dans la tête et l'oreille ces coups de marteau qui auparavant lui faisaient tant de mal. Il boit un verre de café au lait en ma présence, et pour dîner mange de la salade et de la polenta, qu'il a demandées lui-même. Vers le soir, chaleur un peu augmentée, avec sueurs générales, mouvements des bras et des jambes sans

---

(1) Gioppi : Aneurisma dell' Ottalmica, guarito colla compressione digitale della carotide *(Giornale d'Ottalmologia)*. — Italiano, Torino, 1858.

(2) Vanzetti : Secondo caso di aneurisma dell' arteria ottalmica guarito colla compressione digitale e cenni pratici intorno a questo metodo di curare gli aneurismi. — Padova. 1858.

(3) *Medical Times*, 19 décembre 1863. — *France Médicale*, 30 mars 1864. — *Gazetta Medica di Padova*, 1864, p. 168.

(1) Comprenant la peau et le peaucier.

direction précise, déglutition un peu difficile. Lavement, poudre de Sedlitz.

14 mai. La nuit a été assez tranquille, le matin seulement un peu de rêvasseries : chaleur naturelle, physionomie bonne, intelligence intacte, l'appétit se maintient. La tumeur continue à se circonscrire en diminuant : la plaie est réunie par ses bords ; vers l'angle sternal il reste une petite ouverture donnant un peu de pus et par laquelle on fait des injections d'eau tiède qui sort à côté du chef de la ligature.

16 mai. Délire pendant toute la nuit avec tendance continuelle à sortir du lit, ce qui oblige à maintenir le malade : au matin on trouve qu'il ne peut mouvoir son bras droit, n'exécutant plus que des mouvements de pronation et de supination avec l'avant-bras : il refuse toute nourriture ; cependant sa physionomie reste bonne, l'intelligence parfaite : interrogé, il dit se sentir très-bien. Une selle ordinaire, on applique dix sangsues derrière l'oreille droite ; fomentations glacées à la tête.

17 mai. Nuit tranquille : le matin il a pris du bouillon avec plaisir. Dans la journée, assoupissement plus profond qu'à l'ordinaire, le malade cependant se réveille facilement et répond bien aux questions : pouls 103, vers le soir 117, faible : physionomie un peu altérée.

18 mai. Nuit passée dans un coma continuel et persistant. Interrogé ce matin, il répond encore assez bien. Extrémités froides, contractions spasmodiques superficielles du grand pectoral droit : pouls 112, petit et faible, respiration 40. Langue déviée à droite. Le coma persiste toute la journée ; à sept heures du soir l'intelligence s'affaisse, les réponses sont difficiles et fausses, facies pâle et décomposé, yeux entr'ouverts, caves, cornées ternes ; râles trachéaux très-sonores. A sept heures et demie du soir, mort sans secousses.

A l'autopsie on trouva les méninges internes légèrement hypérémiées, la substance cérébrale un peu infiltrée de sérosité et ramollie à droite : pointillé très-marqué, le couteau entraînant de longues traînées de sang : point de différence dans la vascularité et la couleur des deux hémisphères ; peu de sérosité dans les ventricules latéraux ; plexus choroïdaux gorgés de sang. Cœur flasque contenant de minces caillots fibrineux : valvules aortiques saines ; dépôts athéromateux sur les parois des gros vaisseaux qui sont dilatés. La tumeur occupe tout le côté droit du cou, ses parois sont formées des tissus cellulaires, des muscles et des nerfs de la région, fondus ensemble et infiltrés de sang. Le sac anévrysmal volumineux et altéré s'était porté vers la colonne vertébrale et en bas, ayant repoussé devant lui les deux scalènes et les jugulaires interceptant le passage du sang dans ces vaisseaux : la jugulaire profonde du côté opposé était par compensation très-dilatée. L'ouverture de l'anévrysme avait son siége immédiatement au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive et s'étendait même un peu dans la carotide interne : le diamètre de cette ouverture était à peine de six millimètres. Sa ligature examinée attentivement était prête à tomber et une très-légère traction suffit pour l'enlever : elle était située à un peu moins de deux centimètres de la sous-clavière. Un bouchon fibrineux très-adhérent remplissait complétement tout le bout inférieur de la carotide. Un caillot un peu moins adhérent obstruait le bout supérieur de cette artère et il était percé par un pertuis perméable à son centre. L'intérieur du sac est rempli de caillots sanguins, de formation récente vers la périphérie ; ils deviennent fibrineux vers l'orifice artériel en se prolongeant en haut dans la carotide externe, en bas dans le gros tronc carotidien. L'innominée occupe sa position normale, mais elle est dilatée et athéromateuse.

Le rein droit était réduit au tiers de son volume normal, le gauche ayant conservé par contre presque ses dimensions ordinaires. Ils présentaient les caractères de la néphrite albumineuse chronique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 octobre 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Tarn en 1866.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend : 1° des lettres de MM. les Drs Fauvel et Hérard, qui se présentent comme candidats pour la section de pathologie médicale ; 2° une lettre de M. le Dr Moutard-Martin, qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ; 3° un rapport de M. le Dr Leduc (de Versailles) sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1866 (commission de vaccine) ; 4° un pli cacheté de M. le Dr Sainnard (de Besançon). (Accepté.)

M. **Béclard** présente, au nom de M. le Dr Fauvel, inspecteur général des services sanitaires en France, le recueil des procès-verbaux de la conférence sanitaire internationale ouverte à Constantinople le 13 février 1866 (tome Ier).

M. **Poggiale** présente, de la part de M. le Dr Worbe, un travail manuscrit sur la topographie médicale de la Haute-Savoie.

M. **Béhier** présente de la part du traducteur, M. le Dr Ollivier, un volume intitulé : *Traité de la Goutte*, de M. le Dr Garrod, avec annotations de M. le Dr Charcot.

M. **Depaul** présente, de la part de M. le Dr Duboué (de Pau), un ouvrage ayant pour titre : *De l'Impaludisme.*

« Ce travail, dit M. Depaul, renferme des aperçus nouveaux sur différents points relatifs à l'étude des affections palustres.

» Elève distingué de l'École de Paris, M. Duboué expose, dans son introduction, les principes qui l'ont dirigé dans le cours de ses recherches. La tendance de son esprit est de se laisser conduire par l'expérience et l'observation des faits ; aussi appuie-t-il toujours ses assertions sur la clinique.

» Je signalerai, d'une façon spéciale, le chapitre où il décrit ce qu'il appelle le *troisième degré* de l'impaludisme, forme non décrite et qui comprend les cas *sans fièvre et sans intermittence.*

» Mais le chapitre le plus intéressant est celui qui s'occupe de la nature de l'impaludisme. On y trouve la confirmation de beaucoup d'opinions déjà admises, et, en outre, le développement d'une théorie nouvelle sur la succession et l'enchaînement des accidents si variés que peut produire cette intoxication.

» Tels sont quelques-uns des points intéressants étudiés dans l'ouvrage de M. le Dr Duboué. Il a le mérite de confirmer certains faits déjà introduits dans la science, et de soulever quelques problèmes nouveaux d'une véritable importance.

» Quoi qu'il en soit, ce qui distingue surtout l'ouvrage de notre confrère, c'est que, depuis le commencement jusqu'à la fin, il porte l'empreinte de la plus entière bonne foi. Il est évidemment l'œuvre d'un homme instruit et consciencieux, et c'est à ce double titre que je le recommande à la bienveillance de l'Académie. »

M. Depaul présente ensuite, de la part de M. Péchot, professeur à l'École de médecine de Rennes, un livre intitulé : *Principes de Pathologie générale ;* et, de la part de M. Emile Goubert, un travail sur l'acromatopsie.

M. **Larrey** présente : 1° deux brochures sur une épidémie de typhus à rechutes, par M. le Dr Jules Arnould ; 2° une autre brochure, du même auteur, sur le traitement des fièvres d'Algérie par les injections hypodermiques de sulfate de quinine ; 3° une notice sur le choléra à la prison militaire d'Alger en 1866, par M. le Dr Morand ; 4° une brochure, en allemand, sur la clitoridectomie comme moyen de traitement de l'hystérie, de l'épilepsie, des phrénopathies et des suites de l'onanisme chez la femme ; 5° une relation manuscrite du goître épidémique qui a sévi, en 1866, sur le 45e de ligne, en garnison à Annecy (Haute-Savoie), par M. le Dr Worbe, déjà nommé.

M. **Husson** présente, de la part de M. Jules Duval, ancien magistrat, un volume intitulé : *Gheel, ou une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté.*

M. le **Président** annonce à l'Académie que M. Bonfanti, professeur à Milan, assiste à la séance.

LECTURE.

Cathétérisme forcé. — M. **Bitot**, professeur à l'École de Bordeaux, donne lecture d'un travail intitulé : *Du Cathétérisme forcé dans les cas de rétention d'urine par obstacles infranchissables.*

Voici le résumé de ce travail :

Malgré l'autorité de Desault et de Boyer, le cathétérisme forcé est aujourd'hui complétement abandonné. Le perfectionnement des bougies et des sondes, les avantages de la dilatation graduée, et ceux de l'uréthrotomie interne légitiment cet abandon, pour le plus grand nombre des cas. Mais, il est des circonstances exceptionnelles, des cas de rétention d'urine où les bougies et l'uréthrotome sont impuissants. Il faut songer, alors soit à la paracentèse vésicale, soit à la boutonnière, ou bien au cathétérisme forcé. Or, même dans ces cas, le cathétérisme forcé est proscrit comme dangereux, surtout à cause des fausses routes et des inconvénients de la sonde à demeure. Ces motifs de proscription n'ont pas l'importance qu'on leur attribue, et je me permets d'ajouter qu'ils sont considérablement amoindris par les modifications que je propose de faire subir aux moyens d'action.

On a trop oublié que les fausses routes sont loin d'avoir la même gravité suivant qu'elles arrivent sur telle ou telle portion de l'urètre. On s'est exagéré le danger de celles de la portion prostatique, ou du moins je le pense, après Roux, Lenoir, Thompson, Velpeau. Je trouve la justification de cette opinion dans les succès de ponctions urétrales, obtenus par Ledran, Robert, Santopadre et dans ceux que m'a fournis à moi-même le cathétérisme forcé. Les fausses routes de la portion spongieuse ne me paraissent guère plus compromettantes que celles de la prostate. On a raison d'accorder plus de gravité à celles de la portion membraneuse ; mais il faut remarquer que la rétention d'urine, en dilatant la vessie et la partie postérieure de l'urètre, crée au cathétérisme des conditions particulières de succès.

Dans les cas dont il s'agit, je n'envisage pas la fausse route comme un accident, mais bien comme un moyen de réussite, chaque fois que trouvant la difficulté infrangible on se proposera de la tourner. Ce n'est plus alors une fausse route, mais une route détournée puisqu'elle a pour but de faire communiquer les parties pré et retro-stricturales de l'urètre. C'est un moyen de guérison aussi acceptable que naturel ; une espèce de boutonnière sous-cutanée. Il convient donc de l'obtenir le plus facilement, le plus sûrement possible. C'est pourquoi je propose de remplacer la sonde par le cathéter conducteur, à bec olivaire ou conique, et de faire précéder son emploi de quelques légères scarifications sur l'extrémité antérieure du rétrécissement et sur la partie y attenante de la muqueuse.

Je reconnais au cathéter cannelé les avantages suivants :

1° Par sa solidité exceptionnelle, il permet au chirurgien de déployer sans crainte toute la force nécessaire ;

2° Par son bec qui doit être olivaire ou conique, il est propre soit à briser les rétrécissements circulaires d'une médiocre résistance, soit à creuser le conduit artificiel destiné à faire communiquer les parties pré et retro-stricturales de l'urètre ;

3° Par sa profonde cannelure, il offre à l'index placé dans le rectum un point d'appui précieux. Personne n'ignore, en effet, que malgré les plus grandes précautions, la sonde peut subir des glissements pendant l'impulsion que lui imprime la main droite, d'où de graves désordres. La mobilité de la pulpe digitale, la configuration de la sonde, la présence d'un corps gras sur les surfaces destinées à se correspondre, ne prédisposent-elles pas manifestement à cet accident ? Du reste, la cannelure en permettant la sortie de l'urine, remplace suffisamment le conduit de la sonde pour témoigner du résultat de l'entreprise ;

4° Par l'étendue et les rainures de son pavillon, le cathéter cannelé offre une prise remarquable aux doigts de la main droite.

Enfin tous ces avantages réunis concourent à permettre au chirurgien de rester invariablement sur la ligne médiane, condition capitale du succès.

Nonobstant ces avantages et en dépit de très-grands efforts, le cathéter peut rester aussi impuissant que la sonde, en présence des strictures qui ont transformé en cordon fibreux une bonne partie du canal, conséquence trop fréquente du canal interne. L'obstacle est infrangible, l'opérateur ne doit songer qu'à le tourner.

Pour cela la scarification préalable du fond de la portion antérieure du canal sera toujours utile, le plus souvent indispensable. Cette scarification en fournissant au cathéter une porte d'entrée dans le tissu normal qui entoure le rétrécissement, lui permet de l'en détacher en le labourant et de faire communiquer par un conduit artificiel les portions non rétrécies de l'urètre.

Quand le rétrécissement est constitué par une masse calleuse très-étendue dans tous les sens, ce qui coïncide habituellement avec les trajets fistuleux très-anciens, le cathétérisme forcé, quel qu'il soit est radicalement impuissant ; le tissu calleux ne se laisse pas perforer par un bec conique. L'expérimentation cadavérique me l'a démontré. Dans ce cas, il est rationnel d'agir jusqu'à la symphyse, avec un instrument piquant, et de terminer l'opération avec le cathéter conducteur.

Quant aux reproches adressés à la sonde à demeure, je ferai remarquer qu'ils portent le plus souvent à faux pour les cas dans lesquels l'obstacle siége sur la prostate, ou n'occupe qu'une faible étendue du reste de l'urètre.

Dans ces circonstances, de beaucoup les plus nombreuses, le cathétérisme répété est suffisant et préférable à la sonde à demeure. Il est possible d'ailleurs d'obvier à ces reproches, en se servant de sondes en caoutchouc vulcanisé, autrement disposées que celle dont nous disposons aujourd'hui. Il faudrait qu'elles fussent coniques à sommet antérieur, à base postérieure renflée.

Le cône jouerait le rôle d'un drain, et le renflement celui d'un obturateur. Dès lors, plus de stagnation possible des humeurs normales ou accidentelles dans le canal, plus d'appareil de contention nécessaire pour empêcher le déplacement de la sonde ; le malade jouirait de la liberté de ses mouvements. Inutile de faire remarquer que le plus grand diamètre du renflement ne dépassant que de quelques millimètres celui de l'orifice vésical, la sonde, grâce à son extensibilité et à l'emploi d'un mandrin, pourrait facilement et s'introduire et s'enlever.

Protégé par l'opinion de Roux, de Lenoir, de Thompson, de Velpeau, par les succès des ponctions urétrales obtenues par Ledran, Robert, Santopadre ; encouragé par ceux que m'a fournis à moi-même le cathétérisme forcé, j'ose affirmer que les lésions de la prostate dues au cathétérisme ne constituent pas un motif suffisant pour faire proscrire la méthode de Desault et de Boyer.

Pour ce qui est de l'application de cette méthode aux rétentions d'urine par rétrécissements infranchissables, siégeant sur la portion spongieuse ou sur la portion membraneuse, ne pouvant m'étayer que sur ma pratique personnelle, je me borne à appeler l'attention sur les faits que je rapporte et sur les modifications que je propose de faire subir aux moyens d'action. (Comm., MM. Ricord et Gosselin.)

A quatre heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un premier rapport de M. Gosselin sur les candidats à la section de pathologie chirurgicale, et un second relatif au prix de l'Académie.

CORRESPONDANCE.

Embryotomie.—Procédé nouveau pour fixer la tête fœtale au détroit supérieur.

A M. Lesourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux.*

Faculté de médecine de Paris, le 29 octobre 1867.

Cher confrère,

Voulez-vous donner l'hospitalité à un nouveau procédé pour fixer la tête fœtale au détroit supérieur, dans certaines opérations d'embryotomie (rétrécissements extrêmes, tête restée *seule* au détroit supérieur, etc.).

Votre publicité me permettra de prendre date.

Je perfore le crâne par la méthode ordinaire, et j'introduis dans l'ouverture faite un bâtonnet de quatre à cinq centimètres de long et de la grosseur du petit doigt. Ce bâtonnet a été préalablement lié par son milieu avec un lac.

Je fais pénétrer dans le crâne fœtal le bâtonnet par l'une de ses extrémités, à l'aide d'une pince à tamponnements. Quand il a été introduit complétement, je tire sur le lac.

Le petit bâton se place horizontalement, soit d'avant en arrière, soit d'un côté à l'autre du bassin, selon que je le juge convenable.

Je suis alors maître absolu de la tête.

Confiant le lac à un aide, j'applique l'instrument dont j'ai fait choix (céphalotribe, forceps), sans être gêné par le lac, qui ne tient pas de place dans le vagin, et j'ai remédié ainsi à la mobilité de la tête, cause de très-grandes difficultés dans certaines opérations. J'y ai remédié surtout sans instrument nouveau !

Tel est, en deux mots, mon procédé.

Merci, cher confrère, et bien entièrement à vous,

Professeur Pajot.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

198. Da Corogna. De l'influence des émanations volcaniques sur les êtres organisés, particulièrement étudiée à Santorin pendant l'éruption de 1866.
199. Clopet. Quelques considérations sur la cirrhose.
200. Comoy. De l'adénie.
201. Du Gourlay. Quelques considérations sur les corps étrangers du globe de l'œil.
202. Cade. De la saignée dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.
203. Nivelet. Du bain électrique, ses différents modes d'application, son action physiologique et ses effets thérapeutiques.
204. Ségogne. De l'emploi de l'alcool dans le pansement des fractures compliquées des plaies.
205. Serrallier. Etude sur quelques manifestations extérieures de la phthisie pulmonaire.
206. Champagnat. Considérations sur les différentes espèces d'hydrophobies.
207. Postel. Des polypes naso-pharyngiens.
208. Petit. Transmission de la syphilis par la vaccination, des moyens de l'éviter.
209. Léger. Du purpura rhumatismal.

La Société des Sciences médicales de la Moselle, à la suite d'un rapport présenté par le Dr Eugène Marchal au nom d'une commission chargée de déterminer quelle est la mortalité du premier âge, de rechercher ses causes ainsi que les moyens de l'atténuer, a adopté les conclusions suivantes :

La Société des Sciences médicales de la Moselle,

Considérant que la mortalité du premier âge, dans le département de la Moselle et en particulier dans la ville de Metz, est de 18 p. 100 dans la première année, de 25 p. 100 dans les deux premières années, chiffre beaucoup trop élevé qui pourrait être notablement réduit par une plus sage observation des lois de l'hygiène ;

Considérant en outre que cette mortalité exagérée est due principalement aux causes suivantes : absence ou mauvaise direction de l'allaitement maternel, sevrage prématuré, alimentation artificielle, incurie des nourrices ;

Estime que, parmi les moyens proposés pour atténuer cette mortalité, un des plus efficaces serait la création d'une Société protectrice de l'enfance.

Cette Société chercherait à améliorer les conditions hygiéniques du premier âge :

1° En encourageant l'allaitement maternel toutes les fois qu'il est possible ;

2° En venant en aide aux mères pauvres qui consentiraient à garder et à nourrir leurs enfants ;

3° En fondant une agence centrale chargée de recueillir des renseignements sur la santé et la moralité des nourrices, et de tenir ces renseignements à la disposition des parents ;

4° En organisant, à Metz et dans les communes où les nourrissons sont envoyés, des moyens de surveillance qui sauvegardent le plus possible la santé des nourrissons et celle des nourrices auxquelles ils sont confiés ;

5° En mettant en œuvre tous autres moyens qui pourraient être jugés nécessaires pour atteindre le but que se propose la Société.

On sait que, déjà, une Société protectrice de l'Enfance a été fondée à Lyon sur les mêmes bases que celle de Paris. D'autres grandes villes, telles que Bordeaux, Marseille, Rouen, etc., s'occupent de créations analogues, et le moment n'est pas loin où chaque département voudra voir doter son chef-lieu d'une institution du même genre, dont le besoin se fait sentir partout avec plus ou moins d'urgence.

Les personnes qui consentiront à se dévouer à cette tâche humanitaire par leur initiative, pourront se procurer les renseignements nécessaires sur la marche à suivre, ainsi qu'un modèle de statuts, en s'adressant, par lettre *affranchie*, au secrétaire général de la Société protectrice de l'Enfance de Paris, M. le Dr Alex. Mayer, rue Béranger, 17.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Tardieu est nommé président du Comité consultatif d'hygiène publique, en remplacement de M. Rayer.

— Par divers arrêtés ministériels :

Faculté des sciences de Clermont. — Un nouveau congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1867-1868, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lecoq, professeur d'histoire naturelle à ladite faculté.

M. Emery, docteur ès sciences naturelles, est chargé de nouveau, à titre de suppléant, pendant l'année classique 1867-1868, de la chaire d'histoire naturelle, à ladite faculté, pendant la durée du congé accordé à M. Lecoq.

M. Aubergier, professeur de chimie à ladite faculté, est autorisé à se faire suppléer de nouveau dans sa chaire, pendant l'année classique 1867-1868, par M. Duclaux.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Ducros, bachelier ès sciences, est nommé préparateur à ladite école (emploi vacant).

Lycée impérial de Lons-le-Saunier. — M. le Dr Ragmey, est nommé médecin dudit lycée (emploi nouveau).

— M. le professeur Gosselin commencera ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, mardi prochain 5 novembre, à huit heures du matin.

— M. le professeur Gavarret commencera lundi 4 novembre, à cinq heures du soir, son cours de physique biologique. — Les premières leçons seront consacrées à l'étude de l'atmosphère.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 129. — SAMEDI 2 et MARDI 5 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 2 et MARDI 5 NOVEMBRE 1867. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 4 NOVEMBRE 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Si l'ovariotomie ne donne pas à Paris un très-grand nombre de succès, il n'en est pas de même à Strasbourg et en Angleterre.

Depuis la publication du livre de M. Boinet, dont la *Gazette des hôpitaux* reproduisait récemment les statistiques, plusieurs opérations nouvelles ont été pratiquées à notre connaissance par M. Kœberlé, en outre de celles qui, déjà publiées dans ce journal, n'ont pas été comprises dans les chiffres de M. Boinet.

De son côté, M. Spencer Wells a lu, devant la « Société royale médicale et chirurgicale de Londres, » le compte rendu de sa seconde centaine d'ovariotomies.

Dans cette nouvelle série, la proportion des guérisons est plus considérable que dans la première : elle se monte à 72 au lieu de 66 pour 100. En réunissant toutes les séries, on trouve seulement 62 morts sur 200 opérations dont les résultats sont publiés par M. Spencer Wells.

89 malades ont été traitées à l'hôpital, 111 en ville; et, chose curieuse, la proportion des succès et des insuccès a presque été la même de part et d'autre; tandis qu'à Paris, dans les hôpitaux, l'insuccès est la règle. Il faut dire que nos hôpitaux sont bien plus vastes que les hôpitaux de Londres en général, et particulièrement que celui où opère M. Spencer Wells.

Comme conditions défavorables, ce chirurgien distingué signale : 1° la trop grande longueur de l'incision ; lorsque la plaie a dépassé 6 pouces, le nombre des morts s'est élevé à 40,54 0/0; 2° l'état de mariage ou de veuvage, la mortalité étant alors de 35,23, tandis qu'elle était seulement de 26,31 pour les célibataires ; 3° l'âge des malades, la mortalité étant bien plus grande de vingt à quarante ans, ou après cinquante ans qu'au-dessous de vingt ans, ou entre quarante et cinquante. Somme toute, cette nouvelle statistique d'ovariotomies pratiquées en Angleterre, donne à peu près les mêmes moyennes que celles qui l'ont précédée.

A la « Société médicale de Londres, » M. Henry Smith a lu un mémoire sur la résection du genou. Il a pratiqué, depuis un an, quatorze fois cette opération à l'hôpital de King's College, et a obtenu douze guérisons. Les autres malades moururent de pyhohémie.

Nous ne rapporterons pas ici la discussion qui s'est élevée à l'occasion de ce mémoire.

Hôpitaux. — Parmi les malades que nous avons mentionnés avant les vacances, se trouvait une femme chez laquelle une tumeur du sein, de nature cancéreuse, s'était sphacélée et détachée spontanément.

Nous avions annoncé que nous reparlerions de cette femme quand l'observation serait devenue complète par la guérison de la plaie ou la reproduction de la tumeur.

Malheureusement, cette femme est morte d'érysipèle pendant les vacances, et l'examen microscopique des tissus n'a pas été fait.

Il n'est donc pas possible de savoir avec certitude si la gangrène avait compris toute l'étendue des tissus malades, et si, par conséquent, on pouvait réellement y voir, dans ce cas, un mode efficace de guérison spontanée du cancer.

— Nous avions aussi raconté comment M. Richet, à l'aide d'un appareil imaginé par lui, avait réduit une luxation du genou; produite dans un autre service par des efforts mal dirigés, pour redresser cette articulation ankylosée à angle droit.

La malade est encore couchée dans le service de M. Richet. Elle ne souffre plus de son genou. Le gonflement traumatique de l'articulation a disparu, la jambe est droite; mais il reste toujours un léger déplacement de la tête du tibia en arrière et en dehors; il existe, en outre, un certain degré de mobilité latérale. Du reste, le résultat est très-satisfaisant, car la malade peut marcher.

— Avant de quitter le service de M. le professeur Richet, mentionnons encore quelques malades qui, sans être atteints d'affections rares, ont été l'occasion de remarques cliniques bonnes à noter.

Une femme s'était présentée pour une tumeur de l'abdomen qui augmentait toujours depuis quelque temps. Elle avait eu des vomissements bilieux, une jaunisse ; elle se plaignait d'une assez vive sensibilité vers la région du foie ; et quand on la palpait, on percevait, vers cette région, une sorte de frémissement, semblable à ce qu'on a décrit comme frémissement hydatique. On aurait donc pu croire à un kyste hydatique du foie; tandis qu'un examen plus attentif fit reconnaître qu'il s'agissait en réalité d'un vaste kyste de l'ovaire.

Comment donc expliquer le frémissement perçu vers la partie supérieure droite de l'abdomen ?

Disons de suite que M. le professeur Richet a montré que cette sensation tenait à un frottement péritonéal. En effet, lorsqu'au lieu de percuter légèrement l'abdomen, on en faisait glisser la paroi sous la peau par une pression continue, au lieu de percevoir comme un frémissement ondulatoire, on sentait sous les doigts comme une sorte de crépitation prolongée.

Cette partie du péritoine était donc le siége d'une légère inflammation avec état dépoli de la séreuse et probablement fausses membranes commençantes. Peut-être le tout remontait-il à la même époque où avaient eu lieu les vomissements, puis l'ictère; dans tous les cas, il ne paraissait pas que le foie fût le siége d'une lésion permanente.

A cette occasion, M. Richet s'est demandé si ce qu'on a nommé frémissement hydatique dans les kystes du foie n'était pas souvent de même nature, et se rattachait à autre chose qu'à une légère péritonite de l'hypochondre. M. Trousseau mettait en doute le frémissement dû à la présence des échinocoques ; dans sa pratique si étendue, il ne l'avait jamais senti. Nous avons souvent entendu dire la même chose par des médecins très-attentifs, et, dans tous les cas, si le frémissement hydatique existe, comme symptôme, il est bien rarement perceptible.

Une autre malade était entrée pour une tumeur du sein droit. Elle se plaignait d'un endolorissement qui lui faisait souvent palper cette région, et dont le résultat avait été d'augmenter le volume et la consistance de la glande mammaire. Lorsqu'on saisissait cette glande à pleine main, on la trouvait donc en effet plus grosse ; mais lorsqu'on la palpait à plat, en l'appuyant avec la main contre la paroi de la poitrine, on n'y sentait aucune saillie, aucune tumeur. M. Richet a insisté sur la fréquence d'erreurs de diagnostic causées par une exploration mal faite de la région mammaire. Toute malade qui se croit atteinte d'une tumeur, y porte fréquemment la main. De là un endolorissement, et une hypertrophie, sans gravité, du reste. La première chose à faire est donc, en pareil cas, de rassurer celle qui vous consulte, quand, par une pression d'avant en arrière, on trouve la glande unie et d'égale consistance sur tous les points.

Nous reproduisons ces remarques, bien qu'elles soient très-élémentaires, parce qu'il est bon qu'elles soient présentes à l'esprit de tout praticien.

— Autre recommandation pratique : chez les vieillards atteints de rétention d'urine sans rétrécissement, MM. Richet, Maisonneuve, etc., emploient maintenant de préférence la sonde en caoutchouc vulcanisé.

Avec cette sonde flexible et souple, le cathétérisme se fait de lui-même, pour ainsi dire, même dans les cas où il existe un engorgement considérable de la prostate. J'ai assisté à un certain nombre d'opérations de cette espèce, et j'ai été frappé de la facilité avec laquelle la sonde en caoutchouc trouve sa voie, sans qu'on fasse autre chose que de la bourrer dans le canal de l'urètre.

— Aucune attaque d'épilepsie n'avait jamais précédé l'accident qui s'est produit chez le pleurétique de M. Reynaud. On s'en est assuré depuis.

Ainsi, quelle que soit l'explication qu'on en présente, action réflexe ou autre, le fait est curieux et mérite d'être signalé.

Nous rappellerons que ce malade, atteint de pleurésie, avait été traité par le drainage; que la suppuration était presque tarie et le tube à moitié retiré. Dans ces conditions, M. Reynaud poussa, par un des yeux du tube à drainage, une injection d'eau tiède, dans le but de nettoyer ce tube et la cavité purulente. Une certaine quantité d'eau avait été introduite une première fois sans inconvénient, lorsque, pendant une seconde injection, le malade tout à coup s'affaissa sur lui-même, et le pouls cessa d'être perceptible. Cet état dura quelques minutes, puis survinrent deux ou trois secousses convulsives; le malade devint d'un rouge de plus en plus foncé et livide; il se fit des

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie, par MM. BEAUNIS et BOUCHARD, médecins-majors, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Strasbourg et répétiteurs à l'École de santé militaire (1).

Voici, à l'occasion de l'ouverture de l'année scolaire 1868, un nouveau traité d'anatomie descriptive qui fait son apparition dans le monde, avec un acte de naissance daté de Strasbourg. Il est dû à la plume de deux professeurs agrégés à la Faculté et à l'Ecole de santé militaire. Ce livre, in-8 de 1048 pages, illustré de 404 figures intercalées dans le texte, est, quant à la forme, un chef-d'œuvre de typographie. Le premier sentiment qu'on éprouve en présence de cet ouvrage est un sentiment de curiosité : on l'ouvre, on le feuillette, attiré qu'on est par son luxe typographique, et voici ce qui frappe tout d'abord. Tout ce qui concerne les généralités, l'embryologie, la physiologie anatomique, l'histologie, en un mot, tout ce qui peut être étudié dans le cabinet a été imprimé en petits caractères ; un texte plus gros a été réservé à l'anatomie d'amphithéâtre. Presque à chaque page, on y rencontre des figures exécutées avec beaucoup d'exactitude. « La plupart, disent les auteurs, ont été prises par la chambre claire sur leurs préparations anatomiques. » Ce ne sont donc pas des figures banales, copiées et recopiées dans les auteurs, mais en partie ce sont des figures neuves et originales que nous trouvons dans le livre de MM. Beaunis et Bouchard. La première représente les principaux éléments anatomiques à un grossissement de 400. Au bas de quelques autres, cependant, nous trouvons des noms connus ou amis, français ou étrangers : ce sont les Kolliker, les Kobelt, les Bischoff, les Thomson, à l'étranger ; chez nous, ce sont les Coste, les Robin, les Boeckel, les Legendre, les Rouget, les B. Anger, etc., qui ont prêté aux professeurs de Strasbourg. Il est encore un autre genre de figures dont les auteurs n'ont pas été avares, ce sont les schématiques, si propres à nous donner une idée d'ensemble, soit pour la disposition des filets nerveux, soit pour la structure intime des organes, soit pour le mécanisme des articulations ou des mouvements musculaires. Ils ont eu l'heureuse idée de placer à côté de chaque figure une expression fractionnaire indiquant le degré de diminution ou d'augmentation de l'objet représenté. L'œil peut aller du texte à la figure sans éprouver la moindre fatigue, et elles sont assez nombreuses pour que le lecteur ne soit pas forcé de feuilleter sans cesse le livre.

Si, après cet examen superficiel que fera forcément et spontanément quiconque tiendra cet ouvrage, nous l'examinons avec plus de soins et de détails, nous trouvons que les auteurs ont cherché, dans bien des cas, à rompre avec les habitudes reçues. Je ne dirai pas qu'ils ont *germanisé* l'anatomie, mais leur voisinage de l'Allemagne, leur habitude de l'idiome les ont mis à même de profiter de toutes les découvertes modernes de nos voisins d'outre-Rhin et de les importer dans nos amphithéâtres. L'Angleterre a fourni aussi son petit tribut.

L'ouvrage, divisé en neuf livres, est précédé d'une introduction dans laquelle sont résumées les notions élémentaires d'anatomie et d'histologie générales. Chaque livre commence par des considérations d'ensemble et se termine par une table bibliographique, facilitant les recherches des travailleurs. Dans l'ostéologie, les auteurs ont eu une excellente idée, ç'a été d'indiquer sur chaque os, par une série de points noirs — qui n'ont rien de commun avec ceux de la politique — les insertions musculaires ; de telle sorte que l'étude de l'ostéologie prépare ou rappelle la myologie.

Le livre II — Arthrologie — est un livre presque neuf. Les auteurs indiquent la manière de préparer l'articulation, décrivent les parties qui la composent, les artères et les nerfs qui l'entourent et en expliquent le mécanisme. Toutes ces descriptions sont accompagnées de figures anatomiques ou schématiques, complétement nouvelles, et parmi lesquelles nous signalerons surtout celles relatives aux synoviales.

Pour la myologie, la marche est la même : et je ne pourrais que répéter, quant à l'exécution de ce troisième livre, ce que j'ai dit du précédent. Je regrette seulement que MM. Beaunis et Bouchard n'aient pas plus utilisé un excellent livre que j'ai eu la bonne fortune d'analyser récemment dans ce journal, « la Physiologie des mouvements, » par M. Duchenne (de Boulogne).

(1) 1 vol. in-8, avec 404 fig. dans le texte, 1868, chez J.-B. Baillière. Prix, cartonné, 18 francs.

thrombus sous les paupières ; la perte de connaissance était complète, les mâchoires serrées l'une contre l'autre, la respiration arrêtée ; le malade semblait sous le coup d'une attaque effrayante d'épilepsie apoplectique.

Cet état dura assez longtemps ; enfin M. Reynaud put vaincre le trismus, et le malade revint à lui, mais d'une manière très-incomplète.

Les conjonctives restèrent ecchymosées, le bras gauche était à moitié paralysé ; l'homme, hébété et comme abruti, semblait à peine entendre les questions et ne pouvait pas y répondre d'une manière sensée.

Le rétablissement a été graduel. Le lendemain encore, il existait une certaine stupeur, un grand trouble dans les idées. Maintenant il devient probable que cet accident, si inattendu et si formidable, n'aura pas de suites.

— M. Maisonneuve avait annoncé, pour mercredi dernier, une trépanation de la colonne vertébrale ; mais il y a renoncé. Cette opération, pratiquée par M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin, et plus récemment deux fois en Angleterre, a été, dans les trois cas, suivie de mort.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FÉRÉOL.

ADÉNIE LYMPHATIQUE.

L'étude des anémies a, depuis plusieurs années, donné naissance à quelques groupes nosologiques nouveaux, encore peu connus. On lira donc avec quelque intérêt, je pense, l'observation suivante, qui rentre d'une manière incontestable dans la catégorie des cas que Trousseau désignait sous le nom d'*adénie*, et que MM. Pavy et Wilks en Angleterre dénomment *anémie lymphatique*. L'intérêt du fait que je rapporte s'augmente même de cette circonstance que, par plusieurs côtés, il se rapproche de cette autre anémie, encore discutée aujourd'hui, et connue sous le nom de *maladie bronzée, maladie d'Addison.*

Adénie. — Mort. — Infarctus de la rate, et hypertrophie du système ganglionnaire. — Coloration bronzée de la peau, sans lésion des capsules surrénales.

(Observation recueillie par M. Nieszkowski, externe du service.)

André L..., âgé de 39 ans, demeurant à Paris depuis dix ans, est envoyé par la préfecture de police à l'hôpital Saint-Louis où il entre dans notre service, salle Napoléon n° 56, le 15 juin 1867. Cet homme qui est chapelier et ne travaille plus depuis plusieurs mois, est dans un état de misère et de saleté déplorable : il prétend qu'il a toujours été d'une bonne santé jusqu'à l'année dernière. Son père est mort à l'âge de 77 ans, sa mère à 79 ; son frère et sa sœur se portent bien. Dans sa jeunesse il n'a pas eu de glandes ni d'autres symptômes, qui pourraient faire admettre chez lui une diathèse scrofuleuse, et on ne constate aucun signe de syphilis ancienne ou récente. Il y a 11 mois pour la première fois, il s'aperçut que son cou grossissait du côté droit. Au mois de janvier il entra dans le service de M. Laugier (Hôtel-Dieu) où il resta jusqu'au 3 avril. On le traita par l'iodure de potassium à l'intérieur et les frictions avec de la teinture d'iode sur les côtés du cou. A peine sorti de l'Hôtel-Dieu, il fut pris de diarrhée, avec perte de forces. Sa diarrhée était accompagnée de coliques peu vives dans la région hypogastrique. Il dut cesser tout travail, et tomba dans un tel degré de misère que, quand on l'envoya à Saint-Louis, il y avait trois jours qu'il errait sans asile, couchant dans les rues, sous les ponts, et ne mangeant qu'à peine.

On est frappé tout d'abord de l'étrange aspect que donne au malade la tumeur qu'il porte au côté droit du cou au-dessous du sterno-mastoïdien, et qui forme une grosse masse lobulée, molle, indolente, allongée depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, et plus grosse que le poing ; la peau qui la recouvre, sans y adhérer, est souple et sans coloration rouge ni violacée. Du côté gauche, les ganglions sont très-peu tuméfiés et forment un petit chapelet à peine sensible. Il en est de même dans les aines où ils sont nombreux, mais d'un très-petit volume. On n'en sent point d'anormalement développés dans les aisselles ni ailleurs.

Le malade est évidemment anémique. Les muqueuses oculaire et gingivale sont pâles, et tout le tégument externe l'est aussi. Cependant la pâleur de la peau est en partie masquée par une teinte brune, enfumée, générale, mais plus marquée à la figure, sur le dos des mains, sur la partie inférieure de l'abdomen, et sur les pieds. On distingue sur le fond de cette nuance bronzée, à certaines places et particulièrement sur la face et la partie supérieure du tronc, des taches, d'un brun foncé, petites, arrondies et rappelant certaines variétés de lentigo ou de nœvi. La peau se desquame en très-fines écailles un peu partout, mais principalement sur l'abdomen. La muqueuse buccale ne présente pas de pigmentation morbide.

Le malade n'accuse aucun trouble cérébral. Toutefois ses réponses sont lentes et l'intelligence paraît un peu obtuse ; les renseignements qu'il donne sont à peu près nuls. Il est triste, languissant, abattu. Il a un peu de fièvre. La peau est chaude et sèche, pouls, 100.

La langue est un peu blanchâtre, la bouche amère ; appétit médiocre, pas de vomissements, ni de renvois ; la diarrhée est assez fréquente, sans coliques ; le malade va à la garde-robe de six à huit fois par jour ; les selles sont aqueuses, noirâtres.

Le ventre est douloureux à la palpation ; on n'y sent pas de tumeur ; le foie ne déborde pas les fausses côtes, et la matité splénique n'est guère plus étendue qu'à l'état normal. Il y a de la douleur à la pression dans les deux régions rénales. Les urines, qui coulent facilement, ne contiennent ni albumine ni sucre.

Le malade n'éprouve pas de dyspnée notable ; mais il existe une toux assez fréquente, sèche, qui date de trois mois environ, et d'autant plus fatigante qu'elle est plus fréquente la nuit. Il n'y a jamais eu d'hémoptysie ; à la percussion, il n'y a pas de différence bien marquée entre le côté gauche et le droit ; mais on constate qu'il y a un retrait de la paroi thoracique du côté gauche comme s'il y avait eu une pleurésie considérable de ce côté et qui se serait résorbée. Le malade ne peut donner sur ce sujet aucun renseignement précis.

A l'auscultation, on entend, à droite et en avant, une respiration rude et sèche avec quelques craquements. Du côté gauche, la respiration est un peu exagérée (puérile, supplémentaire).

Au cœur, on perçoit un bruit de souffle à la base et au premier temps. Dans les vaisseaux du cou, à droite comme à gauche, on entend un bruit de souffle à double courant très-fort.

Les forces sont très-déprimées.

Cet homme resta dans les salles du 15 juin au 31 juillet, jour de sa mort. Sa diarrhée résista à tous les traitements qui furent essayés, narcotiques, astringents, nitrate d'argent en lavement et en pilules, viande crue, etc. ; l'affaiblissement marcha progressivement, et il survint un œdème généralisé sans que les urines renfermassent jamais d'albumine. L'anémie se prononça de plus en plus, et au contraire la teinte bronzée sembla perdre beaucoup de sa coloration, soit qu'elle en perdît en réalité, soit que les progrès de l'anémie fussent la véritable explication de cette apparence.

Le 30 juillet, veille de la mort, le sang du malade fut examiné au microscope ; nous n'y trouvâmes point d'augmentation notable du chiffre des globules blancs. On n'en put compter jamais plus de cinq dans le champ du microscope ; et souvent on n'en voyait que deux ou trois ; mais les globules rouges paraissaient rares ; comparés à un sang normal, ils étaient moins bien empilés et paraissaient s'altérer, se franger sur leurs bords un peu plus rapidement.

Le malade mourut le 31 juillet au matin, un peu plus tôt peut-être qu'on aurait pu s'y attendre ; mais il eut une agonie de quatre heures, avec râles et perte de connaissance progressive.

Autopsie, vingt-sept heures après la mort :

Enormes masses ganglionnaires au côté droit du cou, sous le muscle sterno-mastoïdien ; autour des bronches, de la trachée et de l'aorte ; autour du pancréas, du tronc cœliaque, dans l'épaisseur du mésentère ; les deux masses principales sont celles du cou et celles qui entourent le tronc cœliaque ; quelques ganglions dépassent le volume d'un œuf de pigeon et s'approchent de celui d'un petit œuf de poule. Ceux du cou sont d'un blanc jaunâtre un peu rosé ; ceux du pancréas et de l'abdomen sont un peu plus gris ; ceux qui avoisinent les bronches sont très-chargés de matière noire. Un d'entre eux était transformé en matière crayeuse, dure comme la pierre ; il reposait directement sur la trachée, près de la bifurcation des bronches, dont le calibre n'était pas diminué ni le tissu entamé. Sauf ces altérations, la texture ganglionnaire paraissait normale.

La rate, qui n'a pas été mesurée exactement, était un peu hypertrophiée. Elle pouvait avoir environ de 15 à 20 centimètres de long sur 10 de large et 4 d'épaisseur. Mais son parenchyme était très-altéré ; d'une dureté générale très-grande, avec des bosselures et inégalités mamelonnées ; à la coupe, on voyait au milieu d'un tissu rouge très-ferme et rappelant la consistance du foie, une foule considérable de dépôts d'un blanc jaunâtre, ayant tout à fait l'aspect et la consistance des ganglions cervicaux ; les noyaux variaient de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un gros pois et même un peu plus.

Le foie était un peu gros, rempli d'un sang noir et fluide, son tissu était un peu ramolli ; à sa face convexe, on voyait dans le voisinage du grand ligament coronaire, quelques tractus fibreux formant une arborisation assez développée et s'enfonçant dans la substance de la glande ; mais on n'y trouvait pas de noyaux blanchâtres.

Les reins étaient un peu gros ; la capsule un peu épaissie et adhérente ; la substance corticale parsemée de teintes blanches et violacées, paraissait avoir pris du développement aux dépens de la substance tubulaire ; la coloration générale était pâle.

Les capsules surrénales étaient entièrement saines.

L'estomac présentait quelques sugillations et un épaississement noirâtre de la muqueuse.

Dans tout le tube digestif, mais surtout dans le gros intestin, on trouvait sur une muqueuse pâle et anémiée, des arborisations vasculaires distantes les unes des autres, mais pas d'ulcérations, pas d'hypertrophie des plaques de Peyer, ni des follicules.

Le cœur était pâle et mou, sans lésions valvulaires.

Il y avait aux poumons, des deux côtés, d'assez nombreuses adhérences pleurales ; le lobe supérieur du côté gauche était uni au lobe inférieur du même côté par un tissu feutré assez dense et infiltré de sérosité gélatiniforme (vestiges de pleurésie interlobaire). Les poumons étaient, du reste, crépitants et mous, assez chargés de matière pigmentaire aux sommets et en arrière, et assez fortement œdématiés ; je n'y ai trouvé, après d'attentives et minutieuses recherches, qu'un tout petit noyau au centre du lobe supérieur droit, ayant tout à fait l'aspect d'un petit groupe de tubercules gris.

Les ganglions hypertrophiés examinés au microscope n'ont montré rien autre chose que de très-petites cellules granuleuses, analogues à des noyaux d'épithélium.

Les infarctus de la rate présentaient exactement le même aspect.

Ainsi que je le disais plus haut, le diagnostic ici ne peut être douteux. La généralisation de l'hypertrophie simple des ganglions, sans tendance à la suppuration, ni à la dégénérescence d'aucune sorte, les infarctus de la rate, et l'absence de leucémie constatée la veille de la mort, forment la caractéristique irrécusable de la maladie. Nous n'avons pas assisté à son évolution ; mais il est probable que là, comme dans tous les cas connus, elle s'est faite par poussées successives ; le séjour du malade dans des hôpitaux divers et à l'asile de Vincennes, suffirait à le prouver.

Un premier fait digne de remarque, c'est que les ganglions accessibles à la vue et au toucher n'ont été atteints que sur un point, le côté droit du cou ; partout ailleurs, au côté gauche du cou, aux aines, aux aisselles, ils étaient à peine un peu plus gros qu'à l'état normal. Au contraire, il n'était presque pas un ganglion viscéral qui ne fût hypertrophié ; la masse du cou se continuait avec les ganglions péritrachéaux et bronchiques ; dans l'abdomen surtout, l'hypertrophie était considérable ; enfin, les infarctus de la rate étaient très-gros et très-nombreux, ce qui est assez rare.

Il semble donc que l'effort morbide se soit particulièrement porté sur les ganglions de l'abdomen et sur la rate. Cela explique que la marche de la maladie ait été relativement assez rapide, et les troubles fonctionnels plus graves, et plus promptement mortels que dans les cas où les ganglions extérieurs sont plus spécialement atteints. La diarrhée, la dyspepsie, la cachexie anémique occupaient le premier plan dans la symptomatologie, au lieu que ce fût la dyspnée, comme il arrive quand l'hypertrophie porte principalement sur les ganglions qui entourent la trachée ou les bronches.

Quel a été le point de départ de la maladie ? Faut-il mettre en cause quelque lésion cutanée ou muqueuse, du côté des oreilles, du nez, des yeux ou de la bouche, comme Trousseau tendait à le faire d'après les remarques de M. le Dr Leudet, et les siennes propres ? Notre observation est complétement muette sur ce point.

Mais l'intérêt particulier du fait réside dans la coloration bronzée qui a été notée chez notre malade ; je l'ai décrite avec

---

Ce troisième livre est terminé par un appendice où sont signalées toutes les anomalies musculaires et le nombre de fois que l'anomalie s'est présentée.

L'angéiologie fournit aux auteurs quelques pages excellentes d'anatomie générale sur les rapports des artères et surtout sur leur structure, pour laquelle il y a encore quelque divergence dans l'opinion des anatomistes. Dans la première édition de son « Anatomie, » M. Sappey niait la présence d'éléments musculaires dans les artères : il est probable que le futur professeur d'anatomie de la Faculté de Paris a modifié l'opinion qu'il émettait si résolûment en 1850. Dans cette partie encore, les auteurs ont été prodigues de figures, toutes originales, à part quelques emprunts au « Traité d'anatomie chirurgicale » de M. Benj. Anger, et à « l'Atlas classique » de Bourgery. Je signalerai surtout tout ce qui a rapport à la circulation veineuse et artérielle du bassin. Ici encore, les auteurs ont rompu avec les vieilles habitudes et, au lieu de placer cette étude dans l'angéiologie, ils l'ont renvoyée à la splanchnologie.

La névrologie a donné lieu à des considérations générales, dans lesquelles MM. Beaunis et Bouchard ont tiré parti des nouvelles recherches microscopiques de Roudanowsky, qui, comme on le sait, a mis à profit les froids des monts Ourals pour faire congeler des coupes de tissu nerveux et les étudier ensuite au microscope. Presque toutes les figures de la névrologie sont à la moitié ou aux deux tiers de leur volume normal ; quelques-unes même sont de grandeur naturelle.

A propos de l'angéiologie, j'ai signalé la splanchnologie du bassin comme traitée d'une façon neuve. Les deux professeurs de Strasbourg ont eu une riche mine à exploiter pour la rédaction de ce livre VI, car on sait avec quelle ardeur les anatomistes, le microscope aidant, ont étudié toutes les questions de structure. Ici, Français, Allemands, Italiens rivalisent d'ardeur, car tous nous avons encore présentes à l'esprit les préparations anatomiques que le professeur Brunetti (de Padoue) a exposées dans la classe XII du Palais du Champ-de-Mars, et que nous avons pu admirer non loin des préparations du professeur Hyxtl (de Vienne). Je ne saurais trop faire remarquer les avantages que les auteurs ont tirés de tous les moyens nouveaux d'investigation pour ce qui est relatif au larynx, aux poumons, etc.

Après le livre VIII, qui traite du corps humain en général, l'ouvrage se termine par l'embryologie et le développement de l'homme. Ce sont en partie MM. Coste, Thomson et Koelliker qui ont prêté aux auteurs les principales figures du dernier livre de cet ouvrage, dont je me suis efforcé de donner une idée sommaire et qui vient d'être adopté par le ministère de la guerre pour l'enseignement de l'anatomie à l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg.

Depuis quelque temps, et grâce à la paix, nos confrères de l'armée tiennent à occuper leur place dans la littérature médicale. Sans parler des ouvrages spéciaux que nous ont donnés MM. Bonnafont, Marchal (de Calvi), nous avons des livres classiques déjà fort répandus. Leur littérature médicale comprend maintenant presque toutes les parties de l'enseignement. Nous avons « l'Hygiène, » de M. Michel Lévy ; « le Chirurgien d'armée, » de M. Legouest ; les « Bandages et Appareils, » de Goffres ; la « Médecine opératoire, » de M. Sédillot ; « l'Arsenal de la chirurgie contemporaine, » de M. Gaujot ; « l'Histologie, » de MM. Morel et Villemin. Il manquait « l'Anatomie ; » MM. Beaunis et Bouchard ont heureusement comblé cette lacune.

Dr A. Corlieu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical par M. le Dr Chassaignac. 2 vol. gr. in-8 compactes. Prix : 18 francs. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr Chassaignac. 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte. Prix : 28 fr. — Paris, V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. Fano, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 figures et dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le Dr Chassaignac. Prix de chaque volume : 3 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

soin; et on peut voir qu'elle offre la plus grande analogie avec celle de la maladie d'Addison. Les symptômes étaient bien aussi à peu près les mêmes : asthénie progressive, dyspepsie, diarrhée, cachexie; c'était bien à peu près le même tableau; pourtant il y manquait quelques traits, et bien importants : les vomissements d'abord; mais surtout les douleurs lombo-abdominales spontanées, souvent si vives et si caractéristiques dans la maladie bronzée. Enfin, il y manqua le mode de terminaison, presque toujours subite dans cette étrange affection; notre malade eut une agonie de quatre heures. D'après tout cela, on ne devait pas être étonné de trouver les capsules surrénales entièrement saines. (M. le professeur Vulpian, qui eut la bonté de les examiner, les trouva telles.)

Aussi, je ne crois pas que ce soit là un fait dont on puisse s'armer pour combattre la relation qu'on a établie entre la coloration bronzée de la peau d'une part, et le syndrôme qui constitue à proprement parler la maladie d'Addison. Il est très-vrai que les pigmentations anormales, même les plus analogues à celles de la maladie d'Addison, peuvent se rencontrer sans lésions capsulaires, bien que cela soit rare; le plus souvent, il s'agit, dans ces cas, de pigmentations partielles qui ne sont pas du tout la mélanodermie spéciale d'Addison. Il est bien vrai encore que des lésions capsulaires (des cancers surtout) peuvent se rencontrer sans qu'il y ait coloration bronzée de la peau. Mais, dans tous les cas, on n'a pas le syndrôme de la maladie d'Addison. Toutes les fois que le syndrôme existe en même temps que la mélanodermie spéciale, on peut, presque à coup sûr, affirmer la lésion surrénale. Or, ici nous n'avions pas les caractères symptomatologiques de la maladie bronzée; le cachet spécial de l'affection, c'était la diarrhée, la dyspepsie et l'anémie; on développait bien à la pression quelques douleurs dans les régions rénales et dans l'abdomen; mais cela était loin des douleurs spontanées dorso-abdominales; et les vomissements faisaient complétement défaut.

Maintenant, si la lésion surrénale est dans certains cas la cause d'une pigmentation anormale de la peau et des muqueuses, ne peut-il pas se faire que l'hypertrophie des ganglions abdominaux ait aussi, dans certains cas, le même résultat? Dans son récent article sur la maladie bronzée (*Dictionnaire de Baillière*, t. V), M. le Dr Jaccoud soutenait à cet égard une théorie déjà avancée par M. Martineau, théorie hardie à coup sûr, mais au moins ingénieuse. Dans cette théorie, ce serait l'excitation du système vaso-moteur, dont les capsules surrénales sont une dépendance importante, qui produirait l'hypérémie pigmentaire; à l'appui, M. Jaccoud rappelle certains faits très-connus et qui prouvent l'influence du système nerveux sur la production ou la diminution du pigment cutané; ainsi, la coloration brune de la peau dans les prurigos invétérés, et, au contraire, sa décoloration sur le trajet d'un rameau nerveux anesthésié, etc.

Or, dans l'observation qui précède, ne trouvons-nous pas des circonstances qui peuvent se prêter à l'explication de MM. Jaccoud et Martineau? Le plexus solaire était entouré, pressé de tous côtés par une masse ganglionnaire, dont le volume, égal à celui de la tumeur du cou, dépassait celui des deux poings d'un adulte; il est difficile de croire qu'un pareil voisinage n'ait eu aucun retentissement sur un centre nerveux aussi important. M. Jaccoud a, du reste, prévu le cas en quelque sorte; et je trouve dans ses tableaux quelques observations qui peuvent être rapprochées de la mienne. Il me semble donc que cette dernière est une contribution assez directe à ses idées; et je la lui offre avec plaisir.

DES INJECTIONS

De substances irritantes dans l'intimité des tissus malades.

Par M. le Dr A. Luton (de Reims).

Sous ce titre, M. Luton a publié dans les *Archives de médecine* un très-intéressant travail qu'il résume de la manière suivante :

1. Le nombre total de mes observations, en y comprenant celles de mon premier mémoire, s'élève à 70. Je ne parle ici que des cas que j'ai reproduits avec quelque détail, et ne m'occupe point de beaucoup d'autres dont je n'ai pas pris note, et qui ressemblent plus ou moins à ceux qui m'ont servi de type.

2. Parmi ces 70 faits, il y en a 55 qui se rapportent à des « affections simplement douloureuses, » soit essentielles, soit symptomatiques. Les 15 autres sont relatives à des « maladies *cum materia*, » et en général à des tumeurs de diverse nature. Cette disproportion entre les deux classes d'affection tient, d'abord à la plus grande fréquence des cas dans lesquels le symptôme douleur est presque tout; puis à la netteté plus grande des résultats dans cette circonstance; et enfin à la nature essentiellement résistante des lésions organiques, même bénignes, et par suite à la timidité relative avec laquelle je les ai attaquées.

3. Les 55 observations dans lesquelles je n'ai pas songé à combattre le symptôme « douleur, » comprennent :

- 24 névralgies sciatiques,
- 3 névralgies faciales,
- 5 névralgies intercostales,
- 5 pleurodynies,
- 6 points gastralgiques,
- 2 points symptomatiques d'une affection organique de l'estomac,
- 6 points dorsaux ou lombaires,
- 1 scapulodynie,
- 2 points coxaux,
- 1 douleur périarticulaire tibio-tarsienne.

4. De toutes ces affections douloureuses, la « sciatique » est celle qui m'a donné les résultats les plus remarquables, tant par le nombre des cas traités que par les guérisons obtenues. Le plus souvent j'ai eu affaire à des sciatiques anciennes, rebelles à tout autre traitement, et ayant déjà amené l'atrophie du membre. Tous ceux qui savent combien il est difficile de faire disparaître les névralgies sciatiques d'une certaine forme, qu'on peut qualifier de maligne, apprécieront les effets des injections irritantes dans plusieurs des cas que j'ai décrits (1).

5. Je signalerai ensuite à l'attention ce groupe d'affections douloureuses et mal déterminées, qui consistent en points et occupent diverses parties des parois du thorax, la région dorsale de la colonne vertébrale et l'épigastre. Les unes se rattachent évidemment à l'impression du froid, et sont de véritables « pleurodynies; » mais, le plus grand nombre sont symptomatiques de maladies de l'estomac, telles que la dyspepsie, la gastralgie; peut-être l'ulcère simple et même le cancer. On sait à quel degré certaines malades dyspeptiques et hypochondriaques se préoccupent de ces « points intercostaux erratiques, » et combien il est difficile de les en débarrasser. Dans ces cas, un mal réel et appréciable à la vue est non-seulement de nature à donner un aliment à leur attention, mais encore peut amener leur guérison. Des « gastralgies, » avec vomissements incoercibles, ont été très-heureusement modifiées par la production d'un petit phlegmon artificiel. Sans doute, le mal principal n'est pas toujours influencé par l'emploi de ce moyen; mais le symptôme le plus pénible en est avantageusement modifié : ce que le malade apprécie par-dessus tout.

6. Le « rhumatisme musculaire, tels que le lumbago, la scapulodynie, la pleurodynie, certains points coxaux, » etc., sont très-rapidement enlevés par la méthode des injections irritantes, alors que les révulsifs cutanés ont échoué. Pour obtenir ce résultat, il n'est pas toujours nécessaire de provoquer la suppuration : une injection d'eau salée suffit quelquefois. Mais, dans les cas très-rebelles, on n'a d'effet durable qu'à la condition d'aller jusqu'à l'abcès.

7. La substance irritante à laquelle j'ai eu le plus souvent recours, est la « solution d'azotate d'argent » à différents degrés de concentration. C'est la meilleure manière d'obtenir une inflammation franche, à marche rapide, sans tendance à la diffusion, et amenant une exsudation suffisamment abondante.

Je me suis servi aussi de « l'eau salée » pour des cas simples, et même pour des sciatiques; l'eau salée ne provoque qu'une irritation très-fugace, comme certaines affections qu'il faut combattre. Une fois cependant il y a eu suppuration du foyer sans autre accident, et à l'avantage du malade.

8. Au nombre des « affections matérielles » qui ont été traitées par des injections irritantes faites dans le mal lui-même, nous comptons 5 cas de « goîtres. » Trois fois pour des goîtres simples, la guérison a été obtenue facilement et sans retour par l'injection d'une assez faible quantité de teinture d'iode ou d'une solution d'iodure de potassium ioduré. Une fois, après une guérison apparente de plusieurs années, il s'est développé, dans la partie opérée, un kyste à contenu colloïde, qu'il aurait été facile de faire disparaître si la malade n'avait été atteinte d'une affection beaucoup plus grave à laquelle elle a succombé. Enfin, dans un dernier cas de goître à marche aiguë et à symptômes inquiétants, l'injection d'une solution concentrée d'iodure de potassium a provoqué la suppuration de la tumeur. La guérison a été obtenue à ce prix, au milieu d'accidents assez sérieux. C'est à ce propos que j'ai remarqué la violence des effets de l'iodure de potassium à saturation introduite au milieu des tissus.

J'ai agi sur un plus grand nombre de cas de goîtres que ceux que j'ai rapportés. Mais, pour les uns, je les ai entièrement perdus de vue après une seule injection de quelques gouttes de teinture d'iode; pour les autres, le traitement n'a pas été suivi non plus avec assez de persévérance, et a été borné à une injection unique pour les tumeurs très-volumineuses, alors qu'il eût fallu réitérer l'opération et établir de nombreux dépôts d'iode dans la masse pour l'atteindre dans ses différents lobes et lobules.

9. Une seule fois, j'ai pratiqué des injections substitutives pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. J'ai eu plus égard à « l'ostéite » malléolaire qu'à l'arthrite elle-même, et c'est au contact de l'affection osseuse que j'ai porté la substance irritante qui devait la modifier. J'ai employé, d'un côté, la teinture d'iode, et, de l'autre, la solution d'azotate d'argent. Sans doute, on injecte tous les jours ces substances, la première, au moins, dans des foyers d'ostéite ou de carie, mais c'est par des trajets fistuleux préalablement établis.

Si, dans ce cas, je me suis décidé à porter atteinte à l'intégrité de la peau, c'est que l'ulcération du tégument était imminente. D'ailleurs, il n'y aurait pas d'inconvénient à agir de même dans une circonstance où l'on n'aurait pas ce prétexte, puisqu'on va provoquer une inflammation franche et de bonne nature, à la place d'un travail à marche lente et à évolution interminable. Tout bien considéré, je donnerai à l'avenir la préférence à la solution de nitrate d'argent. Je rappelle, sans détails, un autre fait plus simple d'ostéite de l'épicondyle, qui a été facilement guérie par une injection sous-cutanée de cette substance.

10. J'avais fondé de grandes espérances sur les applications de la méthode au traitement des « adénopathies scrofuleuses. » Cinq fois j'ai réussi complétement pour des engorgements ganglionnaires, portant sur un ganglion tout au plus, et exempts de complications sérieuses. J'ai employé indifféremment la teinture d'iode, l'eau et l'alcool salés, le nitrate d'argent : deux fois le ganglion a suppuré, une fois avec l'azotate d'argent, et une fois avec l'eau salée; dans les trois autres cas, il y a eu retrait lent et progressif de la tumeur, sans suppuration, et bien que les substances employées aient été de même nature.

Enfin, j'ai rapporté deux faits plus fâcheux, où les tumeurs ganglionnaires étaient multiples et appartenaient à des sujets profondément scrofuleux, et dans lesquels l'amélioration locale était compromise par des récidives de voisinage. Toujours est-il que le présent groupe d'affections est un de ceux qui se prêtent le mieux à l'emploi des injections interstitielles, et qu'en en variant la nature on doit arriver aux meilleurs résultats.

11. Un fait d'une catégorie à part mérite de fixer l'attention : il s'agit d'un « ganglion engorgé et répondant à une végétation en chou-fleur » de l'une des papilles caliciformes. Peut-être l'engorgement était-il simplement irritatif et non point de nature cancroïdale; toujours est-il que, avec un traitement direct porté sur la papille végétante et une injection de teinture d'iode dans la glande, j'ai obtenu une guérison définitive datant de plusieurs années.

12. Enfin, j'ai mentionné un cas de « tumeur cancéreuse » de l'estomac, dans laquelle je n'ai pas hésité à injecter à plusieurs reprises de la solution d'iodure de potassium. Sans doute, je ne prétendais pas obtenir une guérison, mais il s'agissait d'une tumeur si proéminente à la paroi antérieure de l'abdomen qu'il semblait qu'elle allait se rompre; d'ailleurs, je n'ignorais pas qu'on avait osé bien autre chose dans le traitement du cancer, et jusqu'à introduire divers virus dans la masse dégénérée. De plus, la fonte gangréneuse ou purulente des tumeurs cancéreuses s'est opérée d'elle-même plusieurs fois. Qu'y avait-il de plus légitime que de provoquer artificiellement ce qui a été considéré comme une cure spontanée? surtout en songeant que les inflammations substitutives que je détermine sont remarquables par le peu de diffusibilité. Il est de fait que, dans mon observation, une tumeur de l'estomac, très-vraisemblablement cancéreuse, a été réduite, sous l'influence d'injections d'iodure de potassium en dissolution, en un kyste à contenu putrilagineux, dont l'évacuation s'était déjà faite en partie durant la vie. Le malade n'a aucunement souffert de cette tentative; au contraire, les sensations pénibles qu'il éprouvait habituellement en ont été atténuées; et il n'a succombé que deux mois après la légère opération à laquelle je l'avais soumis. Dans deux autres circonstances, j'ai renouvelé ces essais d'injection d'iodure de potassium dans des masses cancéreuses dépendant de l'estomac. Je n'ai pas été plus heureux, comme je m'y attendais; mais, loin de nuire, j'ai déterminé plutôt une diversion tout en faveur des malades.

13. On aurait plus d'avantages à répéter ces injections dans des « cancers extérieurs » bien circonscrits ou même enkystés, et même dans toute autre tumeur de telle nature que ce soit, pour obtenir soit la mortification, soit la fonte purulente. Il semble que l'élimination des produits morbides serait plus complète et plus radicale par ce moyen que par une opération sanglante. Cette opinion sera partagée par tous les praticiens qui emploient les caustiques de préférence au bistouri, dans le traitement des tumeurs accessibles à l'opérateur. C'est à l'aide de nombreux tâtonnements et de patientes recherches qu'on trouvera la substance qui convient pour chaque cas particulier. Pour le moment, une solution d'iodure de potassium, à saturation, me paraît le moyen sur lequel on pourrait le plus compter.

14. Malgré les résultats d'une incontestable valeur que j'ai obtenus jusqu'à ce jour par l'emploi de la substitution parenchymateuse, je ne donne tout ce qui précède que comme une ébauche fort incomplète.

Un principe très-important s'en dégage pourtant déjà d'une façon assez nette : « Agir sur le mal lui-même, ou à sa proximité, à l'aide de substances qui peuvent être plus concentrées, et avoir par suite une action plus énergique que si on avait été obligé de les livrer à l'absorption. » Il suffit de songer aux applications de la médication substitutive à l'extérieur, ou sur les surfaces physiologiques, pour comprendre la portée de cette proposition. On ne perdra pas de vue que l'avantage qu'il y a à agir topiquement pour accroître le pouvoir d'un médicament, tout en se soustrayant, jusqu'à un certain point, aux inconvénients de son absorption, ne défend pas de l'atténuer au-dessous du degré de l'irritation. Il ne sera pas non plus toujours légitime de prendre pour point de départ de l'action thérapeutique les effets de telle ou telle substance sur les éléments physiologiques; car les productions morbides ont souvent des aptitudes qui leur sont particulières : ce sont, dans certaines circonstances, comme des êtres à part doués d'un mode de réaction spéciale, qui appellent pour les combattre des modificateurs dits spécifiques. L'exemple de goître, traité par des injections interstitielles iodées, servira de guide dans cette voie nouvelle. De cette façon, avec des principes très-simples et des procédés d'un emploi facile, nous sommes en possession d'une méthode de thérapeutique expérimentale qui ne peut manquer d'être féconde dans la pratique.

NOUVELLES OBSERVATIONS

d'accidents provoqués par le calomel employé en collyre simultanément avec un traitement ioduré à l'intérieur,

Par le Dr Lagarde, de Verdun (Meuse).

M. Isambert (1), médecin des hôpitaux de Paris, a signalé tout récemment à l'attention des praticiens les accidents locaux de cautérisation de vésicatoire même auxquels peuvent donner lieu certaines applications mercurielles sur la peau lorsque intervient quelque agent nouveau capable d'exercer une réaction chimique sur les poussières mercurielles qui restent logées dans les plis de la peau.

Les observations qui font la base de ce travail mettent non-seulement en évidence l'incompatibilité de l'iode et du soufre avec les préparations mercurielles, mais encore, et c'est là le point capital pour la pratique, la facilité avec laquelle ces métalloïdes donnent avec celles-ci des réactions très-vives déterminant, sinon des complications graves, du moins souvent très-douloureuses pour les malades, ainsi que le fait observer notre distingué confrère.

Mais, une remarque plus intéressante encore, peut-être, au point de vue pratique, c'est qu'une préparation iodée prise à l'intérieur et venant à être éliminée, en partie, par la sécrétion lacrymale, par exemple, doit en rencontrant une préparation mercurielle sur la muqueuse oculaire, reproduire plus sûrement encore les accidents signalés sur la peau par M. Isambert. Or, ce fait, comme nous le savons, a été démontré par l'observation qu'a publiée le Dr Hennequin (2) qui a vu se manifester une conjonctivite intense et même une escharre de la conjonctive après avoir pratiqué des insufflations de poudre de calomel sur la cornée d'une enfant soumise au traitement ioduré à l'intérieur.

L'iodure de potassium étant, d'une part, un des agents les plus

(1) Voy. Lasègue, « Considérations sur la sciatique » (*Archiv. gén. de méd.*, novembre 1864, p. 558).

(1) Bulletin de thérapeutique, 15 et 30 juin 1867, t. LXXII p. 488 et 561.

(2) Gazette hebdomadaire (no 7, 14 février 1867).

précieux de la matière médicale, par suite un des plus souvent mis en usage aujourd'hui, d'un autre côté, MM. Donders, Giraud-Teulon, etc., ayant démontré l'efficacité des insufflations de calomel dans les affections de la cornée, si fréquentes parmi les enfants, nous avons pensé qu'il ne serait pas hors de propos de rapporter l'observation suivante qui confirme celle déjà faite précédemment par M. le Dr Hennequin :

Mme X..., âgée de 22 ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique, habitant la campagne et mariée depuis quelques mois, nous faisait appeler en août 1866 pour une métrorrhagie inquiétante, suite d'avortement accidentel. Elle était à peine convalescente qu'elle eut à souffrir d'une névralgie lombo-abdominale très-douloureuse et c'est pendant que nous lui donnions des soins pour cette dernière affection qu'une *conjonctivite phlycténulaire* très-intense est survenue.

L'œil atteint était presque complétement guéri et on n'employait plus le calomel, selon la méthode de M. Giraud-Deulon, que dans le but de prévenir une récidive, quand tout à coup, et sans autre cause appréciable que l'insufflation qu'on venait de pratiquer, cette dame fut prise de douleurs excessivement vives et d'une inflammation oculaire si intense que, sans prendre le temps de nous consulter, elle se fit appliquer plusieurs sangsues à l'angle externe de l'œil malade.

Ce n'est que le surlendemain de l'accident que nous avons vu Mme X..., la douleur avait diminué, mais le larmoiement et la photophobie étaient encore assez considérables pour nous empêcher d'examiner, d'une manière bien complète, le globe oculaire ; cependant nous avons pu nous assurer que ces symptômes ne dépendaient pas d'une nouvelle poussée de pustules.

C'était donc le calomel qui avait fait naître tous ces accidents, mais, nous devons le confesser, l'explication de ces désordres nous avait alors échappé, et elle ne nous a été révélée que le soir où, par hasard, nous avons lu l'observation de M. Hennequin. Nous nous sommes alors parfaitement rappelé qu'après avoir en vain cherché à combattre la névralgie lombo-abdominale par des moyens aussi nombreux que variés, nous nous étions adressé à l'iodure de potassium en désespoir de cause, et c'est après que Mme X... a eu fait usage du second paquet que se sont manifestés les phénomènes douloureux dont nous venons de parler. Ils ont suivi de si près la nouvelle médication employée que la malade et son entourage se sont demandé si ce ne serait pas à elle qu'il faudrait attribuer cette inflammation si subite et si violente.

De nouveau cette fois comme dans l'exemple rapporté par M. Hennequin, une dose très-minime d'iodure de potassium, (1 gram. environ), pris à l'intérieur, et des insufflations de poudre de calomel, pratiquées simultanément sur la muqueuse oculaire, ont produit par leur rencontre sur cet organe une inflammation très-vive.

Les observations que nous devons à MM. Isambert et Hennequin nous ont appris à quels nouveaux composés il fallait attribuer les accidents en question et il est certain que, dans le cas qui nous occupe ici. On ne peut supposer qu'une partie de calomel projeté sur la muqueuse oculaire en présence de chlorure de sodium tenu en solution dans le liquide du sac conjonctival, se soit transformé en bi-chlorure et ait agi comme un caustique puissant sur cette membrane, car alors il faudrait se demander pourquoi cet effet aurait attendu pour se manifester qu'il y ait eu de l'iodure de potassium d'absorbé puis d'excrété par les larmes.

Quoi qu'il en soit, du reste, de la réaction en elle-même, nous pouvons conclure, d'après les faits que nous venons de citer qu'il sera toujours prudent d'éviter l'emploi simultané des préparations hydrargyriques locales et l'administration à l'intérieur des préparations iodées, quand il s'agira surtout des maladies des yeux. Il est probable que des observations ultérieures nous prouveront bientôt que, dans les maladies des fosses nasales, la même ligne de conduite serait nécessaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 octobre 1867, M. le Dr Fauvel, médecin consultant de l'Empereur, a été nommé médecin ordinaire de Sa Majesté.

— Si nous sommes bien informés, la Faculté aurait décidé, en principe, la création de chefs de clinique chirurgicale.

Ces places seraient données au concours.

Tout docteur en médecine, lauréat ou non de la Faculté, pourraient prendre part aux épreuves, qui porteraient principalement sur l'anatomie normale et pathologique, l'histologie et les divers modes nouveaux d'exploration (ophthalmoscopie, laryngoscopie, etc.).

Les fonctions de ces chefs de clinique ne feraient pas double emploi avec celles de l'interne. Celui-ci resterait toujours chargé du soin des malades, pansement, etc. Le chef de clinique devrait surtout enseigner pratiquement aux élèves l'ophthalmoscopie, la laryngoscopie, la sphymographie, la micrographie, etc. Il serait également chargé des autopsies, qu'il devrait faire avec le plus grand soin, en y consacrant le temps voulu et en faisant un fréquent usage du microscope.

De leur côté, les professeurs de clinique médicale ont demandé la création d'*aides de clinique*. Ces nouvelles fonctions seraient également accordées au concours.

— M. le professeur Lasègue commencera son cours de pathologie générale, le mercredi 6 novembre, à deux heures de l'après-midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

— MM. les Drs Ranvier et Cornil recommenceront leur cours d'histologie, le mercredi 6 novembre, dans leur laboratoire, rue Christine, nº 2.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 130. — JEUDI 7 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 7 NOVEMBRE 1867. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 6 NOVEMBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe, en remplacement de M. Follin. Nous avions annoncé une lutte entre les deux candidats placés en première ligne « ex æquo » sur la liste de présentation. Ce n'a pas été, à proprement parler, une lutte; dès le premier tour de scrutin, M. Demarquay l'a emporté sur ses compétiteurs à une grande majorité, 42 voix sur 69 votants. Les autres suffrages ont été répartis entre MM. Chassaignac et Alph. Guérin, 17 pour M. Chassaignac, 10 pour M. Alph. Guérin, qui, à dater d'aujourd'hui, a reçu de l'Académie un gage sérieux pour l'avenir.

Les séances du mois de novembre, habituellement consacrées à la lecture des rapports de prix, se passaient autrefois, presque entièrement en comité secret. Elles ont lieu aujourd'hui publiquement, à la satisfaction des assistants habitués; nous voudrions pouvoir dire aussi, à la satisfaction de tous nos lecteurs; mais cette publicité ne s'étend pas au delà des portes de l'Académie; la séance close, les rapports rentrent dans les cartons du secrétariat, et nous nous trouvons réduits à transmettre tout au plus nos impressions sur les vagues souvenirs d'une audition trop souvent distraite. Deux rapports ont été lus hier, le rapport du prix Capuron (question d'accouchement), par M. Blot, et le rapport du prix Portal (question d'anatomie pathologique), par M. Gubler. La question pour le prix Portal était ainsi formulée : « Des diverses espèces de mélanoses ». Le mémoire unique envoyé au concours, et qui a été jugé digne du prix par la commission, a été, de la part du rapporteur, M. Gubler, le sujet d'une savante et lucide analyse, que nous regrettons de ne pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs. Espérons que nous en serons quelque peu dédommagés par le rapport général, qui ne peut manquer d'en rappeler les points principaux.

Entre l'élection et la lecture des rapports, l'Académie a entendu un mémoire de M. le Dr Antonin Cros, sur les causes organiques de la phthisie pulmonaire. On trouvera dans le compte rendu un exposé des propositions principales développées dans ce travail.

Les présentations de livres faites au commencement de la séance continuent à se multiplier, et tendent de plus en plus à devenir l'occasion d'analyses détaillées ou de véritables dissertations sur les sujets traités dans ces ouvrages. Entre autres présentations, nous signalerons notamment celle des leçons de pathologie expérimentale de M. le professeur Sée, faite par M. Chauffard. Nos lecteurs connaissent déjà en grande partie ces savantes leçons dont la « Gazette des hôpitaux » a eu les prémices. La manière dont elles ont été appréciées par M. Chauffard, nous paraît mériter d'être transcrite ici littéralement.

« Ce livre, a dit M. Chauffard, a déjà conquis une place très-honorable parmi les publications médicales de ce temps; et cette place il la doit au but que poursuit l'auteur et qui répond aux plus pressantes aspirations de la science moderne. M. Sée, en effet, aspire à faire profiter la pathologie de tous les progrès réalisés par la physiologie expérimentale; il veut faire tourner à l'avantage de la clinique chacune des données nouvelles dont la science s'enrichit. On ne peut qu'applaudir hautement à ce désir de progrès scientifique : il ne saurait rencontrer de contradiction, ni chez ceux qui pensent que la médecine est en possession de ses principes fondamentaux, et qu'elle n'a qu'à se développer sous l'influence féconde de ces principes; ni chez ceux qui estiment, à tort suivant nous, que la médecine n'est pas encore sortie de la période empirique, qu'elle n'est point encore constituée comme science, et que cette œuvre majeure, ce progrès définitif sont réservés aux efforts soutenus de l'expérimentation moderne. Pour les uns, comme pour les autres, pour tous par conséquent, il n'est pas d'intérêt plus sérieux que de s'enquérir de toutes les découvertes successivement amassées par l'analyse organique, que de les contrôler en regard de l'observation clinique et d'éclairer celle-ci de toutes les lumières que nous prête celle-là.

C'est donc là un beau programme, et qui, abordé par une raison médicale affermie dans les certitudes premières de la science de la vie et de la maladie, ne peut manquer en féconds résultats. Le champ des applications est, en effet, bien vaste. Ce champ n'est pourtant pas sans limites; il ne peut s'ouvrir, par exemple, aux affections essentielles et primitives, considérées dans leur cause morbifique réelle, dans leur pathogénie véritable et initiale. Les affections, les maladies primitives demeurent, comme la vie elle-même dont elles sont un mode, en dehors de toute explication physiologique, de toute analyse anatomique. Mais le champ des lésions, des symptômes, des états secondaires ou symptomatiques, ce champ immense appartient tout entier à la physiologie expérimentale; là elle peut aspirer à tout interpréter, à tout expliquer. Les symptômes et les lésions sont, comme tous les actes fonctionnels de l'organisme, soumis à des conditions instrumentales que la science moderne doit déterminer. Mieux ces conditions seront connues, et mieux nous saurons ce que veut dire ce langage des symptômes et des lésions en face duquel se trouve incessamment placé le médecin, et qui, trop souvent encore, demeure énigmatique ou incertain.

Ce programme, M. Sée a tenté de le réaliser pour les lésions du sang et les anémies. Le terrain était éminemment favorable au rapprochement, à la pénétration mutuelle de la clinique et de la physiologie expérimentale. Les anémies sont peut-être de tous les états symptomatiques le plus fréquent, et le plus accessible à l'analyse physico-médicale. Toute souffrance organique, tout désordre fonctionnel, toute lésion, tout écart de régime, toute modification des milieux ambiants, retentit sur la constitution du sang, et tend à altérer ou à appauvrir tel ou tel de ses éléments. Le sang, ainsi modifié dans sa crâse, provoque, en retour, les troubles les plus variés sur la plupart des centres organiques. Entre les anémies et leurs symptômes s'établissent des échanges incessants, des relations réciproques de cause à effet, d'autant plus faciles à apprécier que presque toutes les lésions du sang peuvent être artificiellement reproduites sur les animaux, et étudiées ainsi directement, et dans des conditions choisies, déterminées, qui rendent l'étude assurée et fructueuse.

Reporter à la pathologie ce que l'expérimentation démontre aux physiologistes, relativement à l'état du sang, telle est l'œuvre accomplie par M. Sée avec un succès aujourd'hui confirmé. Nous ne nous portons pas garant de toutes les applications physiologiques tentées, ni de toutes les explications pathologiques données; M. Sée lui-même ne voudrait pas les garantir sans exception. Il y a bien des transformations à attendre dans cet ordre de choses; mais l'utile et le nécessaire étaient de l'aborder; M. Sée l'a fait avec une décision, un esprit d'ensemble, qu'avant lui nul n'avait apporté dans ces questions. »

Voilà qui est bien dit. Que l'on rapproche cette appréciation des professions et des exposés de principes que nous avons entendus l'année dernière à l'ouverture des exercices scolaires, et à part quelques différences qui sont plutôt dans la forme du langage que dans le fond même des idées; où trouvera-t-on ces prétendues dissidences radicales, cet hiatus insondable et incomblable, entre ce que l'on est convenu d'appeler, beaucoup plus par malentendu que par une distinction fondée sur le véritable fond des choses, l'école vitaliste et l'école organiciste? Pour nous, plus nous réfléchissons à ces distinctions scholastiques déjà vieillies et qui finiront, il faut l'espérer, par disparaître un jour complétement du langage scientifique, plus nous nous pénétrons de l'idée que ce ne sont là que deux points de vue destinés à se compléter au lieu de se contredire.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Ouverture du cours de clinique chirurgicale.

Messieurs,

Quand je suis venu prendre possession, dans cet hôpital, du service de chirurgie, j'ai dû être impressionné par tous les souvenirs que j'y rencontrais. Aujourd'hui, en prenant la parole dans cet amphithéâtre, je le suis encore plus, en songeant au professeur Velpeau qui m'y précédait. Pendant trente-deux ans qu'il a été attaché à l'hôpital de la Charité, Velpeau a mis dans ses fonctions tant de régularité, tant de ponctualité qu'il nous semble toujours que nous allons rencontrer la figure sympathique du grand chirurgien qui était devenu, pour ainsi dire, l'hôte obligé et nécessaire de cet hôpital. Il me semble me voir encore *moi*-même écoutant et recueillant les remarquables leçons de ce grand maître, dont j'ai eu le bonheur d'être l'élève, de 1840 à 1843. Velpeau était alors dans la plénitude de ce talent qui n'a pas connu l'insénescence. Je n'étais pas un débutant, et j'étais à l'époque de mes études où je pouvais le comprendre et l'apprécier. J'avais bien alors quelques aspirations à l'enseignement officiel, mais j'étais loin de m'attendre au périlleux honneur de lui succéder un jour.

Je me mets donc aujourd'hui sous le patronage de Velpeau; je m'efforcerai de l'imiter. S'il ne m'est pas donné d'avoir la même sûreté de jugement, de mémoire, j'espère avoir la même régularité, la même ponctualité, la même conscience du devoir, le même amour du malade, le même zèle dans l'enseignement. Et si jamais je devais défaillir, les exemples laissés par Velpeau me soutiendraient et m'encourageraient dans la mission que j'ai à remplir près de vous.

Si ces souvenirs sont émouvants pour nous, il en est d'autres qui m'ont également impressionné : ce sont les souvenirs laissés par d'autres chirurgiens qui ont précédé Velpeau.

L'hôpital de la Charité n'a guère que deux cent soixante ans d'existence, et il n'a pas eu de chirurgien, ayant un nom dans la science, avant la fin du dix-huitième siècle. Cela n'a rien qui doive vous surprendre; car, pendant longtemps, les hôpitaux étaient des asiles où s'abritait la misère, mais non des écoles d'instruction. Les élèves venaient s'y former aux pansements, mais il n'y avait pas de clinique; les administrations s'en occupaient peu. On s'étonne aujourd'hui qu'un tel état de choses ait duré si longtemps, et, quand on lit les ouvrages d'Ambroise Paré, de Jean-Louis Petit, on voit que ces grands chirurgiens tiraient leurs observations des cas qu'ils avaient vus à l'armée ou dans leur clientèle privée.

Aussi les noms des premiers chirurgiens de l'hôpital de la Charité sont assez obscurs pour n'être pas venus jusqu'à nous. Citons cependant Sue et Baseilhac : ce dernier n'est guère connu que parce qu'il était le neveu de Jean Baseilhac, dit frère Côme.

Le premier nom populaire que nous rencontrons, c'est Desault, qui fut chirurgien de cet hôpital de 1782 à 1788. Desault n'y fut pas amené par le concours, mais il y apporta des aspirations cliniques; il y a prélude à cet enseignement par la conversation familière qu'il faisait au lit des malades. Il peut être considéré comme le créateur de la clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité qu'il a quittée en 1788 pour devenir tout à la fois chirurgien et professeur de clinique officielle du grand Hôtel-Dieu.

Pendant le séjour de Desault à la Charité, la place de chirurgien-adjoint avait été mise pour la première fois au concours : c'était un moyen de chercher, avant tout, des hommes pratiques. Le premier qui fut nommé était Deschamps, auteur d'un « Traité sur la taille » et d'un autre « Sur les anévrysmes. » Les ouvrages de Deschamps, un peu oubliés aujourd'hui, offrent ceci de remarquable, c'est que les assertions qu'on y trouve reposent toutes sur des observations prises au lit des malades. Il n'a manqué à Deschamps que d'avoir eu le goût ou l'obligation de l'enseignement clinique. Quand, après quelques années, Deschamps fut devenu chirurgien en chef, sa place de chirurgien-adjoint fut de nouveau mise au concours.

Qui fut nommé? Un jeune chirurgien déjà connu comme professeur libre, c'était Boyer, le chirurgien d'hôpital par excellence, le professeur de clinique le plus remarquable, l'auteur du « Traité de pathologie chirurgicale, » le plus complet, le plus estimé, à cause de la droiture d'esprit de l'auteur, à cause de la justesse de ses appréciations.

Boyer avait, comme Desault, le goût de l'enseignement clinique, et bientôt, au titre de chirurgien-adjoint qu'il possédait, fut ajouté celui de professeur de clinique. Boyer a été un chirurgien fécond en idées et en observations, un écrivain loyal et consciencieux.

C'est donc à la suite des concours que les chirurgiens des hôpitaux ont donné l'impulsion scientifique.

Vers 1822 ou 1823, Boyer a eu pour adjoint Roux, dont le souvenir m'est bien sensible parce qu'il fut mon maître. C'est dans cet hôpital que Roux a imaginé la staphylorhaphie et la périnéoraphie, qu'il a souvent pratiquées depuis avec des résultats variables. C'est quand Roux passa à l'Hôtel-Dieu, à la mort de Dupuytren, en 1836, que Velpeau quitta l'hôpital de la Pitié pour venir occuper à la Charité la chaire de clinique chirurgicale.

Ainsi, Deschamps, Boyer, Roux, Velpeau sont les noms qui me soutiendront dans mon enseignement, si jamais je venais à faillir.

Vous connaissez tous mon enseignement, Messieurs : je ne suis pas un nouveau venu pour vous ; vous connaissez mes principes que j'ai développés l'an dernier, en inaugurant mon enseignement clinique à l'hôpital de la Charité (1). Formé à l'École anatomique de Paris, je marcherai dans la voie de cette école, et j'y joindrai toutes les notions étiologiques, âge, diathèses, les connaissances hygiéniques et thérapeutiques indispensables à la vraie médecine, à la véritable chirurgie.

Parmi les malades actuellement dans nos salles, il en est un que je tiens à vous faire remarquer, puisqu'il nous quitte pour aller à l'asile de Vincennes ; c'est celui du n° 39, qui est entré avec les symptômes physiques les mieux accusés d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Mais ces symptômes ne tiennent pas à une fracture récente, et la déformation caractéristique avait précédé de trois mois environ l'accident qui l'avait amené à l'hôpital. Il était entré pour une chute qu'il avait faite sur son poignet malade, siége de la fracture ancienne, vicieusement consolidée et pour laquelle il n'avait pas eu de traitement méthodique. Ce fait est instructif; car avec cette déformation même considérable, il n'y a pas de gêne articulaire ; il n'y a pas non plus de faiblesse, la préhension se fait bien. On voit souvent à la suite de ces fractures les malades retrouver sitôt l'exercice de leurs mouvements. Deux choses doivent surtout fixer notre attention dans le traitement des fractures : 1° la forme ; 2° la fonction. Avec un traitement convenable, la forme se rétablit vite, mais la fonction reste longtemps troublée, quelquefois six mois, un an ; quelquefois même l'exercice complet ne revient plus.

D'autres malades au contraire ont une déformation complète et permanente et la fonction redevient normale.

D'où l'on peut se poser cette question : dans les fractures en général et dans celles de l'extrémité du radius en particulier, quelle part faut-il faire au traitement mis en usage ? Faut-il se demander si l'immobilité trop prolongée ne contribue pas un peu à la perte de la fonction ? Je n'y répondrai pas aujourd'hui, mais j'attendrai d'autres faits pour m'expliquer à ce sujet. Cependant je pense qu'il est presque toujours dangereux de laisser trop longtemps les appareils dans le traitement de ces sortes de fractures.

Quelle part faut-il faire aussi aux aptitudes individuelles et surtout à l'âge du blessé? En général, les déformations s'observent plutôt chez des sujets de cinquante à soixante ans, chez des goutteux, des rhumatisants. Il faut certainement tenir un grand compte, non-seulement du traitement, mais encore de l'âge du malade. Notre blessé est jeune; c'est un homme de trente à à trente-deux ans; à cet âge, les fonctions se rétablissent vite. Y aurait-il quelque chose à lui faire? Évidemment non; la forme est vicieuse, c'est vrai, mais rompre le col est une chose grave et souvent fort difficile; nous nous abstiendrons donc de tout traitement.

Nous allons opérer une jeune fille de 21 ans qui veut se débarrasser d'une tumeur volumineuse à la jambe gauche. Cette fille, de constitution assez chétive, présente, à la partie inférieure interne de la cuisse gauche, une tumeur dure, irrégulière, bosselée, sans fluctuation, sans adhérence à la peau ; cette tumeur est assez mobile pour faire croire qu'elle ne vient pas des os ; cependant il serait difficile d'affirmer qu'il n'y a pas quelques adhérences soit à l'os, soit aux ligaments, soit aux tendons. Cette variété de tumeur n'est pas exclusivement liquide ; elle est solide, non anévrysmale, sans battements, sans pulsations ; elle n'est pas osseuse non plus. Il est évident que les caractères qu'elle présente sont ceux des tumeurs qu'on appelait tumeur encéphaloïde sous-cutanée (Laënnec), et que, depuis les travaux des histologistes modernes, de Lebert et de son école, on appelle sarcôme, tumeur fibro-plastique. Ces tumeurs tiennent du cancer en ce que, comme lui, elles se développent quand même, s'ulcèrent, résistent à tout traitement, finissent par prendre des adhérences aux tissus qu'elles rencontrent, deviennent sanieuses, et sont exposées aux récidives. Ce sont des cancers fibro-plastiques. Cependant ces tumeurs sont quelquefois moins malignes que ne le sont les cancers proprement dits et, quand elles récidivent, elles récidivent sur place.

Que faire à notre jeune malade? Il faut ou bien enlever la tumeur, ou bien enlever le membre. J'ai enlevé bien des fois des tumeurs de cette nature, et toujours sans résultats satisfaisants. Le moyen le plus sûr est l'ablation du membre, quand le malade y consent. Notre jeune fille la désire, elle est résignée, les conditions sont bonnes; c'est la seule chance de succès. Nous allons donc pratiquer l'amputation de la cuisse à l'extrémité inférieure, et, dans notre prochaine conférence, nous vous montrerons la pièce anatomique.

(1) Voir la « Gazette des hôpitaux », 1866.

HOPITAL MILITAIRE D'ARRAS. — M. Cabasse.

Des brûlures multiples aux 1er, 2e et 3e degrés, produites par la déflagration d'une grande quantité de poudre

Le nommé A... Joseph, âgé de 22 ans, fusilier au 26e régiment de ligne (15 mois de service), est apporté d'urgence à l'hôpital le 4 mai 1867 vers trois heures de l'après-midi, au moment de la contre-visite (1). Les hommes qui l'ont transporté et M. le docteur Fargues qui lui a donné les premiers soins, nous ont fourni les renseignements suivants :

Cet homme commandé de corvée au parc d'artillerie, était occupé avec plusieurs de ses camarades à transporter des barils défoncés et remplis de poudre. Un de ceux-ci, contenant environ 40 kilogrammes, fut renversé dans un endroit recouvert d'herbes assez hautes ; après avoir ramassé ce qu'il put, A... prit une pioche, sur l'invitation d'un maréchal des logis, pour couvrir de terre un à deux kilos qui restaient à terre. A peine eut-il commencé que la poudre prit feu et l'enveloppa complétement de flammes.

Aucune des parties découvertes ne fut épargnée ; la tête, la face, les paupières, les conjonctives, les cheveux, les sourcils, les cils, la barbe, les mains et les avant-bras furent profondément brûlés (2e et 3e degré), et ainsi que les vêtements noircis par la poudre ; le malheureux était horrible à voir. La jambe droite, quoique *protégée par la guêtre, la molletière et le pantalon*, le côté droit de la poitrine et le bras droit, protégés par la blouse et la chemise, portent des traces de brûlures étendues mais moins profondes (1er et 2e degré), ils sont couverts de larges plyctènes.

La peau est froide, le pouls est petit, les mâchoires sont serrées, la face crispée et tout le corps est agité d'un tremblement nerveux convulsif. Après avoir donné un coup de ciseaux dans les phlyctènes, toutes les brûlures ont été immédiatement pansées au moyen de linges fenêtrés imbibés de liniment oléo-calcaire et recouvertes d'une couche épaisse de ouate.

Prescription. — De suite vin cordial, infusion de tilleul et de menthe chaude et alcoolisée, puis potion antispasmodique, limonade citrique pour boisson.

Le malade que nous revoyons dans la soirée, est calme, la réaction est franche, le pouls s'est relevé (77 pulsations) ; nous recommandons de lui donner le lendemain de bonne heure, un litre d'eau émétisée à 0,05 avec addition de 20 grammes de citrate de magnésie.

5 mai. Le malade se trouve bien, la nuit a été bonne, pas de réaction fébrile.

6 mai. L'état est satisfaisant, réaction fébrile nulle, pouls normal, malgré une tuméfaction considérable de la face et surtout des paupières. Conjonctivite intense. A... a eu quelques vomissements et a été six fois à la garde-robe.

Prescription. — Vermicelle, biscuit et confitures, limonade citrique, vin sucré, lotions tièdes et fréquentes sur les yeux.

9 mai. La ouate les plumasseaux de charpie sont transpercés par la suppuration dont l'odeur incommode le malade. Nous renouvelons le pansement après avoir auparavant fait prendre un bain, pour détacher toutes les pièces de l'appareil et respecter les lambeaux d'épiderme qui recouvrent les surfaces brûlées. Même mode de pansement que la première fois (liniment oléo-calcaire, linge fenêtré, charpie recouverte de ouate arrosée d'alcool camphré, additionné d'acide phénique), changé tous les deux ou trois jours, jusqu'au 28 mai. Le travail de réparation n'est entravé par aucun incident ; la cicatrisation des parties exposées à l'air, qui cependant étaient les plus profondément atteintes, se fait la première, elle est complète partout le 15 juin. Il ne résulte pour le blessé de ce grave accident, d'autres inconvénients que de larges cicatrices indurées, mais non adhérentes, à la poitrine, au bras droit, à la jambe droite et qui ne sauraient empêcher tout autre que lui de continuer à servir. Mais A... met une rare habileté à tirer parti de la situation ; il prétend ne plus pouvoir se servir de son bras et de sa jambe, il soutient impudemment qu'il a complétement perdu la vue par suite de son accident et qu'il lui sera impossible de pourvoir à l'avenir à sa subsistance.

Il s'est procuré de lui-même un certificat d'origine au moyen duquel il voudrait obtenir une pension de retraite et, comme il l'a déclaré plus tard, la médaille militaire. L'examen ophthalmoscopique auquel nous l'avons soumis, de concert avec M. le Dr Fargues, ne nous a permis de constater chez lui aucun trouble de la vision.

Malgré les accidents fréquents produits par la conflagration de la poudre, les auteurs ne font nulle mention de certaines circonstances ou particularités inhérentes à ce genre de brûlures, qui peuvent, sous plusieurs rapports, présenter un certain intérêt et avoir surtout, au point de vue de la médecine légale, une grande importance. Aussi, pour ce motif, avons-nous cru devoir recueillir cette observation intéressante par elle-même, à plus d'un titre. Une circonstance qui nous a tout particulièrement frappé et qui n'est indiquée nulle part, c'est la possibilité de voir se produire des brûlures graves, profondes, étendues dans certaines parties protégées par plusieurs vêtements, comme cela est arrivé ici à la jambe, lorsque ceux-ci ont été à peine roussis ou noircis par la poudre.

Une chose qui nous paraît aussi mériter d'être si gnalée ; c'est l'absence de réaction fébrile, de tout accident, la cicatrisation rapide de brûlures étendues, profondes aux 1er, 2e et 3e degrés ; ce sont, on le sait, les degrés caractéristiques et distinctifs des brûlures produites par les gaz, provenant de la conflagration de la poudre.

La rareté et le mode des pansements que nous avons cru devoir adopter, afin de mettre complétement les parties à l'abri du contact de l'air, l'emploi du bain et les précautions prises pour respecter les lambeaux d'épiderme, ne sont-ils pas pour quelque chose dans le résultat favorable que nous avons obtenu ?

(1) Incorporé d'abord au 1er régiment du génie, cet homme aussitôt son arrivée s'est refusé à tout espèce de service, simulant avec une effronterie peu ordinaire l'idiotisme et une amaurose. Présenté devant la commission spéciale, celle-ci a conclu qu'il devait être maintenu et le général a ordonné son passage au 26e de ligne, où il a continué le même système de simulation malgré les menaces qui lui avaient été faites, de l'envoyer aux compagnies de discipline.

DE L'APPLICATION DES MÉDICAMENTS

Sous forme de trochisques dans le rectum et les voies sexuelles de la femme.

Par M. le Dr Demouy.

Pour les circonstances où il est utile d'introduire des substances médicamenteuses dans le rectum et le vagin, ou dans la cavité du col, et même jusque dans celle de la matrice, nous avons imaginé de petits appareils qui permettent d'arriver à introduire, par chacune de ces voies, des composés pharmaceutiques combinés d'avance ou préparés à l'instant, suivant les indications de chaque cas particulier.

Ces instruments auxquels nous donnons le nom d'*intromitteurs*, se composent de tubes flexibles en gutta-percha ou en gomme élastique, ayant, suivant leur destination, un diamètre extérieur de 8 à 15 millimètres et une longueur de 20 à 25 centimètres. On pourrait, au besoin, faire varier ces dimensions. En outre, ces tubes bien arrondis d'un bout sont munis d'un mandrin flexible aussi et terminé aux deux extrémités par une boule ; l'une petite, destinée à pénétrer facilement dans le tube et à venir fermer l'orifice antérieur, de façon à faciliter son introduction, et l'autre, plus grosse, qui en limite la course en avant et peut être tenue facilement par l'opérateur.

Une fois l'instrument introduit à une profondeur convenable, on retire le mandrin et on le remplace par le ou les trochisques que l'on pousse ensuite avec le mandrin réintroduit, jusqu'au point de leur destination.

Lorsqu'il s'agit de pénétrer dans la cavité de l'utérus, on emploie des tubes métalliques plus ou moins fins, droits ou courbes à peu près semblables à ceux des porte-caustiques de Lallemant, seulement le mandrin est une baleine convenablement ajustée. Leur application est nécessairement réservée au médecin et, dans ces cas, il se sert de l'indicateur gauche pour conduire l'instrument jusqu'à l'orifice du col, absolument comme pour un simple cathétérisme et le reste de l'opération se fait comme il a été dit plus haut.

Notre but principal est d'introduire les substances médicinales sous un petit volume, à l'état solide et bien dosées, au lieu de les délayer dans une quantité plus ou moins indéterminée de liquide qui est introduit et gardé plus ou moins incomplétement. C'est ce but que nous croyons avoir rempli en incorporant les substances actives, qui en ont besoin, dans un excipient inerte, susceptible de se ramollir et de se dissoudre facilement dans les liquides des organes pelviens, et de faciliter ainsi l'action des substances qu'il divise.

Après un assez grand nombre d'essais, nous employons la poudre de guimauve, de l'aloès, du sucre de lait et du mucilage seuls ou mélangés ensemble suivant les circonstances.

Chaque trochisque représente un petit cylindre arrondi des deux bouts d'environ deux centimètres de longueur et d'un diamètre approprié à celui du tube qu'il doit traverser; ceux destinés à la cavité utérine sont nécessairement d'un très-petit volume.

Voici les principales substances que j'ai mises en usage. Ce sont : l'opium, la belladone, la jusquiame, le musc, le castoréum, la valériane, le sulfate de quinine, le bromure et l'iodure de potassium pour le rectum et la cavité de l'utérus; et l'extrait de chêne, l'alun, l'acétate de plomb, l'iode, le sulfate de zinc, etc.

Sauf les cas où il est indispensable de se servir du spéculum, s'il s'agit d'attaquer quelque lésion du col ou du vagin, nous nous servons d'un *intromitteur* de gutta-percha, un peu gros, conduit sur le doigt jusqu'au point malade, au travers duquel on introduit un pinceau imbibé de la substance active jugée nécessaire et souvent, de cette façon, on peut pénétrer dans le col sans employer les intromitteurs métalliques, qui servent aussi de porte-caustiques liquides.

Mais quand il faut isoler le col pour le cautériser ou le nettoyer et l'isoler, nous prenons un cylindre en gutta-percha, bois ou métal, long d'environ 12 centimètres, présentant une échancrure ovoïde à son extrémité antérieure, et une autre beaucoup plus profonde à l'extrémité libre qui est aussi plus évasée : ces deux échancrures séparées par une longueur de 55 à 60 millimètres, sont disposées, la première sur la face supérieure, et la deuxième sur la face latérale, de façon à ce que le doigt indicateur étant introduit dans l'intérieur, son extrémité dépasse un peu celle de l'instrument, la pulpe regardant l'échancrure. Nous regardons comme préférable d'employer un embout pour franchir facilement l'entrée du vagin, ensuite le doigt remplaçant l'embout permet d'aller à la recherche du col et de le saisir presque aussi vite et aussi facilement que si on le voyait.

On procède ensuite comme avec un spéculum plein.

Sur ces indications et d'après ce modèle, nous avons fait construire une sorte de spéculum trivalve qui, une fois déployé, offre la disposition ci-dessus indiquée et est d'une application encore plus facile.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 novembre 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Marotte, qui se présente comme candidat à la section de thérapeutique ;

2° Une lettre de M. le Dr Barot père (de Gençay), sur un appareil à extension continue pour les fractures de la jambe, qu'il a découvert et employé maintes fois;

3° Une lettre de M. le Dr Payan (d'Aix), accompagnant l'envoi de deux brochures, l'une sur les bains de mer, l'autre sur l'antrax.

M. **Robinet** présente, 1° de la part de M. Cuzent, une bro-

chure intitulée : « Epidémies de la Guadeloupe en 1865 » ; 2° plusieurs brochures de M. le Dr Rizzetti (de Turin), relatives à la statistique médicale de cette ville.

M. **Béhier** présente, de la part de M. le Dr Raimbert (de Châteaudun) : 1° une « Etude historique sur le charbon ; » 2° un extrait du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, intitulé : « Du charbon et des affections charbonneuses chez l'homme » ; 3° de la part de M. le Dr Vingtrinier, un rapport sur une épidémie de choléra, en 1866, dans la Seine-Inférieure.

M. **Chauffard** présente, de la part de M. le professeur Sée, un exemplaire de ses « Leçons de pathologie expérimentale sur le sang et les anémies. »

M. **Larrey** présente : 1° une notice historique sur les travaux de M. Boudin, par M. le Dr Napoléon Perrier; 2° une brochure de M. le Dr Pécholier (de Montpellier), sur le traitement de la pneumonie par l'alcool; 3° un ouvrage en suédois, sur l'ovariotomie, par M. le Dr Liljervalk (de Stockholm); 4° le compte rendu médical des opérations du conseil de révision dans le département de l'Ariége, en 1867, par M. le Dr Dexpera, médecin-major de première classe, à Perpignan.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Follin.

Les candidats ont été présentés par la section dans l'ordre suivant :

En première ligne « ex æquo » : MM. Chassaignac, Demarquay; en deuxième ligne : M. Alph. Guérin; en troisième ligne : M. Verneuil; en quatrième ligne : M. Dolbeau; en cinquième ligne : M. Giraldès.

Le nombre des membres votants est de 69; majorité, 35. Au premier tour de scrutin, M. Demarquay obtient 42 voix; M. Chassaignac, 17; M. Alph. Guérin, 10.

M. Demarquay, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURE.

Causes organiques de la phthisie pulmonaire. — M. le Dr **A. Cros** donne lecture d'un travail ayant pour titre : « Recherches médicales sur les causes organiques de la phthisie pulmonaire et sur les moyens de les écarter. »

Le travail de M. Cros est le développement de la proposition suivante :

« Jamais la phthisie pulmonaire ne germe, ne naît, ne se développe dans un organisme humain sans que cet organisme ait présenté, pendant une durée qui varie de quelques mois à quelques années, les signes les plus évidents de troubles organiques appartenant à l'ordre de faits que j'ai désignés sous le nom de décoordination : ce qu'on prend pour le début de la phthisie n'est donc que la conséquence et la fin d'une maladie déjà ancienne. » (L'auteur appelle puissance de coordination organique tout principe qui maintient l'existence d'une forme vivante, qui a présidé à son éclosion et qui dirige son évolution prédéterminée.)

Etudiant la phthisie pulmonaire au point de vue de ces conceptions, c'est-à-dire non-seulement dans la région où se forme et s'évolue la maladie tuberculeuse, mais encore dans la plupart des organes accessibles à l'exploration, l'auteur formule les indications suivantes :

Jamais la phthisie pulmonaire n'apparaîtra dans un organisme sans que cet organisme ait été longtemps affecté de l'espèce de décoordination caractérisée par la tuméfaction de la rate (décoordination splénique).

Jamais la tuberculisation des organes respiratoires ne se produit sans que le jeu libre de ces organes ait été longtemps gêné par un ensemble de causes matérielles, en tête desquelles il faut placer le soulèvement excessif du diaphragme, le sommet de sa convexité atteignant le niveau des mamelons et souvent le dépassant de plusieurs centimètres.

Dans la plupart des cas, peut-être dans tous, à une certaine période, la cause directe de ce soulèvement du diaphragme est le volume excessif du foie.

C'est aux circonstances anatomiques précédentes qu'il faut attribuer la dyspnée signalée par tous les auteurs comme l'un des symptômes du premier degré de la phthisie.

De même qu'on a donné le nom de chloro-anémie à une maladie où la pâleur des téguments externes et des membranes muqueuses, où le petit volume des veines apparentes et des artères des membres coïncident avec une diminution de la masse totale du sang, on pourrait donner le nom de chloro-hyperémie à un état que j'ai observé plus d'une fois, et qui n'est pas rare, où des pâleurs tout aussi chlorotiques et des atténuations vasculaires, tout aussi profondes de la périphérie, coïncident avec la prédominance de plusieurs viscères et même avec l'état de congestion de toutes les régions internes du thorax et de l'abdomen.

Les décoordinations hépatiques et spléniques ne sont pas les seules qui présentent le début de la phthisie pulmonaire, toutes les fois que j'ai examiné le pancréas, soit chez les phthisiques, soit dans les cas où la phthisie est imminente, je l'ai trouvé plus gros qu'à l'état normal, sa hauteur verticale était de 6 ou 7 centimètres, au lieu de 3 ou 4.

Un des faits les plus importants, qui signale, au moins dans la majorité des cas, la naissance de la tuberculisation des poumons ou qui la prépare de longue date, est un état particulier de ramollissement du système osseux que l'on constate surtout dans la colonne vertébrale, et le plus souvent dans les régions cervicale ou dorsale supérieure (comm. MM. Béhier et Béclard).

RAPPORT.

Prix Capuron. — M. **Blot**, au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Depaul, Devilliers, Tardieu et Blot, rapporteur, donne lecture du rapport sur le concours du prix Capuron (question d'accouchement).

Prix Portal. — M. **Gubler**, au nom d'une commission composée de MM. Barth, H. Bouley, Gosselin, Vernois et Gubler, rapporteur, donne lecture du rapport sur le prix Portal (question d'anatomie pathologique. Des mélanoses).

Les conclusions de ces rapports sont lues et discutées en comité secret.

La séance publique est levée à quatre heures trois quarts.

CORRESPONDANCE.

A PROPOS DE LA LETTRE DE M. LE PROFESSEUR PAJOT.

Monsieur et très-honoré confrère,

La lettre que vient d'adresser à la « Gazette des hôpitaux » le savant professeur d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, me remet en mémoire un fait de ma pratique, alors que j'exerçais dans la Mayenne, où la manœuvre, dont parle M. le professeur Pajot, eut une heureuse application. Par sa date, déjà éloignée, ce fait attestera que longtemps avant M. Pajot, un modeste praticien de province avait eu l'idée d'une pratique analogue. Je saisis l'occasion de rendre à cet humble praticien ce qui lui appartient ; et, certes, il y aura tout honneur pour lui, de s'être rencontré avec l'illustre professeur. Voici le fait en quelques mots :

Je fus appelé le 24 août 1864 (à Evron), près de Mme D... ; cette dame était depuis la veille dans les douleurs de la parturition, et la sage-femme, qui l'assistait, ayant reconnu un rétrécissement excessif du détroit inférieur et l'inutilité des douleurs, me fit appeler. J'appliquai le forceps : ce fut en vain ; la tête resta immobile. J'entourai alors la lame d'un couteau pointu jusqu'à un centimètre de sa pointe avec une ficelle et pratiquai la perforation du crâne. Le forceps fut de nouveau appliqué ; la cervelle s'écoula ; la tête fut inébranlable.

M. le Dr Gareau (de Laval) arrivait à l'instant; je l'avais appelé pour examiner avec moi une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire. Je le fis mander. Cet habile et distingué praticien, après avoir tenté, sans succès, une nouvelle application de forceps, résolut, pour dégager la tête, d'employer le crochet que portait un des manches du forceps ; ses manœuvres furent infructueuses.

M. le Dr Desnos, mon honorable confrère dans la localité, se joignit à nous. Comme nous, il reconnut l'insuffisance du forceps. Nous manquions de céphalotribe. Voici le moyen dont M. le Dr Desnos se servit : il prit un bâtonnet d'une longueur de 6 à 7 centimètres ; attacha en son milieu un lien solide ; introduisit dans le crâne, par la perforation que j'y avais pratiquée, le petit bâtonnet ; réussit à l'y placer en travers; puis il exerça, sur le lien, des tractions énergiques : la tête fut ébranlée et une brusque secousse nous avertit qu'elle s'était dégagée. Malheureusement, de nouvelles tractions eurent pour résultat la sortie brusque de cet instrument improvisé et, craignant que de nouvelles tentatives ne fussent préjudiciables aux organes sexuels, nous fîmes une application de forceps qui, cette fois, fut couronnée d'un plein succès. La femme guérit.

M. le Dr Desnos nous dit tenir de son père cet ingénieux expédient. Si cette lettre frappe les yeux de mon honorable confrère, peut-être pourra-t-il, Monsieur et très-honoré confrère, vous donner de plus amples renseignements.

Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de toute ma considération et des sentiments confraternels de votre tout dévoué serviteur,

L. DE LUCÉ (de Vire).

Vire, 1er novembre 1867.

Monsieur le Rédacteur,

M. le professeur Pajot me permettra, j'en suis sûr, une toute petite remarque, à l'occasion du procédé *nouveau* qu'il vient de mentionner dans le dernier numéro de la *Gazette*, procédé très-ingénieux, très-simple, très-pratique, peu cité, peu connu et digne de l'être, mais qui, à tous ces mérites, ne joint pas celui de la nouveauté.

Il est à ma connaissance que M. le docteur Hutin père, de Braisne, l'a employé il y a une dizaine d'années, et c'est cette circonstance sans doute qui a fixé mon attention sur le passage suivant de Baudelocque : « Nous ferons connaître aux accoucheurs un instrument qu'ils pourront se procurer partout, et qu'ils trouveront, au besoin, sous la main, dans la chaumière de l'indigent comme dans l'habitation du riche. Il se compose d'un cylindre de bois, de la grosseur du petit doigt, long de deux pouces, et arrondi à ses extrémités, au milieu duquel on attache un ruban de fil de l'étendue d'une aune au moins. On ouvre le crâne de l'enfant avec la pointe des ciseaux ou d'un couteau ordinaire ; on y introduit en entier le petit cylindre de bois, qui se place en travers sur l'ouverture, et l'on tire sur les deux chefs du ruban. » (*L'Art des accouchements*, n° 1926.) Et en note il ajoute : « Cet instrument agit à la manière du tire-tête à bascule de Levret, très-connu des accoucheurs, et ne saurait avoir les mêmes inconvénients que le crochet en des mains peu exercées, c'est à M. *Danavia*, chirurgien accoucheur à Surinam, que nous en devons l'idée. »

Veuillez agréer, etc.

Dr ANCELET,

Correspondant de la Société de Chirurgie.

Vailly-sur-Aisne, 1er octobre 1867.

Ces deux lettres que l'on vient de lire, soumises à M. le professeur Pajot, ont donné lieu à la réponse suivante que nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs :

Mon cher ami,

J'ignorais, comme bien vous sentez, que M. le docteur Ancelet eût vu M. le docteur Hutin employer, il y a une dizaine d'années, le moyen que j'ai recommandé.

J'ignorais également que M. le docteur de Lucé (de Vire) eût vu M. le docteur Desnos faire usage de ce moyen qu'il tenait de son père.

Comment l'aurais-je su ?

Mais je ne devais pas ignorer que Baudelocque le tenait de M. Danavia, chirurgien à Surinam.

Or, si je ne le savais pas, c'est que *mes deux éditions* de Baudelocque n'en disent pas un mot au n° 1926 ni ailleurs.

C'est probablement dans une édition postérieure que Baudelocque aura mentionné le fait.

Mais, si le procédé n'est pas neuf, ce à quoi je me résigne sans douleur, l'application que je recommande n'est pas celle de mes honorables confrères.

Danavia, Baudelocque, M. de Lucé (de Vire), M. Desnos, M. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne) ont tous eu l'intention d'extraire la tête par ce procédé.

Pour moi, je rejette absolument ce moyen d'extraction et le substituer au forceps ou au céphalotribe me paraît une faute dont la seule excuse serait le manque absolu d'instruments.

Fixer la tête pour faciliter les opérations, tel doit être le rôle du procédé de Danavia.

Démontrer ici qu'agir autrement est une faute, *malgré le succès*, ce serait recommencer la campagne que j'ai entreprise contre la force en faveur de l'adresse dans les accouchements, et ce n'est pas le lieu.

Agréez, cher confrère, etc.

Professeur PAJOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 25 octobre 1867, ont été promus ou nommés dans le corps de Santé de la Marine (1) :

Au grade de « médecin-professeur : »

MM. les médecins de 1re classe : Cras, — pour la chaire d'anatomie et de physiologie (R.); — Cunéo, — pour la chaire d'hygiène générale, hygiène navale, pathologie exotique (T.);

Au grade de « médecin de 1re classe : »

MM. les médecins de 2e classe : Corre (B.), Merlaux des Ponty (R.), Jobard (B.), Richaud (G.), Jobet (T.), Deschiens (B.), Baquié (id.), Palasne-Champeaux (id.), Pelon (T.), Roubaud (id.),

Bourru (R.), de Saint-Julien (B.), Perlié (id.), Piesvaux (R.), Pougny (B.), Gaultier de la Ferrière (C.), Aude (id.), Jouven (Cn.), Audouit (Gn.), Maurel (S.), Béaussier (id.) ;

Au grade de « médecin de 2e classe : »

MM. les chirurgiens de 3e classe : Guès (T.), Dounon (id.), Théret (C.), Moudesir-Lacascade (B.), Rouvier (T.), Baudry la Cantinerie (R.), Chassaniol (B.), Nègre (T.), Néis (B.), Infernet (T.),

Vidaillet (B.), Delisle (R.), Napias (T.), Sellier (B.), Charvin (R.), Pierre (B.), Bertrand (T.), Molle (B.), Caustan (T.), Catelan (id.);

Auguiot (T.), Cotte (id.), Maissin (S.), Bourgarel (id.), Cassan (id.), Saffre (id.), Le Bunetel (id.), Cavadec (id.);

Au grade « d'aide-médecin : »

MM. les étudiants : Aube (T.), Barret Paul (B.), Hockard (R.), Pethiot (B.), Carpentier (R.), Tholy (T.), Rousseau (B.), Guérard de la Quesnerie (id.), Rigubert (id.), Pain (T.),

Balbaud (R.), Chévrier (id.), Piédalla (B.), Barret Eugène (id.), Mahéo (id.), Perdrigeat (R.), Leroy (B.), Mesguen (id.), Bachelard (id.), Conor (id.),

Farcy (B.), Billiotte (R.), Blanc (T.), Robert (B.), Hyades (T.), Lèbre (id.), Barrallier (id.), Hercouët (B.), Sabarthez (T.), Roux (R.).

Le Tessier (B.), Boisgard (R.), Vivien (T.) Jouveau-Dubreuil (B.), Trotobas (T.), Bellamy (B.), Chédan (id.), Siciliano (T.), Voullemier (id.) ;

Au grade de « pharmacien de 2e classe : »

MM. les pharmaciens de 3e classe : Coutance (B.), Louvet (C.), Gadreau (Gn.), Daniel (Cn.) ;

Au grade « d'aide-pharmacien, »

MM. les étudiants : Mailhetard (R.), Gayet (B.), Veyron-Lacroix (id.), Lestagx (id.).

— Par décret en date du 1er novembre 1867, M. Balard, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, a été nommé inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre des sciences, en remplacement de M. Dumas.

— Par arrêté ministériel en date du 23 octobre, M. le Dr E. Chairou a été nommé médecin en chef de l'Asile impérial du Vésinet, en remplacement de M. le Dr Guionis, démissionnaire.

— La liste des médecins attachés au corps expéditionnaire à Rome, se compose actuellement de la manière suivante :

MM. Lacronique, médecin en chef ; Jubiot médecin principal; Baradou et Rozan, médecins-majors de première classe; Goguel et Soulfort, médecins aides-majors de première classe ; Genaudet, médecin aide-major de seconde classe.

Nous savons, de source certaine, que plusieurs médecins de tous grades sont en route pour être placés sous les ordres de M. Lacronique.

(1) Le lieu de destination des médecins désignés dans le décret est représenté de la manière suivante :
B : Brest. — C : Cherbourg. — Cn : Cochinchine. — G : Guadeloupe. Gn : Guyane, — R : Rochefort. — S : Sénégal, — T : Toulon.

— M. le Dr de Rostaing de Rivas, médecin de l'hospice général Saint-Jacques, a été nommé médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, en remplacement de M. le Dr Hélie, décédé.

M. le Dr Trastour, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, a été nommé médecin de l'hospice général Saint-Jacques.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de :

MM. Deshayes, Mollière, Robert, Leriche, Taulier, Couturier, Gromier, Charpy, Colrat, Marty, Magado, Jomard, Courbon, Guinard.

Le premier interne nommé, M. Deshayes, a reçu le prix Bonnet (trousse d'honneur).

— Le concours pour les hôpitaux de Nantes s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes. — MM. J. Pastoureau, Gruget, Mainguy, Horeau et Franco.

Externes. — MM. Moreau, Audouy, Tartenson, Cado, Cormier, Ravazé, Lamy, Delibès, Poiliévre, Bineau et Nepveu.

— Un concours pour la place de chirurgien-major de l'Antiquaille de Lyon, s'ouvrira le 23 mars 1868, à huit heures du matin.

Le secrétariat de l'administration des hôpitaux de Lyon (Hôtel-Dieu) fournira tous les renseignements aux candidats.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr H. Philippe, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, qui vient de succomber à l'âge de soixante-six ans, à la suite d'une seconde attaque d'apoplexie cérébrale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Tauffieb (de Bar), — le médecin des pauvres. — Ce très-honoré confrère succombe à l'âge de cinquante-huit ans, à une fièvre maligne.

— M. le Dr Royer, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Liége, vient de succomber à l'âge de soixante-dix ans, aux suites d'une longue maladie.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance vendredi prochain, 8 novembre, à 8 heures du soir, à la Faculté de médecine (cabinet du doyen).

— La Société anatomique reprendra le cours de ses séances le vendredi 8 novembre, à 3 heures précises.

— La Société médicale du Panthéon a tenu sa dernière séance mercredi 6 novembre, à huit heures précises du soir.

Ordre du jour : — 1° Recherches expérimentales sur la respiration, par M. le Dr Kauffmann.—2° Essai sur les eaux minérales phosphatées ferrugineuses, par M. le Dr Sandras. —3° Extraction de la cataracte (procédé sclérotical), par M. le Dr Coursserant. — 4° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

— La Société d'Hydrologie médicale a repris ses séances lundi « 4 novembre, » et les continuera, le premier et le troisième lundi de chaque mois, « rue de l'Abbaye, n° 3, » au siége de la Société impériale de Chirurgie.

— M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera un cours de pathologie interne, le samedi 9 novembre, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Les leçons auront pour objet, les *fièvres*, les *névroses* et la *cérébroscopie*.

Des *conférences cliniques* auront lieu en même temps, tous les mardis matin à huit heures à l'hôpital des Enfants-Malades.

— M. Giraldès commencera ses leçons cliniques, sur les maladies chirurgicales et l'ophthalmologie des enfants, le jeudi 7 novembre, à l'hôpital des Enfants. Visite des malades à 8 heures et demie. Leçons et opérations les jeudis et samedis à 9 heures et demie.

— M. le Dr Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le lundi 11 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre, n° 3 de l'Ecole pratique, pour le continuer les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le Dr Ferdut commencera un cours public et complet d'accouchements lundi prochain, 11 novembre, à 3 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours, à la même heure.

Ce cours comprendra soixante leçons environ, et sera terminé vers le 20 janvier.

— La « Revue de Paris, » que nous donnons à tous nos abonnés — au prix de 16 francs, — a publié dans sa livraison du 1er novembre :

I. Etude sur Goethe (2e article), par M. V. de Laprade (de l'Académie Française). — II. La lance d'Achille (3e article), par M. Ch. de Saint-Julien. — III. Les sœurs de Marie-Antoinette (2e article), par M. Georges Ferry. — IV. La sculpture à l'Exposition universelle, par M. Louis Enault. — V. Chronique scientifique, par M. F. Coste. — VI. Feuilles volantes, par M. E. de Grenville. — VII. Théâtres, par M. de Baumar. — VIII. Thorwaldsen d'Eugène Plon, par M. E. de Barthélemy.

Prix du numéro : 3 francs. Le port en sus pour l'étranger.

Grand Dictionnaire universel du dix-neuvième siècle, par M. Pierre Larousse. — Les 67 et 68e livraisons (CAEN — CALE) de cette œuvre si remarquable viennent de paraître. Chacune des livraisons renferme la matière de 2 vol. in-8. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, 49, rue Saint-André-des-Arts, à Paris.

Sur l'occlusion intestinale, par le Dr Putégnat (de Lunéville), ancien chef de clinique médicale. — In-8; prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867. Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Section du nerf médian. — Conservation de la sensibilité tégumentaire. — Sensibilité récurrente exceptionnelle.

Le fait le plus curieux qui se soit présenté dans les hôpitaux, depuis quelque temps est, sans contredit, celui qu'on observe dans le service de M. Richet et dont nous avons déjà dit quelques mots.

La section d'un nerf mixte n'a pas été suivie des effets qu'on en devait prévoir d'après les principes généraux qui dominent ce point de physiologie.

Nous allons rappeler brièvement ces principes, avant d'aborder les particularités exceptionnelles du fait clinique.

Les effets immédiats de la section d'un nerf varient suivant que ce nerf est purement sensitif, purement moteur, ou mixte.

Le premier cas est le plus simple.

Le nerf sensitif, uniquement chargé de transmettre aux centres nerveux des impressions diverses, ne peut plus avoir de fonctions dès qu'il cesse de communiquer avec les centres. Dès qu'on le divise, le bout périphérique devient donc insensible de la manière la plus absolue ; tandis que le bout central transmet les impressions douloureuses qu'il reçoit, si on le pince, le pique, le brûle ou l'électrise.

Quant au nerf moteur, la transmission qu'il doit opérer ayant lieu nécessairement du centre à la périphérie, après la section, c'est le bout central qui, ne communiquant plus à la périphérie, perdra toute fonction. Le bout périphérique, au contraire, si on l'excite d'une manière quelconque, fera contracter les fibres musculaires qui le reçoivent.

Ici se présente une difficulté.

Sur les animaux dont on a coupé un nerf moteur, le nerf facial, par exemple, lorsqu'on excite le bout périphérique, non-seulement on voit se contracter certains muscles, mais l'animal crie, il se débat, bien évidemment il éprouve une douleur qui peut être assez vive.

Cette sensation, par le fragment périphérique d'un nerf moteur ou d'une racine motrice, comme phénomène, est hors de doute. Pour la classer, on se sert de ces mots : « sensibilité récurrente. »

Les interprétations varient. M. Claude Bernard a supposé que les fibres motrices doivent communiquer aux fibres sensitives par leurs extrémités périphériques.

Ainsi l'impression, l'onde nerveuse, pour ainsi dire, descendant d'abord par le nerf moteur, rencontrerait, à sa terminaison dans les tissus, les anastomoses qui l'uniraient au nerf sensitif correspondant, et serait transmise jusqu'au cerveau, en remontant par les anastomoses et le nerf sensitif.

M. Claude Bernard a créé une expression très-élégante : celle de « paire nerveuse, » pour désigner l'ensemble du nerf moteur et du nerf sensitif qui s'uniraient par leurs extrémités.

Mais cette union entre fibres nerveuses, dont les fonctions sont différentes, n'est pas admise universellement. D'autres physiologistes, tout en reconnaissant l'existence du fait expérimental, l'expliquent d'une autre manière.

Pour eux, la sensibilité récurrente est le résultat des contractions fibrillaires provoquées par le pincement ou le froissement du nerf moteur. Ces contractions ne se font pas régulièrement, avec ensemble, comme sous l'empire de la volonté. Elles sont inégales, crampoïdes, et douloureuses, par conséquent.

Le rôle du nerf sensitif serait donc, non point de transmettre passivement une onde nerveuse venue de plus loin ; mais de percevoir, à son ordinaire, une sensation, qui serait provoquée par une contraction anormale.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation, jusqu'ici tout le monde était d'accord pour reconnaître que ces phénomènes de sensibilité récurrente sont étrangers aux nerfs mixtes.

Dans le nerf mixte, les filets moteurs et les filets sensitifs qui se rendent aux mêmes parties, sont confondus dans un même tronc. Selon les expressions de M. Claude Bernard, la paire nerveuse est complète. D'autres paires peuvent s'y accoler ; mais les anastomoses entre nerfs différents ne sont qu'apparentes. Dans un nerf mixte, chaque branche, chaque rameau, chaque filet porte à la fois l'influx nerveux dans les deux sens.

Si donc on coupe un nerf mixte, on peut encore faire contracter, en excitant le bout périphérique, les muscles qu'il anime ; mais aucune impression ne peut venir au cerveau de ces muscles ou des parties qui les entourent, les fonctions sensitives sont abolies pour le moment sur tous ces points.

Telle est la règle, voici le fait :

Nous l'indiquerons sommairement aujourd'hui; car l'observation est recueillie jour par jour, avec tout le soin qu'elle mérite, par un interne distingué de M. Richet, M. Blum ; et nous la mettrons prochainement dans son entier sous les yeux de nos lecteurs.

Une jeune femme qui travaillait dans une fabrique de cartouches, tomba de telle sorte que son avant-bras, un peu au-dessus du poignet, vint porter violemment sur le bord d'une plaque de cuivre destinée à cette fabrication.

Il en résulta une plaie transversale. La peau, les deux artères radiale et cubitale, un tendon et le nerf médian furent coupés.

La surface de section du nerf n'était pas régulière et nette ; mais les deux bouts étaient séparés de telle sorte que, l'un trouvé, il fallut chercher l'autre.

Or, si le bout central était d'une sensibilité exquise, *le bout périphérique* lui-même *était sensible*.

La malade accusa une douleur assez vive, lorsque M. Richet en coupa un fragment dans le but de l'égaliser, et aussi pour faire examiner les tubes nerveux au microscope.

Quant au bout central, il ne fut pas égalisé, car le moindre attouchement y causait des souffrances atroces.

A ce moment, M. Richet, avant de réunir les deux bouts par un point de suture, examina l'état de la sensibilité et de la motricité dans toutes les parties où se distribue le nerf médian au-dessous du point sectionné.

En fait de muscles, le nerf médian anime ceux de l'éminence thénar, et les deux premiers lombricaux. Les mouvements volontaires y parurent abolis.

Le nerf médian préside en outre à la sensibilité tégumentaire de l'éminence thénar, de la région palmaire moyenne et de la face palmaire, tant des trois premiers doigts que de la moitié externe du quatrième. Sur tous ces points la sensibilité parut conservée, bien que plus obtuse sur l'indicateur, qui, du reste, était recouvert d'une cuirasse épidermique.

La malade indiqua, sans se tromper jamais, chacun des points que l'on touchait avec une flèche en papier, soit sur le pouce, soit sur la face palmaire du médius, ou de l'annulaire, ou de la main. Elle discerna très-bien la sensation de contact de celle de douleur lorsqu'on la piqua sur ces points avec une épingle. Enfin, quand on en approcha un objet fortement chauffé, elle accusa une sensation de brûlure.

Après toutes ces explorations, les deux bouts du nerf furent réunis et fixés par un point de suture. Cette opération, bien entendu, ne modifia en rien la sensibilité.

Depuis, un certain nombre de médecins distingués ont examiné cette malade. MM. Vanzetti (de Padoue), Clark (de Londres), Duchenne (de Boulogne), etc.

Les résultats qu'ils ont obtenus ont toujours été à peu près semblables à ceux que l'on avait notés avant la réunion du nerf. Depuis cette époque, c'est-à-dire pendant dix-huit jours, la sensibilité a paru seulement devenir graduellement plus exquise, et, depuis la semaine dernière, il s'y est joint de l'hyperesthésie au niveau de l'éminence thénar, des fourmillements, puis des douleurs intermittentes vers les doigts.

Le huitième jour, M. Duchenne (de Boulogne), avait exploré la motricité électrique des muscles de l'éminence thénar. Il n'avait pas pu les faire contracter par un courant assez énergique introduit à travers la peau.

Ainsi, dans ce cas, la section d'un nerf mixte, le nerf médian, n'a pas amené l'abolition de toute sensibilité dans les parties où il se rendait.

Le doute sur le fait lui-même est impossible, car toutes les chances d'erreur ont été évitées avec le plus grand soin, car un examen contradictoire a été fait à plusieurs reprises par des hommes très-compétents, qui se résignaient difficilement à croire vrai ce qui leur semblait incompréhensible.

Il est certain que l'interprétation n'en est pas facile.

A la rigueur, on pourrait expliquer par des anomalies dans la distribution des nerfs médian, radial et cubital, la sensibilité cutanée de la face palmaire des premiers doigts, etc.

FEUILLETON

Nouvelles à la plume.

Avec une préméditation que de méchantes langues appelleront habile, j'invoque et je suis l'exemple de la Faculté de médecine qui persiste à vouloir ouvrir ses portes sans battre le tambour ni sonner de la trompette.

Jadis facultés et journalistes avaient l'habitude de ne se présenter pour la première fois au public qu'en costume d'apparat : celle-ci en robe rouge, celui-là en cravate blanche ; l'une avec une harangue à la main, l'autre avec un compliment à la bouche ; et le public, charmé par ces prévenantes attentions, se sentait moins sévères pour les négligences et le terre-à-terre des professeurs, et plus indulgent pour les peccadilles du journaliste.

Aujourd'hui tout cela est changé, et, comme du temps de Molière, le cœur a été mis à droite.

Malheureusement cette nouveauté n'est pas du goût des étudiants qui demandent l'exhibition des robes rouges et de la harangue traditionnelle.

Va-t-on aussi me réclamer, au début de ces causeries que je jure ne jamais rendre pédantes, l'exhibition d'une cravate blanche et l'expression d'un compliment bien senti ?

Qu'on veuille bien ne pas confondre ma position avec celle de M. Wurtz !

L'honorable doyen a déclaré aux étudiants qu'il avait pris la direction de la faculté dans des circonstances difficiles, et qu'en présence de la désaffection des élèves, il se verrait contraint de donner sa démission.

Je ne suis heureusement dans aucun de ces deux cas : la « Gazette » qui m'ouvre ses portes, ne traverse pas de circonstances difficiles, bien au contraire, et ses lecteurs ne peuvent me retirer une estime que je n'ai point encore méritée.

Essayons d'abord de la conquérir et je promets ensuite, pour la conserver, cravates blanches et compliments.

Cette humilité me doit être au moins comptée pour une circonstance atténuante, et il serait injuste que les lecteurs de la « Gazette » eussent pour moi le bruyant procédé dont les étudiants viennent d'user à l'endroit de la faculté.

Il est vrai que notre « Alma Mater » a donné un rude croc en jambe à l'article LX des anciens statuts perpétué jusqu'à nous. Mais de quel droit le réformateur de 1600 a-t-il engagé l'avenir et parlé en ces termes aux âges futurs : « In posterùm die sabbati proximâ post festum omnium Sanctorum, congregatis ante horam octavam a sacro omnibus Doctoribus, more solito, » etc.

Si la Faculté avait supprimé la harangue et fait à jamais disparaître les robes rouges, je comprendrais l'émotion populaire et le désespoir de M. Wurtz ; mais loin de là les robes rouges sont précieusement conservées et la harangue est transportée aux jours caniculaires qui secondent si merveilleusement l'effet soporifique d'un discours officiel.

Il y a donc tout avantage à cette transposition et il ne faut pas que, pour si peu, M. Wurtz jette le froc aux orties et perde l'affection des élèves.

Grâce à M. Lasègue, qui, plus heureux que MM. Robin et Gavarret, a pu célébrer, au milieu de houras sympathiques, l'alliance de la science et de la liberté, j'espère que la paix est à jamais conclue et signée entre les élèves et la Faculté.

Hélas ! que n'en est-il également ainsi dans l'Association générale des médecins de France ? Déjà des points noirs obscurcissent l'horizon, et il est à craindre que la discorde qui divisa jadis les lieutenants d'Alexandre, ne divise aussi aujourd'hui les lieutenants de M. Rayer.

La révolte est soufflée par la bouche qui entonnait autrefois la fanfare la plus triomphale et qui se vantait d'avoir semé sur toute sa route, de Lyon à Paris, le « pollen fécondant » de l'Association.

A cette image aphrodisiaque, dont le souvenir est ineffaçable, qui ne reconnaît M. Diday ? Quoi ! M. Diday, le rédacteur en chef de la « Gazette médicale de Lyon », « l'alter ego » de M. Amédée Latour, dans la seconde ville de France, le capitaine Fracasse de l'Association et le lieutenant Bas-de-cuir de M. Rayer... La chose est impossible, avons-nous bien lu ?

Je voudrais avoir mal lu, en effet, pour la mémoire de l'homme éminent qui a « peut-être » laissé 100,000 francs à l'Association générale, et pour le repos de M. Amédée Latour, dont la quiétude me semble cruellement troublée par ce rude coup de boutoir. Mais, hélas ! la chose est bien réelle et il ne nous reste d'autre consolation que de nous écrier avec « l'Ecclésiaste : » On n'est jamais trahi que par les siens.

M. Amédée Latour est, lui, moins philosophe que nous, et il entonne, nouveau Jérémie, les plus lugubres lamentations sur les malheurs de sa Babylone.

« Nous demanderons d'abord à notre confrère l'opportunité de cet article, s'écrie-t-il en son désespoir ; nous ne pouvons en apercevoir aucune. Ce que nous voyons, au contraire, c'est que, dans les circonstances traversées en ce moment par l'Asso-

Mais, outre qu'une telle anomalie dans les nerfs de la main doit être excessivement rare, car les meilleurs anatomistes ne l'ont pas rencontrée, elle ne suffit point à faire comprendre comment le bout périphérique du nerf médian a présenté une sensibilité récurrente.

Faudrait-il donc admettre que ce nerf, tout au moins chez notre malade, fasse exception parmi les nerfs mixtes ?

Que quelques-uns de ses filets moteurs s'unissent par leurs extrémités aux filets sensitifs fournis par le radial ou le cubital ?

Ou que ces nerfs lui fournissent par les anastomoses qu'ils ont avec lui sur les côtes des doigts, quelque filet sensitif récurrent ?

A la rigueur, on pourrait trouver encore une troisième hypothèse qui ferait comprendre à peu près la sensibilité récurrente du bout périphérique.

On sait que le nerf médian anime les téguments de la région thénar par un rameau, le *palmaire cutané*, qui se détache de lui à quelques centimètres au-dessus du poignet ; tandis qu'il anime les muscles de cette région par une de ses branches terminales.

On pourrait donc supposer que ce rameau cutané n'est pas intéressé dans la section, et comme il est exclusivement sensitif on pourrait croire qu'il joue par rapport à la branche motrice de la même région le même rôle que le trijumeau par rapport au facial : que, formant avec lui une petite paire nerveuse, il lui fournit une sensibilité récurrente.

Mais ceci même serait inattendu, bien que moins incompréhensible; comme serait inattendue la connaissance de filets sensitifs animant la pulpe des doigts et ne prenant pas leur origine dans le nerf médian.

De reste, il faut savoir que déjà le nerf médian, plus d'une fois, a causé l'étonnement des physiologistes. Comme le disait l'un d'eux avec mauvaise humeur, c'est toujours lui qui vient figurer dans les observations les plus inexplicables, dans celles qui tendent à renverser les principes de physiologie les mieux établis.

Ainsi le 29 juin 1864, M. le professeur Laugier annonçait à l'Institut, que la suture d'un nerf médian, sectionné dans une blessure semblable à celle de notre malade, avait ramené en quelques heures la sensibilité tactile sur la face palmaire des doigts.

Cette observation fit grand bruit. La « Gazette des hôpitaux » la reproduisit dans son entier. Un membre distingué de la société de chirurgie, qui discutait alors le mode de régénération nerveuse, M. Verneuil, examina le malade de M. Laugier, et admit le fait. Mais M. Vulpian, dans une leçon de physiologie, le contesta de la façon la plus absolue.

Voici un passage textuel de cette leçon :

« Seulement ce que je puis dire, c'est que j'ai examiné le malade avant hier (il y avait deux semaines que l'opération avait été faite), que je l'ai revu encore ce matin; et il est absolument certain qu'il n'y avait lors de ces deux examens aucune trace de sensibilité à la face palmaire des doigts où se rendent les branches du nerf médian. »

Cependant déjà cette observation était appuyée par une autre, due à M. Nélaton, et où le nerf médian aurait repris ses fonctions sensitives 43 heures après la suture des deux bouts.

Nous renverrons à la « Gazette des hôpitaux », juin et juillet 1864, pour plus amples détails sur ces faits et sur quelques autres du même genre.

On comprend, du reste, la répugnance qu'éprouvaient les physiologistes à tenir pour vrais la réunion presque instantanée des troncs nerveux et le rétablissement complet de leurs fonctions à la suite d'une suture.

Dans les cas les plus favorables, chez de très-jeunes animaux, la réunion des fibres nerveuses se fait toujours attendre au moins quelques jours, et le rétablissement de leurs fonctions plus encore.

Comme l'a très-bien montré l'anglais Valler, comme l'ont prouvé surabondamment MM. Vulpian et Philipeaux, Eulenberg et Londois, et tout dernièrement un élève de M. Chauveau, M. Magnien, qui vient de faire une excellente thèse sur ce sujet, la section d'un nerf est suivie d'une altération assez rapide du bout périphérique. Cette altération n'est pas empêchée par la réunion bout à bout, ni par la suture. Dans leurs très-nombreuses expériences, les derniers auteurs que nous venons de citer n'ont jamais vu rien qui ressemblât à une réunion immédiate empêchant les transformations du bout coupé et rendant inutile sa régénération ultérieure.

Mais est-il donc nécessaire de croire que cette réunion ait eu lieu pour admettre l'observation de M. Laugier? Non, sans doute. Après le fait de M. Richet, il devient probable que les choses se sont passées de même dans les deux cas. La sensibilité a persisté sans doute de part et d'autre malgré l'interruption du nerf médian.

Reste à savoir pourquoi. De nouvelles études sur les nerfs de la main feront bientôt sans doute disparaître cette inconnue. Peut-être apprendra-t-on du même coup les usages des corpuscules de Pacini.

Dr Victor Revillout.

MÉDECINE LÉGALE.

Quelques mots sur les ecchymoses pleurales. Leur présence est-elle constante dans les morts amenées par un genre de suffocation?

Par M. le Dr Dégranges,
Médecin aux rapports, assermenté par les tribunaux de Bordeaux.

C'est M. Tardieu, le plus éminent des médecins légistes, qui a signalé le premier, en 1855, l'existence, la situation et la causalité de ce genre d'ecchymoses.

La pratique médico-légale lui a donné presque *constamment* raison sur le point anatomo-pathologique.

Mais quelques éclaircissements paraissent encore à désirer, concernant la désignation des états pathologiques qui produisent spécialement ces ecchymoses.

M. Tardieu *vise l'étranglement*, la *strangulation*, la *suffocation* ; mais ces trois désignations n'offrent entre elles que des nuances morbides bien peu différentes ; elles se perdent toutes, quant à leur fond pathologique, un peu plus ou un peu moins compliqué, dans l'*asphyxie*.

On dégagerait donc de toute confusion la désignation de la cause des ecchymoses pleurales, en rapportant cette cause à un état plus général, la *suffocation*, celle-ci arrivant par l'application des mains sur le cou et interrompant brusquement l'acte respiratoire.

C'est de la désignation de *suffocation* que se sont servis principalement MM. les experts, dans l'affaire criminelle de la femme Frigard, jugée récemment aux assises de Seine-et-Marne.

Il reste donc prouvé qu'à la suite d'une mort par suffocation (comme je l'ai expliqué), on trouve surtout, vers la base des poumons, des ecchymoses pleurales qui sont très-persistantes après la mort.

Ces ecchymoses sont ordinairement situées sous la plèvre (sous-pleurale). Les experts, dans l'affaire Frigard, font confusion sur cette situation et qualifient ces ecchymoses, tantôt *sous-pleurales*, tantôt *sus-pleurales* ; sang épanché, colorant la plèvre par imbibition et lui donnant une teinte noirâtre. (Le *Droit*, journal des tribunaux, page 779, 2e et 3e colonne.)

On peut conclure de ce qui précède que ces taches noirâtres (ecchymoses) peuvent exister *sous* et *sur* la plèvre, tantôt isolées ou disséminées, tantôt au travers des vésicules pulmonaires déchirées et livides, formant comme des traînées de liquide grisâtre.

Cette dernière circonstance pathologique se rencontre quand il y a eu plutôt nuance d'*étranglement* que de *suffocation*. (Le *Droit*, loc. cit.)

Maintenant, pour rentrer dans le but des réflexions que je présente, je dois poser cette question : les ecchymoses ordinairement sous-pleurales sont-elles constantes dans les dispositions pathologiques assignées plus haut ; nuance d'asphyxie par suffocation ?

La réponse est négative.

Ces ecchymoses peuvent manquer au cortége des symptômes les mieux caractérisés (chez l'adulte) de l'asphyxie par suffocation violente.

Nous avons constaté cette absence sur le cadavre d'une femme (en 1854) qui avait été évidemment étranglée par les mains fortes et calleuses de son mari. Cependant, dans une autre circonstance (1866), nous avons noté leur présence chez une femme étranglée aussi par des pressions manuelles sur le col opérées par son mari.

Quelques cas de pendaison (suicide) nous ont fourni également dix preuves *pour* et *contre* la présence de ces taches ecchymotiques pleurales. (Observations de MM. Dégranges et Lafargue.)

Mais allons plus loin encore, ces ecchymoses sous-pleurales peuvent se rencontrer chez des enfants dont la vie propre n'avait pas encore pris la place de la vie fœtale, et qui, par conséquent, n'avaient pas respiré et n'avaient pu être suffoqués.

C'est ce que confirment les résultats nécropsiques suivants :

1° Constatation d'ecchymoses sous la plèvre chez un fœtus arrivé au terme de la vie utérine et qui avait été retiré du sein de sa mère par l'opération césarienne et n'avait été soumis, par conséquent, à aucun genre de suffocation. (Dégranges et Lafargue; publié dans l'*Union médicale de la Gironde*, 1861, page 651.)

2° Un autre enfant, sexe masculin, ayant les caractères les plus rapprochés du terme viable, fut expulsé du sein de sa mère sous des vêtements en laine et les couvertures d'un lit.

La mère, pour dissimuler son accouchement, resta placée six heures sur le cadavre de son enfant, attaché à elle par le cordon ombilical.

Cet enfant, bien conformé, n'a fourni aucun signe de respiration, de mouvement, ni d'existence particulière, comme l'issue du *méconium*. Il n'a poussé aucun cri et, par conséquent, n'a pas respiré *réellement*, ayant succombé au moment où, franchissant les derniers obstacles valvaires, il essayait, pour ainsi dire, l'existence, malgré la circonstance suivante qu'il faut mentionner.

Le cœur et le thymus, *joints aux deux poumons*, surnageaient assez difficilement lors des opérations de docimasie pulmonaire. Ces poumons étaient rougeâtres, flasques, peu volumineux, nullement crépitants et isolés, ils surnageaient également avec difficulté. Coupés en fragments et pressés sous l'eau, ils ne laissaient échapper que de bien rares et petites bulles d'air.

Le corps de cet enfant ne présente nulle trace de traumatisme violent, sur aucun des points du tissu osseux.

On constate seulement, quelques plaques de sang épanché entre le crâne et le cuir chevelu, avec un engorgement des vaisseaux méningiens, une ecchymose noirâtre de l'intérieur des lèvres, plus à droite qu'à gauche, avec applatissement de celles-ci, désordre marqué principalement sur la lèvre inférieure.

Enfin, on a pu remarqué des taches ecchymotiques sous-pleurales très-abondantes sur toute l'étendue des poumons.

D'après le sommaire de ce tableau pathologique, peut-on dire logiquement qu'il y a eu respiration bien confirmée (est-ce vie propre ?) et, par suite, arrêt forcé de l'acte respiratoire (un genre de suffocation) dont les ecchymoses sous-pleurales sont les preuves matérielles inscrites, pour ainsi dire, sur le tissu

---

ciation, un véritable ami de cette institution ne se serait pas empressé de faire avec une sorte d'éclat une publication de nature à prêter des armes aux ennemis de l'œuvre. Il n'en faut pas douter, cet article de M. Diday va être reproduit et commenté ; il a prévu lui-même le « retentissement » auquel il est destiné, et c'est donc sciemment, avec le sentiment des conséquences de cette publication, que M. Diday s'y est livré sans prétexte, sans motifs, sans provocation. »

Pauvre monsieur Latour, quel pavé pour votre œuvre!! Eh quoi! l'œuvre sainte, l'œuvre divine a donc des ennemis et des détracteurs! Vous ne nous l'aviez jamais dit, bien au contraire, et, confiants en votre parole, nous nous étions toujours habitués à croire que le pollen fécondant de M. Diday avait partout porté les fruits les plus nombreux et les plus savoureux.

Et puis que devient la perfectibilité tant vantée de cette œuvre, s'il n'est pas permis à ses plus fervents adeptes d'avoir une opinion et d'ouvrir un avis? L'édifice a-t-il donc son complet couronnement, et ne nous reste-t-il plus qu'à regarder nos nombrils comme des brahmines, ou à adorer, en tournant sur nous-mêmes à la manière des derviches, l'image de M. Rayer planant au haut des cieux, sa demeure dernière?

Je m'étonne qu'un esprit aussi libéral et aussi droit que celui de notre bien-aimé confrère, M. Amédée Latour, ait un instant oublié que les institutions humaines ne prospèrent et ne grandissent que sous le souffle puissant de la liberté. Laissons donc à M. Diday son droit imprescriptible de ne plus suivre la messe orthodoxe de l'association, et de prêcher tout à son aise, s'il lui plaît, l'évangile de la sécession.

Cette liberté qu'un journaliste, moins que tout autre, ne peut méconnaître sans péril, est l'unique palladium de la science et de ses institutions. Elle a été le puissant levier de l'ancienne Faculté, et seule elle fait aujourd'hui la force et le prestige de l'Académie.

Là, Dieu merci! elle règne sans conteste, et M. Chauffard peut s'en donner à cœur joie à propos du moindre incident, et à l'occasion du plus mince volume qu'il est chargé de présenter à ce corps savant.

D'aucuns blâment cette libre parole qui s'affirme à tout propos, et voudraient que le dépôt d'un livre sur le bureau de l'Académie ne devînt pas le prétexte d'une profession de foi, et encore moins le point de départ d'une joûte oratoire.

Mais qu'importent l'occasion et l'heure si le public et la science y trouvent leur profit?... Pourtant je sais un homme dont la révolte en pareil cas serait tenue pour légitime : c'est le bon, le serviable M. Larrey, dont les auteurs mettent, tous les mardis, à une rude épreuve, son urbanité, son courage et toutes ses excellentes qualités.

Saint-Lazare.

Histoire des Plantes (1).

par M. le professeur Baillon.

Sous le titre d'*Histoire des Plantes*, M. Baillon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, vient de commencer une publication qui est appelée à faire époque dans le monde savant et dans le monde médical. Le premier fascicule est en vente; il traite de la famille des Renonculacées, et l'on peut déjà juger les tendances de l'auteur.

Tous les ouvrages botaniques un peu scientifiques semblent, on ne sait pourquoi, s'être, depuis bien longtemps déjà, imposé un silence absolu sur tout ce qui a trait aux vertus et aux propriétés médicinales des plantes. Cette espèce de dédain des savants a rejailli sur toute la matière médicale : les végétaux jadis employés en médecine sont plongés dans l'oubli, les médicaments tirés du règne végétal sont tombés dans une désuétude presque complète, il n'y a d'exception, de nos jours, que pour quelques matières qui n'ont échappé à ce scepticisme médical que grâce à leur titre de plantes exotiques. M. Baillon tente de réagir contre ce silence trop absolu et, dans son ouvrage éminemment scientifique, comme nous le verrons tout à l'heure, il consacre un long chapitre à l'étude des propriétés médicinales des végétaux rangés dans la famille dont il nous donne l'histoire. C'est à ce titre surtout que nous venons signaler son travail à l'attention de nos confrères.

« Les Renonculacées, dit M. Baillon, sont pour l'homme quelquefois utiles et souvent dangereuses. Beaucoup d'espèces présentent dans leur feuillage cette teinte vert sombre à laquelle l'instinct du vulgaire a souvent reconnu des plantes suspectes. Souvent alors elles sont vénéneuses, âcres, caustiques. Les Aconits, les Hellébores et les Renoncules ont de tout temps été célèbres sous ce rapport. »

Après ce court préambule, il passe successivement en revue les diverses plantes Renonculacées qui ont été utilisées soit par la médecine, soit par l'empirisme. L'aconit qui a été préconisé dans le traitement des névralgies, de la surdité, du rhumatisme, de la goutte, des maladies de cœur, de la dyspnée, de la dyssentérie, des fièvres, etc., etc. Les Hellébores qui, à doses relativement faibles, constituent des évacuants énergiques et des parasiticides puissants; les Renoncules que leurs propriétés caustiques ont fait utiliser comme irritants et épispastiques.

(1) In-4. Paris, 1867, Morgand.

de la circonférence des poumons? Ou bien, au contraire, ne peut-on pas dire que ces ecchymoses sont l'effet d'un travail intime produit pendant le cours non encore interrompu de la vie fœtale, travail qui s'est opéré sous ou sur la membrane séreuse des poumons à l'aide d'une sorte de suffusion sanguine à forme pointillée, et ayant devancé les phénomènes de la vie propre?

3° Le fait qui va être exposé dans ce paragraphe est plus catégorique que le précédent, puis, le sujet qui portait des ecchymoses sous-pleurales n'avait pas réellement respiré, et, par conséquent, ne pouvait pas avoir subi une nuance de suffocation.

C'était une petite fille à terme avec des éléments constitutifs largement et normalement formés; cordon ombilical tranché très-court.

Cette enfant avait été trouvée le matin presque nue, dans un lieu public; tout son corps, pour ainsi dire, était couvert des traces même profondes de violence; un sang liquide coulait par les paupières et les yeux; léger épanchement sanguin entre le cuir chevelu et le crâne, et plus abondant dans l'intérieur de cette dernière cavité; nombreux points de meurtrissures disséminés sous les téguments des lèvres, des joues, du cou et de la partie supérieure et antérieure de la poitrine; entre autres sévices, sur les membres inférieurs, sur la cuisse droite, plusieurs larges phlyctènes brisées, et dont les enveloppes applaties contenaient un reste de liquide séreux d'une teinte claire (premier symptôme de brûlure). Enfin, le petit cadavre offrait jusqu'à trois centimètres de profondeur dans tout le pourtour de la vulve et de l'anus, une ecchymose particulière dans laquelle les tissus étaient noirs, indurés et imbibés de sang (symptôme d'une brûlure au 3e degré).

C'est avec d'aussi grands désordres pathologiques, révélant une main criminelle acharnée à son œuvre, que l'examen anatomique rencontrait des ecchymoses sous-pleurales très-manifestes et étendues sur toutes les régions de l'organe pulmonaire. (Ces ecchymoses ont été contrôlées par la section, à l'aide d'un bistouri, des points sous-séreux compromis.)

Des désordres semblables étaient également trouvés sous la membrane séreuse des cavités du cœur, et sous l'enveloppe du thymus.

Pour faciliter les conclusions qui découlent de ces faits, il est nécessaire de mentionner que les poumons avaient un médiocre développement; leur couleur était rouge brun, et ils ne communiquaient aux doigts qui les pressaient aucune sensation, toujours si sensible, de crépitation, même légère.

Les opérations docimasiques n'étaient pas en contradiction avec cette absence de crépitation, et fournissaient ce résultat toujours positif, jamais douteux, la chute rapide des poumons que l'on plongeait dans un vase profond et rempli d'une eau limpide. (Fait observé par MM. Dégranges et Lafargue.)

Maintenant, comme déduction qu'on est en droit de tirer des détails précédents, c'est que l'enfant n'avait nullement respiré, n'avait pas vécu, et par conséquent, n'avait pas subi de suffocation, et que, cependant, il portait sous la plèvre de nombreux petits épanchements sanguins, évidents et prouvés.

Ces ecchymoses sous-pleurales n'étaient pas seules existantes sur ce cadavre (il faut bien le noter); toutes les autres meurtrissures et brûlures profondes qui avaient été tant réitérées dans le but d'accomplir une pensée meurtrière, apparaissaient bien caractérisées sur les divers tissus.... et pourtant, elles avaient été produites alors que la vie individuelle n'avait pas encore remplacé la vie commune ou vie fœtale, laquelle, on le conçoit, si près de finir, a pu suppléer cette vie individuelle pour beaucoup de propriétés de tissus; ainsi l'inibibition, l'absorption, l'action de réagir contre des éléments faisant corps étrangers, circonstances afférentes aux ecchymoses de causes externes violentes.

C'est en lisant dans le journal « le Droit » le procès criminel de la femme Frigard, que ces souvenirs et ces réflexions de médecine légale se sont présentés à mon esprit.

Il est à regretter que l'autopsie de Mme Mertens ait eu lieu en plusieurs fois et à une distance d'un mois environ, par une température très-chaude (mai-juin), et chaque opération ayant eu pour les experts un but spécial, différent, indiqué par l'autorité judiciaire.

Soupçonnant d'abord un empoisonnement, on se borna à enlever du corps pour les soumettre à l'analyse chimique, les organes digestifs, parmi lesquels l'estomac qui présentait extérieurement des désordres exceptionnels (large suffusion sanguine).

L'analyse ayant repoussé la présence d'un poison, il fallut revenir, malgré des inconvénients de décomposition cadavérique, à la recherche des désordres matériels d'une autre cause mortelle. La tendance des investigations fut poussée vers la découverte des traces de strangulation et de suffocation.

La dernière autopsie s'occupa principalement des organes de la respiration et de la circulation. Les experts, pour prouver la mort par ces deux nuances d'asphyxie ont fait ressortir l'importance des taches ecchymotiques qu'ils ont rencontrées « sous » ou « sur » la plèvre pulmonaire, mais dont la nature n'a été admise par eux qu'avec la mesure la plus rigoureuse, à cause d'une décomposition putride assez avancée.

Le temps a marché..... l'inculpation dirigée contre la femme Frigard a triomphé, en établissant que Mme Mertens était morte « étranglée » et « suffoquée » (loc. cit. 4e volume).

Et voilà que la femme Frigard, condamnée, revient à soutenir (mais le crime et le mensonge sont trop souvent frères) qu'elle a commencé par terrasser Mme Mertens, par l'effet du poison terrible (acide prussique) qu'elle lui a jeté sans doute dans la figure et les yeux, et qui a dû amener une sidération instantanée.

La pression sur l'ouverture des voies respiratoires a été faite ensuite..... mais qu'a pu déterminer cette pression sur des vestiges d'existence entièrement automatique?

Il pourrait donc en résulter que la mort devrait être rapportée principalement à l'action du poison?

Certaines circonstances dans la position du corps, des bras, de Mme Mertens, dans la crispation des mains, dans la convulsion des mâchoires pressant la langue entre les dents, ont fait passer, à travers l'esprit des magistrats, la pensée d'un agent toxique..... mais cette pensée s'est affaiblie, et en se transformant graduellement, on a mis de côté, ou perdu de vue, un petit flacon trouvé près du cadavre de Mme Mertens..... C'était peut-être ce flacon qui avait renfermé l'acide prussique.

S'il en était ainsi, et que le dire de la femme Frigard fût véridique, il faudrait reconnaître cette autre exception à une causalité généralement constatée des ecchymoses sous-pleurales (suffocation), et admettre que la sidération mortelle, par l'effet de l'absorption de l'acide hydro-cyanique donne lieu à la formation de ces ecchymoses pulmonaires, ou, au moins, permet leur formation avec des vestiges de vie défaillante, sujet très-difficile à élucider.

Quoi qu'il en soit des observations précédentes, on doit reconnaître combien le mémoire de M. Tardieu, lu devant l'Académie de médecine, le 1er mai 1855, a fourni de renseignements précieux dans l'étude de la mort par asphyxie, dans l'appréciation distinctive des nuances sous lesquelles se présente cette asphyxie; et par suite, combien ce mémoire a éclairé les questions si difficiles de médecine légale, où l'expert est appelé à séparer les indices symptomatiques du meurtre, de ceux d'une autre mort accidentelle ou volontaire.

Comme dans certains cas, ces appréciations conduisent à préciser le diagnostic d'un meurtre ou d'un suicide, il m'a paru important et utile de signaler les exceptions qui ont pu se montrer dans une règle admise comme générale.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
pendant l'année 1867.

210. De Landeta. Considérations sur le siége des rétrécissements de l'urètre et sur le spasme qui les accompagne.

211. Moisson. De l'anasarque sans albuminurie spécialement considérée chez les enfants.

212. Loewenhard. Quelques recherches sur l'atropie musculaire progressive, avec la dégénérescence graisseuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels :

Muséum d'histoire naturelle. — M. Bert (Paul), chargé du cours de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Bordeaux, est nommé suppléant de la chaire de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Paris. — M. Lutz, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'un cours complémentaire de chimie à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1867-1868.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Bussy, professeur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1867-1868, par M. Riche, agrégé près ladite Ecole.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Pihan-Dufeillay (François-Nicolas), professeur de pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Hélie, décédé.

M. Laennec (Théophile-Ambroise), professeur adjoint d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie à Nantes, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Hélie, décédé.

M. Jouon (François), suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements et chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Laennec, appelé à d'autres fonctions.

M. Vignard, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Jouon, appelé à d'autres fonctions.

M. Chartier (Marc-Henri-Victor-Emmanuel), suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Jouon, appelé à d'autres fonctions.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. — Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1867-1868, est accordé à M. Toulmouche, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

M. Pitois, suppléant pour les chaires d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est chargé du cours de pathologie externe à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Toulmouche.

M. Dayot, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est chargé du cours de médecine opératoire à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Toulmouche.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Daviers, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Mirault, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Feillé, professeur adjoint de matière médicale et thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Legludie, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, et dont la délé-

---

Les nigelles et les staphysaigres dont les graines sont drastiques, vermifuges et qu'on emploie pour détruire les poux des enfants. Les clématites que l'on regardait autrefois comme spécifiques de la gale, de la lèpre, des scrofules, de la syphilis; les actées dont une espèce l'*Actea spicata* est astringente, antispasmodique, évacuante, insecticide et vénéneuse; les adonides et les anémones dont la plus commune l'*herbe au vent* a été préconisée contre la goutte, la gale, la syphilis, l'amaurose, la coqueluche, l'aménorrhée et les calculs. Les ancolies qui sont regardées comme toniques, diurétiques, diaphorétiques, antiscorbutiques, pectorales, etc. Les pivoines qu'on emploie encore de nos jours dans la médecine populaire contre la pierre, les coliques, l'ictère, l'épilepsie, l'éclampsie, la manie et la morsure des animaux venimeux, etc., etc.

Sans se porter le défenseur et le champion d'aucun de ces médicaments, M. Baillon indique les maladies dans lesquelles on les a vantés. C'est déjà beaucoup faire dans cette époque, que de retourner un peu vers les errements thérapeutiques du passé, dont on a été trop distrait par un courant d'idées qui peuvent avoir de la valeur, mais qui doivent être sanctionnées par l'expérience. A la période de crédulité exagérée, a succédé celle d'incrédulité forcenée. La vérité ne trouve pas son compte à ces deux extrêmes, aujourd'hui il faut raisonner et tout faire passer au crible de l'expérience et de l'observation. Les médicaments préconisés par nos pères ne doivent plus être rejetés *à priori*, il faut *faire leur procès* et savoir enfin à quoi s'en tenir sur leurs vertus et sur leurs propriétés. M. Baillon a parfaitement senti cette tendance nouvelle et il s'est proposé de faire passer successivement sous nos yeux tous les végétaux qui ont été et qui sont encore employés en médecine.

Tout médecin est un savant, aussi me pardonnera-t-on de sortir un peu du domaine purement médical pour analyser le livre de M. Baillon à un point de vue plus scientifique.

La méthode de Jussieu, avec sa théorie exclusive de la subordination des caractères, classait les plantes (quoiqu'on en veuille dire), d'une manière plus artificielle que raisonnée. Chaque division ou subdivision ne reposant que sur la présence ou l'absence d'un caractère, il en était résulté la création d'une innombrable quantité d'espèces nouvelles. Au milieu de tous ces groupes, le botaniste, même le plus exercé, était sans cesse arrêté soit par une glande, soit par un poil, et ne pouvait plus se reconnaître; on comprendra d'un mot cet embarras quand on verra qu'on est arrivé, à force de travail, à faire avec la *Ronce* de nos haies près de quatre cents espèces différentes. Le plus fâcheux encore fut qu'on s'imagina de créer un langage qui permît, avec un mot tiré du grec ou du latin, d'exprimer toutes les variations dans les organes des plantes. La botanique était ainsi devenue une science de mots, science qui se bornait à apprendre le plus possible de noms de plantes et le plus possible de termes propres à les dépeindre. Tous les botanistes actuels semblent, devant cette exagération, s'accorder pour blâmer un tel abus de classification, mais nul n'a pu s'opposer jusqu'ici à ce débordement.

M. Baillon agit tout autrement; les études organogéniques lui ont montré le polymorphisme des organes végétaux et le peu de valeur de la plupart des caractères admis par les botanistes; il lui faut non plus un seul caractère pour établir une coupe, mais un ensemble de caractères nets, clairs, précis. Chacun le comprend, cette méthode, beaucoup plus naturelle que la précédente, l'amène à réduire le nombre des divisions et des subdivisions. « Dans l'état de confusion où se trouve la science, il nous semble, dit-il, qu'il y a avantage à diminuer autant que possible le nombre des coupes génériques. » Il ne se contente pas de poser le principe, il le met en œuvre de suite et dans la famille des Renonculacées où l'on a compté jusqu'à soixante genres, nous n'en trouvons que dix-neuf. Cette manière de comprendre la botanique la simplifie considérablement et la rend accessible à tous, la dégageant des termes bizarres, souvent même ridicules, dont elle est encombrée : d'où l'avantage d'économiser un temps précieux qui peut être employé à quelque travail plus intéressant et plus profitable.

On voit que l'*Histoire des Plantes* présente bien des éléments d'un succès qui ne lui fera pas défaut et que nous appelons de tous nos vœux. Cet ouvrage est appelé à remplacer le *Genera plantarum* de A. L. de Jussieu. Il est accompagné d'un nombre considérable de gravures sur bois, intercalées dans le texte dont les dessins sont dus au crayon savant et consciencieux de M. Faguet.

L'*Histoire des Plantes* fera époque dans la science, elle sera le point de départ d'une ère nouvelle dans laquelle la botanique, dégagée de toutes les inutilités qui éloignent de l'étude, reprendra le rang qu'elle mérite et redeviendra ce qu'elle n'eût jamais dû cesser d'être : la plus aimable de toutes les sciences.

Dr Léon Marchand.

Étude sur la vaccine et la vaccination, par le Dr Landrin, etc. — In-8; prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

De la surexcitation des facultés intellectuelles dans la folie, par le Dr H. Sentoux, ancien interne de la Maison impériale de Charenton. — Un vol. in-8; prix : 4 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

gation est expirée, est nommé de nouveau chef des travaux anatomiques à ladite Ecole.

M. Douet, suppléant pour les chaires de chirurgie et accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Daviers, appelé à d'autres fonctions.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Breton, suppléant pour les chaires de pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est nommé professeur de pharmacie et toxicologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Leroy, décédé.

M. Giroud (Emmanuel-Adolphe), pharmacien de première classe, est nommé suppléant pour les chaires de pharmacie et toxicologie, histoire naturelle et thérapeutique, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, en remplacement de M. Breton, appelé à d'autres fonctions.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras. — M. Rabache (Louis), pharmacien de première classe, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chimie et pharmacie, d'histoire naturelle et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras (emploi nouveau).

M. Germe (Léon), docteur en médecine, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras (emploi nouveau).

Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1867-1868, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lestocquoy (Michel-Louis), professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

M. Trannoy, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est chargé provisoirement du cours de clinique externe à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Lestocquoy.

— Le lundi 2 décembre prochain, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille un concours public pour quatre places d'élèves internes.

— Le lundi 16 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour huit places d'élèves externes.

Les candidats trouveront tous les renseignements dont ils ont besoin près le secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— Le lundi 16 décembre prochain, à 2 heures du soir, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulon, pour deux places d'élèves internes.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Toulon. Le registre d'inscription sera clos le 14 décembre au soir.

Pour tous renseignements, s'adresser audit secrétariat.

— M. le professeur Bouillaud ouvrira son cours de clinique médicale à la Charité mardi 12 novembre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Visite à 8 heures. Leçons à 9 heures.

— M. le Professeur Laugier commencera son cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu mardi 12 novembre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le professeur Axenfeld, indisposé, est obligé de différer l'ouverture de son cours de pathologie médicale. Ce cours aura lieu non les lundis, mercredis, vendredis, comme le programme l'avait indiqué d'abord, mais bien les mardis, jeudis et samedis, de 3 à 4 heures. Le professeur y traitera des maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire. Un avis ultérieur informera du jour de l'ouverture de ce concours.

— M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'hiver), le mercredi 13 novembre et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures et demie.

Leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

— M. le docteur Galezowski commencera un cours public sur la « pathologie oculaire » et « l'ophthalmoscopie » le jeudi 14 novembre, à sept heures du soir, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, et le continuera tous les jeudis à la même heure. Ce cours comprendra : 1° l'étude ophthalmoscopique sur les maladies profondes de l'œil ; 2° les rapports qni existent entre les affections oculaires et les maladies du cerveau, du cœur, de l'albuminurie, de la syphilis, etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ;— à Genève, chez Jullien frères ;—pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par et Dr Wecker, médecin oculiste de la maison Eugène Napoléon, etc. — Deuxième édition, revue et augmentée, avec 10 planches et de nombreuses figures dans le texte. — Tome Ier, 2e fascicule. — Maladies de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et de la choroïde ; prix : 4 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin, avec figures dans le texte. — Tome deuxième ; seconde partie. — Maaldie des tissus. — In-8 de 348 pages ; prix : 5 fr. — Prix des tomes I et II : 23 fr. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Principes de pathologie générale, par le Dr Péchot, professeur de pathologie interne è l'Ecole de médecine de Rennes, médecin des hôpitaux des hôpitaux, etc. — Un vol. in-12 ; prix : 4 fr. — Paris, 1867 Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 132. — MARDI 12 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 12 NOVEMBRE 1867. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 11 NOVEMBRE 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des Sciences. — M. Sappey vient d'adresser un nouveau travail à propos des « nervi nervorum, » nerfs du névrilemme.

Ces filets nerveux se distribuent dans l'enveloppe des principaux nerfs, comme les « vasa vasorum » dans celle des vaisseaux.

Nombreux dans la gaîne des gros troncs nerveux, ils le deviennent de moins en moins à mesure que les branches diminuent de volume. Dans l'enveloppe des faisceaux primitifs, « le périnèvre, » ils n'existent plus.

On en trouve beaucoup dans la gaîne externe du nerf optique; tandis qu'ils manquent dans la sclérotique et sont rares dans la dure-mère.

Une autre différence anatomique sur laquelle a insisté M. Sappey, pour séparer ces trois organes : c'est que cette gaîne externe du nerf optique renferme en abondance des fibres élastiques, alors qu'il n'en existe pas dans la sclérotique ni dans la dure-mère.

— La crainte d'être entraîné trop loin par la longueur des explications nécessaires pour être compris, nous empêche de parler, en ce moment, d'une note communiquée par M. Becquerel, sur les courants induits et leur transformation en courants continus, à l'aide d'un voltamètre dont les fils de platine soient convenablement disposés.

Société médicale des hôpitaux. — La dernière séance n'a rien offert de bien saillant.

Le mémoire de M. Colin sur les fièvres œstivales rémittentes de Rome, a fourni à M. Champouillon l'occasion de quelques remarques sur le même sujet.

Selon lui, on peut rencontrer soit un seul, soit deux éléments dans une fièvre rémittente : un seul, quand elle est purement climatique, due à la chaleur. M. Champouillon a cité des exemples de fièvres de ce genre à forme algide ou soporeuse. Les évacuants seraient le grand remède en pareil cas.

Mais, quand il existe un substratum paludéen, cet élément se combinant à l'autre, la fièvre deviendrait « proportionnée, » c'est-à-dire mixte.

Alors le sulfate de quinine serait indiqué. On devrait soupçonner une influence paludéenne quand on se trouverait dans un pays et une saison où régneraient les fièvres intermittentes. L'absence de frisson bien marqué et la stabilité plus grande de l'affection caractériseraient, au contraire, une fièvre purement climatique.

M. Champouillon craignait d'abord que M. Colin ne confondît ces deux espèces, et ne généralisât à tous les pays chauds ce qu'il avait observé dans les Etats romains ; mais M. Colin l'a rassuré à cet égard.

—Le rapport mensuel de M. Besnier, sur les maladies régnantes, constate, d'une part, l'atténuation rapide des affections œstivales et, d'autre part, la réapparition des maladies de l'hiver : bronchites, grippes, bronchio-pneumonies, diphthérites, angines couenneuses, etc. A l'hôpital des Enfants, M. Roger a opéré deux croups à la période ultime ; les deux enfants sont morts. Dans le service de M. Labric, un enfant, qui ne présentait pas de fausse membrane dans l'arrière-gorge, a été trachéotomisé ; il a guéri ; mais, chaque fois qu'on voulait retirer la canule, il était pris d'accès de suffocation qui obligeaient à la remettre ; ces accidents n'ont cédé qu'après la faradisation du larynx.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, cinq trachéotomies ont donné une seule guérison; un cas de diphthérie s'est terminé favorablement, sans intervention chirurgicale. Dans le service de M. Bergeron, un autre enfant, non opéré, a également guéri.

A l'Hôtel-Dieu, M. Moissenet a observé un cas d'angine couenneuse localisé sur une amygdale, et qui a guéri après avoir détruit une grande partie de la glande. M. Moissenet tendrait à faire un genre distinct de ces diphthéries, qui se cantonnent sur une amygdale et la détruisent plus ou moins complétement.

Les rougeoles ont été plus rares; mais les varioles plus communes. Contre cette dernière affection, M. Isambert n'a eu qu'à se louer des bains tièdes, répétés pendant l'éruption même. Sous leur influence, il a vu la chaleur fébrile diminuer, l'auréole des boutons pâlir, l'éruption devenir plus lente dans sa marche, et les cicatrices moins profondes. Il s'est également bien trouvé des onctions fréquentes d'onguent napolitain sur le visage, pour empêcher les marques permanentes.

Les affections rhumatismales ont été plus nombreuses ; on a noté plusieurs rhumatismes blennorrhagiques ou génitaux : deux dans le service de M. Lorrain, un dans celui de M. Isambert, etc.

Contre les états rhumatismaux, M. Gubler emploie avec grand avantage le bromure de potassium à la dose de deux à quatre grammes.

Les fièvres typhoïdes sont encore nombreuses, et d'une certaine gravité.

La statistique des services d'accouchements pendant la durée du mois d'octobre a été vraiment très-favorable; mais, en novembre, on signale déjà l'apparition d'accidents puerpéraux, qui auraient commencé en dehors des hôpitaux, suivant M. Galard : car, dans un moment où l'état sanitaire était encore très-bon dans son service, il dut y recevoir plusieurs nouvelles accouchées venues du dehors et atteintes de péritonites puerpérales.

Telles sont les principales informations que donne le rapport de M. Besnier.

—Après la présentation, par M. Guibout, d'une figure représentant un godet de teigne survenue sur le tronc chez une jeune fille, et par M. Desnos de pièces pathologiques provenant d'un leucocythémique, la séance s'est terminée par une communication de M. Dumontpallier sur un cas de hoquet nerveux.

Ce hoquet, survenu chez un ouvrier à la suite d'une violente colère, était tellement intense, que le malade ne pouvait ni boire, ni manger, ni dormir. Il durait depuis plusieurs jours, malgré l'emploi de purgatifs qui ne l'avaient modifié en rien, et d'un vomitif qui l'avait suspendu à peine une demi-heure.

Quand M. Dumontpallier fut appelé, le danger devenait urgent, le malade ne se nourrissait pas, ne reposait pas ; le hoquet se renouvelait à chaque inspiration, et on en comptait de 40 à 42 par minute ; le pouls était vif, de 94 à 96 pulsations. Du reste, tous les organes parurent parfaitement sains. M. Dumontpallier employa d'abord le chloroforme, dont il fit inutilement respirer de 20 à 25 grammes en 5 ou 6 minutes. Il prescrivit alors une potion opiacée qui ne fut pas prise et n'eut pas d'effet. Enfin le lendemain il essaya l'action de l'électricité, d'abord à gauche; en galvanisant le nerf phénique, il n'avait obtenu aucun résultat; mais il eut à peine touché l'hypocondre de l'autre côté que le hoquet se transforma en une sorte de sanglot, puis cessa. Une première fois le hoquet resta suspendu pendant deux heures, puis il se reproduisit, pour cesser encore et se reproduire, et ainsi de suite. Les intervalles devenaient de plus en plus longs et la durée des crises de plus en plus courtes. Les séances d'électrisation furent reprises pendant trois jours de suite ; maintenant le hoquet a disparu.

M. Guibout a vu deux cas de hoquet rebelle, dont l'un durait depuis quelques mois, et dont l'autre compliquait une hémiplégie, suite d'apoplexie. Dans les deux cas, il a prescrit la potion suivante :

Eau distillée,	120 grammes.
Strychnine,	3 centigrammes.
Sirop de menthe,	30 grammes.

A prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Sous l'influence de cette potion, chez les deux malades, le soulagement a été rapide.

Hôpitaux. — Un assez grand nombre de malades, atteints de fièvre typhoïde, se trouvent encore à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Raynaud et de M. Bucquoy. Dans ce dernier service, quelques-uns offrent une confluence extrême de taches lenticulaires; mais la marche de la maladie ne semble pas en être plus grave.

— Dans le service de M. Raynaud se trouve un jeune homme qui, sans avoir jamais eu de blennorrhagie, est atteint d'un rhumatisme articulaire dont la forme et les allures ressemblent tout à fait à ce qu'on a décrit comme rhumatisme blennorrhagique caractérisé.

Localisation sur deux petites articulations seulement, l'une d'un doigt, l'autre d'un orteil; forme subaiguë ; marche lente ; absence presque complète de tout retentissement général ; tels sont, en peu de mots, les principaux traits de ressemblance.

— Chez une autre malade, couchée dans le service de M. Richet, le rhumatisme blennorrhagique, ou génital qui s'est déclaré dans l'articulation du genou gauche peu de temps après l'accouchement, présentait comme caractère remarquable d'avoir envahi non-seulement les tissus fibreux, mais le périoste même et peut-être l'os. Le fémur, jusque vers moitié de sa hauteur, paraissait avoir au moins le double de son volume normal. On sait du reste que cette tendance à envahir les tissus blancs péri-articulaires, non moins que les articulations, est très-fréquente dans les rhumatismes dits génitaux ou blennorrhagiques. Comme traitement, M. Richet emploie le sulfate de quinine, contrairement à ceux qui réservent ce sel pour les rhumatismes articulaires proprement dits. Chez la femme en question, le résultat semble très-favorable, car déjà le fémur a diminué notablement, et la sensibilité des tissus péri-articulaire est moins vive.

— En regard de cette malade, on en peut mettre une autre également couchée dans le même service, et chez laquelle M. Richet a reconnu une arthrite du genou de cause syphilitique. Ce qui a conduit le professeur à ce diagnostic, c'est l'état de l'articulation et des parties environnantes, plus encore peut-être que les antécédents. Ici on ne sent pas de gonflement du périoste ou des os, mais seulement de la synoviale. En saisissant à large main toute l'épaisseur des tissus, on sent une sorte de tumeur mollasse qui s'étend à quelques centimètres au-dessus du genou. Celui-ci ne contient presque pas de liquide; l'articulation semble grosse et remplie par le développement de la synoviale elle seule.

M. Richet a publié un beau travail sur ces arthrites syphilitiques à marche lente.

— Dans le service de M. Bucquoi se trouve un autre genre d'arthrites. Chez une nouvelle accouchée, plusieurs articulations ont gonflé. Était-ce donc là un cas de rhumatisme génital ? Mais il y a eu plusieurs frissons ; on soupçonne que les arthrites sont purulentes, et il est probable que ce sont simplement des manifestations locales d'une fièvre ou résorption purulente survenue dans l'état puerpéral. Du reste, depuis la création du mot rhumatisme génital, on a dû désigner ainsi plus d'une fois des arthrites purulentes de cette nature.

—Donnons maintenant des renseignements plus circonstanciés sur la blessure reçue par la malade dont le nerf médian a été coupé, et sur l'état où les personnes présentes le premier jour trouvèrent les choses.

La plaie, située transversalement, à deux centimètres environ au-dessus du pli du poignet, s'étendait sur une longueur de 7 centimètres; elle était plus profonde vers le bord radial. Non-seulement le tendon du grand palmaire avec l'artère radiale et le nerf médian, mais celui du petit palmaire et deux autres, qu'on a regardés comme appartenant au fléchisseur superficiel, se trouvèrent compris dans la section. L'artère cubitale était intacte (c'est chez la malade de M. Laugier, et non chez celle-ci, qu'elle fut coupée, en même temps que la radiale).

Par l'effet de la chute, les tissus divisés furent refoulés en haut, le bout supérieur du nerf médian était retourné et situé à plusieurs centimètres du bout inférieur.

Nous reviendrons encore sur cette observation si extraordinaire.

— Plusieurs expériences ont été faites dans les hôpitaux d'Angleterre sur le bichlorure de mithylène, préconisé dernièrement comme anesthésique par le professeur Richardson.

Ces premiers essais sont encourageants; nous en rendrons compte quand ils seront en plus grand nombre.

Dr Victor Revillout.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

LES ENFANTS DEVANT LA JUSTICE.

Age du discernement. — Criminalité. — Suicide. — Folie (1).

II

A quels signes peut-on reconnaître qu'un enfant a agi avec ou sans discernement ?

Il est extrêmement difficile de calculer l'époque précise où la raison a commencé à éclairer les actes d'un enfant, car tous les moyens d'investigation sont incomplets. En comparant ce qu'il

(1) Fin. — Voir le n° du 29 octobre.

dit et ce qu'il fait avec ce que nous disons et ce que nous faisons, dans des circonstances identiquement semblables, on peut arriver à se faire une opinion sur le niveau probable de l'entendement; mais il ne faut pas se dissimuler que l'étude de ces rapports comparatifs ne nous conduit souvent qu'à des déductions illusoires. « Et puis, disent MM. Chauveau (Adolphe) et Faustin Hélie, comment pénétrer dans le sanctuaire de la conscience? L'intelligence n'a-t-elle pas devancé le sens moral? Un acte commis, même avec discernement, n'a-t-il pas été commis dans l'ignorance du mal qu'il allait produire (1)? » Le fait est qu'il ne faut pas avoir observé longtemps l'enfance pour savoir que le sens moral est très-développé chez des enfants dont l'intelligence est encore très-bornée et l'instruction très-retardée, tandis que, chez d'autres, l'esprit jette déjà de vifs éclairs, sans que le sens moral ait encore profité de cette lumière. Ce fait est irrécusable; je le relate, mais ne l'explique point.

Parent-Duchâtelet a connu une petite fille de huit ans, livrée à des habitudes d'onanisme, qui avouait hautement son intention de tuer ses parents, afin de s'approprier leurs hardes et de donner un libre essor à ses goûts dépravés.

M. G. Tourdes a vu une fille de neuf ans qui s'évertuait à égarer les recherches de la justice, en édifiant avec beaucoup d'art une accusation de viol. Heureusement, le mensonge et l'immoralité de la prétendue victime ont été reconnus, et les jeunes gens compromis ont été relaxés.

Bottex a parlé d'un petit garçon de cinq ans qui était devenu « la terreur des enfants du voisinage, auxquels il faisait tout le mal possible. A chaque instant il frappe sa mère et menace de la tuer; un frère plus jeune que lui est continuellement sa victime. »

En Angleterre, deux enfants âgés, l'un de dix ans, l'autre de neuf ans, commirent un jour un assassinat et passèrent en justice. Ils furent condamnés, et celui de dix ans fut exécuté. Ce dernier, immédiatement après le crime, au lieu de prendre la fuite et d'essayer de se soustraire au soupçon, avait pensé à cacher le cadavre. Blakstone, en rapportant ce fait, ajoute : « On vit là un parfait discernement. » A mon avis, c'est là une preuve bien incertaine, surtout s'il n'était pas démontré que l'enfant eût songé d'avance aux moyens de faire disparaître le corps du délit. Le cadavre n'a-t-il pas pu être enfoui à la suite d'un sentiment soudain d'horreur et de peur, sans qu'il y ait eu calcul préalable?

Toutes les fois que j'entends parler du dernier supplice infligé à un enfant, mon esprit se reporte avec tristesse au fait que voici : Aux États-Unis, un garçon de dix ans fut condamné à mort, en 1853, pour crime de meurtre. Pendant tout le temps de sa détention, il ne fit que jouer avec des billes. Il y jouait encore lorsqu'on pénétra dans sa cellule pour le conduire à la potence!

Afin que vous puissiez vous faire une idée de la criminalité chez les enfants, je tiens à vous citer la relation d'un acte vraiment atroce : « Dans l'après-midi du 25 octobre 1857, les deux enfants F... âgés de quatre et de huit ans, et les trois enfants d'une voisine, âgés de trois, de cinq et de sept ans, jouaient dans un jardin. Un jeune garçon de dix ans se joint à eux. Il les conduit dans une pièce isolée, où se trouvait un grand coffre; il les engage à y entrer. Les deux garçons plus âgés se mettent volontairement dans le coffre, puis il y place les trois petits. Lorsque les cinq enfants y sont assis, couchés, serrés les uns contre les autres, l'accusé abaisse le couvercle, le ferme à clef et s'asseoit dessus. Il n'ouvre pas, malgré les cris et les gémissements des victimes; il s'éloigne, quand il n'entend plus rien, et va jouer avec d'autres enfants. A huit heures du soir, après de longues recherches, la femme F... trouve les enfants dans le coffre encore fermé; quatre d'entre eux étaient morts. Une petite fille donnait encore quelques signes de vie, mais elle succomba dans la nuit. Les vêtements des victimes étaient trempés de sueur. L'accusé avoua tout. Il dit qu'il était resté assis sur le coffre, qu'il avait résisté aux supplications des enfants, et qu'une fois, ayant soulevé le couvercle, et voyant que la petite fille remuait encore, il avait refermé le coffre ainsi que les volets et la porte de la chambre. Son motif était que la petite fille F... devait mourir, parce qu'elle avait frappé sa sœur. Il devint évident qu'il avait fait périr les quatre autres enfants, parce que c'était le moyen le plus sûr de les empêcher de sauver la jeune F... (2). »

Quelle opinion vous faites-vous d'abord sur le meurtrier? Il n'a que dix ans, mais ses antécédents sont déplorables. A l'audience, il se montre rusé, menteur, insensible et pervers, et les médecins-experts attestent qu'il a agi avec discernement. Une condamnation à cinq ans de prison a été prononcée contre lui.

Si le hasard voulait que je fusse placé un jour en face d'un cas analogue, je commencerais d'abord par établir un diagnostic différentiel entre la perversité et la perversion, entre le crime et la folie, et par rechercher ensuite s'il n'y aurait pas sous-jeu quelques accès nocturnes d'épilepsie. Je me souviendrai toujours d'avoir été consulté, en 1861, par une famille d'artistes, au sujet d'un petit garçon de neuf ans, dont la méchanceté habituelle n'avait point de bornes, qui ne se plaisait qu'à tourmenter ses camarades, à maltraiter cruellement ses deux sœurs, ou à faire souffrir des animaux. Fourbe, voleur, adonné à l'onanisme, il avait plusieurs fois essayé de mettre le feu, et faisait, en somme, le désespoir de ses parents. Ayant appris que le père de l'enfant commettait de très-fréquents excès de boisson, et qu'un oncle s'était suicidé, je me plaçai au point de vue d'une épilepsie nocturne et je prescrivis du valérianate d'atropine. Au bout de six mois, sans que la mère du petit garçon eût pu saisir le moindre phénomène épileptique, alors que j'avais cependant appelé sur ce point toute sa sollicitude, une amélioration très-marquée se produisit, et je sais qu'elle a continué depuis, grâce à la médication qui est reprise trois ou quatre fois par an, et pendant un mois chaque fois. Ce résultat n'indique-t-il pas jusqu'à un certain point que le jeune enfant dont il s'agit avait été atteint de crises légères d'épilepsie nocturne ou d'accès vertigineux larvés? Je l'ai toujours cru, et je forme des vœux pour que les médecins des colonies pénitentiaires recherchent activement si l'étiologie que je signale là ne joue pas un rôle important dans la perpétration des actes coupables qui amènent chaque jour tant d'enfants dans leurs établissements.

En se basant sur des moyennes communes, sur des présomptions générales, M. Ortolan a essayé de dresser une échelle d'imputabilité pénale. Je dois relater ici sa théorie ingénieuse. Pour le savant professeur de droit criminel, il y a quatre périodes d'âge. La première période ou « période de non-imputabilité » s'étend depuis la naissance jusqu'à sept ans. « Aucune poursuite ne pourrait être dirigée contre l'enfant jusqu'à cet âge. » La seconde période ou « période de doute » part de sept ans accomplis et va jusqu'à quatorze ans. « Le juge devra décider s'il y a eu discernement; en cas d'affirmative, la culpabilité sera beaucoup moindre. » La troisième période ou « période d'imputabilité certaine avec culpabilité encore inférieure, » dure de quatorze à vingt et un ans. « Le prévenu convaincu, sauf, bien entendu, les exceptions individuelles, est punissable, mais la peine ordinaire ne peut encore lui être appliquée. » La quatrième période, ou « période de pleine culpabilités serait fixée à partir de la majorité civile. « La pénalité ordinaire est désormais applicable. »

Bien que ces périodes procèdent par intervalles égaux de sept en sept ans, que cette unité de chiffre prévienne toute complication et simplifie le système, il n'en est pas moins vrai que la pratique est mille fois plus embarrassante que la théorie : c'est dans l'application que gît la difficulté! L'échelle pénale de M. Ortolan est séduisante, mais il est bien probable qu'elle ne sera jamais adoptée.

Retenez bien ceci : la durée de l'incapacité intellectuelle de l'enfant est variable; elle est placée sous la dépendance de causes multiples, elle échappe à une délimitation rigoureusement exacte, et je me trouve dans l'impossibilité la plus absolue de déterminer scientifiquement le moment où la raison humaine a acquis un développement suffisant pour légitimer l'imputabilité pénale. Tout dépend donc de l'appréciation du cas particulier et de l'impression produite sur la conscience du juge ou du médecin par le caractère spécial du cas individuel et par l'ensemble général des circonstances du fait.

Il fallait bien cependant que la loi fixât une limite, et elle a décidé que la majorité en matière criminelle serait acquise à seize ans, sans tenir compte, bien entendu, de l'adage ancien : « Annus inceptus pro completo habetur. »

Le discernement de l'enfant à un âge fixe n'est pas plus l'expression d'une immuable vérité que la hauteur de la colonne barométrique ne l'est du temps. Aussi, en face d'un doute sérieux ou d'une erreur possible, devez-vous pencher en faveur du prévenu. Ne faut-il pas d'ailleurs tenir compte de la promptitude de l'action, ainsi que de la légèreté et de l'irréflexion, qui sont les compagnes ordinaires du jeune âge? A seize ans, les facultés mentales sont celles d'un âge inexpérimenté. La raison n'est pas assez mûre, l'imagination assez maîtresse d'elle-même et l'esprit assez pénétrant, pour embrasser d'un coup d'œil l'étendue, la gravité, les périls et les conséquences d'une action criminelle.

Ainsi que je vous l'ai rappelé, en citant le texte même de la loi, l'absence du discernement conduit à un acquittement, et l'acquittement mène tout droit à une maison de correction. Or, d'après M. le professeur G. Tourdes (de Strasbourg), il existait dans les colonies de jeunes détenus, au 1er janvier 1859, 8921 enfants, dont 7162 garçons et 1759 filles. Les motifs de leur détention se décomposaient ainsi qu'il suit :

Assassinat, empoisonnement	9
Meurtre, incendie	192
Attentats aux mœurs	252
Coups et blessures	127
Vols simples	5042
Vols qualifiés	433
Mendicité	994
Vagabondage	1683
Désobéissance à l'autorité paternelle	189

Chez les enfants, les neuf dixièmes des attentats ont donc lieu contre les propriétés, tandis qu'un dixième seulement est dirigé contre les personnes. Ces chiffres ont bien leur signification.

Tout récemment le nombre des enfants internés dans les établissements d'éducation correctionnelle était de 12,000, et la dépense annuelle figurait au budget de l'Etat pour une somme de 2,000,000. Je ne sais si la vindicte publique est intéressée à ce que les poursuites judiciaires soient aussi nombreuses; je ne sais s'il ne serait pas possible de venir d'une autre manière au secours de l'inexpérience des enfants, et de corriger les vices et les défectuosités de leur caractère et de leurs instincts autrement que par la sévérité du régime pénitentiaire; mais, ce que je sais, c'est que la démoralisation ne suit pas une marche ascensionnelle. Ne s'agit-il pas, la plupart du temps, de délits involontaires? L'enfant qui tend dans la rue sa main innocente et qui recueille çà et là quelques pièces de monnaie, croit-il commettre un délit? Il le pense d'autant moins que la bienfaisance se charge de multiplier ses complices.

Parcourez un jour les dossiers des jeunes détenus, et vous vous convaincrez bientôt que, dans un très-grand nombre de cas, les vrais coupables sont les parents. Ouvriers des grandes villes, habitués à une morale facile et à des boissons enivrantes, familiarisés aussi bien avec les loisirs de la paresse ou les fatigues du travail, qu'avec les privations de la misère ou les gains dissipés en débauches, ils songent plutôt à abandonner leurs enfants et à les livrer à tous les hasards, qu'à en assurer l'existence et à en préparer l'avenir. Et, chose triste à dire, leurs femmes ou leurs concubines, associées à tant d'irrégularités, n'opposent qu'une résistance passive! La vigilance tutélaire de l'Etat vient récompenser cet abandon, et, moyennant 70 centimes par jour, les enfants sont élevés aux frais de la nation. Interrogez les parents dont je parle, fouillez dans leur esprit, dans leur conscience et dans leur cœur, et vous constaterez l'absence de tout sentiment de la famille. N'est-ce pas cependant le sentiment le plus fort, le plus persistant, le plus nécessaire, le plus sacré, le sentiment sans lequel il n'y a ni éducation, ni morale, ni honneur, ni dévouement, ni patrie? Cherchez-le, et vous verrez comme moi que le libertinage et l'alcool l'ont éteint..... Comprenez-vous alors comment tant d'enfants vagabondent, mendient et volent?

Ainsi que l'a si judicieusement remarqué M. Vingtrinier, le mineur trouve aide et protection dans son père, dans son tuteur, dans le ministère public lui-même, quand il s'agit d'un acte civil; mais, en face d'une action criminelle, c'est l'enfant qui défend seul son honneur et celui de sa famille, son avenir et sa liberté, et c'est lui seul qui vient répondre à la justice, la loi ne faisant prévenir ni le père, ni le tuteur, du jugement ou de la condamnation. Si le magistrat instructeur mande parfois les parents dans son cabinet, c'est qu'il le veut bien, et qu'en conscience il le juge nécessaire, mais rien ne l'y oblige. « Il est regrettable, disent MM. Chauveau (Adolphe) et Faustin Hélie, que le tuteur ne soit pas appelé, dans les préventions criminelles, à côté de son pupille, pour l'éclairer dans sa défense, pour écarter des déclarations mensongères et combattre de pernicieux conseils; car, avec l'administration de la fortune, le tuteur n'a-t-il point encore la surveillance de la personne du mineur? » Dans mon opinion, il y a là un vice de forme d'autant plus flagrant que l'état mental de l'enfant nécessite fréquemment une assistance sérieuse et efficace.

Vous savez que l'on applique en vain aux enfants la maxime de Caton : « Celui qui travaille à la terre ne songe pas à mal faire, » et que les établissements pénitenciers sont transformés aujourd'hui en colonies agricoles. Là, l'enfant mutin trouve plus mutin que lui. Rappelez-vous plutôt les récents et déplorables événements de l'île du Levant! Il faudrait, ce me semble, moraliser ces jeunes êtres, les disséminer dans des établissements de bienfaisance, les soustraire à l'éducation correctionnelle, leur éviter la fréquentation de jeunes criminels, l'humiliation d'un jugement et la flétrissure d'une détention. Le philosophe de Genève n'a-t-il pas dit : « Les hommes ne sont pas nés pour être entassés en fourmilières, mais pour être épars sur la terre qu'ils doivent cultiver. Plus ils se rassemblent, plus ils se corrompent? »

Aujourd'hui, lorsque l'heure de la libération a sonné, le jeune détenu quitte la colonie agricole, mais il emporte le titre de « libéré, » ne trouve accès nulle part, — car il est admis que l'on ne refait pas à des prisonniers une virginité morale, — et il devient presque fatalement récidiviste. Le vice est une carrière.

Afin d'amoindrir l'influence d'un passé malheureux, le problème à résoudre est celui-ci : détruire des foyers de pestilence et supprimer la note correctionnelle qui reste dans le casier judiciaire. Dans sa philanthropie si éclairée et si ardente, M. Vingtrinier propose la création de maisons de refuge, d'établissements hospitaliers spéciaux, tandis que M. Bellior serait d'avis que l'on fondât en Algérie quatorze colonies agricoles, renfermant chacune cinq cents colons appliqués à l'agriculture et à la culture maraîchère. L'État ferait des concessions de terrains, et la colonisation algérienne aurait enfin des représentants actifs.

On a dit encore qu'une éducation toute militaire moraliserait peut-être ces enfants-là, et qu'on pourrait facilement les élever de la même manière que les écoles régimentaires élèvent les enfants de troupe. On les dresserait de bonne heure à porter les armes, et, au lieu d'être des candidats au bagne, ils deviendraient de patriotiques défenseurs du sol national. La France aurait alors des soldats de plus et des galériens de moins. C'est au temps qu'il appartient de contrôler tous les moyens proposés.

Ces hautes questions passant d'ordinaire au-dessus de nos têtes, nous n'avons pas à nous en préoccuper plus longtemps.

Le suicide devient de moins en moins rare chez les enfants. Déjà Montaigne avait dit : « Nous avons plusieurs exemples en notre temps de ceulx, jusques aux enfants, qui, de crainte de quelque légère incommodité, se sont donné la mort (1). » En Angleterre, sur 2,000 individus qui attentent à leurs jours, il y a

(1) « Théorie du code pénal. »

(2) Wald., « Gericht. med., » t. II, p. 363, traduit par G. Tourdes.

(1) « Essais, » liv. Ier, chap. XI.

dix enfants de cinq à quatorze ans. En France, sur un chiffre de 25,760 suicides qui se sont accomplis pendant une période décennale, de 1835 à 1844, M. Durand-Fardel a relevé 192 cas de mort volontaire au-dessous de seize ans, ce qui donne la proportion de 1 sur 134 pour le chiffre total, ou de 19 par année. M. Brierre de Boismont, en n'opérant que sur des chiffres recueillis à Paris, a noté 44 suicides d'enfants sur 4,595, ce qui établit la proportion de 1 sur 104 pour le chiffre total, et de 10 par année. Ces deux résultats démontrent que le suicide est relativement plus fréquent chez les enfants, à Paris, que dans le reste de la France. En Prusse, depuis vingt-cinq ans, le nombre des enfants qui désertent la vie a sextuplé!

En général, les garçons se pendent et les filles se noient ou se précipitent. Rien n'égale la futilité de leurs motifs et la soudaineté de leurs résolutions. M. Falret a rapporté l'observation d'un garçon de douze ans qui se pendit de désespoir de n'avoir été que le second dans sa classe. Une fille de neuf ans se jeta par la fenêtre parce qu'elle venait de casser un petit gobelet et qu'elle craignait d'être grondée. Une fille de onze ans se noie parce qu'elle a volé quelques centimes et qu'on la menace de la faire arrêter par la gendarmerie. Une fille de onze ans, très-intelligente, se chagrine parce qu'on « la traite en enfant, » et elle s'empoisonne avec du laudanum. Rappelée à la vie, elle se précipite par la fenêtre quelque temps après, et succombe.

Pour ma part, je n'ai été témoin que d'un seul cas de suicide, dans ces conditions exceptionnelles. Il s'agissait d'un jeune garçon de quinze ans, apprenti dans une imprimerie, qui alla soudainement se pendre dans les lieux d'aisances. Son père l'avait fortement grondé pendant le déjeuner, à propos du motif le plus insignifiant, et il lui avait dit et répété sur un ton emphatique, ridicule et déclamatoire : « Il vaut mieux se tuer que de déshonorer sa famille. » L'enquête démontra que ce jeune garçon n'avait eu aucune peine morale qui pût le conduire au suicide, et le père attribua à ses imprudentes paroles la résolution désespérée de son fils. Quelques mois après, la sœur du suicidé, âgée de dix-sept ans, s'empoisonna à l'aide d'allumettes chimiques, mais je fus assez heureux pour la rappeler à la vie.

A Paris, on a le tort de conduire assez volontiers les enfants à d'émouvantes représentations dramatiques, et on les laisse trop prématurément se repaître de la lecture des romans effrayants que produit tous les jours une littérature en délire. Dans ces publications si fertiles en récits pittoresques, en histoires lugubres et en événements tragiques, l'invraisemblance coudoie sans cesse l'immoralité. Or, si l'imitation contagieuse existe — et personne n'en saurait douter — à propos d'une foule d'actes ordinaires de la vie, à plus forte raison doit-on l'admettre dans les cas où les facultés intellectuelles, morales et affectives sont en jeu. Pourquoi familiariser alors les cerveaux fragiles, les organisations impressionnables, les sujets jeunes, débiles, méchants ou corrompus, avec ces permanentes exhibitions de tortures, de réchauds, de fer, de corde ou de poison?

« La vue des angoisses d'aultruy m'angoisse, » a dit Montaigne. En effet, rien n'est prompt à se communiquer comme une grande émotion de l'esprit et du cœur, et rien, dans des conditions déterminées, n'est plus apte à retentir sur la pensée, la volonté et la raison, que la vue de scènes terribles et que la lecture d'épisodes sanglants. Vienne un jour quelque vive contrariété, on interroge ses souvenirs et l'on se donne la mort.

Le suicide chez les enfants est le résultat d'une brusque détermination et d'une rapide exécution. Il ne s'établit pas de lutte intérieure : la préméditation, le raisonnement et la réflexion font défaut, l'idée de la mort n'amène aucune tristesse, et le sinistre projet est à peine conçu qu'il est déjà passé à l'état de fait accompli. C'est donc tout à fait exceptionnellement qu'un enfant se pendit, après avoir pris le temps de laisser un écrit commençant par ces mots : « Je lègue mon âme à Rousseau, mon corps à la terre (1). »

La plus grande des infortunes humaines, la folie, ne respecte pas l'âge le plus tendre, et l'on observe de temps à autre quelques cas d'excitation maniaque ou d'hallucinations chez des enfants qui avaient au préalable présenté une certaine tendance aux actes malfaisants. Bien que les causes les plus ordinaires de ces manifestations délirantes dépendent de coups reçus sur la tête, ou soient dues tantôt à la présence de vers intestinaux, tantôt à l'onanisme, il n'en est pas moins vrai qu'il faut commencer par soupçonner des attaques nocturnes d'épilepsie ou des accès vertigineux larvés. L'attention une fois éveillée sur ce point, on est souvent très-près d'un diagnostic exact.

M. Schuepp, pendant son internat à la Salpêtrière, a observé neuf filles, âgées de sept à neuf ans, et qui présentaient les caractères les mieux accusés d'un délire maniaque, mélancolique ou monomaniaque. Bucknill a cité un cas de manie chez une fille de six ans. M. Brierre de Boismont a noté cinq exemples d'aliénation mentale chez des enfants de sept ans, de six ans, et même de trois ans et demi. M. Delasiauve a vu survenir chez de très-jeunes épileptiques « des accès maniaques compliqués d'une sorte d'extase. » MM. Le Paulmier et Rousseau, dans leurs dissertations inaugurales, ont rapporté un assez grand nombre de faits très-concluants. J'ai publié moi-même, il y a douze ans, l'observation très-curieuse d'un cas de délire maniaque chez une hystéro-épileptique, âgée de neuf ans, et dont l'état nerveux était entretenu par la présence de larves vivantes dans les sinus frontaux. Malgré ce contingent, la folie est rare à un âge où l'on n'a pas encore été initié à toutes les douleurs de la vie, et, lorsqu'elle éclate si prématurément, il faut d'ordinaire la mettre sur le compte de circonstances héréditaires vraiment écrasantes.

(1) Esquirol. « Des maladies mentales. »

Les médecins des hôpitaux d'enfants n'ont pas été sans voir des troubles intellectuels plus ou moins graves, survenant dans le cours de la chorée, et M. Morel, de Rouen, a rapporté l'observation d'une petite fille de onze ans qui, après la répercussion d'une maladie du cuir chevelu, éprouva des accidents choréiques, et donna bientôt après le spectacle d'une véritable fureur maniaque. Elle essaya de tuer sa mère, et faillit noyer une de ses sœurs, en la précipitant dans un marais fangeux. « Il est difficile, dit-il, de se faire une idée des tendances destructives de ce petit être à moitié rachitique, et qui puisait dans son exacerbation nerveuse, une force incroyable (1). » Elle guérit néanmoins.

Je ne parle enfin que pour mémoire des convulsions, de l'imbécillité et de l'idiotie, dont la fréquence vous est si connue. Visitez un jour le service de la troisième section, à l'hospice de Bicêtre, et vous observerez là les spécimens les plus frappants de défectuosités physiques, intellectuelles, morales et affectives, et les types les plus dégradés et les plus dégénérés. Des cas curieux d'anomalies cérébrales et instinctives existent aussi à la colonie de Mettray, près Tours, et j'espère que mon très-distingué confrère, M. le docteur Auguste Millet publiera bientôt les résultats si impatiemment attendus de son observation et de son expérience.

Toutes les fois que vous serez chargés d'une expertise, soit à l'occasion de l'état mental d'un enfant, soit à propos d'un délit ou d'un crime dont l'auteur sera au-dessous de seize ans, n'oubliez pas qu'après vous être fait une opinion aussi précise que possible sur l'état intellectuel, c'est-à-dire sur la faculté de connaître, sur la conscience, le jugement et la volonté, vous devez prendre en outre pour fil conducteur, les éléments de conviction qu'a si sagement indiqués M. G. Tourdes (1), et que je résume ainsi qu'il suit :

1° *Etat physique.* — Taille, embonpoint, santé, signes de développement général. L'enfant peut être petit, chétif, retardé, bien au-dessous de son âge réel. Tenir compte des croissances exagérées et subites qui amènent parfois de la torpeur cérébrale ;

2° *Approche de la puberté.* — Révolution morale qui s'opère à ce moment, intelligence qui s'accroît tout à coup. Vers l'âge de seize ans, faire valoir l'absence complète des signes de puberté ou de l'arrêt de développement qui peut porter sur l'organisme, comme étant des indices d'une intelligence moindre;

3° *Moralité habituelle.* — Niveau de l'éducation. La criminalité précoce est trop souvent causée par l'incurie et le mauvais exemple des parents. Certains codes allemands admettent la mauvaise éducation au nombre des circonstances atténuantes;

4° *Conditions pathologiques.* — L'hérédité des lésions mentales et des propensions au crime peut éclairer le diagnostic. Passer en revue les causes et les signes d'une affection de l'intelligence ;

5° *Fait incriminé.* — Apprécier le mobile de l'acte, les circonstances du fait, les combinaisons employées par l'enfant; décider la part qu'il faut faire au caprice, à la convoitise, à la colère, à la méchanceté, et juger la conduite du délinquant après la faute.

L'application de ces points de repère est de nature à faciliter singulièrement la tâche du médecin-expert qui, en thèse générale, ne doit pas sortir de sa sphère. C'est méconnaître sa mission et perdre tout son prestige à l'audience, que de s'improviser accusateur ou avocat. Le médecin n'a ni la société à venger, ni un client à défendre : il n'a qu'à faire l'exposé scientifique d'un fait, à donner son opinion en termes lumineux et à servir la cause de la vérité.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Lipôme ramolli semi-liquide.

(Observation rédigée par M. Ch. BAILLY, externe de service.)

« Lipôme ramolli semi-liquide, » tel est le nom que nous avons cru devoir donner à la tumeur objet de cette étude. Nos lecteurs jugeront si le titre est suffisamment justifié.

Mme E... L..., âgée de vingt ans et demi, épicière à Paris, occupe la chambre n° 1, au premier étage du bâtiment des dames. Elle porte à la partie moyenne et externe de la cuisse gauche une tumeur ovalaire formant une saillie prononcée de 15 centimètres de long sur 10 de large ; la peau qui la recouvre présente la même coloration qu'aux parties environnantes : jaune clair avec quelques lacis de veinules bleuâtres.

Au toucher, on sent sous des téguments très-tendus une fluctuation mal caractérisée, rappelant la fausse fluctuation de certains lipômes. Le siége, la forme, la consistance, l'indolence, tout fait croire à une tumeur de cette nature. Cependant, et c'est le diagnostic d'un chirurgien précédemment consulté, on pourrait avoir sous la main un abcès froid ou une tumeur fibro-plastique ramollie. Une ponction exploratrice pratiquée dernièrement par un médecin de la ville éclaire un peu le diagnostic; mais quelques gouttes d'un liquide séreux, un ou deux flocons graisseux écoulés ne lèvent pas tous les doutes, et la tumeur réclamant à cause de ses dimensions l'intervention du chirurgien, M. Demarquay tente l'opération le 5 septembre. La malade est anesthésiée au moyen du chloroforme. Un premier coup de bistouri dirigé verticalement suivant le plus grand diamètre de la tumeur sépare les téguments. L'instrument tranche les muscles sous-jacents, et tout à coup un flot d'une bouillie semi-liquide s'échappe brusquement, on la recueille et on achève de vider la poche fluctuante en s'assurant que ses parois n'ont rien de kystique.

(1) « Dict. encyl. des sc. médicales, » t. II, p. 147.
(2) « Traité des maladies mentales, » p. 101.

Ce qui s'est écoulé de la tumeur ouverte ressemble à une véritable panade : on y voit, nageant dans un liquide séro-sanguinolent, une sorte de flocons jaunâtres d'aspect graisseux. L'examen microscopique montre en effet que ces grumeaux sont uniquement formés de tractus et d'éléments hypertrophiés du tissu adipeux.

L'analyse chimique confirme ce résultat, et M. Bayard, interne en pharmacie, rend ainsi compte de ses recherches :

« On m'a apporté 180 grammes de la substance extraite de la tumeur. En tenant compte de ce qui s'est perdu sur le lit, de ce qui adhère aux vases et qu'on peut négliger dans la pesée, on peut évaluer à 250 grammes la quantité de matière recueillie. La portion qui m'est remise jetée sur une toile laisse écouler 70 grammes d'un liquide séro-sanguinolent. Sur la toile, je recueille une masse solide, molle, formée de téguments à demi-transparents et d'apparence graisseuse. Je l'essuye sur du papier sans colle, et je la triture afin de déchirer les cellules qui contiennent la graisse. J'en porte alors 30 grammes dans l'éther absolu, et, après vingt-quatre heures de contact, je filtre et constate que 20 grammes se sont dissous. Le résidu formé de fibres ténues, blanches, donne à la calcination les vapeurs ammoniacales des substances azotées. »

Ce cas de lipôme liquide nous a vivement frappé, et il nous a paru intéressant de rechercher si la science possédait des exemples analogues : les auteurs restent muets à cet égard, et à moins de rapprocher cette tumeur des lipômes colloïdes de Virchow, ce fait semble être fort rare. Nous l'avons étudié sous l'inspiration de M. Demarquay, et il nous a suggéré diverses réflexions au point de vue du diagnostic de la production et de la dégénérescence.

Nous lisons en effet dans les auteurs classiques, Nélaton, Vidal (de Cassis), Follin, que les tumeurs lipomateuses sont facilement reconnaissables, et que les doutes sur le diagnostic différentiel sont vite levés, puis qu'une ponction exploratrice permet de fixer toute incertitude, si l'on tient compte de l'absence ou de la présence d'un liquide, de sa nature kystique ou abcédée. Or, ici la ponction, moyen d'ordinaire rapide et concluant d'investigation n'a pas rempli complétement son but et, dès lors, il est permis de ne plus lui attribuer, en pareil cas, une confiance sans réserve.

Au point de vue de la production du lipôme lui-même, nous ferons les remarques suivantes.

Malgré M. Vidal (de Cassis), qui pense que toutes les conditions étiologiques du lipôme sont entourées d'obscurités, et qui prétend que les causes invoquées ne méritent pas même une mention, nous nous rangeons à l'avis de M. Nélaton qui, tout en qualifiant de problématique l'influence de la contusion dans la formation du lipôme, affirme que, pour différentes raisons, il n'est pas éloigné de croire à cette influence.

Nous n'avons pas la prétention de corroborer la parole d'un maître, mais nous sommes heureux d'apporter en faveur de cette idée un nouvel et remarquable exemple de coïncidence entre une contusion et l'apparition d'un lipôme.

Faisons d'abord nos réserves. Nous savons bien qu'il est facile d'amener les malades à se souvenir d'un coup, d'un choc, d'une contusion qui n'ont jamais existé; invités à consulter leur mémoire, ils se figurent avoir quelque bénéfice à la réalité de pareille circonstance, et l'imagination aidant, ils s'efforcent d'en convaincre leur mémoire trop docile.

Les chirurgiens sont donc souvent trompés, mais il est des cas où les malades racontent leur histoire avec un tel accent de vérité, avec des détails si précis et si vraisemblables, qu'on se voit forcé d'y ajouter foi. Comment ne pas croire Mme E... L...? jeune, intelligente, très-soigneuse de sa personne, elle s'est beaucoup observée. A seize ans, en passant brusquement d'une pièce dans une autre, elle butte contre l'angle d'une table de marbre. La douleur est vive; survient immédiatement une ecchymose ; peu large au début, elle s'étend, se déplace, et ne disparaît guère qu'au bout d'un an. Dans l'intervalle, la malade voit apparaître, au centre même de cette ecchymose, de petites grosseurs molles mobiles présentant un relief de volume variable, depuis le grain de groseille jusqu'à la noisette. Bientôt elles augmentent de taille, diminuent de nombre, et finissent par se fondre en une seule. Tout cela s'accomplit dans la seconde année qui suit la date de la contusion dès lors proclamée coupable.

Mme E... L... est alors âgée de dix-huit ans. D'autres soucis lui font oublier sa tumeur : elle se marie, mais le mal, loin de diminuer, s'aggrave, et rend la marche difficile et douloureuse. Un médecin ordonne une compression méthodique exercée à l'aide d'un cuissard qui reste plusieurs mois à demeure.

Vains efforts, la tumeur ne cède pas, et c'est alors qu'après avoir pris l'avis d'un chirurgien, Mme E... L... est entrée à la maison de santé. Il y a quelques jours, M. Demarquay la renvoyait dans sa famille en bonne voie de guérison.

Reste à examiner un dernier point. Ce lipôme ramolli, semi-liquide, a-t-il constamment mérité ce nom, ou bien a-t-il été au début un véritable lipôme ayant subi plus tard une transformation, une dégénérescence? Les auteurs sont loin d'être d'accord au sujet de la dégénérescence du lipôme; on comprendra aisément que nous nous abstenions de formuler une affirmation. En nous en tenant à l'exposition des faits, nous pouvons cependant faire remarquer que cette dégénérescence, si elle a eu lieu, a dû s'opérer lentement et successivement. Elle n'a été accompagnée d'aucun travail inflammatoire appréciable, ce qui nous porte à croire qu'elle n'a été due ni aux compressions an-

ciennes ni à la ponction exploratrice récente. On pourrait sagement résumer ainsi la question :

1° Le lipôme a pu être de tout temps grumelé, semi-liquide ; mais ce n'est pas notre opinion ;

2° S'il a formé en principe une masse consistante, et s'est ensuite transformé, il faut chercher la cause de cette dégénérescence en dehors des moyens résolutifs employés, car nous pensons qu'il est bon de tenir compte d'un tempérament strumeux et d'un sang appauvri.

UNIVERSITÉ DE FRANCE.

ACADÉMIE DE PARIS.

Le ministre de l'instruction publique ayant décidé qu'il y a lieu de pourvoir à deux chaires vacantes à la Faculté de médecine de Paris, savoir :

1° Chaire d'anatomie ;

2° Chaire de pathologie chirurgicale,

Les candidats à ces chaires sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris :

1° Leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur ;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le 22 novembre, à quatre heures.

Après avoir abandonné le titre de Journal officiel, et, par suite, l'exactitude d'informations qui y était sans doute attachée, la « Gazette hebdomadaire » voudrait-elle en conserver le ton et les allures ?

Avec les formes d'un communiqué, elle se demande où nous avons puisé nos renseignements sur la création de chefs de clinique chirurgicale dont, suivant elle, « il n'a jamais été question à la Faculté. »

Nous devons donc préciser.

Vers la fin de l'année scolaire 1866-1867, une commission, composée de professeurs, fut chargée par la Faculté d'examiner cette question et quelques autres. Le rapporteur était M. Gosselin, et il proposa la création de chefs de clinique chirurgicale. Ses conclusions furent adoptées par la Faculté, qui décidait ainsi la question en principe.

Un dernier mot. La nouvelle d'une création possible de chefs de clinique chirurgicale, — dans les conditions que nous avons indiquées, — a été accueillie avec grande faveur par nos confrères de l'étranger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 6 novembre 1867, M. le docteur Jarjavay, professeur d'anatomie, et M. le docteur Richet, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, ont été nommés, le premier, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté (service de l'hôpital des cliniques), et le second, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté (service de la Pitié).

— Parmi les noms des internes nommés au dernier concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon, lisez Mazade, au lieu de Magado.

— M. le professeur Béhier commencera son cours de clinique médicale le mercredi 13 novembre, à 9 heures et demie, à l'hospice de la Pitié.

— Le docteur Verrier a recommencé son cours de manœuvres hier lundi, à quatre heures, 41, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— M. le docteur Caron ouvrira ses conférences, sur la « Puériculture, » le vendredi 15 novembre, à huit heures du soir, au cercle des Sociétés savantes, rue Vivienne, 7.

— M. le Dr Reliquet, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours, sur les « Maladies et opérations des voies urinaires, » le mardi 19 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq et chez Mayolez ;— à Genève, chez Jullien frères ;—pour toute la Plata, chez Echeparebörda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Atrophie musculaire graisseure progressive. — Histoire critique, par le Dr Duménil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen. — In-8 ; prix : 2 fr. — Paris, 1867, Victor Masson et fils.

Éducation physique et morale des nouveau-nés et de la nécessité de l'allaitement pour la mère, par le Dr Gauneau, médecin du Bureau de bienfaisance du 5e arrondissement, etc. — Un vol. in-12. Nouvelle édition ; prix : 2 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

De la maladie charbonneuse de l'homme, CAUSES, VARIÉTÉS, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT, ouvrage appuyé sur une enquête médico-administrative, concernant la maladie observée chez l'homme et chez les animaux, et comprenant huit départements ; *avec Carte et pièces justificatives*, par le Dr J.-J. Guipon, médecin en chef des hôpitaux de Laon, médecin des épidémies, lauréat de l'Académie impériale de Médecine, etc. — In-8 de xj-343 pages ; prix : 6 francs. — Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils.

De l'homme, considéré dans ses facultés intellectuelles, industrielles, artistiques et perceptives, par le Dr Félix Voisin, membre de l'Académie impériale de médecine. — Un vol. in-18 de 392 pages ; prix : 7 fr. 50. — Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils.

Recherches sur quelques points de la gangrène spontanée (accidents inopexiques et endartérite hypertrophique), par le Dr Ch. Benni. — In-8 ; prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80.

N° 133. — JEUDI 14 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 14 NOVEMBRE 1867. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 13 NOVEMBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

La discussion interrompue sur la tuberculose a été reprise hier, pour être probablement interrompue de nouveau. C'est un des inconvénients inévitables des discussions engagées dans cette période de l'année, où elles se trouvent enchevêtrées avec les rapports de prix et les opérations électorales nécessitées par les vacances multiples que la mort a ouvertes au sein de l'Académie. Quelque difficile qu'il soit de suivre des débats ainsi morcelés et menés à bâtons rompus, nous tâcherons de ne rien laisser perdre à nos lecteurs de ce qu'ils pourront offrir d'intéressant ou d'utile pour l'élucidation d'une question aussi importante.

On a vu, par l'argumentation de M. Chauffard, tout ce que l'on peut objecter à la doctrine moderne de la spécificité et de l'inoculabilité de la tuberculose, en se plaçant au double point de vue des notions que fournit la pathologie générale sur les caractères de la spécificité et de la virulence, et des enseignements plus récents empruntés à l'histologie sur le mode de génération ou de prolifération des tissus, et, en particulier, sur l'analogie des éléments tuberculeux avec les éléments lymphatiques, qui joueraient le principal rôle dans la production du tubercule sous l'influence de la sollicitation des matières inoculées.

A un point de vue différent et avec des idées doctrinales, à plusieurs égards, diamétralement opposées à celles de M. Chauffard, M. Piorry est venu hier battre en brèche la doctrine de M. Villemin et celle de son rapporteur, à l'aide de faits et d'arguments qui ne manquent pas d'une certaine ressemblance avec ceux de son collègue. Nous faisons volontiers bon marché de la première partie de l'argumentation du savant professeur, qui a porté exclusivement sur la question, très-accessoire ici, de dénomination. Que le mot phymie soit ou non préférable au mot tuberculose, peu importe pour le moment au fond du sujet. La lésion dite tubercule est-elle inoculable et constitue-t-elle, comme le suppose cette propriété, une affection spécifique nettement déterminée et distincte de toute autre? Voilà la question. On connait l'éloignement, nous dirions volontiers l'aversion de M. Piorry, pour les entités morbides, elle n'a d'égale que l'horreur qu'inspirait à Broussais le seul nom d'ontologie. Ramener toute question de pathologie à la recherche des éléments organo-pathiques, rattacher tout phénomène morbide à des circonstances organiques appréciables, tel est le but constant vers lequel tendent tous ses efforts. Tout ce qui n'est pas réductible à sa formule favorite est comme non avenu; c'est un mythe, un être fantastique, une cause imaginaire. Cela a du moins le mérite d'être clair et précis, si ce n'est toujours juste, ni complet. Mais, il faut le reconnaître, il y a dans toute argumentation de M. Piorry un autre mérite qui nous touche davantage, c'est qu'elle a toujours ses racines dans l'observation clinique et qu'elle puise ses preuves et moyens aux sources d'une vaste et profonde expérience. C'est ce qui nous a frappé dans son discours d'hier comme dans la plupart de ses discours précédents.

Ce qui se passe à la suite des expériences d'inoculation de la matière tuberculeuse, présenterait, aux yeux de M. Piorry, la plus grande analogie avec ce qui a lieu dans les cas de pénétration spontanée ou provoquée de la matière purulente dans le sang. — Et, à cette occasion, l'orateur a rappelé une foule d'exemples qui mettent en relief ce fait si bien exprimé par ce vieux dicton : le pus fait du pus. — Cette analogie, qui tendrait déjà à modifier l'idée de spécificité et de virulence qu'ont fait naître les récentes expériences d'inoculation du tubercule, deviendrait presque de l'identité, si l'on admettait avec lui que la matière tuberculeuse n'est autre chose que du pus qui a subi, par suite de son séjour dans les organes, des modifications nombreuses et variées. Trop de faits fournis, soit par l'observation clinique, soit par les recherches histologiques, militent contre cette assimilation, pour qu'elle ait quelque chance de prévaloir aujourd'hui. Mais nous sommes plus disposé à accepter cette partie de l'argumentation de M. Piorry, qui a consisté à indiquer, sans s'y arrêter assez, peut-être, quelques-unes des différences fondamentales qui séparent, dans leurs caractères, leur marche et leurs effets, les virus connus et le tubercule.

Nous ignorons qui prendra la parole dans la séance prochaine, si ce sera un partisan ou un adversaire des nouvelles doctrines, nous ignorons même si quelqu'un prendra la parole sur la question; mais, dans tous les cas, nous la donnerons dans ces colonnes à M. Villemin.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Polype naso-pharyngien. — Ablation du maxillaire supérieur. — Guérison.

(Observation recueillie par M. LASSAIGNE, élève du service.)

L'ablation du maxillaire supérieur est une opération dont les suites sont en général si bénignes qu'on ne reculerait jamais devant son exécution, si elle n'avait pour conséquence immédiate une difformité de la face et de la gêne dans la prononciation. On comprend donc sans peine les tentatives nombreuses qui ont été faites pour arriver au même but sans en venir à une mutilation, qui, pour des jeunes gens, est une cause de difformité à laquelle ne remédient que bien incomplétement les appareils prothétiques qui ont été employés.

On parvient, il est vrai, à rendre l'articulation des sons plus facile, mais rien ne corrige la difformité de la face. Aussi, malgré trois guérisons successives de polypes naso-pharyngiens, obtenues à l'aide de l'extirpation du maxillaire, M. Fleury a-t-il cherché à arriver au même but par un moyen moins radical, mais l'indocilité de son jeune malade l'a ramené à l'opération primitive, qui a eu le même succès là où certainement un autre procédé aurait échoué.

Ce fait vient donner un nouvel appui à l'opinion émise par M. Verneuil dans le rapport si remarquable qu'il a fait, il y a quelques années, à la Société de chirurgie.

Le 3 août dernier, le nommé Victor, âgé de dix-sept ans, est admis à l'Hôtel-Dieu de Clermont. A sa figure et à sa taille, on ne lui donnerait pas plus de douze à treize ans. Il est grêle, son teint est jaune paille, sa maigreur extrême, il offre, en un mot, tous les symptômes de l'anémie la plus prononcée; il semble que sa croissance s'est arrêtée depuis longtemps. Issu de parents forts et vigoureux qui jouissent encore d'une bonne santé, il dit s'être bien porté jusqu'à l'âge de treize ans, époque à laquelle il fut atteint d'une fièvre intermittente qui persista pendant trois mois.

Il était à peine entré en convalescence, lorsqu'il se plaignit d'une gêne assez marquée dans la narine droite. Cette indisposition, qui n'avait rien de douloureux, augmentait lorsque le temps était humide, et déterminait de loin en loin des saignements de nez. Aucun traitement ne fut employé.

Il y a dix-huit mois il crut remarquer que sa joue droite était plus grosse que sa joue gauche, il lui sembla en outre que sa respiration était un peu gênée. Un médecin d'Aubusson, qu'il alla consulter, reconnut les altérations qui existaient, puisqu'il lui déclara qu'une opération seule pouvait le guérir, mais qu'il lui était impossible de la lui pratiquer.

On attendit encore, mais, pendant ce temps, le mal fit des progrès, la respiration devint plus difficile, la déglutition plus laborieuse; on finit par se décider à l'envoyer à Clermont.

La figure de notre malade n'offre pas une difformité bien apparente; il faut un examen attentif pour reconnaître à la joue droite l'existence d'un léger gonflement, qui n'aurait pas une signification bien déterminée si l'attention n'était pas portée du côté de la bouche; mais à la difficulté qu'il éprouve à parler, à la gêne de la respiration, qui le force à tenir les lèvres écartées, il est facile de reconnaître qu'il existe un obstacle matériel à l'entrée de l'air atmosphérique.

En lui faisant en effet ouvrir la bouche, on est frappé par la saillie que forme le voile du palais, et l'on aperçoit derrière lui une tumeur dure, résistante au toucher, d'un rouge clair, dont le bord libre qui est inférieur fait saillie au-dessous de la luette, tandis que son bord adhérent remonte dans le pharynx.

La narine de ce côté est également obstruée par une production charnue, qui n'est bien évidemment qu'une expansion de la tumeur gutturale.

Il est dès lors évident que la petite tumeur que l'on sent à la joue doit se rattacher à la même cause et provenir de la fosse zygomatique. Si l'on introduit le doigt entre la joue et l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur, on sent un petit tubercule qui correspond à la tumeur extérieure. Nul doute, dès lors, que nous n'ayons à traiter un polype fibreux, dont une partie pénètre dans la narine, une seconde dans la fosse zygomatique, tandis que la troisième fait saillie dans le pharynx, et refoule en avant le voile du palais. Quel est son point d'insertion? C'est ce qu'il n'est pas facile de déterminer, car le petit malade, quoique désireux d'être guéri, ne se prête en rien aux tentatives que l'on fait pour l'examiner; joignez à cela l'étroitesse de l'orifice buccal, des dents excellentes et fortement implantées dans

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Recueil d'observations physiologiques et cliniques sur les eaux minérales de Vals (Ardèche), par M. le Dr CLERMONT (de Lyon) (1).

Nous avons reçu, il y a déjà quelque temps, l'ouvrage dont nous venons de transcrire le titre; l'auteur ne se plaindra pas d'avoir attendu l'appréciation de son œuvre; nous ne voulions pas laisser à un autre le soin de la présenter à nos lecteurs. Nous avons la reconnaissance du dyspeptique; et de toutes les eaux que nous avons expérimentées, il n'en est aucune qui nous ait donné le résultat obtenu avec celle de Vals.

Aussi bien, cette année même, nous avons été faire notre pèlerinage dans cette station, dont le rang s'affirme chaque jour davantage.

Mais ouvrons le livre de M. Clermont, et suivons-le d'abord un instant dans sa description si vraie du pays où coulent les sources qu'il étudie.

(1) In-8°. Prix : 4 fr. — Paris, 1867; J.-B. Baillière et fils.

C'est au cœur même d'un groupe de montagnes pittoresques et verdoyantes, que se trouve, entourée pour ainsi dire des volcans de Jaujac, de Thuyes et d'Entraigues, à cinq kilomètres d'Aubenas, à 5 ou 6 minutes du pont de la Bégude sur l'Ardèche, la petite ville de Vals, déjà célèbre par son industrie séricicole, mais plus encore par ses sources d'eaux minérales. Elle affecte dans sa construction la forme d'une longue rue, bâtie sur la rive droite de la Volane; du côté occidental, elle s'appuie contre une petite montagne d'assiette oblongue, au sommet de laquelle se voient les ruines d'une sorte d'Acropole démantelée, emplacement du manoir de ses anciens seigneurs féodaux, et plus au sud, un Calvaire de création récente, et d'où l'œil jouit d'un panorama magnifique. De ce point élevé, les blanches maisons de la ville, ses hôtels, ses manufactures, les fermes éparses çà et là sur les pentes des monts qui bordent la Volane, se détachent du milieu des arbres comme d'un nid de verdure.

Deux ponts en pierre mettent Vals en communication avec la rive gauche de la rivière. Le plus vieux, établi en amont, relie la partie nord de la ville à quelques maisons, et fait dévier de la rive droite sur la gauche la route d'Aubenas à Entraigues.

Le nouveau, appelé pont de la Saint-Jean (car il débouche à l'Orient, près du joli parc où la source de ce nom est située), établi en aval, au sud du bourg, est un solide viaduc submersible et qui ne manque pas d'élégance. Il a été bâti en 1866, d'après les plans et sous la direction de M. l'ingénieur Cavaggia, agent-voyer en chef du département, et ouvre un accès facile pour se rendre sur le terrain des sources, toutes situées, à l'exception d'une seule, sur la rive gauche de la rivière, et la plupart au point d'intersection d'un charmant petit vallon transversal qui vient déboucher près de la Volane, et qui est fermé à l'Orient par de hautes montagnes.

Après le paysage, — qui possède une si grande importance pour une ville d'eaux, — entrons immédiatement dans l'étude des sources.

Elles sont nombreuses, et l'auteur les divise en :

1° Eaux alcalines gazeuses;

2° Eau acide ferro-arsenicale.

Les eaux alcalines gazeuses sont toniques reconstituantes, sodo-magnésiennes laxatives, tempérantes sédatives.

Sous ces trois chefs, le Dr Clermont range toutes les sources de Vals. Notre lecteur les connaît déjà assez pour que nous lui épargnions une nomenclature. Quelques-unes seulement nous arrêteront.

Les eaux de Vals du premier groupe doivent leurs propriétés au bicarbonate de soude, à l'acide carbonique, au bicarbonate de fer, au chlorure de sodium et au bicarbonate de magnésie. M. Clermont prend un à un chacun de ces principes et les étudie d'abord séparément.

C'était bien là l'occasion de développer la théorie des alcalins

leurs alvéoles, une contraction spasmodique des muscles masticateurs, toutes ces causes réunies rendent bien difficile l'examen de la tumeur. On parvient cependant, en introduisant le doigt à la partie la plus reculée des arcades alvéolaires, à y placer deux bouchons de liége, qui permettent de glisser l'index à la partie supérieure du pharynx. On atteint le pédicule du polype, qui paraît volumineux, et plus adhérent à gauche qu'à droite; mais cette sensation n'est pas assez certaine pour qu'on puisse établir, d'une manière positive, son point d'insertion; on doit présumer, néanmoins, à sa largeur, qu'il s'insère plutôt au pharynx qu'aux fosses nasales.

La respiration de cet enfant est tellement gênée, lorsqu'il est dans une position horizontale, qu'il reste presque constamment assis sur son lit, ou auprès de son lit, sur une chaise. S'il s'endort, un ronflement des plus bruyants est entendu dans toute la salle; sa maigreur est extrême, il dépérit de jour en jour et la mort paraît imminente, si on ne le débarrasse pas de son polype. A quel procédé opératoire fallait-il avoir recours? M. Maisonneuve a proposé, dans un mémoire sur la ligature extemporanée, de diviser le voile du palais, en respectant la luette, d'engager la tumeur dans cette boutonnière, d'en pratiquer la section, d'enlever ensuite chacune des expansions de la tumeur, et enfin de cautériser le pédicule avec des flèches. C'est une modification du procédé de Manne, qui en a les avantages sans les inconvénients; mais il faut, pour le mettre à exécution, que le polype ait peu de volume et qu'il ne dépasse pas le voile du palais. Ici nous étions dans des conditions diamétralement opposées; on ne pouvait donc atteindre le pédicule sans s'ouvrir une large voie à travers le voile du palais.

Toutes les observations que nous avons faites au jeune malade n'ont pu vaincre sa résistance; il nous a été impossible, malgré les promesses et les encouragements que nous lui avons prodigués, malgré les craintes d'une fin prochaine que nous lui avons fait envisager, de rien obtenir de lui; il n'y avait donc qu'à se croiser les bras et à attendre une fin qui ne pouvait pas être bien éloignée, à moins que ses parents ne nous autorisassent à user, sinon de moyens violents, du moins d'une médication anesthésique, avant de tenter l'opération. Mais habitant un département voisin, appartenant à une famille misérable, on ne s'est plus occupé de lui dès qu'il a été admis à l'hôpital.

Dans cette alternative, M. Fleury a pensé qu'il était de son devoir de l'opérer quand même. L'expectation conduisait à une mort infaillible. L'ablation du maxillaire, suivie de résection de la tumeur, pouvait le faire périr, mais pouvait aussi lui sauver la vie.

L'opération fut fixée au 19 août.

L'enfant est placé sur un lit, couché sur le côté droit et solidement assujetti par des aides; un mouchoir imbibé de chloroforme est placé sur sa bouche. Dès que l'insensibilité fut complète, une incision oblique partant de la commissure des lèvres et aboutissant à l'angle orbitaire externe du côté droit fut pratiquée. Une seule artère fournit du sang; sa ligature est facile. Après une dissection assez étendue du lambeau, une scie à chaîne fut conduite, au moyen d'une aiguille courbe, dans la fente sphéno-maxillaire pour séparer l'os de la mâchoire de l'os de la pommette. La seconde incisive latérale du côté droit est ensuite arrachée avec une clef de Garengeot, et des cisailles, introduites dans la narine droite et dans la bouche, divisent facilement la voûte palatine. Une section, pratiquée avec un ciseau, sépare l'apophyse montante du maxillaire; il suffit ensuite d'appliquer le tranchant du même instrument au-dessous de l'orbite, et une pression légère, exercée de haut en bas, fait basculer l'os, que l'on peut extraire facilement après avoir détaché, avec des ciseaux courbes, les parties molles qui l'unissent aux tissus sous-jacents. La fosse nasale et la cavité zygomatique sont alors à découvert. L'ouverture est un peu moins large que si on eût enlevé le maxillaire en totalité, mais elle paraît suffisante pour donner passage à la tumeur, et plus tard la difformité sera moins grande.

Le polype est à nu; il est dur, résistant, d'un blanc opalin, et paraît essentiellement formé de tissu fibreux; le doigt, glissé derrière lui, l'énuclée avec assez de facilité.

Il paraît bien plus volumineux qu'on ne l'eût cru de prime-abord; ce n'est, en effet, qu'après s'être logé dans les cavités si anfractueuses de la face, que, ne pouvant plus déprimer les os de la base du crâne, il se porta du côté des téguments.

Pour éviter un écoulement de sang qui, dans des circonstances semblables, aurait pu avoir les conséquences les plus fâcheuses, M. Fleury a surtout cherché à pratiquer l'énucléation de la tumeur avec le doigt, pendant qu'il l'attire à l'extérieur avec des pinces de Museux et qu'il l'excise avec des ciseaux courbes. Il est ainsi arrivé au pédicule qui s'insère bien, comme il l'avait présumé, à la partie supérieure du pharynx. Sa base d'implantation est large et résistante, mais heureusement peu vasculaire, car sa section n'a fourni qu'un écoulement de sang insignifiant. Deux cautères rougis à blanc ont été éteints sur ce pédicule; leur contact a été assez prolongé pour qu'on pût espérer de le détruire.

L'opération a été bien supportée : l'enfant, qui s'était réveillé avant qu'elle ne fût terminée, n'a plus fait le moindre mouvement ni opposé la plus légère résistance, ce qui a permis de suspendre les inspirations du chloroforme. Dès qu'il a été un peu remis de son émotion, la plaie a été réunie au moyen d'une suture entortillée et de quelques points de suture simple.

Toutes les précautions avaient été prises pour éviter la chute du sang dans le gosier; aussi le malade n'a pas été trop affaibli. On a pu le porter dans son lit, où on lui a administré quelques cuillerées de vin sucré, et lui faire conserver la position horizontale, ce qui n'avait pas eu lieu depuis bien longtemps.

La tumeur, examinée au microscope, est essentiellement formée par du tissu fibreux; elle pèse 112 grammes.

20 août. Le malade va aussi bien que possible; il a dormi assez paisiblement; les douleurs sont peu vives.

21 août. On observe à la joue gauche un certain degré de gonflement et une rougeur assez vive qui peuvent faire craindre l'apparition d'un érysipèle. On coupe les fils qui exercent une compression un peu forte. L'inflammation qui s'est manifestée dans les lèvres de la plaie a dépassé le degré adhésif; elles ne pourront donc se réunir immédiatement, comme on l'avait espéré.

22-23. La tuméfaction a diminué, elle dépendait uniquement de l'inflammation qui a succédé à l'opération; mais, lorsqu'on s'approche du malade, on est frappé de l'odeur infecte qui s'échappe de sa bouche et de ses narines. On le fait gargariser avec de l'eau chlorurée, des injections de même nature sont pratiquées dans l'arrière-gorge et les fosses nasales. On ne parvient que d'une manière bien incomplète à neutraliser cette odeur qui lui ôte le désir de manger et qui lui enlève ses forces.

Pendant quelques jours la faiblesse a été extrême et a fait redouter une terminaison fâcheuse.

Les deux lèvres de la plaie se sont entr'ouvertes, une suppuration claire et fétide s'en échappe; heureusement que la réunion est complète au niveau de la commissure des lèvres. (Pansements avec de la charpie imbibée d'alcool camphré.)

Au bout de quelques jours, cependant, il est survenu une légère amélioration, l'appétit a commencé à se faire sentir, le malade a pu être alimenté et les forces n'ont pas tardé à reparaître; la plaie a pris un meilleur aspect, ses bords se sont recouverts de bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature et la convalescence s'est établie. Dès l'instant où l'enfant a pu se lever, sortir de la salle et respirer l'air extérieur, il a pris de la vigueur et de l'embonpoint. Sa voix est nasonnée, mais on comprend facilement ses paroles; il est encore resté assez longtemps à l'Hôtel-Dieu pour qu'on fût bien assuré que rien n'entraverait une guérison qui a paru bien incertaine, et qui aurait pu être compromise à une époque où en général tous les accidents disparaissent.

La cautérisation, qui a été faite au fer rouge, n'a certainement pas été étrangère à l'inflammation qui s'est manifestée, ni aux produits d'exsudation qui en ont été la conséquence; mais elle était indispensable pour mettre le malade à l'abri d'une récidive dont on ne la garantit pas toujours. C'est cette inflammation qui, en gagnant la joue, s'est opposée à une réunion immédiate. Le même fait s'est produit chez le premier malade opéré par M. Fleury : le polype s'insérait également à la surface basilaire de l'occipital; la cautérisation du pédicule dut être également pratiquée. Chez les deux autres, l'insertion avait lieu à la partie la plus reculée de la paroi externe de la fosse nasale; comme la portion d'os sur laquelle elle se faisait avait été enlevée, il n'avait pas été nécessaire de recourir à ce moyen. Aussi la réunion de la plaie s'était faite avec une grande rapidité.

Peut-on, maintenant, être assuré qu'une récidive n'aura pas lieu; c'est ce que l'on saura plus tard. Elle ne s'est manifestée chez aucun des trois autres malades opérés précédemment par M. Fleury. Ils ont été revus plusieurs fois depuis que l'opération leur a été pratiquée; ce sont aujourd'hui des hommes forts, vigoureux, et qui ont été arrachés, comme celui-ci, à une mort certaine.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 novembre 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Germain Sée et Bernutz, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Des lettres de MM. les docteurs Davaine, Delioux de Savignac et Oulmont, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

3° Une note de M. le Dr Ladreit de la Charrière, sur le traitement des polypes du conduit auditif, à l'aide d'un serre-nœud nouveau, présenté par M. Béclard;

4° Un mémoire en italien sur les effets du rouissage du chanvre sur la santé, par M. le docteur Ludovico Pasquale (de Naples). (Commissaires : MM. Chevallier et Bergeron.)

5° Une note de M. le Dr de Vivenot (de Vienne), accompagnant l'envoi de plusieurs brochures, dont il est l'auteur, sur la climatologie médicale;

6° Un pli cacheté, adressé par M. le Dr Calliburcès (d'Athènes).

M. **Béhier** présente une note de M. Gallard, intitulée : « Du chauffage des habitations au point de vue de l'hygiène. »

M. **Larrey** présente : 1° de la part de M. Coindet, une brochure intitulée : « Le Mexique, considéré au point de vue médico-chirurgical; » — 2° la « Statistique militaire et médicale de la Grande-Bretagne, » de la part de M. Graham Balfour.

M. **Gosselin** présente, de la part de M. le Dr Gayet (de Lyon), une note sur la mort due à l'emploi de l'éther.

M. **Devergie** réclame, à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Hardy, la priorité de l'application de la photographie à la médecine; il présente à l'appui des épreuves faites par lui en 1856.

M. **Legouest** présente, de la part de M. le Dr Lefort, une note sur la trépanation du crâne.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose. La parole est à M. Piorry.

Discussion sur la tuberculose.

M. **Piorry** commence par une petite dissertation sur la nomenclature, puis il s'exprime en ces termes : Les expériences qui ont été faites par MM. Villemin, Hérard, Colin, Empis, etc., relativement à l'inoculation de la matière tuberculeuse, aux granulations phymiques, etc., ont un grand intérêt et présentent une analogie manifeste avec les faits que l'observation clinique, les investigations cadavériques, les expérimentations sur les animaux ont permis de recueillir relativement aux conséquences de la pénétration dans le sang de la matière purulente.

On oublie vite ce qui a été fait en médecine.

Lorsque Magendie injectait du pus dans les veines, tout d'abord survenaient des lésions circulatoires graves et des phlegmasies dont la conséquence était la formation du nouveau pus. Quand ce liquide s'infiltre dans le tissu cellulaire ou conjonctif d'un membre, il en résulte des phénomènes du même genre, et des abcès se reproduisent dans divers organes.

Dance a étudié avec un soin extrême les pneumonites lobulaires qui, résultant de la pénétration de matières purulentes dans la circulation, donnent lieu à des pyoïes circonscrites, à des phlegmasies partielles dues à la même cause, suivies promptement de formation de pus et qui se déclarent même dans le foie et d'autres viscères à la suite des grandes solutions de continuité, telles que de larges blessures, des plaies résultant d'opérations; si des vaisseaux se sont divisés et mis en contact avec un liquide purulent, la pénétration de celui-ci a lieu, et l'on voit souvent se manifester au loin des pyoïes plus ou moins étendues et des phlegmasies suppurantes.

L'auteur discute avec soin cette théorie, et conclut que le bicarbonate de soude, donné dans une eau minérale gazeuse, ne produit jamais la cachexie alcaline, à moins que le sujet ne soit déjà prédisposé au marasme. Par ses effets sur l'économie, il est fluidifiant, altérant et reconstituant.

L'auteur aborde maintenant l'étude clinique des eaux.

C'est avec raison qu'il place en tête des maladies que Vals guérit, la dyspepsie. Nous avons vu sur bien des patients l'effet que produisent ces eaux, et nous ne pouvons taire que c'est à elles que nous devons la cessation d'une dyspepsie cruelle. Les dyspeptiques nous comprendront.

Donc les affections de l'estomac et du tube intestinal occupent le premier rang. La « Gazette » a déjà consacré plusieurs études à ce sujet; elle se fera volontiers l'écho de nouveaux faits : ce n'est donc pas ici le lieu de développer. Bornons-nous à conduire le praticien à travers l'œuvre de M. Clermont, pour lui indiquer ce qu'il y trouvera de bon au point de vue pratique.

Des affections du tube digestif aux maladies du foie, le pas est si facile, qu'on devait s'attendre à voir les malades tirer grand bénéfice des eaux de Vals.

En est-il de même du diabète? M. Clermont attribue au bicarbonate de soude une influence sur cette affection. Il sait cependant très-bien que le « Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique » a combattu, par la plume de M. Hirtz, une prétention qui semble mal fondée. Hâtons-nous de dire que la plupart des médecins partagent l'opinion de M. Clermont. Si le travail de M. Hirtz a un peu ébranlé nos convictions, nous sommes heureux de voir la discussion franche et loyale de M. Clermont, et nous faisons des vœux pour qu'il soit donné à cet honorable confrère de quitter le terrain théorique, pour démontrer par de nombreuses observations que le raisonnement n'est pas seul pour lui.

Signalons encore un chapitre très-intéressant, où se trouvent très-bien discutées les indications et les contre-indications des eaux bicarbonatées sodiques, et arrivons à la troisième partie, où se trouve étudiée la source Dominique; cette source unique en son genre, et qui représente l'élément ferro-arsenical de la station de Vals.

La composition chimique de la source éveille immédiatement la pensée du secours qu'elle peut apporter dans les fièvres intermittentes, l'infection paludéenne et les engorgements de la rate. C'est en effet merveille de voir les résultats obtenus. M. Clermont ne cite que quelques faits : il a tort. La source Dominique mérite qu'on s'occupe plus d'elle : à notre sens, elle tient la première place parmi les sources de Vals et l'on ne saurait trop montrer toutes ses ressources! Que dire des dermatoses où elle a produit des effets si heureux! Nous avons publié des observations recueillies à l'Antiquaille : l'eau employée était transportée, elle n'avait perdu aucune de ses qualités et justifiait l'insistance avec laquelle M. Tourette et tous les praticiens qui ont écrit sur Vals, ont proclamé sa parfaite conservation loin de la source. Mais, si le malade peut si bien user des eaux de Vals, loin du pays d'origine, il doit en être de même à la source; et nous appellerons l'attention de notre confrère sur l'importance qu'il y a à bien suivre les effets obtenus par la Dominique.

Nous ne resterons pas sur ce « desideratum »; car l'œuvre de M. Clermont est une œuvre grave, sérieuse et digne d'éloges. Il n'a rien épargné pour faire de son livre une monographie complète, et M. Jourdan (de Lyon) a enrichi cette étude d'un coup d'œil paléontologique que la « Revue de Paris » a publié au mois d'août dernier.

Vals sera mieux connu et mieux apprécié quand on aura lu ce livre, et nous faisons, — en dyspeptique reconnaissant, — les vœux les plus sincères pour le succès de cette station.

Dr E. Le Sourd.

De la perceptivité normale et surtout anormale de l'œil pour les couleurs, spécialement de l'achromatopsie, ou cécité des couleurs, par le Dr Goubert, professeur de sciences au collége Rollin. — Un vol. in-8; prix : 3 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Un ganglion lymphatique du cou vient-il à suppurer, les ganglions en communication directe ou indirecte avec lui par des vaisseaux blancs se tuméfient, deviennent douloureux et produisent en général, d'une manière plus lente, il est vrai, que dans les cas précédents, un liquide absolument semblable à celui qui se rencontrait dans le premier ganglion.

Arrive-t-il dans la dysentérie épidémique que des ulcérations se forment dans les gros intestins, et que du pus pénètre dans les vaisseaux de la veine porte, il advient qu'à l'état aigu des abcès se forment dans le foie, et qu'à l'état chronique se développent dans cet organe des productions dont le point de départ a été probablement du pus.

Les phlegmasies qui se déclarent dans les articulations chez les femmes dont la plaie utérine causée par l'accouchement a suppuré, deviennent le siége de collections purulentes qui ne se manifestent que très-rarement dans les arthrites liées à la présence de la fibrine en suspension dans le sérum du sang, et chez ces mêmes femmes aussi la tendance aux abcès dans diverses parties de l'organisme est extrême.

Et remarquez bien que ce pus, qui est partout le même, présente dans tous les tissus les mêmes caractères.

Il n'y a cependant pas, dans tous les faits précédents, de véritable inoculation ; ce sont tout simplement des éléments composant des liquides pyoïques qui, après avoir pénétré dans le sang, se déposent par le fait de la circulation dans les tissus, y constituent des corps étrangers, lesquels ont cessé d'être organisables et de faire désormais partie de l'organisme ; alors ils provoquent, par leur présence, un travail d'élimination, souvent inflammatoire, duquel résulte la sécrétion d'un liquide qui n'est autre que le sérum, et ce sérum, perdant sa partie la plus aqueuse, devient, par le rapprochement de ses molécules et par suite des modifications qui y surviennent, de véritable pus, semblable à celui dont les éléments ont été primitivement déposés dans la trame organisée où ces phénomènes s'opèrent.

Ce qui précède est constaté par des faits cliniques et cadavériques innombrables.

J'ai publié dans le « Traité de médecine pratique » dix-huit observations dans lesquelles des gens avaient été saignés étant atteints d'état couenneux du sang et de phlegmasies pulmonaires parvenues à la suppuration; il s'était déposé dans la couenne des granulations grisâtres plus ou moins nombreuses et très-apparentes à la vue.

Dans ces observations, on a trouvé et montré aux élèves, après la mort, du pus infiltré dans les poumons.

Il faut avouer que l'on n'a pas trouvé au microscope, dans les granulations, de globules entiers de pus ; mais il ne faut point en déduire qu'il ne s'agissait point ici des éléments du pus, de granulations purulentes altérées, et ces éléments suffisent pour produire, alors qu'ils sont déposés dans les tissus, des lésions suivies : à l'état aigu d'abcès, et à l'état chronique de granulations miliaires, d'engorgements grisâtres auxquels succèdent des tubercules qui se modifient plus tard et constituent des masses de matières pyoïdes ou phymoïdes.

Il paraît hors de doute, d'après les faits et les réflexions qui précèdent, que le pus déposé naturellement, accidentellement, ou par suite d'expériences, soit sous la peau, soit dans des cavités intérieures, ou encore dans la trame cellulaire ou organique, peut pénétrer dans les vaisseaux divisés par les incisions, les blessures accidentelles, les déchirures spontanées, les parois des membranes ramollies, les surfaces ulcéreuses ou caverneuses et par les orifices vasculaires livrant, dans les hémorrhagies, passage au sang.

C'est à des circonstances pareilles que sont dues ces pneumonites lobulaires, ces reproductions d'abcès qui, chez des gens atteints de suppurations profondes ou étendues se déclarent de la manière la plus rapide, etc.

Certes, personne ne sera disposé à admettre que ce développement de collections purulentes aiguës ou chroniques, que ces phlegmasies et ces productions de produits anormaux qui se développent consécutivement à la pénétration du pus dans le sang, soient comparables à l'inoculation des virus de la syphilis, de la variole, de la morve ou du farcin, etc.

Le pus mélangé avec le sang et se déposant dans la trame organique, est le point de départ de phlegmasies suppuratives, mais il n'a aucune propriété véritablement contagieuse ; car il agira comme un corps mécanique pour produire des phénomènes pathologiques et non pas par des qualités virulentes dues : soit à certaines conditions chimiques spéciales, à des ferments, soit à la reproduction d'animalcules ou de phyticules susceptibles de se reproduire.

Tout ce qui vient d'être dit des globules purulents, des éléments qui les composent et de leur pénétration dans le sang, ainsi que de leur dépôt dans les cavités ou les surfaces organiques, est entièrement applicable aux granulations tuberculeuses et à la matière phymique ramollie. Il ne peut en être autrement, car j'ai fait aussi, même avant M. Lebert, des recherches microscopiques sur le pus et la matière tuberculeuse ou phymique, et comme lui, je n'ai pu les distinguer nettement l'une de l'autre; je vais plus loin, c'est que presque toujours, si ce n'est toujours, cette matière phymique, alors qu'elle est ramollie, se trouve mélangée de cellules ou de globules purulents, et qu'il est on ne peut plus difficile de s'assurer si c'est bien de la matière pyoïque, ou de la production phymique que l'on se sert pour expérimenter. Et quand on voit combien est grande la difficulté avec laquelle les meilleurs observateurs, et M. Colin lui-même, parviennent à assigner par le microscope des caractères spéciaux et absolus propres aux granulations pyoïques tuberculeuses, morveuses, cancéreuses, etc., il est évident qu'il est encore plus difficile d'affirmer que la reproduction d'une granulation après l'inoculation d'une matière phymique soit véritablement tuberculeuse.

Le pus séjournant dans un foyer, sur une membrane dans le tissu conjonctif, sur la surface extérieure des bronches ou des vaisseaux, n'y reste pas avec ses attributs primitifs. Il peut s'y modifier de telle façon qu'il revête, en se condensant, la forme de granulations tuberculeuses ou prendre toute autre apparence ; et lorsque MM. Hérard et Cornil ont donné le dessin de granulations pleurétiques, qui ont complétement l'apparence, la forme exacte des globules du sang, on s'aperçoit que l'on doit hésiter à affirmer qu'une granulation développée après l'inoculation, soit du pus ou de la matière phymique grisâtre ou ramollie, est ou n'est pas du tubercule.

Certains faits cliniques démontrent, en effet, comme positive la transformation en matière tuberculeuse du pus lentement formé, et alors qu'il séjourne longtemps dans les organes. Et quand il arriverait que l'on parvînt, par le microscope, à faire voir une différence caractéristique entre les globules pyoïques et les globules phymiques, il n'en serait pas moins certain que cette transformation a fréquemment lieu.

A la suite, par exemple, d'une ulcération de la peau ou de la membrane orale, de laquelle s'écoule du pus, souvent, surtout chez les sujets faibles de constitution, quelques ganglions lymphatiques du cou se tuméfient, deviennent douloureux et restent pendant des semaines et des mois volumineux et malades ; c'est à coup sûr le liquide formé à la surface de la solution de continuité, c'est du pus et non pas du tubercule qui est parvenu dans les vaisseaux de ces prétendues glandes et qui y a donné lieu à des stases et à des troubles ultérieurs de circulation. Peu à peu, l'induration de l'organe fait place à de la mollesse et la fluctuation dans la tumeur devient manifeste. Il y a certainement alors du pus formé, « et non pas primitivement de la matière tuberculeuse ; » parfois l'abcès ne s'ouvre pas, et on a trop souvent le tort de ne pas évacuer le liquide. Celui-ci séjourne, ses parties les plus séreuses sont résorbées ; l'induration reparaît, puis, après un temps plus ou moins long, une nouvelle phlegmasie, suivie du ramollissement du ganglion, et une ulcération se manifestent; « il en sort alors une masse de matière véritablement tuberculeuse; » évidemment le pus, d'abord parvenu et sécrété ensuite dans le ganglion, a donné naissance par dessiccation, par transformation, à la masse phymique, laquelle, devenue corps étranger, a provoqué une nouvelle pyoïe, et par suite l'ulcération du foyer où elle était contenue. Ultérieurement encore, la même série d'accidents se passent dans plusieurs des ganglions lymphatiques, communiquant avec ceux qui suppurent, et alors les amateurs d'entités morbides ne manquent pas de donner le nom de scrofules, d'écrouelles, etc., à la série de lésions qui succèdent à ces premiers phénomènes.

Les faits de ce genre sont on ne peut plus communs et l'on suit, dans les autres parties de l'organisme, l'évolution successive de semblables lésions auxquelles le pus, préalablement résorbé, donne naissance.

Les signes positifs des lésions pulmonaires donnés par le plessimétrisme, l'auscultation, l'étude des symptômes et de leur succession, démontrent que souvent, dans les poumons, les choses se passent exactement de la même façon.

Ce que je viens de dire du pus a également lieu pour les globules sanguins. L'on voit en quelque sorte le sang lui-même séjournant dans les cellules des poumons et formant ces collections hémoplastiques auxquelles Laennec a donné le nom d'apoplexie pulmonaire, se transformer en masses tuberculeuses qui se ramollissent et s'abcèdent.

J'ai largement insisté dans mes cliniques et dans mes écrits sur ce fait remarquable, et il n'est pas d'année où je ne l'observe.

D'un autre côté, voyez ce qui se passe dans les poumons à la suite de la respiration des poussières; voyez ces productions de pus, de granulations tuberculeuses qui ont lieu chez les gens qui cassent des cailloux, chez les plâtriers, les charbonniers, et surtout, comme je l'ai vu, chez les mouleurs en bronze qui, comme on sait, manient du charbon très-finement pulvérisé; chez ces derniers surtout, des tubercules au centre desquels se trouvent des molécules charbonneuses, envahissent presque toutes les parties du poumon.

Je sais bien que l'on dira avec M. Hérard qu'il s'agit, dans ces cas, de pneumonites lobulaires, et je ne le nie pas; mais il n'en est pas moins vrai que si de vrais tubercules se sont formés dans de tels cas, c'est du pus et non une diathèse spéciale qui a été la cause de leur formation.

M. le docteur Empis a repris des expériences semblables, en introduisant dans les bronches de lapins des substances variées, et, comme on devait s'y attendre, il a vu se former des granulations d'apparence tuberculeuse, qui se développent encore dans les poumons à la suite de l'inoculation du pus et de matières phymiques sous le tégument et dans d'autres parties du corps de l'homme. Seulement, il n'a pas observé, longtemps après ces inoculations, qu'il se fût formé des cavernes dans les poumons.

M. Villemin qui, d'abord, dans ses premières observations, avait pensé et admis que les tubercules dits caséeux, c'est-à-dire ramollis, ne se reproduisaient pas après leur inoculation et que, seules, les granulations avaient cette propriété, un peu plus tard, comme l'a observé, je crois, M. Empis, a constaté que le fait avait lieu pour la matière phymique ramollie; cette dernière circonstance vient confirmer complétement les conclusions suivantes :

1° Les faits relatifs à la reproduction des tubercules ou phymies consécutivement à l'introduction dans le tissu conjonctif et dans d'autres parties de l'organisme de granulations ou de matière tuberculeuse, offrent sans doute un grand intérêt, et la science doit savoir gré à MM. Villemin, Empis, Hérard, Cornil, Colin, etc., des travaux auxquels ils se sont livrés sur ce sujet.

2° Ces mêmes faits ont la plus complète analogie avec ceux qui ont été précédemment recueillis sur l'inoculation spontanée ou provoquée du pus, dans les divers tissus, dans les organes ou dans les vaisseaux du corps de l'homme ou des animaux.

3° La cause de cette analogie provient de ce que la matière tuberculeuse ne paraît être autre chose que du pus qui a subi, par suite de son séjour dans les organes, des modifications nombreuses et variées.

4° Non-seulement le pus, mais encore le sérum du sang et le sang qui ne s'organisent pas, déposés dans les cavités, dans le tissu conjonctif, dans les cellules pulmonaires, en dehors des bronches, peuvent devenir des corps étrangers, former des granulations grisâtres, provoquer des sécrétions de produits purulents susceptibles aussi de revêtir la forme tuberculeuse ou phymique.

5° Si l'on voulait considérer les faits observés par M. Villemin comme une inoculation parce que la matière phymique ou les granulations se reproduisent dans les poumons, sur les membranes, sur les surfaces vasculaires ou bronchiques, il faudrait aussi considérer comme une inoculation des phénomènes analogues que l'on voit se manifester après l'introduction du pus dans les orifices vasculaires.

6° Ce n'est pas dans ces expériences de l'inoculation et de la reproduction d'un miasme ou d'un virus qu'il s'agit, mais bien de la pénétration du pus dans les vaisseaux et de son dépôt, molécule par molécule, dans les tissus; ce pus s'y altère, s'y dessèche, s'y modifie, et provoque par sa présence la sécrétion, le dépôt de nouveau pus, dont les apparences et la consistance varient suivant la manière plus ou moins aiguë dont les phénomènes dont il s'agit s'accomplissent. Parmi les apparences que peut prendre ce pus, il faut surtout noter, à l'état chronique, la forme granuleuse et tuberculeuse.

7° L'importance de la distinction entre l'inoculation des virus et la pénétration du pus est grande, car elle est telle que la contagion d'un virus ou d'un miasme est possible et observée, tandis qu'elle ne peut guère être admise pour la pénétration des molécules purulentes ou phymiques dans les vaisseaux ou dans les tissus. . . . .

8° Admettre une identité entre ces deux ordres de faits, c'est à coup sûr écarter, éloigner complétement les mots inoculation et contagion, du sens qui leur est généralement appliqué.

9° Rien n'est plus logique et plus certain que la possibilité d'annihiler un virus par l'inoculation dans la circulation et le sang d'un agent virulent spécial ; rien ne serait plus absurde, plus dangereux, plus condamnable que de faire pénétrer dans le corps d'un homme non atteint de pyémie ou de phymémie, du pus ou des tubercules, et cela dans l'intention d'empêcher que cet homme éprouvât plus tard ces altérations du sang et l'ensemble des phénomènes organiques qui en sont ordinairement les suites.

La discussion continuera dans la prochaine séance.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le prix Civrieux.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

213. Guillaud-Vallée. De la valeur des mouvements réflexes dans les paraplégies par lésions de la moelle.
214. Landrin. Etude sur la vaccine et la vaccination.
215. Brousse. Des taches de la cornée et de leur traitement.
216. Pouliot. Essai sur le mal vertébral rhumatismal.
217. Causit. Etude sur les polypes du larynx chez les enfants, et en particulier sur les polypes congénitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 novembre 1867,

Art. 1er. Sont nommés membres du conseil impérial de l'instruction publique pour l'année scolaire 1867-1868 :

MM. de Royer, vice-président du Sénat, premier président de la cour des comptes; — le baron Haussmann, sénateur, préfet de la Seine ; — le comte Joseph Boulay de la Meurthe, sénateur ; — S. Exc. M. Vuitry, ministre président le conseil d'État; — Duvergier, président de section au conseil d'État ; — Flandin, conseiller d'État ; — Mgr Darboy, archevêque de Paris, grand aumônier de l'Empereur ; — Mgr Dubreuil, archevêque d'Avignon; — Mgr Landriot archevêque de Reims; — Mgr de la Vigerie, archevêque d'Alger; Mgr Meignan, évêque de Châlons ; — Braun, président du consistoire supérieur de l'Église de la confession d'Augsbourg ;

MM. le général de Chabaud-Latour, membre du conseil central des églises réformées ; — Franck, vice-président du consistoire israélite, membre de l'académie des sciences morales et politiques. — S. Exc. M. Troplong, président du Sénat, membre du conseil privé, premier président de la cour de cassation, membre de l'académie des sciences morales et politiques; — Delangle, sénateur, procureur général près la cour de cassation, membres de l'académie des sciences morales et politiques ; — MM. Bonjean, sénateur, président de chambre à la cour de cassation ; — Sylvestre de Sacy, sénateur, membre de l'Académie française ; — Guigniaut, secrétaire perpétuel de l'académie des inscriptions et belles-lettres ;—Milne-Edwards, membre de l'académie des sciences, doyen de la faculté des sciences de Paris ; — Michel Chevalier, sénateur, membre de l'académie des sciences morales et politiques; — Guillaume, membre de l'académie des beaux-arts, directeur de l'école impériale des beaux-arts : — Giraud, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'académie des sciences morales et politiques ; — Nisard (Désiré), inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'Académie française ; — Dutrey, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; — Ravaisson, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'académie des inscriptions et belles-lettres; — Le Verrier, sénateur, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'académie des sciences;

MM. Brongniart, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'académie des sciences ; — Rollier, inspecteur général de l'enseignement secondaire ; — Lemaire, inspecteur général de l'enseignement secondaire ; — Dubief, directeur

de l'institution libre de Sainte-Barbe, à Paris; — Verdot, chef d'institution libre à Paris, président de l'association des chefs d'institution secondaire libre du département de la Seine.

Art. 2, M. de Royer est nommé vice-président du conseil impérial;

M. Désiré Nisard est nommé secrétaire dudit conseil.

— La Commission générale a exprimé le désir de voir publier, dès à présent, le relevé des dons et legs reçus par l'Association des médecins de la Seine, pendant l'exercice 1867. En voici le relevé qui nous est communiqué par le secrétaire général, M. Louis Orfila :

M. Semelaigne (pour perpétuer la cotisation de C. Pinel)	1,170 fr.
M. Woillez	300
Mme Robert	20
La Société médicale du deuxième arrondissement par les mains de M. Ameuille	50
M. Vautier	20
M. Labarraque	15
M. Marjolin	100
M. V. Masson	60
Mme Natalis Guillot (pour perpétuer la cotisation de M. N. Guillot)	500
M. Thibaut	100
Mme Blandin	50
M. Vigla	200
Mme Vosseur	20
M. Nélaton	500
M. X...	56
POUR PERPÉTUER LEUR COTISATION.	
M. Danyau	500
M. Orfila	400
M. Dupont	400
M. Lasègue	400
M. Gontier	400
M. Léger Fleurus	500
M. Mialhe	400
M. Genouville (père)	500
POUR PERPÉTUER PARTIE DE LEUR COTISATION.	
M. Ameuille	100
M. N. Guéneau de Mussy	200
POUR AJOUTER A LEUR COTISATION DÉJA PERPÉTUÉE.	
M. Thibierge	80
M. Barth	100
Legs de M. Garnier	11,500
— de M. Mauruc	2,200
— de M. Peraudin	2,000
Total	22,841 fr.

A cette somme, il faut ajouter aujourd'hui un legs de « vingt mille francs. »

Notre illustre président, Velpeau, dont la mort récente a causé une si douloureuse surprise dans tout le corps médical, a voulu continuer par delà sa tombe à participer largement au soulagement des infortunes confraternelles.

— M. le Dr Grimault, médecin inspecteur des eaux de Soulzmatt, vient d'être nommé aux mêmes fonctions auprès de l'établissement thermal de Niederbronn, en remplacement de M. le Dr Kuhn, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Estevenet, professeur de clinique à l'Ecole de médecine de Toulouse.

— La souscription pour le buste de Trousseau devant être irrévocablement close le 1er décembre prochain, nous prions nos lecteurs de ne pas différer plus longtemps l'envoi de leur offrande.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa première séance le vendredi, 15 novembre, à trois heures et demie, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : — Rapport de M. Blachez sur la candidature de M. Duroziez.

— M. le professeur Jarjavay commencera ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital des Cliniques, le lundi 18 novembre, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

— M. le Dr Giraud-Teulon, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, commencera un cours public sur la réfraction et l'accommodation de l'œil et l'ophthalmoscopie, le samedi, 16 novembre prochain, à une heure, à son dispensaire, rue Séguier 2 (ancienne rue Pavée-Saint-André-des-Arts), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le Dr Wecker reprendra ses conférences cliniques, 18, rue Visconti, le lundi 18 novembre, à deux heures, et les continuera les lundis et mercredis suivants.

— Nous prions l'ancien interne des hôpitaux de Paris, qui s'est présenté dans nos bureaux, lundi vers quatre heures, de vouloir bien venir prendre connaissance d'une communication qui l'intéresse.

— *Erratum.* Dans notre premier Paris de mardi dernier, p. 523, deuxième colonne, troisième alinéa, au lieu de « une potion opiacée qui ne fut pas prise, *et* n'eut pas d'effet » lisez « qui ne fut pas prise, *ou* n'eut pas d'effet. »

De l'Impaludisme, par le Dr Duboué (de Pau), professeur d'accouchements, 1 vol. grand in-8; prix : 7 francs. — Paris. 1861, A. Coccoz.

Dissertation sur quelques points de philosophie médicale et thérapeutique à propos du choléra, par le Dr Paul Pitet, externe des hôpitaux de Paris, etc., in-12; prix : 1 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'inoculabilité de la phthisie, par le Dr Roustan, in-8 avec 2 planches lithographiées; prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

(1762)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 134. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 16 NOVEMBRE 1867. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv t les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Section du nerf médian. — Conservation de la sensibilité tégumentaire. — Sensibilité récurrente exceptionnelle.

Nous avons déjà parlé plusieurs fois de cette malade, et nous nous sommes attaché à mettre ce fait en présence des théories physiologiques, négligeant, du reste, pour le moment, les détails accessoires de cette observation, que nous devons bientôt publier complète et revue par M. Richet.

Nous aurions voulu ne point avoir à répéter des choses dites ; mais nous devons le faire en présence d'un article publié hier sur le même sujet par « l'Union médicale, » et où ne semblent avoir été compris ni la question, ni nos articles antérieurs.

Pour se rendre compte d'un fait qui se trouve en opposition par quelque côté avec les doctrines scientifiques dominantes, il ne peut suffire de prendre à la hâte dans un manuel une notion superficielle de ces doctrines ; il faut aller plus loin, et distinguer des faits généralement admis les interprétations discutées qu'on en donne.

M. Fort ne l'a pas senti. A ses yeux, les seuls mots de « sensibilité récurrente » font comprendre tout, sans qu'il reste un doute sur les causes et le mécanisme de cette récurrence. « Lorsque, dit-il, Magendie, Longet et Claude Bernard ont étudié cette espèce de sensibilité, on n'a pas demandé à ces savants la preuve anatomique de la vérité physiologique qu'ils annoncèrent... La sensibilité du bout périphérique est due à l'anastomose des divisions terminales du nerf moteur avec celles du tube sensitif annexé, anastomoses qui se font à la périphérie. »

M. Fort n'a sans doute pas lu les leçons de physiologie que vient de publier M. Vulpian. Il y aurait vu combien la question qu'il croit tout à fait résolue, est plus complexe qu'il ne le suppose.

Il y aurait trouvé, vers la fin de la huitième leçon, cette phrase où, pour rejeter une théorie de M. Gubler, M. Vulpian fait remarquer que, si elle est vraie, « il faut une communication directe entre les extrémités des tubes nerveux moteurs et celles des tubes sensitifs, et cela, ajoute le professeur, est manifestement inexact. »

D'après M. Vulpian, la sensibilité récurrente, n'est nullement une propriété fondamentale et nécessaire de la « paire nerveuse. » Elle s'explique, lorsqu'on la rencontre, par des filets sensitifs récurrents, lesquels s'accolent aux nerfs moteurs plus ou moins loin de la périphérie. M. Claude Bernard, au contraire, écrivait dans ses belles leçons : « Les phénomènes de sensibilité récurrente... montrent qu'il existe entre les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs un lien périphérique. Or, puisqu'il est démontré que quelque chose unit les extrémités périphériques des deux espèces de nerfs, il faut bien admettre qu'une communication existe entre elles, affectant la disposition en anse. » Et M. Gubler s'appuyait sur cette donnée pour formuler sa théorie de la circulation nerveuse.

Ainsi, sans même parler d'une autre explication : « par contractions crampoïdes douloureuses, » présentée néanmoins par des observateurs de premier ordre, à propos de cette sensibilité récurrente, nous sommes en présence d'un certain nombre d'interprétations dont il faut tenir compte en exposant l'état de la question.

Mais ne soyons pas trop exigeant envers M. Fort. S'il n'a mentionné qu'une seule théorie, c'est assurément par suite d'une conviction profonde.

Ayant adopté la doctrine de M. Claude Bernard, il croit sans doute fermement aux communications périphériques qui, unissant un nerf moteur au nerf sensitif correspondant, en constituant une « seule paire nerveuse. »

Mais alors comment M. Fort a-t-il pu traduire par cette formule le fait observé chez M. Richet : « que le bout périphérique d'un nerf *sensitif* complètement divisé présente encore de la sensibilité, et que les nerfs *sensitifs* s'anastomosent *entre eux* par des filets rétrogrades formant des anses vers leurs extrémités ! ! »

Cette formule n'est-elle pas la négation complète, absolue, de cette théorie de M. Claude Bernard, dans laquelle elle rentrerait et qu'elle appuierait, suivant M. Fort?

Comment ce serait un nerf « sensitif », la partie sensitive d'un nerf mixte, qui conserverait la sensibilité récurrente du bout périphérique, et vous trouvez cela tout naturel !

Mais ni M. Claude Bernard, ni personne autre, jusqu'à présent, n'a jamais rien vu de semblable.

Comment ce serait à un nerf « sensitif », à la partie « sensitive » d'un nerf mixte que s'uniraient les filets rétrogrades d'un « autre nerf sensitif », de la partie « sensitive » d'un autre nerf mixte ; et vous voyez là une confirmation de cette magnifique donnée de la paire nerveuse, imaginée par M. Claude Bernard !

Mais rappelez-vous donc que, dans cette paire nerveuse, comme l'entend le physiologiste du Collége de France, il faut absolument deux éléments contraires, l'un « moteur », l'autre « sensitif », qui constituent, par leur ensemble, une unité physiologique indivisible.

« Un nerf moteur ou un nerf sensitif n'existe pas plus à l'état isolé, dit à ce sujet M. Claude Bernard, qu'un élément zinc ou un élément cuivre n'existe au point de vue électrologique. »

Mais M. Fort n'avait pas compris la doctrine qu'il adoptait. Non-seulement il accouple deux nerfs du même genre, deux nerfs sensitifs, mais il ajoute que les filets anastomotiques rétrogrades fournis à l'un par l'autre expliquent en même temps la sensibilité récurrente du bout périphérique coupé, et la sensibilité conservée dans les téguments et les parties auxquelles le nerf se distribue.

Qu'a de commun ceci avec les lois connues de la sensibilité récurrente ?

Si M. Fort avait l'intention de construire un nouveau système, qui fût entièrement à lui, et différât de tous les points de tous les autres, il devait au moins avertir seslecteurs, et ne pas parler au nom de physiologistes autorisés.

Nous n'aurions pas été contraint d'entrer dans cette discussion fatiguante, pour nos lecteurs, mais qui nous semble indispensable pour rétablir un certain ordre dans les déductions à tirer du fait que nous examinons.

Comme nous l'avons dit samedi dernier, ce fait est complexe.

D'une part, la sensibilité était conservée dans les parties où se distribue le nerf médian.

D'autre part, on trouvait une sensibilité récurrente, des plus vives, dans le bout périphérique du nerf coupé.

Ces deux espèces de sensibilité anormale ne sont point unies l'une à l'autre par un lien tellement étroit qu'on ne puisse, pour chacune d'elles, isolément, examiner un certain nombre d'hypothèses.

La sensibilité récurrente, par exemple, peut s'expliquer :

1° par l'union des filets « moteurs » du nerf médian avec des filets « sensitifs » d'un autre nerf, union qui se ferait à la périphérie pour constituer de petites paires nerveuses, suivant la théorie de M. Claude Bernard.

Si l'on admettait cette hypothèse que nous avons présentée la première, on serait en présence d'un fait inattendu, en ce que des fibres sensitives et des fibres motrices se rapportant à une même paire nerveuse, se trouveraient contenues dans des gaînes, dans des troncs nerveux, différents.

Mais, comme les nerfs médian, radial et cubital proviennent d'un même plexus, le fait, pour être inattendu, ne serait point incompréhensible. Il suffirait de supposer que ces trois gros nerfs, bien que séparés par leur situation et leurs névrilèmes, restent unis par leurs origines, et contiennent chacun indifféremment un certain nombre de fibres motrices et sensitives qui se sépareraient dans leur trajet après avoir été formées par les racines correspondantes ; ainsi se trouverait établie une certaine solidarité entre tous les nerfs du même membre.

Cette supposition n'est pas nouvelle. Déjà, depuis plusieurs années, M. Duchenne (de Boulogne) y avait été conduit par l'observation de cas pathologiques fort singuliers.

Après un traumatisme portant sur un seul nerf, le cubital, ou le radial, certains malades étaient privés de l'usage de muscles, animés pourtant par des nerfs intacts.

Dans son « Traité d'électrisation localisée, » 2e édition, p. 194, M. Duchenne s'exprimait ainsi à propos d'un de ces malades dont le nerf cubital avait été contus : « Les nerfs médian et radial n'avaient pas été contus, et cependant les muscles auxquels ils se distribuent avaient été paralysés. Ces faits me semblent démontrer qu'il existe une sorte de solidarité entre tous les nerfs d'un membre, et que l'un d'eux ne peut impunément être supprimé tout à coup sans compromettre l'innervation générale de ce membre. »

Et plus loin, à propos d'un autre, paralysé depuis six mois, par suite d'une compression du nerf radial : « Tous les mouvements exécutés par les muscles de l'avant-bras placés sous la dépendance des nerfs médian et cubital étaient conservés, mais se faisaient avec si peu de force que le malade était privé à peu près de l'usage de son membre.

FEUILLETON

Nouvelles à la plume.

A voir certains côtés du monde actuel, on se demande si les fonctionnaires sont faits pour le public, ou le public pour les fonctionnaires. Dans certaines régions, la réponse n'est pas douteuse et on y regarde comme une monstruosité la seule pensée qu'un fonctionnaire ait mission de servir la chose publique.

Je sais, sous ce rapport, des détails curieux dont le souvenir viendra selon les circonstances et au gré de l'actualité.

Pour aujourd'hui je dois me contenter d'examiner cette coutume passée à l'état de loi, depuis l'abolition des concours, surtout dans la Faculté de médecine de Paris, et qui consiste à transporter un professeur d'une chaire dans une autre.

Cette semaine un double virement de cette espèce s'est de nouveau opéré, et, malgré sa fréquence, je n'ai pu encore saisir l'avantage que l'enseignement et les étudiants peuvent trouver dans ces étrangesc hassez-croisez.

Je me disais, — et notez que je n'entends faire ici aucune personnalité et que je tiens MM. Jarjavay et Richet en une grande estime clinicienne, — mais enfin je me disais : le gouvernement, en se substituant au concours pour le choix des professeurs, n'a touché qu'à la forme, qu'à la manière d'établir ce choix, ce qui est immense, je le veux bien ; mais, en définitive, le but, le fond de la chose est resté le même ; c'est-à-dire nommer celui des concurrents qui réunit toutes les qualités, ou tout au moins le plus de qualités afférentes à l'enseignement qu'il ambitionne.

Or, pour qu'un homme fasse bonne figure dans une chaire, à une époque où chaque partie du domaine scientifique est si vaste, ne faut-il pas qu'il ait consacré tous les instants de sa vie à l'étude minutieuse de ce qui fait l'objet de son enseignement, et qu'il soit devenu, qu'on me permette une expression triviale, spécialiste dans sa partie ?

Ces conditions, que complètent la nécessité d'incessantes études sur le même sujet et l'habitude du professorat, font les grands enseignements et les maîtres illustres.

Si la Faculté de médecine aujourd'hui est en butte à tant d'attaques passionnées, n'en accusez que l'absence de ces joûtes brillantes, où le talent véritable et le mérite réel s'imposaient, et aussi ces virements de chaires, qui supposent une réunion d'aptitudes presque impossible à rencontrer aujourd'hui.

Sans doute on m'opposera l'exemple de Trousseau, qui passa de la chaire de thérapeutique à la clinique de l'Hôtel-Dieu, pour revenir plus tard à la première, et qui, partout, à la Faculté et à l'hôpital, a laissé des traces dont le souvenir est ineffaçable.

Depuis quand une brillante exception fait-elle pâlir la règle ? Croit-on aussi que Malgaigne n'eût pas jeté un vif éclat sur toutes les parties de l'enseignement, sauf peut-être celui de la clinique, si le hasard ou le caprice l'avait porté loin de la chaire qu'il a illustrée ?

Ne prenons donc pas pour argument l'exemple de quelques individualités difficiles à suivre ; restons dans les limites ordinaires de l'activité humaine et disons avec le proverbe : « Pierre qui roule n'amasse pas de mousse. »

A présent que ma profession de foi est faite et que j'ai déchargé ma conscience du poids qui l'obsédait, je me demande pourquoi les chaires de clinique sont plus spécialement le point de mire de l'ambition changeante de MM. les professeurs ?

Les appointements, que je sache, ne sont pas supérieurs à ceux des autres chaires et le suprême honneur de la faculté, le décanat, est rarement dévolu à messieurs de la clinique. Dans l'espace de trente-cinq ans nous n'avons vu que deux professeurs de clinique occuper cette charge : M. Bouillaud en 1848 et M. Paul Dubois après le rétablissement de l'empire, tandis que nous y rencontrons d'habitude des chimistes, des physiciens, des médecins-légistes, et encore des chimistes.

« On a sans doute remarqué que les muscles de l'avant-bras, dont les nerfs étaient cependant sains (le médian et le cubital), subissaient dans une certaine proportion une influence paralytique, ce qui tendrait à démontrer, comme dans l'observation X, qu'il existe une espèce de solidarité entre tous les nerfs d'un membre, et que la suppression subite de l'un d'eux porte une perturbation considérable dans l'innervation générale. »

Évidemment ceci conduit à la supposition de filets sensitifs et de filets moteurs, correspondant par leurs racines et leurs terminaisons, mais, pendant leur trajet, dissociés dans les nerfs différents d'un même membre. Ainsi, les nombreuses anastomoses qui unissent chacun de ces nerfs, rapprocheraient les extrémités des mêmes paires nerveuses; et la blessure d'un seul retentirait sur tous.

Passons à la seconde hypothèse que nous avons mise en avant.

2° En adoptant, non plus les doctrines de M. Claude Bernard, mais celles de M. Vulpian sur la sensibilité récurrente en général, on peut admettre que, dans ce cas particulier, les anastomoses qui existent entre les trois nerfs du poignet, loin de leur terminaison, pourraient être complètes, apportant des filets récurrents, rétrogrades, qui de l'un s'uniraient à l'autre, pour remonter vers les centres nerveux.

Qu'on y songe bien, cette hypothèse diffère de la précédente du tout au tout. Suivant M. Vulpian, les nerfs moteurs et sensitifs ne se distinguent point par leur nature intime, ou leurs propriétés. L'influx nerveux peut également les suivre dans les deux sens; de telle sorte que, par exemple, le nerf grand hypoglosse, « moteur », étant coupé, le nerf lingual, « sensitif », qui lui correspond, quand on l'excite, ferait contracter les muscles de la langue, en même temps qu'il transmet au cerveau la sensation produite.

Il n'est donc plus ici question de paire nerveuse, pas plus que de communications « périphériques » entre nerfs moteurs et sensitifs. Tout se réduit à des anastomoses pour ainsi dire accidentelles.

Après avoir mis en saillie ces deux principales interprétations, samedi dernier, avec la plus grande réserve, nous avons indiqué une troisième hypothèse, qui se rattachait, comme corollaire, à la première.

N'était-il pas, à la rigueur, possible d'attribuer la sensibilité récurrente du bout périphérique à la conservation de filets sensitifs qui auraient d'abord cheminé dans la gaîne du nerf médian ?

La seule différence qui existât entre cette hypothèse et la première c'est que les fibres sensitives auraient voyagé quelque temps avec les fibres motrices correspondantes et se seraient isolées plus loin. La paire nerveuse aurait semblé peut-être moins profondément dissociée.

Nous avons donc émis, non point comme nôtre, mais comme admissible à la rigueur, un doute sur la section du palmaire cutané.

Pour comprendre ce doute, qui a causé l'etonnement naïf de M. Fort, il faut avoir bien présente à l'esprit la disposition des parties.

Pour être cutané, le filet en question n'est point, dès l'abord, superficiel. Comme nous nous en sommes assuré dernièrement sur le cadavre, il se détache du nerf médian très-haut, parfois à quinze centimètres du pli du poignet. Puis il suit le nerf principal jusque vers le pli du poignet. C'est là qu'il perce l'aponévrose antibrachiale. Jusque vers ce point, il est situé au côté « interne » ou « cubital » du nerf médian qu'il croise seulement au moment où il va devenir sous-cutané. Dans ce long trajet, il chemine sans être tendu, rapproché du nerf par un tissu cellulaire assez lâche, qui lui permet une mobilité encore assez grande.

Au niveau donc de la plaie produite chez notre malade, le nerf palmaire cutané était encore, chez les sujets que nous avons examinés, situé profondément auprès du bord interne du nerf médian, depuis longtemps distinct, et séparé de ce tronc nerveux.

Or, la chute a eu lieu alors que cette femme présentait la paume de la main en rejetant vivement son poignet en arrière; elle se le rappelle parfaitement, et la nature de la blessure le prouve. Dans cette position, les tendons du grand et du petit palmaire, et quelques-uns de ceux du fléchisseur sublime, se présentaient les premiers au bord tranchant des plaques de cuivre. Ils furent donc coupés avec l'artère radiale et le nerf médian, comme nous l'avons dit lundi dernier.

Quant au tendon du cubital, il ne fut pas coupé, ainsi que le prétend M. Fort. M. Richet est revenu de cette idée, qu'il avait eue d'abord, et qui cadrait mal avec l'intégrité de l'artère cubital, comme avec la position de la malade pendant la chute.

La plaie était surtout profonde vers le bord radial. Le nerf médian n'était pas coupé d'une manière nette. Il était plutôt déchiré par refoulement. On sait combien souvent dans les blessures, un mince filet qui n'était pas tendn, se trouve avoir fui devant un instrument qui coupait mal.

Le palmaire entamé se trouvait dans les conditions où ce fait se produit d'ordinaire. Situé vers le bord cubital du nerf médian, jouissant d'une certaine mobilité, petit, non tendu, il pouvait, en se logeant dans le moindre interstice, rester intact.

Du reste, je le répète, cette hypothèse n'est pas mienne; car n'ayant, pas plus que M. Fort, été présent au premier pansement, je ne puis avoir sur l'état primitif de la plaie que des renseignements de seconde main.

Quant au nerf médian considéré en lui-même, indépendamment de ce petit filet sensitif, il devait être, comme nous l'avons dit, coupé en entier. Ses dimensions ne permettent pas de croire qu'il ait échappé en partie aux recherches de M. Richet; il est très-rare qu'il se divise au-dessus du poignet, et alors même que, dans un cas exceptionnel, comme nous l'avons vu une fois, on peut y distinguer deux branches dans un espace de quelques centimètres, ces deux branches sont accolées et serrées l'une contre l'autre dans un névrilème résistant.

Tout le nerf devait donc être compris dans la section, comme on l'a constaté d'abord, et comme la suite, du reste, l'a prouvé.

Dans toutes les parties où se distribue le nerf médian, on a vu survenir, au bout de quelques jours, cette hypéresthésie, ces fourmillements ou ces douleurs spontanées, qu'on observe à la période de réparation d'un nerf coupé.

Nous en reparlerons; mais avant de terminer cette revue, nous devons rappeler, pour éviter de nouvelles méprises, que les hypothèses sur lesquelles nous sommes revenus aujourd'hui s'appliquent uniquement à la sensibilité récurrente du bout périphérique, et que la conservation de la sensibilité tégumentaire mérite une étude spéciale.

D[r] Victor Revillout.

TRAITEMENT DES BRULURES

par le D[r] Blondeau.

A propos du fait intéressant inséré par M. le D[r] Cabasse dans l'avant-dernier numéro de la « Gazette, » permettez-moi de rappeler la méthode de traitement des brûlures depuis fort longtemps imaginée et employée par M. le professeur Laugier. Formulée, autant que je me le rappelle, il y a plusieurs années, dans le « Bulletin de thérapeutique, » cette méthode, aussi merveilleusement simple qu'elle est merveilleusement bonne, me semble, en effet, un peu trop oubliée aujourd'hui, ou tout au moins, peut-être pas assez vulgarisée.

Elle consiste en un pansement fait avec de la baudruche enduite, sur une de ses faces, d'une solution assez épaisse de gomme arabique, de façon à ce qu'elle puisse s'appliquer aussi intimement que possible sur les parties brûlées, auxquelles elle forme un épiderme artificiel qui les met absolument à l'abri du contact de l'air.

Pour ma part, j'ai eu plusieurs fois occasion de recourir à ce mode de pansement, et toujours avec un succès dont j'ai eu à m'applaudir

Entre autres exemples, il y a trois ans environ, je l'ai employé chez trois hommes brûlés dans une explosion de gaz d'éclairage. Tous trois avaient le visage, jusques et y compris les oreilles et une partie du cou, entièrement couverts de brûlures aux 1[er], 2[e] et 3[e] degrés. Chez d'eux d'entre eux, les mains et le tiers inférieur des avant-bras n'étaient, pour ainsi dire, qu'une énorme phlyctène; et à la face comme aux extrémités supérieures, en plusieurs points, la partie la plus superficielle du derme était intéressée. Appelé, aussitôt l'accident, auprès de ces malheureux, je les pansai immédiatement avec la baudruche, et rien ne me fut plus facile que d'en couvrir toutes les surfaces, celles mêmes les plus inaccessibles à toute autre espèce de pansement. Les blessés en éprouvèrent un notable soulagement et la presque cessation de leurs cuisantes douleurs.

Je leur donnai mes soins régulièrement chaque jour jusqu'à leur entière guérison, qui eut lieu sans incident autre que celui dont je vous parlerai tout à l'heure. Je ne saurais dire au juste, maintenant, en combien de jours cette guérison arriva à être complète, mais, ce que je me rappelle, c'est qu'elle fut rapide, c'est que les malades ne gardèrent pas longtemps le lit. Ce que je puis affirmer, voyant aujourd'hui encore deux de ces hommes dont l'un avait été le plus grièvement blessé, c'est qu'ils ne présentent aucune trace de leurs brûlures.

Quant à l'incident auquel je faisais allusion, voici ce qu'il a été:

Chez le plus grièvement blessé, dont les mains et les avant-bras, les doigts principalement, avaient été brûlés sur une grande surface, j'avais entièrement enveloppé les parties de baudruche, si bien que, le second ou le troisième jour, alors que le gonflement inflammatoire atteignit un certain degré de développement, cette baudruche, entourant les doigts et le poignet, produisit une constriction qui, en entravant la circulation, augmenta le mouvement flúxionnaire et occasionna de violentes douleurs. Il me suffit d'enlever l'appareil de pansement en le mouillant avec de l'eau tiède, et d'en appliquer un autre plus méthodiquement pour que ces accidents cessassent. Puis, pendant tout le temps que dura la période d'inflammation, je fis maintenir constamment des cataplasmes de farine de graine de lin sur les parties couvertes de baudruche, absolument comme je l'eusse fait sur des parties couvertes de leur peau. Ces cataplasmes avaient le double avantage de modérer les phénomènes inflammatoires, et, en humectant la baudruche, de l'empêcher d'exercer cette constriction dont j'avais vu les inconvénients. On en était seulement tenu à un peu plus de précautions au moment de les changer, pour éviter d'enlever la baudruche avec eux. Les liquides, sérosité et pus, sécrétés par les parties malades, étaient évacués de la façon la plus simple, en ouvrant avec la pointe d'un bistouri ou des ciseaux, la peau artificielle qui se trouvait soulevée par eux; cette évacuation faite, toutes les fois que ces sortes de phlyctènes se reproduisaient, on fermait l'ouverture au moyen d'un petit morceau de baudruche gommée.

Encore un détail: dans les faits que j'ai observés et qui me fournissent le sujet de cette note, lorsqu'une première couche de baudruche ayant été appliquée sur les parties brûlées, les douleurs ne se calmaient pas assez vite ou assez complétement, j'en appliquais une seconde couche par-dessus cette première, et j'obtenais ainsi le résultat désiré.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 23 octobre 1867. — Présidence de M. Depaul.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Sur la proposition de M. Marjolin, la Société décide que le discours prononcé par M. Guyon sur la tombe de M. Velpeau sera inséré dans le bulletin.

COMMUNICATION.

Nouveau procédé pour l'opération du phymosis.

M. **Panas** présente un malade qu'il a opéré il y a vingt jours. Il remet la note suivante :

Dans les divers procédés opératoires pour le phimosis, deux indications principales ont guidé les chirurgiens :

1° Retrancher une *égale quantité* de peau et de muqueuse ;

2° Exécuter l'opération le plus promptement possible, en un seul temps, si cela se peut.

Pour satisfaire à la première indication, de beaucoup la plus difficile, on a imaginé de tracer au préalable, à l'aide d'une raie d'encre, le chemin qui sera suivi par le couteau (Ricord). Mais le résultat ainsi obtenu est purement illusoire ; aussi se voit-on forcé presque toujours de fendre après coup la muqueuse pour la rabattre à la rencontre de la peau, coupée beaucoup plus en arrière qu'elle. Un moyen plus sûr pour arriver au but, consiste à passer à travers le prépuce un point de suture ; mais ce n'est pas chose facile que de glisser ainsi une aiguille entre le gland et le prépuce, sans que la pointe de cet instrument blesse l'un ou l'autre, et puis comment s'assurer que le point où l'on veut traverser le prépuce est placé dans une distance convenable de la base du prépuce, ou, ce qui revient au même, le sillon glando-prépucial.

La pince fixatrice que nous avons imaginée remplit au

Serait-ce que la clinique, étant la dernière expression, le but final de la médecine, est le seul théâtre où se peuvent montrer toutes les aptitudes et toutes les connaissances? J'admire dans ce cas la confiance que tant d'hommes ont en eux-mêmes et je m'honore d'appartenir à un pays où l'on trouve si facilement réunies en un seul individu les qualités si diverses et si multiples que doit posséder un véritable professeur de clinique.

Mais une idée me vient : Auguste Berard, dans une de ces solennités si regrettées des étudiants, en 1849, je crois, prétendit que la robe professionnelle était une belle enseigne pour le public. — Notez que je n'endosse pas la responsabilité de cette grosse irrévérence, et que je prends soin, en précisant la date, de la faire remonter à son auteur qui s'y devait connaître. — Or, tout en se servant d'une comparaison que je persiste à tenir pour irrévérencieuse, faut-il admettre que les préférences de MM. les professeurs tiennent à l'éclat plus vif, au tire-l'œil plus marqué que possède l'enseigne de professeur de clinique? Je ne le pense pas, et je prise trop haut la valeur de nos maîtres pour leur supposer un mobile qui les assimilerait aux marchands de denrées coloniales.

Tout d'abord j'avais cru à un autre motif, et j'avais vu dans l'ambition des professeurs la préoccupation de fondre ensemble les devoirs de médecin d'hôpital et ceux qu'impose la Faculté; j'avais fait un calcul péremptoire, et je me disais qu'à notre époque et pour des hommes dont le temps représente une valeur, soit de jouissances, soit d'argent, — oh! le vilain mot!! —il n'était pas indifférent d'économiser trois heures par semaine, soit douze heures par mois, soit soixante heures pour les cinq mois qui composent les semestres universitaires..... soixante heures! que de belles pages on peut laisser à la postérité et de bons écus à ses héritiers!! Mais ici encore, ma délicatesse se révolte et ma perplexité reste la même.

Cependant, en apprenant le legs de 20,000 fr. que Velpeau a fait à l'Association du département de la Seine, dont il était le président, je me suis demandé si ces 20,000 fr. ne représentaient pas une série de soixante heures économisées par le donateur. Il serait donc naturel que M. Rayer, qui a économisé toutes les heures de son professorat, ait laissé 100,000 fr. à l'Association dont il était le président.

Quoiqu'il en soit de ces libéralités « post mortem, » dont la première est officielle, et dont l'autre est encore dans les vœux des membres de l'asssociation générale qui, comme moi, peuvent un jour en avoir besoin, voilà les deux plus grandes associations médicales de France sans chefs, c'est-à-dire sans présidents.

Les idées de fusion, qui émurent jadis tous les esprits, se sont réveillées à l'occasion de ce double événement, et leurs partisans ont vu dans cette étrange coïncidence le signe providentiel de la réalisation de leurs rêves.

Ils veulent réunir sur la même tête les deux couronnes, et placer dans les mêmes mains les deux sceptres, pour que ce puissant potentat s'habitue, et par suite habitue ses sujets à ne voir qu'une seule nation dans les deux empires, dont les frontières sont aujourd'hui trop tranchées. — C'est une réduction Collas de l'histoire de l'Autriche.

Malheureusement cette combinaison machiavélique a le tort d'être éventée, et court par conséquent le risque d'avoir le pire destin que Malherbe attribue aux plus belles choses de ce monde.

D'ailleurs on n'est content ni d'un côté ni de l'autre.

Dans l'association de la Seine, M. Orfila, le grand prêtre, jure de défendre, « unguibus et rostris, » ses dieux lares et la mémoire de son oncle; il parle de s'ensevelir sous les débris du temple plutôt que de le rendre, et il ne rêve plus que d'imitier l'héroïsme de l'équipage du « Vengeur. »

Cette exaltation, si contraire à la nature calme et réservée de notre confrère, mais qu'expliquent les menaces du camp ennemi, cette exaltation, dis-je, est partagée par tous les dignitaires et les simples membres de cette association, et sera, dans la suite, si elle s'engage, une arme redoutable et pire qu'un fusil Chassepot.

Dans le sein de l'association générale, le signal de l'attaque a été résolument donné; mais, au moment d'entrer en campagne, la discorde s'est mise, comme je le disais samedi dernier, parmi les lieutenants de l'armée, et alors, en l'absence de toute autorité, de mutuelles récriminations se sont produites,

contraire parfaitement ce but, et l'application en est très-facile.

Une fois cet instrument placé, on saisit le prépuce à l'aide de la pince fenêtrée que voici, passée sous la première, dans une direction oblique et parallèle à la base du gland. A l'aide d'une vis mobile à écrou, et placée au bout, on ramène les deux branches de celle-ci au parallélisme. Le gland fuit alors en arrière comme un noyau de prune que l'on écrase entre deux doigts, se tasse, et l'excision du prépuce se fait en un seul temps. Si, au lieu de serfines pour la réunion, on veut se servir de la suture, nous avons fait faire une pince avec deux fenêtres, et alors après avoir passé les points de suture au préalable par les fenêtres les plus rapprochées de la racine de la verge, on fait l'excision en faisant courir le couteau dans la fenêtre supérieure de la pince.

Le lambeau enlevé a la forme d'un manchon en cône, à base oblique, représentée par la section, et il comprend rigoureusement une égale quantité de peau et de muqueuse.

Le parallélisme de la peau de la verge et de la partie restant de la muqueuse préputiale est si parfait que l'affrontement se fait tout seul. Du côté du rein on excise une quantité suffisante de peau pour éviter ces bourrelets difformes que l'on obtient par d'autres procédés, sans aller pour cela trop en arrière; aussi les hémorrhagies par le rein de l'artère du frein sont plus rares avec ce procédé. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'aucun procédé ne donne une section plus nette et plus mathématiquement régulière.

M. **Trélat**. Il est indispensable de préciser dans quel état se trouvent exactement les individus que l'on opère pour un phymosis.

L'intervention chirurgicale est motivée soit par des maladies du prépuce, soit par un vice de conformation de cet organe. Un très-grand nombre d'instruments ont été imaginés pour faire l'opération du phymosis, la plupart de ces instruments, tout comme celui que nous présente M. Panas, cessent d'être applicables lorsque l'orifice du prépuce présente une étroitesse considérable.

Amputation sus-malléolaire.

M. **Laborie**. Dans l'amputation sus-malléolaire, la guérison peut être considérée comme la règle, mais les résultats consécutifs de cette opération sont presque constamment mauvais.

Déjà M. Voillemier a parfaitement démontré l'importance qu'il y avait de conserver, dans le lambeau, la totalité du tendon d'Achille. J'ai, pour ma part, reconnu toute l'utilité de ce précepte. Je viens aujourd'hui soumettre à l'examen de la Société deux opérés; chez ces deux malades, l'amputation a été faite en conservant seulement un vaste lambeau postérieur. Chez l'un, la section a été pratiquée à la partie moyenne de la jambe, l'aponévrose antérieure des jumeaux recouvrant la surface des os; l'autre malade est un amputé sus-malléolaire. Vous pouvez constater que ces deux opérés ont un moignon bien conformé et qu'ils marchent facilement au moyen d'une simple bottine. Voici l'observation de l'amputé sus-malléolaire :

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite. — Amputation sus-malléolaire à un seul lambeau postérieur contenant le tendon d'Achille.

(Observations recueillies par M. DIONIS DU SÉJOUR, interne du service.)

M. L... est âgé de cinquante ans. Dans le cours de l'année 1865, en descendant un escalier, il se donna une entorse du pied droit. Quelques applications émollientes et le repos au lit suffirent pour tout faire disparaître.

Tout à coup, en 1866, sans cause apparente, l'articulation lésée dix mois avant devint le siége d'un gonflement douloureux, que les moyens employés l'année précédente ne purent dissiper. M. le professeur Jarjavay, consulté par le malade, diagnostiqua une tumeur blanche au début, et fit mettre des vésicatoires autour de la cheville. Sous l'influence de ce traitement, celle-ci reprit son volume normal. En même temps les douleurs disparurent et M. L... put, sans trop de gêne ni d'inquiétude, reprendre ses occupations ordinaires.

Ce répit fut malheureusement de courte durée. Moins de six mois après son séjour à Saint-Antoine, les accidents articulaires se reproduisirent, pour suivre, cette fois, une marche ascendante. Entré à Beaujon en novembre 1866, cet homme se vit appliquer successivement, sur la partie malade, deux vésicatoires, deux cautères, des raies de feu. Toute cette médication fut inutile. La peau devint rouge et mince. On put sentir, au-dessous, une fluctuation bien caractérisée, et une incision donna passage à un pus grumeleux contenant, nous dit M. L..., quelques granules de poussière osseuse.

Voici donc une tumeur blanche qui, en moins de seize mois, en était arrivée à la suppuration.

Cela ne pouvait avoir lieu sans une détérioration de la santé générale. Et, en effet, celle-ci déclinait visiblement. L'amaigrissement, à cette époque, était très-prononcé; la fièvre était continuelle, avec exacerbations le soir; enfin, une diarrhée colliquative tendait à s'établir, de manière à épuiser le peu de forces qui restaient au malade. Heureusement, les poumons et le cœur étaient parfaitement sains, et la cachexie ne tenait évidemment qu'à la maladie si avancée de l'articulation.

C'est dans cet état que M. L... entra à l'Asile de Vincennes, le 29 avril 1867. Dès le lendemain, il priait M. Laborie de l'amputer.

L'opération fut pratiquée le 15 mai, par le procédé sus-malléolaire, avec conservation d'un seul lambeau postérieur contenant le tendon d'Achille. La section de l'os fut faite à seize centimètres « au-dessous » de la tête du péroné; le lambeau postérieur reçut un développement de onze centimètres, et il fallut dix épingles à suture pour en réunir les bords à la ligne demi-circulaire de section de la face antérieure de la jambe. La cicatrice devait ainsi se trouver reportée sur cette face antérieure.

Tout alla bien pendant cette première journée. Le malade fut tranquille et dormit un peu. Le pouls ne dépassa pas cent cinq pulsations. Les douleurs furent modérées, et M. L... prit avec plaisir un peu de bouillon.

Nous fîmes la dissection de la pièce pathologique, qui nous permit de constater l'existence d'une tumeur blanche avancée. Les parties molles, peau, muscles et tendons, plongeaient dans un tissu lardacé, blanchâtre, très-dur. Nous ne trouvâmes de pus nulle part; mais, en pénétrant dans l'articulation, nous reconnûmes que celle-ci était envahie par les fongosités. La synoviale était détruite, les cartilages d'encroûtement érodés et tous les os de l'articulation tibio-tarsienne, péroné, tibia et astragale, ainsi que les os voisins (calcaneum, cuboïde et cunéiforme), étaient la proie d'une ostéite qui avait raréfié si bien leur tissu que notre scalpel y entrait sans aucune difficulté.

Le 16 mai, second jour de l'opération, M. Laborie fit le premier pansement et enleva les fils des sutures, pour les remplacer par des fils nouveaux. Le moignon fut trouvé très-beau. La fièvre était modérée. Cependant, à sa visite du soir, l'interne de service constata un peu d'érysipèle.

Le troisième jour, celui-ci avait déjà pâli. Les lambeaux présentaient une réunion complète en avant. Le pouls était tombé à quatre-vingt-quatre pulsations.

Le quatrième jour, le pouls est à quatre-vingts. La rougeur érysipélateuse a presque entièrement disparu. La cicatrisation marche toujours bien, et l'on peut déjà constater que la cicatrice dépassera la surface de section de l'os.

Le cinquième jour, on put enlever trois épingles. A partir de ce moment, tout le travail de réparation se fit avec une rapidité croissante. La fièvre disparut; l'appétit revint, les fonctions digestives s'affermirent. Chaque matin, on put enlever une nouvelle épingle de plus, si bien que, le onzième jour, la cicatrisation se trouva complète.

Le dix-septième jour après son amputation, M. L... descendit de son lit et resta une partie de la journée assis, la jambe étendue sur un coussin.

Deux semaines après, le moignon, déjà endurci, pouvait offrir un point de sustentation solide au poids du corps. Le malade s'exerça à affermir son moignon pour le jour où il mettrait la jambe articulée, qu'il avait commandée à M. Mathieu. Pendant tout le temps que dura cette préparation, jamais un seul instant la solidité de la cicatrice ne se démentit. Il n'y eut ni douleur, ni excoriation, ni ulcération.

M. L... nous a quittés le 25 mai. Son moignon, que nous avons fait mouler, offre une extrémité arrondie, formée par le lambeau postérieur, qui se relève en avant pour venir rejoindre, après un trajet de onze centimètres, la ligne antérieure de section des parties molles. La cicatrice, parfaitement linéaire, se trouve ainsi placée à six centimètres au-dessus du point le moins élevé du moignon. Elle n'est donc jamais comprimée pendant la marche. Lorsqu'on examine le lambeau postérieur, on le sent doublé, dans le sens antéro-postérieur, d'une sorte de ruban très-dur, qui semble lui former un squelette. C'est le tendon d'Achille. J'ajoute que le membre amputé a retrouvé son volume normal, et les mesures comparatives avec la jambe gauche sont exactement semblables. Enfin, depuis un mois et demi que cet homme se sert de son appareil prothétique, l'état de la cicatrice n'a pas varié.

M. **Larrey**. Je désire faire remarquer que les observations de M. Laborie viennent une fois de plus confirmer la thèse que j'ai toujours soutenue, à savoir que les amputations de la partie supérieure de la jambe, très-séduisantes par leur inocuité, conduisent à des résultats qui sont ultérieurement presque toujours mauvais.

M. **Perrin**. J'ai opéré un vieillard de 75 ans et j'ai obtenu un résultat qui vient confirmer les opinions de M. Laborie. Dans l'amputation sus-malléolaire, il faut mettre de côté tous les anciens procédés dont le type est représenté par l'opération de Lenoir et se rattacher à l'amputation avec un grand lambeau postérieur, laquelle fournit un résultat définitivement bon.

M. **Trélat**. J'entends formuler autour de moi une opinion dont je désire être l'interprète. L'opéré de M. Laborie n'a point été amputé au-dessus des malléoles, la section a porté beaucoup plus haut, et cela par la nécessité d'avoir un grand lambeau postérieur. Ce n'est point une critique, mais une rectification que je formule; du reste, je crois qu'il y a avantage, sous le rapport de la prothèse, à ce que le segment conservé de la jambe ne soit point trop long.

M. **Guyon**. Je suis partisan du lambeau postérieur, car j'ai eu deux fois occasion d'observer la gangrène du petit lambeau antérieur.

M. **Verneuil**. J'ai depuis longtemps rejeté l'amputation circulaire; j'emploie le procédé à lambeaux et je crois qu'il est utile de conserver un petit lambeau antérieur; ce dernier sert à recouvrir la surface de section, ce qui a beaucoup d'avantages, si l'on veut bien admettre qu'il y a des inconvénients à rechercher la réunion immédiate dans les amputations.

M. **Laborie**. L'observation de M. Trélat est très-exacte, l'amputation que j'ai pratiquée devrait prendre le nom d'amputation à la partie inférieure de la jambe.

Si l'on sectionnait les os immédiatement au-dessus des malléoles, il serait impossible d'avoir un lambeau postérieur suffisant.

J'ai vu un bon nombre d'opérés, chez lesquels le moignon s'ulcérait continuellement, et c'est la raison pour laquelle j'ai abondonné l'amputation sus-malléolaire pour avoir recours à la modification dont j'ai entretenu la Société. Je recherche toujours, pour ma part, la réunion par première intention; sur vingt-huit amputations pratiquées successivement, j'ai obtenu vingt-quatre guérisons.

M. **Désormeaux**. Je fais toujours les amputations de la jambe à lambeaux, et les résultats que j'ai obtenus me paraissent supérieurs à ceux qui sont fournis par la méthode circulaire. Je crois utile de conserver un petit lambeau antérieur comme un moyen de faciliter l'adhésion du lambeau postérieur. Je suis partisan de la réunion immédiate, car elle est sans inconvénient, et, lorsque la tentative échoue, on se trouve exactement dans les mêmes conditions où l'on serait si l'on n'avait point cherché une adhésion immédiate.

Dans l'amputation sus-malléolaire, je crois qu'il est bon d'utiliser la peau du talon, le même lambeau que l'on taille pour la désarticulation du pied est encore très-favorable lorsqu'on coupe les os au-dessus des malléoles.

M. **Guérin**. Je ne partage pas l'opinion qui a été émise par nos collègues; je donnela préférence au lambeau latéral interne.

J'ai autrefois présenté un malade chez lequel le résultat était parfait; le lambeau plantaire interne, que l'on serait tenté de croire trop long, remplit parfaitement les indications; il s'applique parfaitement sur la surface de section des os et favorise, par cela même, la réunion immédiate. Voici comment je procède; je dessine avec le bistouri les contours du lambeau latéral, puis je désarticule franchement le pied, et j'achève la formation du lambeau de dedans en dehors. Une fois le pied détaché, j'isole les malléoles, et je pratique la section à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation. Un simple brodequin à large talon suffit pour permettre la marche. Le procédé que je viens d'indiquer permet de conserver dans la pratique l'amputation sus-malléolaire, opération qui est préférable à l'amputation de la partie inférieure, en vertu de ce principe que les amputations sont d'autant moins graves qu'elles s'éloignent du centre circulatoire.

M. **Perrin**. Nous sommes tous d'accord sur l'utilité, dans les amputations du bas de la jambe, d'employer un large lambeau et de mettre la cicatrice en avant. La rigueur de ce principe a conduit M. Laborie à faire remonter trop haut la section des os afin d'avoir un lambeau suffisant. On peut toujours sectionner les os au-dessus des malléoles pourvu qu'on utilise les téguments du pied. Si l'on a le choix, il est préférable de prendre le lambeau plantaire interne, qui se recommande par sa vascularité.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Spina-bifida de la région lombaire.

M. **Blot** soumet à l'examen de la Société un enfant de cinq mois qui porte dans la région lombaire un spina-bifida du volume d'une orange; l'enfant est en outre affecté d'une chute du rectum et d'une chute de l'utérus. M. Blot demande l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération.

M. **Boinet**. M. Blot hésite, à cause de la gravité d'une opération; je serais d'avis qu'on fît la ponction, afin d'éviter la rupture de la poche, accident qui paraît imminent.

M. **Desprès**. Dans un cas exactement semblable, j'ai fait dans l'espace d'un mois trois ponctions évacuatrices; ces tentatives ont été sans inconvénient notable; j'ai perdu de vue l'enfant.

---

et il a bien fallu s'arrêter pour s'expliquer d'abord et tâcher de s'entendre.

Napoléon Ier disait qu'il fallait laver son linge sale en famille; cette sage maxime, dont M. Latour a vainement réclamé l'application, n'a été du goût ni de M. Jeannel (de Bordeaux), ni de M. Diday (de Lyon). L'un et l'autre se sont faits les échos, chacun dans son journal, des plaintes que suscitait la marche de l'association, sans s'occuper de l'amertume qu'ils allaient verser dans la coupe jusqu'alors embaumée où s'enivrait le conseil de l'œuvre.

On sait les doléances que ces plaintes ont arraché à M. Latour; il ne s'est senti ni la force ni le courage de combattre, il s'est lamenté :

> Et s'est dit, comme Job, en mille variantes :
> Oh! mon Dieu! pourquoi suis-je né!!!

Cette attitude, qui eût amolli les cœurs les plus durs, a touché M. Diday, qui nous donne dans son dernier numéro l'explication de sa révolte. Selon lui, l'Association générale, qu'on me passe une expression devenue célèbre, n'a fait que piétiner sur place. « Aux impatients, ajoute-t-il, on n'a cessé, on ne cesse de répéter : Le moment n'est pas venu; occupons-nous d'abord de former un faisceau compact; organisons-nous avant d'agir. » Et si quelque voix plus pressée s'écriait : *En avant!* — Taisez-vous, n'a-t-on jamais manqué de lui dire, taisez-vous, imprudent, vous allez tout compromettre. »

Ma parole d'honneur! MM. Diday et Jeannel sont des enfants terribles! De quoi viennent-ils se mêler et oublient-ils que, lorsque Auguste a bu, la Pologne doit être ivre?

« Mais, s'écrie M. Latour, depuis huit ans vous prenez patience, ô mes bons amis, et pourquoi la perdre au moment où nos yeux sont pleins de larmes, où notre ambition bouillonne. . . . . — « Il appartient aux amis d'un malade, interrompt M. Diday, de signaler au docteur les symptômes que celui-ci leur semble méconnaître. . . . . . y a-t-il eu opportunité à le faire? Y en aurait-il eu davantage à se taire, ainsi qu'on nous y invite depuis tantôt huit ans? Voyez où vont tous les gouvernements non avertis : voilà ma seule réponse. »

C'est tout simplement splendide!

Au milieu de semblables dispositions la tactique la plus savante et la mieux ordonnée est impossible. Le projet dont je parlais tout à l'heure, de réunir dans les mêmes mains les deux pouvoirs présidentiels, échouerait à coup dans l'Association générale, s'il n'était d'avance étouffé par l'énergique opposition de l'Association de la Seine.

Les associations locales de la province ont perdu confiance dans le conseil qui siége à Paris; elles ne veulent plus recevoir de lui le mot d'ordre et, à l'occasion même du président à nommer, elles refusent d'emboîter le pas qu'elles savent dans l'ornière. Ecoutons encore M. Diday : « Si j'ai, moi, contre le candidat que vous proposerez en première ligne à nos suffrages, si j'ai des griefs sérieux; si cet homme, infiniment honorable, n'a ni l'activité, ni le crédit nécessaire au bien de l'œuvre, s'il professe encore sur certaines questions essentielles, des opinions qu'il croit prudentes, mais que j'appelle rétrogrades, serai-je bien à mon aise, en assemblée générale, pour développer, et devant lui peut-être, les motifs de mon opposition à sa candidature? »

Tout ceci doit avoir, et a, en effet, une morale : l'Association générale a pour principe un despotisme trop envahissant et trop centralisateur; elle subit la loi de tout despotisme, de n'inspirer chez les nobles âmes que l'éloignement et la révolte. Elle devait s'attendre à ce qui arrive aujourd'hui et à ce qui, aussi sûrement, lui arrivera demain, c'est-à-dire la dissolution.

ST-LAZARE.

Mémoire sur le traitement des taches de la cornée, néphélion, albugo, leucome simple et adhérent, par le docteur Raphaël Castorani, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Naples, 1 br. in-8 de 32 pages, 1 fr. — Paris, 1867, Germer-Baillière.

Anatomie descriptive et dissection avec l'embryologie et la structure des tissus, un volume de 1120 pages avec 182 figures, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'école pratique, prix : 11 fr. 50, chez Delahaye, libraire.

M. Guersant. Je serais, dans le cas actuel, partisan des ponctions successives auxquelles on joindrait l'application d'une compression douce. Le cas me paraît grave à cause des complications cérébrales qui paraissent évidentes.

M. **Blot**. Mon petit malade est évidemment atteint d'hydrorachis, c'est ce qui me fait éloigner l'idée d'une opération. La tumeur me paraît cloisonnée, ce qui serait un obstacle à l'évacuation du liquide par une ponction.

M. **Giraldès**. Je trouve une contre-indication à la ponction dans l'écartement des sutures du crâne et dans l'élargissement des fontanelles. J'ai toujours remarqué que la guérison du spina-bifida était, dans ces conditions, suivie d'une hydro-céphalie mortelle. Dans l'espèce, les ponctions sont dangereuses, et loin de redouter la rupture de la poche, je considérerais ce symptôme comme une tendance vers la guérison spontanée.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Appareil électrique pour faciliter la recherche des projectiles cachés dans la profondeur des tissus.

M. **Wilson Moore** présente un appareil très-ingénieux qui a été imaginé par M. Sylvan de Wilde.

M. **Guyon** fait remarquer que des appareils analogues ont été proposés par divers savants, et que l'un d'eux se trouve figuré dans le « Traité de chirurgie d'armée » de M. Legouest.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

218. Lannelongue. Circulation veineuse des parois auriculaires du cœur.
219. Fargues. De la cataracte adhérente à la capsule.
220. Vincent. Des différentes formes de la grippe (fièvre catarrhale).
221. Martin. Des principales complications de la chlorose.
222. Demonchy. Définition et classification de l'épithéliôme pavimenteux (cancroïde).
223. Gillette. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques.
224. Sentoux. De la surexcitation des facultés intellectuelles dans la folie.
225. Maringe. Des paraplégies puerpérales.
226. Rouby. Du traitement des varices, et spécialement du procédé par les injections de liqueur iodo-tannique.
227. Roustan. Recherches sur l'inoculabilité de la phthisie.
228. Villeneuve. Traitement chirurgical de la stérilité chez la femme.
229. Déjardin. Du glaucôme.
230. Ruck. Des cataractes congénitales.

On lit dans la « Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie » :

« Contrairement aux renseignements recueillis auprès de personnes que nous avons lieu de croire bien informées, le projet d'une création de chefs de clinique chirurgicale, annoncé par la « Gazette des hôpitaux », paraît avoir été soumis aux délibérations de la Faculté, qui s'y serait montrée favorable. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels :

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras. — M. Lestoquoy (Désiré-Joseph), suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est chargé provisoirement du cours d'anatomie et de physiologie à ladite école, pendant la délégation de M. Tranoy dans la chaire de clinique externe.

Lycée impérial de Lons-le-Saunier. — M. le docteur Comtesse est nommé médecin adjoint au lycée impérial de Lons-le-Saunier (emploi nouveau).

— L'école supérieure de Pharmacie de Paris a fait sa rentrée en séance solennelle le mercredi, 13 novembre, sous la présidence de M. Bussy, directeur de cette école, et en présence de M. Schmit, inspecteur d'Académie.

La séance a été ouverte par un discours de M. Bussy, président de l'Assemblée.

M. Buignet, professeur de physique et secrétaire général de la société de Pharmacie de Paris, a rendu compte des travaux de cette société pendant l'année 1867.

M. Lefort a fait une lecture sur les propriétés et la préparation de la digitaline.

M. Coulier a lu un rapport sur le prix des thèses.

M. Adrian a lu un rapport sur le prix proposé pour l'analyse du garou.

M. Planchon, professeur de matière médicale, a lu le rapport sur les prix de l'école et sur le prix Ménier.

Les prix ont été décernés dans l'ordre suivant :

Prix de 1re année.	MM. Patrouillard.
Prix de 2e année.	Depasse.
Prix de 3e année.	Carle.
Prix Ménier.	Charbonnier.
Prix des thèses de la société de Pharmacie.	Guichard.

— Le lundi 10 février, 1868, un concours pour la place de chef interne, médecin résidant à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, s'ouvrira dans cette ville.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 8 janvier inclusivement, au secrétariat de l'administration des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux, où les candidats trouveront tous les renseignements dont ils auront besoin.

Le Directeur, Dr. E. LE SOURD.

(1776) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 135. — MARDI 19 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 19 NOVEMBRE 1867. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des Sciences. — Quelques notes sont présentées par plusieurs de nos confrères :

Par M. A. Netter, un travail intitulé : « Du gargouillement de la fosse iliaque droite dans la fièvre typhoïde, considérée comme indication thérapeutique. » — Par M. Ed. Robin, de « Nouvelles observations sur la durée de la vie ; sur les moyens de retarder la vieillesse ; sur les propriétés physiologiques, hygiéniques, thérapeutiques et toxiques des antiputrides, etc. » — Par M. Lauranin, une note sur diverses questions de thérapeutique. Nous ne faisons que les énumérer.

D'une autre part, M. Ch. Legros adresse un travail complémentaire au « Mémoire sur les tissus érectiles et leur physiologie, » qu'il a déjà présenté pour le concours du prix Godard. — Et M. Levasseur, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, une brochure ayant pour titre : « De la mort apparente et des moyens de la reconnaître. » M. Pécholier (de Montpellier) fait parvenir, comme document destiné à la commission des prix de médecine et de chirurgie, une Note manuscrite sur les points qu'il considère comme nouveaux dans les Mémoires qu'il a publiés en son nom personnel. — Enfin, M. Arlotti envoie un Mémoire, en italien, sur le choléra.

Ces diverses notes sont renvoyées aux commissions qui les concernent, et nous n'avons rien à en dire.

— M. Maisonneuve prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Velpeau.

— La « Société Harvéienne de Londres » discute en ce moment une question qui a été longuement traitée, l'année dernière, à la Société de chirurgie : celle de savoir si le mercure jouit d'une réelle efficacité dans le traitement de la syphilis.

Deux orateurs qui furent également très-applaudis parmi nous, durant le congrès médical international, MM. Drysdale et de Meric, engagèrent la lutte, le premier comme adversaire déclaré, et le second comme fervent défenseur des préparations mercurielles. Déjà les médecins militaires de la Grande-Bretagne, consultés sur le même sujet, s'étaient divisés en deux camps. A la société Harvéienne on n'arriva pas davantage à une entente ; et les orateurs qui se succédèrent à la tribune, émirent les opinions les plus opposées sur la nature et la thérapeutique des affections vénériennes. Quant aux arguments invoqués de part et d'autre, ils ne sont pas nouveaux.

— A la « Société pathologique de Londres, » M. Spencer Wells a présenté une énorme tumeur graisseuse, pesant vingt livres, et qui s'était développée dans l'abdomen d'une dame agée de 83 ans. Cette dame, souffrante depuis plusieurs années, avait fini par ne pouvoir plus quitter la chambre.

M. Spencer Wells, après avoir fait une longue incision sur les parois du ventre, découvrit la tumeur, située dans le mésentère, profondément lobulée, et entourée d'une sorte de capsule. Il put l'extraire sans ouvrir un seul vaisseau de quelque importance.

A l'occasion de ce fait, M. Wilson Fox raconta que, chez une autre femme morte de pyémie, après avoir été opérée deux fois pour une tumeur fibreuse récidivant, il avait trouvé deux tumeurs graisseuses dans le médiastin, et une troisième, grosse comme une noix de coco, dans l'espace de Douglas.

M. Moxron a fait remarquer que, dans le musée pathologique de Guy's Hospital, il existe plusieurs spécimens de tumeurs semblables, qui paraissent dues à l'hypertrophie d'appendices épiploïques.

— On s'occupe toujours beaucoup, en Angleterre, de cette épidémie qui a sévi dernièrement sur Dublin et les environs, et qu'on a nommée différemment, les uns « méningite cérébro-spinale épidémique, » d'autres, « typhus encéphalo-méningitique, » d'autres, « fièvre pourprée maligne, » le peuple, enfin, « mort noire. »

L'ensemble effrayant des symptômes que cette maladie présentait, la rapidité de sa marche, son excessive léthalité, tout contribuait à la faire paraître formidable, bien que le nombre de ses victimes ait toujours été assez restreint.

Nous exposerons prochainement, d'une manière succincte, quelle fut, dans ses traits principaux, sa physionomie générale, autant, du moins, qu'on en peut juger par les observations publiées jusqu'ici.

— Une autre épidémie, tout aussi mal connue dans sa nature intime, est celle qui ravagea cette année l'île Maurice, détruisant un dixième de sa population, une trentaine de mille âmes. Il paraît que cette maladie vient de faire son apparition dans la colonie anglaise du Cap, où la garnison de l'île Maurice avait été d'abord transférée.

Ce transport d'un point à un autre nous semble cadrer assez mal avec l'idée d'un impaludisme ; et déjà l'état sanitaire habituellement bon de l'île Maurice, l'absence de marais insalubres, nous avaient fait émettre des doutes sur l'origine miasmatique de cette affection.

Pourtant, un élève distingué de l'Ecole de Paris, M. Reynaud, établi à Maurice, nous a fait transmettre les réflexions suivantes, que nous nous empressons de publier :

« C'est tout simplement une épidémie de fièvre intermittente, semblable à toutes celles dont la collection est dans Ozanam. Il m'a semblé assister à l'épidémie de Bordeaux, racontée par Coutanceau. La « Gazette » n'est pas disposée à croire que nous ayons eu ici affaire à une fièvre intermittente franche, parce que Maurice n'est pas un pays paludéen. Il faudra cependant bien que les médecins en viennent à se ranger à l'opinion d'Anglada, à savoir que, dans certaines circonstances données, et sous l'influence de certains milieux, la fièvre intermittente, bien qu'elle soit une maladie d'origine infectieuse, est susceptible de se transmettre par voie de contagion.

» Nous en sommes encore à chercher la cause du développement de l'épidémie à Maurice. Est-ce l'installation du chemin de fer ? Est-ce le résultat d'une grande inondation, qui s'est produite une année avant l'apparition de l'épidémie ? Est-ce à l'introduction de nouveaux immigrants qu'il faudrait attribuer cet horrible fléau ? Nous sommes assez embarrassé de conclure. Toutefois, la majorité des médecins croit à une introduction. »

N'ayant pas étudié sur place cette terrible épidémie, nous n'avons pas autorité pour exprimer à son sujet une opinion personnelle. Cependant il nous semble que la tendance actuelle est d'accorder à l'impaludisme un trop grand rôle dans la production des maladies.

Dernièrement encore nous voyions rapporter le choléra, la fièvre jaune à cette cause : au miasme palustre, transporté par importation, par contagion proprement dite.

De telle sorte que ce miasme pourrait prendre toutes les formes, comme, du reste, l'a prétendu M. le Dr Bole (de Castel-Sarrasin), en faisant rentrer jusqu'aux pneumonies dans le nombre des affections rémittentes paludéennes.

Aucun pays n'en serait exempt, car, dans sa forme la plus pure, comme fièvre intermittente franche, la maladie paludéenne traverserait les mers, de l'Inde à l'île Maurice, de l'île Maurice au Cap, etc.

S'il en est ainsi, tout est à refaire en pathologie.

Le gouvernement britannique a commencé sur cette question, dans l'île Maurice, une enquête qui, s'il en faut croire les journaux anglais, marche lentement.

Espérons qu'après cette enquête les doutes seront dissipés.

Hôpitaux. — Ce qui donne surtout l'intérêt aux leçons de réouverture des cours cliniques, c'est qu'on y recherche le reflet de tendances scientifiques qui peuvent avoir changé.

Les professeurs ne sont pas condamnés à se croire toujours infaillibles. L'enseignement doit être influencé par toutes les évolutions, par tous les progrès de la science ; il doit subir le flux et le reflux des idées nouvelles, et, soit qu'il cède ou qu'il résiste, il doit se tenir au courant des dispositions générales et des systèmes à la mode.

Autrement, le vide se fait dans l'amphithéâtre autrefois rempli, et l'on se presse où sont discutées les choses récentes, les découvertes dont la portée est encore inconnue.

Tout vieillit si vite à notre époque ! A peine veut-on lire un ouvrage ancien de dix ans. On croirait que la médecine est née d'hier ; — et cependant, comme le faisait remarquer M. le professeur Béhier, en suivant son cours, la clinique est, dans une certaine limite, une ouvrant de tradition. — Les instruments nouveaux, qu'on invente tous les jours, élargissent indéfiniment le cadre des faits perceptibles à nos divers sens ; mais ils n'ôtent rien à l'exactitude des observations obtenues par les sens nuds, depuis Hippocrate.

M. Béhier a cité un grand nombre d'aphorismes hippocratiques, dont la justesse est maintenant vérifiée. Il a exhorté les élèves à se servir de tous les moyens fournis par la science moderne pour atteindre la précision la plus grande de diagnostic, pour relier les uns aux autres, et à leurs causes, les divers symptômes ; mais, en même temps, à ne pas mépriser ni repousser les faits cliniques qui se présentent isolés, inexplicables, exceptionnels, contraires aux théories dominantes.

— Dans ses premières leçons, M. le professeur Bouillaud a parlé des gloires médicales de notre siècle, des découvertes accomplies en médecine, et particulièrement de celles auxquelles mènent la percussion et l'auscultation.

En ce moment même, plusieurs malades étaient couchés dans le service, atteints d'affections rhumatismales, et, avec cette sûreté d'ouïe que personne ne possède à un égal degré, M. Bouillaud avait annoncé pour l'un d'eux l'imminence d'une péricardite parfaitement évidente pour tous le lendemain.

Nous ne saurions trop vivement engager ceux qui désirent connaître les maladies du cœur et savoir ausculter, à suivre au moins pendant quelques mois M. le professeur Bouillaud. Ils prendront ainsi cette habitude sans laquelle aucun stéthoscope ne peut servir.

En faisant l'histoire de la percussion, M. Bouillaud a rendu pleine justice à M. Piorry, qui, le premier, l'a « médiatisée, » mais il n'a pas parlé des anciens qui, avant Avenbrugger, l'ont employée comme moyen de diagnostic, sinon dans les affections du thorax, du moins dans celles de l'abdomen.

L'année dernière, M. Guéneau de Mussy, pour le prouver, citait à ses élèves un passage d'Arétée qui, si je ne me trompe, est le suivant : « Verum et ejus nomen aliud atque aliud, nam si sit humida suffusio, quæ in ilibus flavit et præ inflatione, quum verberantur, tympanum quodammodo referant, tympanias nominant, etc.

Cette phrase n'est pas très-nette, car Arétée semble y parler plutôt d'une percussion accidentelle que d'une percussion méthodique ; mais cet extrait de Galien ne laisse aucun doute : « Ac primo loco nobiscum repetemus, non posse in aqua inter cutem nos, humor sit, an spiritus qui in regionibus ventris continetur, tactu explorare, nisi cavata pressu cute... Et vero frequenter non caveri conspicias, sed ad veram notitiam curandam pulsare cogimur abdomen, ut attendamus, si veluti tympanum resonet. Secundo loco aliter componere hominem, et in latera convertere quo fluctuationem aliquam exaudiamus. Ac nobis strepitus in modum tympani spiritum annunciat, fluctuatio humorem. Uno vero admoto tactu distentum abdomen non deprehendas ex ære sit an ex aqua. »

Ce passage se trouve dans le troisième chapitre du quatrième livre : « De dignoscendis pulsibus. » Sa situation même le rend plus probant.

En effet, Galien voulait établir que les artères n'étaient pas pleines d'air, comme le prétendaient Erasistrate et son école. Ses adversaires invoquaient le témoignage des sens. En tâtant le pouls, ils sentaient, disaient-ils, l'air contenu dans les artères. Galien répond que ce sont là de pures balivernes « inanes nugæ, » et il continue :

» Rappelons que, dans l'hydropisie, le tact ne nous révèlera pas si le contenu du ventre est liquide ou gazeux, à moins que nous ne déprimions la peau par une pression. Et souvent encore ce moyen ne suffit pas pour le diagnostic... Pour arriver à une connaissance vraie, nous devons percuter l'abdomen ; puis changer de place le malade et le tourner sur le côté, pour percevoir une fluctuation (peut-être faut-il dire un changement de niveau). La résonnance semblable à celle du tambour indique un gaz ; la fluctuation, un liquide. Mais, par le seul tact, il est impossible de distinguer si un abdomen distendu l'est par un gaz ou par un liquide. »

Galien montre que les conditions où le tact pourrait servir ne se rencontrent pas dans les artères, que les pulsations artérielles ne permettraient pas de reconnaître les mouvements communiqués au liquide qui les remplit, dans le but d'y constater une fluctuation, etc.

Je m'arrête à regret; car je voudrais copier tout ce chapitre, qui semble écrit d'hier.

On éprouve souvent de pareilles surprises, lorsqu'on parcourt les ouvrages de Galien. Ses traducteurs du moyen âge ont rendu les mots assez fidèlement ; mais ils n'ont pas compris le sens des phrases même les plus claires. Et quant à ses commentateurs, nous avons vu, dans un autre travail, dans nos leçons sur l'épilepsie, que la « Gazette des hôpitaux » a publiées, il a quelques années, comment un d'eux, l'un des plus illustres

avait annoté ce passage où Galien comparait l'influence nerveuse, l'influx nerveux, à la lumière du jour qui traverse la vitre sans avoir besoin de conduits, etc. Galien avait, dans son génie, trouvé comme une définition des fluides impondérables.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Jules Simon.

Erysipèle du pharynx et des fosses nasales, érysipèle de la face consécutif. — Guérison.

(Observation rédigée par le Docteur Jules Simon, médecin des hôpitaux, avec le concours de M. Colas, interne de la Charité.)

Si les observations d'érysipèle interne ne sont plus contestables aujourd'hui, grâce aux faits récents dont la science a pu s'enrichir, il n'en est pas moins vrai, cependant, que leur nombre en est encore fort restreint, et que les cas de cette nature offrent, par cette première considération, un sérieux intérêt. — Ce qui attire en second lieu plus particulièrement l'attention du médecin, c'est parfois, comme dans l'observation que je vais relater, la marche bizarre et le début insidieux de l'érysipèle interne.

J'ai lu en 1864 (voir Bulletin de la Société médicale des hôpitaux) l'observation d'un érysipèle interne, grave, terminé par la mort, et dont l'autopsie a révélé la propagation dans la cavité buccale, dans le pharynx, sur la muqueuse du larynx et des bronches. — Dans cette circonstance, l'érysipèle avait eu pour point de départ les téguments de la face et du cou. — Dans la nouvelle observation d'érysipèle interne que je transcris ici, l'inflammation fixée dès le début au pharynx, a promptement gagné les fosses nasales pour s'étendre ensuite sur l'orifice du nez et la face elle-même. Voici, d'ailleurs, l'exacte évolution des symptômes :

Le 23 juin 1867, un infirmier du nom d'Hippolyte T..., âgé de 26 ans, entre salle Saint-Félix, n° 20, pour un violent mal de gorge accompagné de fièvre et de courbature générale. — C'est la première fois qu'il est atteint d'une affection semblable. — Dans ses antécédents, ce malade accuse une fièvre continue survenue à l'époque de son enfance, et dans ses dernières années (il y a trois ans environ), un chancre et des manifestations cutanées dont la nature syphilitique ne peut être révoquée en doute. — Des taches cuivrées, disséminées sur les deux jambes, sont encore là pour le témoigner. — C'est dans ces conditions, et jouissant en apparence d'une excellente santé, qu'il fut pris de douleurs à la gorge et de fièvre le 23 juin au soir, sans cause appréciable, sans s'être préalablement exposé au froid.

Le lendemain 24, le malade est anxieux, se plaint de douleur exacerbante au pharynx, que l'ingestion des liquides augmente très-notablement. — L'examen de l'isthme du gosier et de la gorge permet de constater une rougeur vive, mais diffuse, s'étendant depuis les piliers du voile du palais jusqu'à la face postérieure du pharynx où elle est plus accentuée. — Non-seulement la muqueuse de ces régions n'est point couverte de fausses membranes ni de produits pultacés, mais encore elle présente un aspect lisse et brillant. Loin d'être exagérées, les sécrétions muqueuse et salivaire semblent taries. — A droite, un ganglion sous-maxilaire offre une légère augmentation de volume.

L'auscultation ne révèle rien d'anormal du côté des voies respiratoires. — Mais l'état général paraît profondément atteint. — L'abattement est extrême, la peau est brûlante, le pouls bat 100 à 110 fois par minute, le sommeil est nul, l'appétit perdu, et la soif excessive.

La bénignité apparente des symptômes locaux en présence d'une réaction générale si intense, m'avait frappé tout d'abord, et je fis remarquer que le nom d'angine inflammatoire simple ne pouvait répondre à un appareil symptomatique de cette importance, qu'il fallait le rattacher à une fièvre éruptive, la scarlatine de préférence, malgré l'absence de produits pultacés.

— Le 25, la physionomie du malade et de la maladie est totalement modifiée. Toute la partie centrale de la face est tuméfiée et bouffie. En outre, sur le nez et les orifices nasaux existe un érysipèle facile à reconnaître. — La peau de cette région, rouge, chaude, tendue, douloureuse, est circonscrite par le bord festonné qui en forme le principal caractère. — On constate, en outre, un grand nombre de petites phlyctènes irrégulièrement disséminées au pourtour des orifices des fosses nasales. — Le malade raconte qu'il ne portait aucune écorchure en ce point, et l'examen attentif que je pratique à cet égard ne me permet pas d'en distinguer le moindre vestige. — Cette nappe érysipélateuse offre un diamètre de cinq à six centimètres, dont l'orifice des fosses nasales présente le maximum d'intensité. Enfin il est facile, en plongeant le regard dans cette cavité, de suivre la continuité de l'inflammation cutanée sur la muqueuse des cornets et des méats.

Quant à la rougeur de la muqueuse pharyngée, « elle a sensiblement diminué; » les piliers antérieurs seuls sont encore fortement colorés, mais le reste de la gorge n'offre plus à l'œil une coloration aussi vive. Pas de sécrétion morbide ni salivaire. La langue est seulement blanche et couverte d'un enduit saburral.

Le ganglion maxillaire droit demeure toujours douloureux et tuméfié.

Pendant que les symptômes locaux ont présenté ces particularités, l'état général est devenu plus inquiétant. — Le malade a été agité toute la nuit sans pouvoir goûter un instant de repos; et, depuis onze heures du soir, il ne cesse d'être tourmenté par des alternatives de subdelirium et d'abattement profond. La peau est très-sèche, brûlante, le pouls conserve sa fréquence, cent dix pulsations.

Le soir, le délire s'exaspère, la fièvre devient plus accentuée, et l'érysipèle s'étend sur la face des deux côtés, atteint les oreilles, et en bas et en haut il gagne la région sourcilière et sous-mentonnière.

Le 26, *troisième jour de la maladie*, le délire a continué toute la nuit et persiste encore ce matin au moment de la visite. Le malade prononce des mots incohérents, répond par des mots monosyllabiques.

Les lèvres sont agitées d'un tremblement continuel.

La respiration, qui jusqu'ici était restée normale, est anxieuse. — Le nombre des mouvements respiratoires s'élève à quarante-huit par minute. De temps en temps le malade est pris d'une toux sèche, sans que les moyens d'investigations fournis par l'auscultation et la percussion puissent trahir aucune lésion morbide appréciable.

La peau est toujours brûlante; le pouls, ample et dur, bat cent vingt pulsations.

— Quant à l'érysipèle, il s'étend de jour en jour. A présent, il gagne sur les côtés les deux oreilles, en bas la partie supérieure du cou; en haut le front, en s'arrêtant toutefois au cuir chevelu qu'il a respecté. Au niveau du nez, l'intensité diminue, aux vésicules, ont succédé des croûtes impétigineuses qui en obstruent les deux orifices, de manière à suspendre complétement le passage de l'air. La conjonctive est fort injectée, et recouverte d'une sécrétion muqueuse et gluante.

— Le pharynx n'offre plus de coloration pathologique. — La luette seule reste rouge et gonflée; l'isthme, les piliers sont dégagés. Il y a toujours absence de sécrétion morbide. La langue, blanche au centre, est rouge aux bords et à la pointe, les dents sont fuligineuses. L'inappétence reste complète bien entendu, et le ventre, plat dans toute son étendue, n'est point douloureux. — Pas de diarrhée; le foie est légèrement augmenté de volume, les urines sont rares et rouges.

Jusqu'ici le traitement suivi avait consisté, le premier jour, en éméto-cathartique (ipéca et tartre stibié) et extrait thébaïque, le soir à 0,05; le deuxième jour, un purgatif et la pilule d'opium le soir. Cette médication, comme on le voit, n'avait produit aucun amendement, et comme le délire au troisième jour était incessant, que les yeux étaient fortement vascularisés, qu'il existait, en somme, plutôt une congestion cérébrale produite par l'extension de l'érysipèle sur la tête, qu'un simple délire nerveux, et que d'ailleurs j'avais vu mourir les malades arrivés à ce degré d'anxiété et de perversion de toute fonction, je prescrivis une saignée de 500 grammes, mettant en parallèle, bien entendu, aussi bien les chances de phlébite dans le cours de l'érysipèle, que celles de la mort qui me paraissait possible dans un temps très-rapproché. La prescription de cette émission sanguine fut de ma part l'objet d'une sérieuse attention et d'une méticuleuse observation.

La saignée, plusieurs fois tentée sur le bras droit, ne put être pratiquée de ce côté. Elle fut pratiquée, au contraire, sans difficulté sur le bras gauche. Le caillot, reposé, était épais et fibrineux.

Quelques heures après la saignée survient une notable amélioration. Au délire succède un calme complet, et le malade répond avec intelligence et à toutes les questions qu'on lui adresse.

Le pouls perd de son ampleur et de sa résistance, et tombe à 100 pulsations.

Tel est le résultat immédiat produit par cette émission sanguine.

Le 27 juin, quatrième jour de l'éruption. Il devenait évident que l'érysipèle avait été avantageusement modifié. Bien qu'il se fût étendu au cuir chevelu et à la partie postérieure du cou, il s'éteignait désormais sur toute la face, et la gorge n'en présentait plus aucune trace.

En outre, l'ensemble des symptômes était plus rassurant. Le délire n'était point revenu, la nuit avait été bonne ; et ce matin, si le pouls reste à 110 pulsations, la peau, cependant, est moins sèche, et moins chaude, la respiration moins accélérée; le nombre des mouvements respiratoires ne dépasse pas trente-six à la minute. Aucun symptôme du côté de l'abdomen. Mais une dernière complication devient imminente, et ne cesse de me préoccuper. La plaie faite à la veine du bras, je devrais dire aux veines du bras, sera-t-elle suivie de phlébite, comme on l'a vu dans de pareilles conditions? Cette pensée est d'autant plus fondée que, ce même 27 juin, les deux incisions brachiales sont bordées d'un liseré rouge, douloureux et légèrement tendu.

Un purgatif salin, prescrit la veille, n'ayant amené aucune évacuation, le malade prend ce matin deux gouttes d'huile de croton, et dans la journée une potion éthérée et musquée.

Le 28 juin, cinquième jour de l'éruption. Le purgatif a violemment opéré, et il en résulte une détente qui est définitivement rassurante. Point de délire, intelligence nette, sommeil, la température de la peau normale, le pouls descendu à 96, appétit; la langue est excellente, respiration vingt-quatre à la minute.

L'érysipèle effacé sur le visage est encore confiné dans les régions de la nuque et du cou; mais il ne présente plus de vives douleurs. Rien à la gorge. L'auréole brachiale est moins apparente, et la douleur s'atténue.

Le 29 juin, sixième jour de l'éruption. Depuis ce moment jusqu'au 2 juillet, époque de la complète disparition de l'érysipèle, l'observation n'offre plus d'intérêt. Les plaies des bras sont guéries, et, à part quelques furoncles survenus dans les premiers jours de juillet, je n'ai plus eu à constater qu'une dégradation successive des derniers vestiges de l'appareil fébrile.

Le 17 juillet, le malade est parti pour Vincennes, complétement guéri.

Que de questions ne soulève pas cette seule observation : comment préciser le diagnostic dès le début? Étant donnée une inflammation diffuse de la muqueuse pharyngée, accompagnée d'une trop vive réaction pour la ranger dans le groupe des inflammations pures et simples, pourra-t-on la rattacher immédiatement à une fièvre éruptive ou à une érysipèle interne? La couleur rouge, cramoisie, les petites saillies de la muqueuse, les produits pultacés des amygdales permettent, sans nul doute, de plus spécialement songer à la scarlatine. — Et encore, cette éruption, dans des cas tout à fait exceptionnels, il est vrai, peut ne point apparaître au bout de vingt-quatre heures, son heure réglementaire. (J'ai vu, dans un concours du bureau central, un malade atteint d'angine scarlatineuse, dont l'éruption n'apparut qu'au sixième jour.)

Quant aux caractères propres de l'érysipèle du pharynx, je ne saurais les préciser. — Ce qu'on a dit des vésicules sur l'isthme du gosier n'est point la règle, et la diffusion, la violence de la rougeur de la muqueuse ne peuvent suffire à la distinguer. — Cette pénurie de signes particuliers et son peu de fréquence excuseront de n'y pas songer. — Reste un dernier point : La saignée a joué vraiment le rôle du *Deus ex machina*, elle a été héroïque. — Mais cette bonne fortune doit-elle faire oublier les malheurs qui en ont suivi son emploi dans des cas analogues si non identiques? Je ne le crois pas. — En pareille occurrence, l'observation, si fidèle qu'elle soit, ne peut reproduire dans tout son jour le terrible problème que le médecin doit résoudre. — Cette énorme difficulté dépend de cette grande inconnue, à savoir :

Le malade, que je croyais perdu en le comparant à mon autre observation d'érysipèle interne terminé par la mort, était-il réellement arrivé à ce degré de perturbation profonde (120 pulsations, 48 respirations, délire, prostration alternant, etc., etc.), où la vie n'est plus possible sans le secours d'une violente médication, ou bien cette affection aurait-elle dû céder à une révolution énergique opérée sur les voies digestives? — Bien que j'aie pensé le contraire ici, je n'ai point la prétention d'imposer mon jugement, et je livre ce fait à la méditation des observateurs.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG. — M. Sédillot.

Luxation en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième. — Mort au bout de 23 heures. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. Gross, premier interne.)

Le nommé A... François, âgé de 47 ans, batelier, entre à la clinique le 9 mai 1867. — Constitution robuste, tempérament sanguin, aucune maladie antérieure.

Le 8 mai, à 8 heures du soir, cet homme rentre chez lui en état d'ivresse, et tombe d'une hauteur de 1 m. 50 dans une cave, d'où il est relevé et porté sans connaissance sur son lit. Il ne conserve, en reprenant ses sens au bout d'une heure, aucun souvenir de son accident. Paralysie complète de la sensibilité et du mouvement. Urines et selles involontaires. Insomnie pendant la nuit.

Dans la journée du lendemain (9 mai), le malade entre à la clinique de M. le professeur Sédillot, et est couché au n° 22 de la salle 105.

Les principaux symptômes alors constatés sont : décubitus dorsal; immobilité absolue, intelligence libre, réponses très-nettes et très-lucides à toutes les questions, la face est rouge, la peau chaude et halitueuse, 120 pulsations, 32 inspirations. Le thorax est immobile et le diaphragme seul entretient l'acte respiratoire. La sensibilité cutanée, comme la motilité, est anéantie dans les quatre membres et sur le tronc. Elle existe à la face, au cou, à la partie supérieure du tronc et des épaules, elle ne dépasse pas une ligne partant des apophyses coracoïdes et passant à 8 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure du sternum. Cette limite peut être très-exactement tracée à l'aide d'une épingle qui n'est plus sentie plus bas. La déglutition n'est pas gênée; le ventre est ballonné. Les organes des sens sont restés intacts. Pas de symptômes cérébraux.

Les mouvements de rotation de la tête sont assez faciles ; ceux de flexion et d'extension, essayés avec de grandes précautions, sont possibles mais douloureux. La région de la nuque est fortement gonflée; les apophyses épineuses des vertèbres cervicales ne peuvent être senties, et la pression ne révèle pas de crépitation. En explorant la paroi postérieure du pharynx à l'aide du doigt, introduit profondément par la bouche, on constate, en l'enfonçant aussi bas que possible, une saillie transversale assez marquée.

M. le professeur Sédillot diagnostique une luxation de la troisième vertèbre cervicale en arrière, ou de la quatrième en avant, avec compression de la moelle, et procède à 4 heures du soir à la réduction.

Le malade est porté à la salle des opérations et couché par terre sur un matelas. Une serviette, pliée en long, est passée derrière la nuque, et les deux chefs en sont croisés sous le menton, ramenés de chaque côté du sommet de la tête, et tirés dans le sens de l'axe du corps par M. le docteur Cochu et par moi. MM. Ferry et Flamarion, externes du service, pratiquent la contre-extension en fixant les épaules.

Plusieurs tentatives sont faites. Pendant leur exécution, on perçoit nettement deux craquements; un premier, qu'on ne produit qu'une seule fois, ressemble à un craquement articulaire, par frottement de deux surfaces articulaires l'une contre l'autre; un deuxième bruit, qu'on entend plusieurs fois, est une crépitation osseuse, révélant une complication de fracture. D'autres bruits sont encore perçus; il suffit de les signaler pour montrer qu'il n'y a pas eu de confusion possible. Ce sont des craquements produits les uns par les dents, les autres par la serviette qui se déchirait sous l'influence des tractions. — Après la troisième ou quatrième manœuvre, un bruit plus marqué fut entendu par tous les assistants, et le malade annonça qu'il se trouvait très-notablement soulagé. La respiration lui parut plus libre et la douleur diminuée.

Il fut replacé dans son lit, la tête soutenue avec soin sur des coussins et des oreillers. M. Sédillot lui recommanda d'éviter toute espèce de mouvement de la tête, qui devait être maintenue dans une immobilité absolue.

Malheureusement, au bout d'un quart d'heure environ, le malade remua; un craquement, assez fort pour être distinctement perçu par ses voisins, eut lieu et, à partir de ce moment, la respiration devint de plus en plus difficile et le malade expira deux heures plus tard.

Autopsie faite 24 heures après la mort. Le cadavre est couché sur la partie antérieure du corps et les téguments de la nuque sont incisés longitudinalement. Sous la peau et entre les muscles de la région, infiltration considérable de sang.

On extrait la portion cervicale du rachis, en désarticulant d'une part l'atlas et l'occiput, en sciant d'autre part la colonne dans l'épaisseur de la sixième vertèbre.

La dissection de la pièce montre ce qui suit : entre la quatrième et la cinquième vertèbre cervicale se trouve une solution de continuité ; la quatrième vertèbre est luxée en avant de la cinquième qu'elle dépasse d'environ un centimètre. La longue bande ligamenteuse antérieure est déchirée. Les capsules ligamenteuses réunissant les apophyses articulaires des deux vertèbres sont également rompues. L'apophyse transverse droite de la cinquième vertèbre est fracturée ; elle est divisée de haut en bas et de dedans en dehors en deux fragments, l'un adhérent à la vertèbre, l'autre libre. Le fragment détaché a blessé l'artère vertébrale droite. Cette artère montre une déchirure dans la moitié interne de sa circonférence. La branche nerveuse qui sort par le trou de conjugaison formé entre la cinquième et la sixième vertèbre est également blessée.

En arrière, les arcs des deux vertèbres luxées sont entièrement séparés l'un de l'autre ; on peut très-facilement introduire le doigt dans le canal rachidien en passant entre les deux apophyses épineuses. Les ligaments postérieurs des apophyses articulaires sont déchirés. La cinquième vertèbre fait saillie en arrière.

En ouvrant le canal rachidien après avoir scié les arcs vertébraux à leur point de jonction avec les corps des vertèbres, on constate : à gauche une éraillure de la dure-mère par laquelle le tissu médullaire fait hernie. La dure-mère fendue sur la ligne médiane laisse voir la moelle ramollie sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. Une incision médiane et longitudinale montre le tissu médullaire broyé et réduit en une masse rougeâtre.

Nous empruntons aux leçons faites par M. le professeur Sédillot, sur ce sujet, diverses considérations qui nous paraissent d'un grand intérêt pour l'histoire des luxations et des fractures des vertèbres.

On a pu remarquer combien le diagnostic très-positif sur la question d'une luxation et d'une fracture, était resté incertain sur celle du sens dans lequel le déplacement s'était produit. En d'autres termes, la saillie antérieure de la quatrième vertèbre cervicale était-elle la conséquence d'une luxation en arrière des trois premières vertèbres cervicales ou de la luxation en arrière de la cinquième vertèbre, les quatre premières étant restées régulièrement superposées et intactes.

Le problème était important, car sa solution impliquait l'indication de faire basculer la tête d'arrière en avant dans le premier cas, ou de la pousser en arrière dans le second cas ; mouvements complétement opposés, et qui pouvaient entraîner la mort par déchirure de la moelle, s'ils étaient exécutés dans le sens de la luxation. Supposons, en effet, que l'on eût eu sous les yeux une luxation en arrière des trois premières vertèbres cervicales et qu'on eût tenté de les repousser vivement en avant, pendant l'extension on eût exagéré la luxation de la quatrième vertèbre qui existait réellement et la moelle déjà comprimée eût été rompue. Si, au contraire, on eût porté violemment la tête en arrière, alors que le déplacement des trois premières vertèbres cervicales aurait eu lieu dans ce sens, on déterminait une exagération de la luxation tout aussi funeste, qui eût également entraîné la mort, par destruction de la moelle.

On objectera, sans doute, qu'il doit être facile de reconnaître si la saillie de la vertèbre laisse une dépression ou un creux au-dessus ou au-dessous d'elle, de manière à permettre au chirurgien de savoir si c'est la vertèbre supérieure ou inférieure qui est portée en arrière, mais cette constatation est cependant, dans certains cas, impossible et, dans le fait actuel, le diagnostic resta incertain à ce sujet, malgré l'importance qu'on y attachait.

Si la nuque n'eût pas été infiltrée de sang et considérablement tuméfiée, on eût pu, avec le doigt, chercher les apophyses épineuses et distinguer quelle était celle qui faisait saillie, mais cette ressource faisait défaut. M. le professeur Sédillot avait bien eu l'idée de mettre, par une incision, les apophyses épineuses à nu et il trouvait dans cette opération non-seulement le moyen d'assurer le diagnostic, mais encore celui d'agir directement sur les vertèbres pour la coaptation et, plus tard, pour la contention. Il n'osa l'employer cependant par la crainte de tomber dans un foyer hémorrhagique, dû, comme cela fut en effet vérifié, à la rupture d'une artère vertébrale, et la ligature ou le tamponnement d'un vaisseau si profond et si voisin de la moelle eussent été très-difficiles et très-dangereux.

Quelle était la conduite à tenir dans de pareilles circonstances ? M. Sédillot se décida à tirer la tête directement en haut, comme plusieurs chirurgiens l'ont déjà tenté, et il espérait ainsi réduire le déplacement quel qu'en fût le sens, sans risquer d'aggraver l'état du malade. Nous relaterons, en passant, les doutes qui surgirent dans l'esprit de quelques médecins sur la possibilité, admise par M. Sédillot, de toucher, avec le doigt introduit dans le pharynx, le corps de la quatrième et de la cinquième vertèbre. On se transporta à l'amphithéâtre pour vérifier le fait qui fut reconnu vrai, mais on ne fut pas peu surpris de trouver, sur deux sujets examinés, deux saillies très-prononcées du corps de la première et de la quatrième vertèbre cervicales. Sur une jeune femme, morte phthisique, cette dernière saillie était si remarquable qu'on voulut en savoir la cause et les particularités, et qu'on enleva les vertèbres pour mieux en étudier les rapports. Mais la dissection ne révéla rien d'anormal, et je me suis promis de poursuivre cette recherche lorsque le temps me le permettra.

Nous ne dirons plus qu'un mot de l'extrême importance de la contention à la suite des réductions. Il est de toute évidence, comme le prouve l'histoire de notre malade, que la rupture complète des ligaments expose à de nouveaux déplacements et que ces déplacements peuvent être mortels. Il faudrait donc fixer la tête et le tronc avec un appareil plâtré pendant au moins quelques jours, dans le cas où la mobilité serait très-grande. Dans « l'Union médicale, » 1862, T. 14, p. 543, on lira l'observation d'une luxation unilatérale incomplète droite, de la sixième vertèbre cervicale, par le docteur Notta.

On trouvera dans la « Gazette médicale de Paris, » (1863, p. 804), l'histoire d'une luxation avec fracture de la sixième vertèbre cervicale. Aucune tentative de réduction. Mort. (Erichsen. « Journal de Saint-Pétersbourg. »)

La « Gazette des hôpitaux » (1864, p. 318.) a cité le cas d'une luxation latérale des deuxième et troisième vertèbres cervicales, réduite avec succès par M. Demarquay.

M. le professeur Richet a présenté à la Société de chirurgie en 1864, deux exemples de luxation de la portion cervicale du rachis.

On lit dans la « Gazette des hôpitaux » (1866, p. 409) l'observation d'une luxation bilatérale complète en avant de la sixième vertèbre cervicale sur la septième, par le docteur Richon, attaché à un des hôpitaux militaires de Rome, sous les ordres de M. le docteur Leroy. La réduction fut impossible, et le malade succomba le soixante-dixième jour.

La « Gazette hebdomadaire » rend compte, dans le n° 14 (1865), d'un certain nombre de cas de luxation des vertèbres cervicales communiqués à la Société de médecine de Vienne, par le professeur Schuh (Oesterreichische Zeitschrift fur praktische Heilkunde, n° 5, 1865.) — Dans le n° 24 (1865), le même journal rapporte une luxation unilatérale de la cinquième vertèbre sur la sixième, réduite par M. le docteur Parisot. Guérison le dix-septième jour.

M. le médecin-major Baunis, répétiteur à l'Ecole militaire de santé de Strasbourg, a rendu compte d'une luxation latérale complète du cou, réduite par M. Martini (« Gazette médicale de Paris, » 1866, p. 386, ex Wochenblatt der Zeischrift, der K. K. Gesellchaft, der Aertzezie Wien.)

Beaucoup d'autres exemples de luxation des vertèbres cervicales ont été recueillis ; nous en avons rappelé un assez grand nombre, qui montrent combien l'histoire de ces lésions est difficile et obscure. Ce sera notre excuse d'être entré dans de si grands détails à l'occasion du fait qu'il nous a été donné d'observer.

REVUE THERAPEUTIQUE

Note sur l'emploi en médecine de la liqueur de goudron de Guyot

par M. le Dr Van Holsbeek, rédacteur en chef du journal *l'Électricité médicale.*

L'emploi du goudron remonte à une date déjà respectable. Nous devons à Berkeley, évêque de Cloyne, en Angleterre, la découverte de ce précieux agent de guérison. Cet intrépide missionnaire s'embarqua à la fin du dix-huitième siècle pour Rhode-Island. Le navire qui l'avait à son bord, retenu longtemps par un calme plat au milieu de l'Océan, fut atteint par une épidémie terrible qui décimait impitoyablement les gens de l'équipage. Quelques-uns des plus malades, étendus à fond de cale, dévorés par une fièvre atroce, tourmentés par une soif ardente, eurent l'idée de se désaltérer avec l'eau qui séjournait sur les parties goudronnées du vaisseau. Bien leur en prit, car tous ceux qui, surmontant leur répugnance, burent de cette eau salutaire, furent rapidement guéris. Berkeley, en habile et profond observateur, avait compris aussitôt que c'était à l'eau de goudron que les matelots devaient leur salut. Il en but lui-même abondamment et fut préservé de la contagion. Pendant sa mission en Amérique, le savant évêque expérimenta d'une manière incessante ce baume bienfaisant, et, à son retour en Europe, il s'empressa d'en préconiser l'usage, et d'en publier les vertus dans un livre extrêmement intéressant qui porte pour épigraphe : « Pendant que nous avons le temps, faisons du bien à tous ! » et pour titre : « Syrie, ou Recherches sur les vertus admirables de l'eau de goudron. »

Jusqu'à ce jour, le goudron a été administré sous la forme d'eau, de sirop, de dragées, de capsules et de globules. Mais toutes ces préparations, dont quelques-unes sont d'un prix très-élevé, ont le grand inconvénient d'être d'un dosage difficile, souvent impossible, et d'introduire dans l'économie des substances étrangères, le sucre et la gélatine.

M. Guyot, pharmacien à Paris, vient de rendre un service réel à la médecine, en préparant une solution de goudron concentrée et titrée : concentrée, de manière à pouvoir augmenter progressivement, ou préparer une eau plus ou moins chargée de goudron, suivant les affections pour lesquelles on l'emploie ; titrée, de manière à avoir toujours le même dosage et une eau de goudron toujours au même titre.

La préparation de goudron de M. Guyot est une préparation sérieuse, que j'ai expérimentée d'autant plus volontiers qu'elle n'a aucune empreinte de charlatanisme et que je connaissais les heureux résultats de l'emploi de l'eau de goudron ordinaire.

Ceci dit, je vais passer rapidement en revue les affections dans lesquelles j'ai eu l'occasion d'employer le goudron de Guyot.

Le goudron est incontestablement un des médicaments les plus recommandables contre les phlegmasies chroniques des membranes muqueuses, ulcératives ou non.

On ne l'emploie pas avec moins de succès dans la dyspepsie, la gastralgie, la névralgie, la néphrite, la rétention d'urine, la diathèse furonculeuse, les affections de la peau et la cachexie scrofuleuse.

Observ. I. — *Bronchite chronique.* — M. D... (de Bruxelles), âgé de 47 ans, sans profession, était atteint, depuis sept ans, d'une bronchite avec expectoration abondante qui avait déterminé un affaiblissement physique considérable. Il se rendait régulièrement en hiver dans le midi et en été dans une ville d'eaux. Fatigué des médicaments, ce ne fut qu'avec peine qu'il se décida à tenter encore l'emploi du goudron. Sous l'influence de ce médicament, les fonctions digestives se réveillèrent rapidement. Dès le cinquième jour, M. D..., qui ne mangeait plus, accusa une légère faim. L'appétit redevint tout à fait bon au bout de quelques jours, et la toux qui, dans le principe, n'avait été que faiblement impressionnée par le goudron, diminua bientôt. Elle était presque nulle au bout de la sixième semaine de traitement, et, à cette époque, l'expectoration avait cessé complétement. La guérison fut radicale après trois mois de traitement. M. D... prend encore du goudron aujourd'hui et jure bien qu'il n'en abandonnera jamais l'usage.

Observ. II. — *Pneumopathie tuberculeuse.* — *Hémoptysie.* — M. Z... (de Bruxelles), âgé de 45 ans, porte depuis quatre ans des tubercules dans les deux poumons, et surtout dans le poumon droit. Il a eu des hémoptysies fréquentes et très-abondantes. L'addition de tous les symptômes observés chez Z... faisait pronostiquer une fin prochaine. Il rencontra l'année dernière, en voyage, un ami qui lui conseilla l'usage du sirop de goudron. A son retour à Bruxelles, il me consulta à cet égard. Je lui conseillai le goudron de Guyot. Ce médicament produisit merveille chez mon malade. Il en prend depuis plus d'un an. Il ne tousse que rarement, n'expectore presque plus ; il mange et dort bien. Je ne prétends pas que le goudron guérira M. Z..., mais il prolongera dans tous les cas son existence. Le goudron maintient en bon état ses forces nutritives et combat la bronchite accompagnant la pneumopathie qui aide, on le sait, si puissamment à l'épuisement rapide du malade.

Observ. III. — *Gastralgie chronique.* — M. R..., négociant à Louvain, âgé de 39 ans, souffrait depuis trois ans de douleurs gastralgiques atroces, d'inappétence et de vomissements. L'affection avait produit un amaigrissement considérable et fait tomber le malade dans une mélancolie profonde. Le goudron eut bientôt raison de la gastralgie. L'appétit avait reparu dès le quatrième jour que M. R... en fit usage. Les forces générales se réveillèrent et le malade reprit sa gaieté d'autrefois. La guérison fut complète après un mois de traitement.

Observ. IV. — *Névralgie chronique.* — M. V..., peintre à Molenbeek-Saint-Jean, âgé de 31 ans, est atteint de névralgie depuis sept mois : douleur vive dans la région lombaire du côté gauche, se propageant dans l'urèthre et accompagnée de la rétraction du testicule du même côté ; spasme général, mouvement convulsif des cuisses, diminution des urines qui sont rouges ; mouvement fébrile. M. V... avait essayé en vain différents médicaments. Je lui ordonnai le goudron de Guyot, trois semaines de traitement suffirent pour donner une guérison radicale.

Observ. V. — *Uréthrite chronique.* — M. W..., âgé de 28 ans, de passage à Bruxelles, d'une constitution lymphatique très-prononcée, était atteint depuis plus de deux ans d'une uréthrite pour laquelle il avait mis vainement à contribution, tant en Angleterre qu'en France et ailleurs, les substances les plus réputées de la matière médicale.

Après un examen minutieux du canal uréthral, où je ne découvris ni ulcération, ni rétrécissement, et avoir prescrit sans succès les injections au permanganate de potasse, au chlorure de zinc et à d'autres sels, je me décidai à l'emploi pur et simple du goudron de Guyot. Il en prit, matin et soir, la valeur d'un petit verre à liqueur. Au bout de cinq jours, l'écoulement, qui était encore fort abondant, diminua d'une manière notable, et, huit jours plus tard, la guérison fut radicale. M. W... continua néanmoins pendant trois semaines encore, mais à une dose moindre, l'emploi d'un médicament auquel il avait pris goût.

Le goudron est employé avec autant de succès dans la leucorrhée et dans la vaginite. Si l'espace ne manquait, je rapporterais ici plusieurs observations extrêmement intéressantes.

Observ. VI. — *Diathèse furonculeuse.* — M. A... (de Bruxelles), âgé de 28 ans, a le corps constamment couvert de furoncles. Il a été prendre les eaux à différentes reprises. Il suit un régime extrêmement sévère. Tout ce qu'il a fait a été en pure perte. Le goudron seul l'a promptement débarrassé de la triste affection dont il souffrait depuis trois ans.

Observ. VII. — *Rétrécissement de l'urèthre.* — *Fausse route.* — *Abcès des bourses.* — M. C..., rentier à Laeken, âgé de 62 ans, souffrait depuis plusieurs années d'un rétrécissement considérable du canal uréthral. On pratiqua le cathétérisme et l'on fit fausse route. Il se déclara un abcès considérable des bourses pour lequel le malade entra à l'hôpital Saint-Jean en 1853. L'abcès guérit incomplétement, et les bourses conservèrent le volume de la tête d'un petit enfant. La cause subsista toujours, le malade ayant refusé de laisser restaurer son canal. A la suite d'une marche un peu longue, l'abcès se reproduisit. Il s'ouvrit spontanément. L'urine s'échappait avec le pus par l'ouverture de l'abcès. Appelé à donner mes soins à M. C..., je fus assez heureux pour ramener l'écoulement des urines par le canal. J'administrai le goudron à l'intérieur et j'en pratiquai des injections dans les clapiers purulents. Après quatre mois de traitement, la guérison fut radicale. Il ne reste plus aujourd'hui qu'un léger engorgement des testicules pour lequel

M. C... pratique des frictions iodées et prend à l'intérieur l'eau d'Adélaïde.

Je crois inutile de multiplier les observations. Voici comment j'administre le goudron.

A l'intérieur, je le donne pur quand le malade n'en éprouve pas une grande répugnance. Dans tous les cas précités, je le fais prendre à la dose d'un petit verre à liqueur, le matin et le soir, un quart d'heure avant les repas.

A l'extérieur, je l'administre en fumigations, en lotions et en injections.

Je me trouve bien des fumigations de goudron, en même temps que je le fais prendre à l'intérieur, surtout dans les laryngites chroniques. A cette fin, je me sers des appareils pulvérisateurs de MM. Charrière et Mathieu.

J'ai souvent recours aux lotions de goudron dans les affections de la peau et du cuir chevelu, dans l'eczéma, le pityriasis et la teigne ; et je les emploie fréquemment dans la gale, après le traitement ordinaire.

Je fais un grand usage des injections de goudron dans les otorrhées, les uréthrites, les vaginites et les catarrhes chroniques de la vessie. J'associe quelquefois l'amidon au goudron pour les injections à pratiquer dans l'urèthre ou le vagin, et j'en obtiens des succès extrêmement encourageants.

Je dirai enfin, pour terminer cette note déjà trop longue, que le goudron de Guyot est employé avec succès comme antiseptique et désinfectant dans le pansement des plaies, des ulcères et des eschares, et qu'il est préférable au coaltar et à l'acide phénique, dont l'application présente souvent de grandes difficultés.

L'usage habituel et quotidien de l'eau de goudron à l'intérieur, comme boisson mêlée avec le vin aux repas, est très-recommandable chez les convalescents et les personnes faibles, constitue un excellent préservatif contre un grand nombre de maladies, et présente, je l'ai pu constater l'année dernière, des avantages réels en temps d'épidémie.

(*Le Scalpel.*)

COURS DE LA FACULTÉ.

Voici le programme des cours de la Faculté de médecine de Paris, pendant le semestre d'hiver.

Physique médicale. — M. Gavarret. — (Chaleur, électricité, lumière.) Mercredi, vendredi, à midi. (Applications biologiques.) Lundi, à 5 heures.

Pathologie médicale. — M. Axenfeld. — (Maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire.) Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Anatomie. — M. Jarjavay. — (Partie sous-diaphragmatique du corps humain.) Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Lasègue. — Philosophie médicale. Hérédité. — Maladie des âges. — Des agents physiques en thérapeutique.) Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures.

Chimie médicale. — M. Wurtz. — (Chimie générale.) Mardi, samedi, à midi. (Chimie biologique. Phénomènes chimiques de la nutrition. Étude chimique des sécrétions.) Vendredi, à 5 heures.

Pathologie chirurgicale. — M. Richet. — (Maladies chirurgicales par région.) Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Opérations et appareils. — M. Denonvilliers. — (Les amputations et les ligatures.) Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Histologie. M. Robin. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Les cours de clinique ont été et seront indiquées à mesure de leur ouverture.

— La Société de médecine de Versailles avait mis au concours la question suivante :

« Du service médical des pauvres en France, tant en ville qu'à la campagne, et de la façon dont il devrait être établi pour répondre à la fois aux nécessités des malheureux indigents et aux exigences légitimes des médecins. »

Parmi les nombreux mémoires envoyés, le prix a été décerné à M. le Dr Gyoux, à Saint-Jean d'Angély (Charente-Inférieure); et deux médailles ont été votées à MM. les docteurs Heustard-d'Arcy, à Clamecy (Nièvre), et Houlis, à Sorèze (Tarn).

Les mémoires non couronnés peuvent être réclamés chez M. le secrétaire général, Randon du Landre, avenue de Saint-Cloud, 36.

Erratum. — Dans notre revue clinique de samedi, p. 532, seconde colonne, au lieu de « palmaire *entamé* » lisez « palmaire *cutané.* »

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le Dr A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la Marine. — Le treizième demi-volume (le 1er du tome septième) vient de paraître aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin. — Il contient les principaux articles suivants : Astragale, par M. Léon Labbé; Astringents, par M. Delioux de Savignac; Ataxie musculaire, par M. Potain; Ataxie locomotrice progressive, par M. Axenfeld; Atlas, par M. F. Guyon; Atmosphère, par M. Gavarret; Atrophie, par M. Ball; Atropine, par M. Gubler; Attitude, par M. Bouvier; Auscultation médicale, par MM. Barth et Roger; Auscultation obstétricale, par M. Depaul; Australie, par M. Bertillon; Autoplastie, par M. Verneuil; divers articles de botanique, par M. Baillon; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. — Prix du demi-volume : 6 fr. — Paris, 1867, P. Asselin et V. Masson et fils.

Leçons de pathologie expérimentale, par le professeur Germain Sée, médecin de l'hôpital Beaujon.

Du sang et des anémies, leçons recueillies par le docteur Maurice Raynaud, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Deuxième tirage 1867, 1 vol. in-8., cartonné à l'anglaise, 6 fr. — Paris 1867, P. Asselin.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd.

(1776) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 136. — JEUDI 21 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 21 NOVEMBRE 1867. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 20 NOVEMBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

La séance a été occupée tout entière par les rapports officiels de fin d'année, rapports annuels sur les épidémies et sur les eaux minérales, rapports de prix (prix Barbier, prix Amussat et prix Godard). Tous ces rapports ont été lus en séance publique ; les conclusions seront présentées en comité secret dans la prochaine séance. Il y aura, en outre, mardi prochain, comité secret pour la discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne ; élection dans la séance suivante ; puis séance publique annuelle. La suite de la discussion sur la tuberculose se trouve ainsi indéfiniment ajournée. Les orateurs inscrits auront le temps de fourbir leurs arguments ; qui sait, si d'ici là, la réflexion, et surtout la lecture de l'excellent ouvrage que vient de publier M. Villemin sur ce sujet, n'auront pas modifié leurs opinions, et, d'adversaires qu'ils eussent été peut-être, n'en auront pas fait des partisans de la doctrine nouvelle ?

En attendant que l'événement vienne nous édifier à cet égard, nous profitons des loisirs que nous laisse l'Académie pour mettre quelques extraits analytiques de ce remarquable travail sous les yeux de ceux de nos lecteurs qui ne l'ont point encore à leur disposition.

Dr BROCHIN.

Question de la tuberculose. — Réponse à quelques-unes des objections faites à l'inoculabilité.

Nous ne voulons emprunter, pour le moment, au livre de M. Villemin (1) que ce qui est relatif seulement à la question de la spécificité et de l'inoculabilité, actuellement débattue à l'Académie de médecine et dans la presse médicale. Il serait superflu de rappeler ici le manuel des expériences et leurs résultats immédiats. Tout cela a été exposé et est connu de tous. Nous ne relèverons que les réponses faites aux principales objections qui ont été opposées aux déductions que M. Villemin a cru pouvoir tirer de ces expériences.

La première objection a porté sur le choix de l'animal qui a été le sujet des expériences. Le lapin, a-t-on dit, est trop souvent tuberculeux naturellement pour servir à des expériences sur la tuberculose. M. Villemin conteste cette fréquence dont il n'est témoigné ni par les médecins vétérinaires, ni par les physiologistes, qui usent si largement de cet animal dans leurs expériences. Ce qui a pu faire admettre, suivant lui, la fréquence de la tuberculose chez les lapins, c'est l'existence presque constante chez ces animaux, de lésions qui ont plus ou moins de ressemblance avec le tubercule, tels que les nodules grisâtres, jaunes et caséeux qu'on rencontre dans le foie, et qui sont dus à la présence de cette substance connue sous le nom de « corps oviformes, » les poches cystiques contenant souvent une matière blanche crayeuse, que l'on a assimilée à « la matière tuberculeuse. » Quant au motif du choix des lapins pour ces expériences, il a été motivé précisément sur l'aptitude de ces animaux à contracter spontanément la tuberculose, condition « sine quâ non » du succès de l'inoculation.

Plusieurs observateurs ont nié, dans le principe, l'inoculabilité de la tuberculose, en se fondant sur l'insuccès de leurs propres tentatives. Il est clair que ces insuccès partiels ne prouvent rien en présence de succès nombreux et bien constatés, si ce n'est que les expériences n'ont probablement pas été accomplies dans des circonstances identiques.

Mais voici une objection plus sérieuse, qui nous avait frappé nous-même dès l'origine de ces débats, comme elle avait dû frapper tout le monde, et qui a fourni l'un des arguments principaux de la thèse si brillamment soutenue par M. Chauffard ; c'est l'identité des résultats obtenus au moyen de l'inoculation de produits histologiques différents. L'importance de cette objection est telle, qu'ici nous nous croyons obligé de reproduire textuellement la réponse qu'y fait M. Villemin :

« 1° On a inoculé le tubercule infiltré, en lui donnant le nom de pneumonie catarrhale, caséeuse, disséminée ou chronique, et l'on a obtenu des résultats analogues à ceux que donne le tubercule sous forme de granulation. Mais il ne suffit pas de changer le nom d'un produit pathologique pour en changer la nature. Nous avons démontré anatomiquement et cliniquement que cette soi-disant pneumonie était bel et bien une lésion tuberculeuse, et il n'y a pas lieu, par conséquent, de s'étonner que son inoculation produise indifféremment ou des granulations ou des masses infiltrées, tout comme la granulation elle-même. Nous avons nous-même établi une série d'expériences dont les résultats confirment précisément les interprétations que nous avons données touchant cette forme anatomique du tubercule.

» 2° D'autres produits pathologiques, provenant de sujets non tuberculeux, auraient amené quelques granulations, au dire de quelques personnes. Mais cela serait arrivé à des expérimentateurs qui ont déclaré avoir rencontré très-souvent des tubercules spontanés chez les lapins dont ils se sont servis ; ce qui tend à faire croire qu'ils ont pris les pseudo-tubercules du foie de ces animaux pour des lésions ressortissant à la tuberculose. Et comme il y a bien peu de lapins qui n'aient pas de ces altérations, la méprise a dû être fréquente.

» 3° Enfin, on a voulu amoindrir la valeur de notre découverte en nous opposant certaines expériences qui n'ont absolument rien de comparable, ni dans leur « modus faciendi, » ni dans leurs effets ; nous voulons parler des expérimentations diverses, au moyen desquelles on a déterminé des embolies ou des coagulums dans les petits vaisseaux du poumon, suivis de petits infarctus ou de noyaux de pneumonies mécaniquement provoquées.

» Il y a déjà longtemps que M. Cruveilhier avait fait naître des lésions pulmonaires circonscrites, imitant les tubercules, en injectant du mercure dans les bronches. MM. Cornil et Trasbot sont arrivés à des résultats semblables en injectant dans la trachée des chevaux de l'essence de térébenthine ou de la poudre d'euphorbe ; M. Béhier avait produit quelque chose d'analogue en injectant de la graisse dans les veines auriculaires des lapins. M. Damaschino a obtenu les mêmes résultats en introduisant, dans les veines jugulaires, des graines d'un certain volume. Par un autre mécanisme, M. Denkowsky a produit des coagulums qui ont été suivis des mêmes effets que les embolies. Enfin, M. Lebert a reproduit à peu près toutes les conditions que nous venons d'indiquer, en injectant des poussières dans les bronches et les vaisseaux. Il a aussi injecté du pus, que l'on sait agir de même dans les capillaires du poumon. Mais qu'y a-t-il de commun entre ces lésions locales, mécaniques, et cette infection générale de l'organisme, survenant après l'inoculation et amenant la mort par le marasme ? Peut-on comparer l'injection de substances pulvérulentes dans les bronches et les veines à une inoculation, c'est-à-dire au dépôt, dans une plaie qui ne saigne même pas, d'une parcelle de substance pathologique ? »

On a fait un reproche à M. Villemin, M. Colin, le rapporteur de son premier Mémoire, lui a reproché d'avoir créé, d'un seul coup, deux difficultés : la première, qui est d'établir l'existence du principe virulent ; la seconde, d'expliquer comment il engendre la matière tuberculeuse. A cela, M. Villemin répond qu'il n'est pas plus possible d'expliquer comment le virus tuberculeux engendre le tubercule, que de dire comment le virus syphilitique produit la gomme et le virus morveux la glandulation morveuse. Quant à la démonstration de l'existence de ce principe morbide, elle ne peut consister, comme celle de tous les virus, que dans l'inoculation elle-même. Or, toutes les conditions auxquelles on reconnaît généralement les virus, sont applicables à la matière tuberculeuse. « Quelle que soit l'explication qu'on donne du fait, il faut se résigner à l'admettre, et ranger la tuberculose parmi les affections dont on attribue l'existence à un germe morbide capable de se multiplier dans l'économie, et que, pour cette raison, on a appelées « maladies zymotiques. »

Du fait de l'inoculabilité et de la spécificité, une fois admis, — nous aurons à examiner, plus tard, jusqu'à quel point il doit être définitivement accepté ; il ressort une foule de conséquences des plus importantes et qu'il serait du plus grand intérêt de suivre, pour l'étude de tous les éléments et de toutes les conditions de l'étiologie de l'affection tuberculeuse, et de sa prophylaxie. Nous reprendrons quelques-uns de ces points importants dans d'autres articles.

Dr BROCHIN.

(1) « Études sur la tuberculose. — Preuves rationnelles expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité, » par J. A. Villemin, professeur agrégé à l'École impériale du Val-de-Grâce. Un vol. in-8°. Prix : 8 fr. Paris, 1868, chez J.-B. Baillière et fils.

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS. — M. SONRIER.

Plaie pénétrante du genou, par instrument tranchant.

L'observation suivante montre une fois de plus, combien, dans les plaies pénétrantes du genou, la chirurgie conservatrice est impuissante, désastreuse, et combien il est préférable de savoir se résoudre à amputer à temps ; « sacrifier la partie pour sauver le tout. »

Le nommé R... Pierre-Julien, 23 ans, forte constitution, tempérament sanguin, ouvrier d'administration, entre le 19 mai à l'hôpital-infirmerie, pour plaie pénétrante du genou droit.

Il raconte qu'au Mexique, il y a 6 mois, il fut atteint de rhumatisme de cette articulation.

Le blessé nous est amené une heure après l'accident. Nous trouvons, dans les replis du mouchoir qui enveloppe la jointure, environ 250 grammes de sang artériel coagulé. La plaie produite par un violent coup de merlin, en fendant du bois, est située à un centimètre et demi du bord interne de la rotule, et descend parallèlement à l'axe du membre, sur une longueur de cinq centimètres. De l'angle supérieur de la plaie ruisselle du sang artériel provenant de la grande artère anastomotique.

En plaçant le malade dans son lit, il a fléchi le genou, alors un bruit de sifflement caractéristique s'est fait entendre ; de l'air a pénétré dans l'articulation : pas d'écoulement de synovie.

Les indications à remplir sont :

1° S'abstenir de rechercher si la plaie est pénétrante ; le doute condamnant toute intervention intempestive.

2° Immobiliser le membre dans l'extension.

3° Arrêter l'hémorrhagie sans la refouler dans la jointure.

4° Prévenir les accidents qui vont surgir, par les antiphlogistiques et les irrigations froides continues.

Des boulettes de perchlorure de fer étendu d'eau sont placées sur la source de l'hémorrhagie ; une attelle externe, s'étendant du pied à la hanche, fixe solidement le membre, et nous permet de surveiller la plaie, que nous réunissons immédiatement par trois points de suture soutenus par des bandelettes agglutinatives.

3 heures du soir. Douleur vive dans le genou et au pied ; pouls à 72 un peu développé.

20 mai. Somnolence, douleur très-vive dans l'article, réveillée par le plus léger mouvement, la moindre secousse imprimée au matelas ; un peu de tuméfaction sans rougeur ni chaleur ; pouls à 72 moins développé. Application de vingt sangsues autour du genou, irrigations fraîches opiacées.

3 heures du soir. Douleur plus vive, épanchement intra-articulaire qui soulève la rotule et efface les méplats musculaires, pouls à 80 plus développé. 4 sangsues en permanence (soit 20), irrigations froides opiacées.

21 mai (deuxième jour). Nuit assez bonne ; douleur moins vive, pouls à 95 moins développé ; inappétence, soif modérée ; deux sangsues en permanence et irrigations continuées.

3 heures du soir. Tuméfaction plus considérable avec chaleur de l'articulation, les sutures éclatent, et de la plaie béante s'écoule une assez grande quantité de sanie séro-purulente, striée de sang. Pouls à 120.

Amélioration, même prescription.

Troisième jour. Très-bon sommeil, tuméfaction, chaleur, douleur et rougeur, pouls à 120 développé, lavement laxatif. Le soir on supprime les irrigations qu'on remplace par un vésicatoire coiffant tout le genou ; potion opiacée.

Quatrième jour. Sommeil de fatigue et d'épuisement, pouls à 120 mal accentué : teinte ictérique de la face ; langue saburrale, inappétence, soif modérée ; tuméfaction plus considérable de l'article.

Dans notre rapport à M. le Médecin en chef, nous proposons l'amputation ; les médecins traitants sont consultés, et, à notre grand regret, notre proposition n'est pas acceptée.

Cinquième et sixième jour. Insomnie, douleur modérée, même état local, pouls à 120 mieux dessiné ; même traitement.

Septième jour. Suppuration plus abondante, d'assez bonne nature, qui remplit le cul-de-sac synovial ; pouls à 115 développé ; injections émollientes opiacées dans la jointure. L'état général est toujours excellent, pas de diarrhée, pas de frisson, pas de sueurs. Suppuration modérée ; nous pensons que notre blessé est encore dans des conditions favorables pour être amputé : on nous oppose la temporisation.

Huitième, neuvième et dixième jour. Inflammation suppurative

de la synoviale, constituée par la prolifération du tissu conjonctif sous-cutané repoussé au dehors; la plaie devient blafarde, d'aspect fongueux, pus sanieux, fétide, abondant, chargé de flocons caséiformes : débridement de la plaie vers la partie inférieure, frictions belladonées; potion avec extrait mou de quinquina, 4 grammes. Potion opiacée.

Onzième jour. Assez bon sommeil, l'articulation est moins tendue; un stylet introduit constate que le condyle interne du fémur est dénudé; suppuration abondante; fusées purulentes le long des tendons de la patte d'oie et dans les bourses séreuses envahies; pouls à 110.

Pour éviter l'étranglement et empêcher la stagnation des liquides putréfiés, une contre-ouverture est pratiquée à la partie déclive, vers le bord interne du creux poplité : un tube à drainage y est placé et nous permet de faire des injections avec la décoction de quinquina.

Douzième jour. Amélioration, bon sommeil, pouls à 96 développé; langue normale, inappétence; ni frissons, ni diarrhée. Jusqu'à présent nous n'avons prescrit que de légers potages.

Treizième, quatorzième, quinzième jour. L'amélioration persiste, assez bon sommeil; facies moins altéré quoique un peu amaigri, appétence; pouls à 92. Etat local plus satisfaisant; moins de tuméfaction, moins de douleur, le pus s'écoulant librement. Soupe vermicelle au lait et pruneaux, une portion de vin. Potion quinquina, un nouveau vésicatoire sur la partie supérieure du genou.

Seizième et dix-septième jour. Cette amélioration n'est que de courte durée : face altérée, fièvre, insomnie; tuméfaction de l'articulation produite par la stagnation du pus, le drain ayant mal fonctionné : odeur fétide d'os carié; le pronostic devient plus grave; commencement d'infection putride, eschare au sacrum; un potage; injections chlorurées dans l'articulation.

Inutile de fatiguer l'attention du lecteur à nous suivre dans la description des diverses phases de cette évolution morbide; voici au surplus ce que nous écrivons à M. le médecin en chef :

« L'état de notre malade ne s'est pas amélioré, amaigrissement rapide, face terreuse, ictérique; pouls toujours fréquent, oscillant entre 96 et 108, inappétence, soif modérée, sueurs profuses, tuméfaction considérable de l'articulation, de laquelle s'écoule une assez grande quantité de sanie purulente assez bien liée, mais d'une odeur fétide : sommeil d'épuisement, pas de diarrhée, pas de frisson.

» Nous pensons donc que le pronostic est toujours très-grave, d'autant plus inquiétant qu'aujourd'hui, vingtième jour, cet homme se trouve sous l'influence de l'infection putride, avec suppuration abondante (un demi-litre par jour). Amputer dans ces conditions, c'est, croyons-nous, compromettre à la fois et la vie du blessé, et la réputation du chirurgien; s'abstenir, c'est laisser à l'expectation active le soin d'opérer peut-être une guérison douteuse, et la responsabilité d'une terminaison fatale.

» Dans cette fâcheuse alternative, nous pensons donc, sauf décision contraire, qu'il faut tâcher de faire traverser à notre blessé cette période inflammatoire et attendre; soit qu'on doive plus tard pratiquer une amputation pathologique, qui aurait plus de chances de succès, soit qu'on espère conserver le membre ankylosé. »

Rien de spécial à signaler dans les dix jours qui suivent : suppuration très-abondante, souffrances atroces dans la jointure; aussi sommes-nous obligé, chaque fois qu'on le change de lit, d'endormir la douleur par l'anesthésie.

Pour rendre tout mouvement impossible, le membre est placé dans une longue gouttière en fil de fer qui repose sur un matelas échancré extérieurement, à hauteur du creux poplité. Cet appareil, ingénieusement construit par notre aide-major, M. Humann, immobilise complétement l'articulation, prévient toute luxation ultérieure à redouter, permet l'écoulement facile de la suppuration, tout en maintenant la plus grande propreté.

Pour résumer cette période de dix jours, nous transcrivons textuellement notre rapport à M. le médecin en chef :

« L'état de notre malade s'aggrave de jour en jour, amaigrissement considérable, yeux caves, face terreuse, hippocratique, inappétence, « pas de diarrhée, pas de frissons, » les sueurs ont cessé, pouls de 104 à 108 normal, assez développé, eschare au sacrum, tuméfaction énorme du genou; suppuration diffuse s'étendant jusqu'à mi-cuisse; il y a là un foyer énorme qui peut contenir 5 à 600 grammes de pus fétide mal lié; les réactions vitales s'éteignent, la jambe s'infiltre, les douleurs sont toujours vives; aujourd'hui, trentième jour, cet homme, par sa constitution vigoureuse, résiste encore; mais, dans cette lutte inégale contre la douleur qui le débilite, la suppuration qui l'épuise, l'infection putride qui l'empoisonne, le mal suit sa marche progressive et fatale; si encore cette abondante suppuration était équilibrée par les éléments réparateurs d'une bonne nutrition; mais aucun aliment ne vient arrêter cette déperdition de l'organisme; au début, nous avons vu disparaître l'élément adipeux, puis après, les muscles se sont fondus, et aujourd'hui il ne reste plus qu'un squelette réduit à sa plus simple expression.

» Potages, vins sucrés, injections iodées au 1/10. »

Trente-troisième jour. Somnolence d'épuisement, symptômes de fièvre putride, sécheresse de la langue, altération de la bouche (muguet), douleurs dans la gorge, dysphagie, aphonie.

Trente-neuvième jour. Notre malade, arrivé à la dernière période de marasme et d'épuisement, succombera dans quelques jours; une collection purulente vient de s'ouvrir vers le bord externe du creux poplité, et s'écoule abondante et fétide.

Quarantième jour. Amélioration, sommeil, facies plus animé, la langue se nettoie, appétit renaissant, « toujours pas de diarrhée ni frisson; » au milieu de ces ruines de l'organisme brille encore une lueur d'espérance, mais cette dernière étincelle de vitalité n'a pas duré; la respiration s'embarrasse, le pouls est à 120, petit, misérable; l'agonie commence, longue et calme, et R... meurt le 9 juillet, cinquante jours après l'accident.

Autopsie. L'articulation, ouverte par la partie antérieure, nous montre les altérations de l'arthrite suppurée. Dans l'intérieur de la jointure, on rencontre un peu de pus sanieux et fétide; la synoviale est pâle, détruite sur les surfaces articulaires, épaissie dans les replis et surtout vers le cul-de-sac sous-tricipital. Destruction complète des cartilages d'incrustation, carie des surfaces articulaires, ramollies, violacées; cependant, une section, faite à travers l'épiphyse du fémur, démontre que l'altération ne s'étend pas au delà de 4 millimètres. Rien dans le canal médullaire.

Les cartilages semi-lunaires ont complétement disparu; à leur place on ne trouve plus qu'une substance molle brunâtre, adhérant intimement aux surfaces articulaires du tibia; les ligaments croisés sont à peu près intacts, excepté le postérieur, qui est légèrement érodé. Les ligaments latéraux sont ramollis, mais non détruits, le tendon rotulien est à l'état normal. Mais c'est surtout en arrière, en dehors de l'articulation qu'on trouve les désordres les plus graves. Au niveau de la rainure intercondylienne du fémur, à l'endroit où pénètrent les vaisseaux et nerfs de l'articulation, on trouve une perforation de la capsule articulaire par laquelle la suppuration a fusé le long des gaînes tendineuses, réduit les muscles en putrilage, et s'est étendue comme un vaste phlegmon diffus jusqu'à mi-cuisse et au tiers supérieur de la jambe. Au milieu de cette désorganisation, les artères, veines et nerfs sont intacts.

En résumé, il y a dans cette autopsie du genou deux altérations successives bien distinctes :

1° Arthrite suppurée primitive, et qui, pendant un temps assez long, est restée localisée dans la jointure.

2° Abcès circonvoisins à une perforation de la capsule articulaire.

Il ne nous a pas été possible de compléter l'autopsie par l'ouverture des cavités splanchniques.

Cette observation nous a rappelé la célèbre discussion qui s'éleva au sein de la Société de chirurgie de Paris (Gazette des hôpitaux, septembre 1865) au sujet d'un confrère atteint de plaie pénétrante du genou, qui succomba dans la période aiguë de l'arthrite traumatique.

M. Verneuil, qui lui avait donné des soins, péniblement affecté par cette mort si prompte (six jours), demanda loyalement à ses confrères s'il n'avait pas à se reprocher une coupable expectation, et si l'amputation immédiate n'eût pas sauvé son malade?

La question, longuement discutée, n'en sortit que plus embrouillée; chacun s'empressa de ne citer que des succès; ce fut un assaut de guérisons les plus incroyables, et pour mieux faire ressortir les avantages de l'expectation, on exagéra les dangers de l'amputation de la cuisse; on alla même plus loin, on cita de nombreuses guérisons de plaies d'armes à feu à travers le genou, et on expliqua cette immunité en disant que le projectile qui traverse l'épiphyse, c'est-à-dire la partie spongieuse de l'os, ne produit pas de fracture comminutive, avec éclats de fragments projetés dans les chairs, mais bien une simple ouverture, comme par emporte-pièce, une espèce de drainage chirurgical, favorable même à l'écoulement des liquides. Ce fut en vain que M. Legouest, par des arguments irrésistibles, appuyés sur des faits irrécusables, protesta contre cette chirurgie désastreuse; ce fut en vain que M. Verneuil lui-même demanda plus de sincérité et moins de guérisons; rien ne put enrayer le courant des idées optimistes; plus que jamais on se rappela que si la parole est d'argent pour les succès, par contre, pour les revers, le silence est d'or.

Si l'on consulte « les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, » on remarque que bon nombre de chirurgiens de cette époque préconisent la temporisation dans les plaies pénétrantes du genou et l'appuient par quelques rares observations de guérisons.

Dans le recueil de « Mémoires de médecine militaire » (Tome XVI, p. 1, 1825), nous trouvons encore une dernière protestation en faveur de la chirurgie conservatrice.

S'il nous était permis de consulter nos notes, nous dirions que, pendant la campagne d'Italie, tous les militaires que nous avons reçus à Crémone, pour plaies pénétrantes du genou, ont été amputés sur le champ de bataille, et ont guéri en grande majorité, tandis que ceux qui nous arrivaient trop tard pour être amputés sont tous morts. (Sonrier, « Plaies d'armes à feu. » Paris, 1863.)

A Toulon, nous avons eu le regret de perdre en trois jours, un jeune soldat atteint d'arthrite sur-aiguë du genou, produite par un instrument tranchant, et que l'amputation aurait pu sauver si on ne s'était opposé à cette dernière ressource, que nous proposions avec instance. (Voir « Gazette des hôpitaux » 1861, page 154).

En 1865, à l'hôpital civil de Strasbourg, un vieillard de 60 ans tombe sur le genou, d'un lieu assez élevé : contusion violente de l'articulation, fracture transversale de la rotule; arthrite sur-aiguë trois jours après; fusées purulentes le long des muscles internes, phlegmon diffus, gangrène de la peau qui met l'articulation à nu : mort le huitième jour. L'autopsie démontre les lésions traumatiques de l'arthrite suppurée.

Dans le même hôpital, en 1866, on apporte un homme de 32 ans, qui a eu le genou pris entre deux roues de voiture; gangrène de la peau, trajets fistuleux s'étendant à la jointure. Arthrite suppurée : mort le douzième jour. Autopsie confirmative.

Nous le répétons, dans les plaies d'armes à feu à travers le genou, plaies pénétrantes par instrument tranchant, ou piquant, la gravité est telle que chercher à conserver le membre, c'est faire de la chirurgie désastreuse. Pour notre part, il ne nous a pas encore été donné de voir chez un adulte, une guérison pour plaie pénétrante du genou bien authentique.

Mais alors comment expliquer cette dissidence entre les chirurgiens les plus autorisés, surtout quand il s'agit de lésions bien déterminées et à peu près similaires?

En voici peut-être la raison :

Dans les observations publiées à l'appui de la chirurgie conservatrice, on a bien soin d'indiquer les signes de plaie pénétrante; mais qui nous prouve que la synoviale était toujours intéressée, quand, en saine chirurgie, il vous est interdit de vous en assurer? La synovie ne peut-elle provenir des bourses séreuses ou des gaînes tendineuses? Et alors quoi d'étonnant si les guérisons ont été si promptes?

Et puis on cite surtout des guérisons chez les enfants, mais qui ne sait que l'enfance, entre autres priviléges, a pour elle encore celui des succès inespérés?

Une autre raison qui, selon nous, a encore contribué à donner la préférence à l'expectation, c'est la comparaison des guérisons nombreuses qu'on obtient pour les plaies pénétrantes des autres articulations.

Mais, dans l'espèce, peut-on les comparer à celles du genou? Le vaste développement de la synoviale qui rend l'arthrite si grave; les profondes anfractuosités de la séreuse, favorisant la stagnation du pus; le tissu serré qui l'entoure, et qui s'oppose aux libres évolutions de l'inflammation; en un mot, l'étranglement et l'infection purulente, ces deux facteurs morbides si redoutables; voilà les fâcheuses conditions dans lesquelles se trouve l'articulation tibio-fémorale; conditions qui expliquent l'énorme mortalité qui pèse sur elle. Et ceci est tellement vrai que les rares guérisons, citées dans les auteurs, ont eu lieu surtout dans les plaies du genou largement ouvert; on a pu remarquer, chez notre malade, qu'une amélioration, il est vrai passagère, suivait le débridement; aussi les chirurgiens de toutes les époques, éclairés par ces faits pathologiques, ont si bien compris la gravité de l'étranglement, qu'ils conseillent le débridement, comme dernière ressource dans l'arthrite suppurée : excellent précepte qu'on ne saurait trop recommander. Citons encore un fait à l'appui :

En 1843, un étudiant en médecine, de Strasbourg, reçoit en duel, un coup de sabre qui lui ouvre le genou, en coupant complétement le tendon rotulien. Deux jours après, une arthrite traumatique éclate avec une extrême intensité; plusieurs érysipèles s'étalent le long de la cuisse; en un mot, le pronostic très-grave pose, d'une manière impérieuse, la question de l'amputation qui est refusée. Les jours suivants, la fièvre diminue, l'inflammation n'est pas gênée dans ses allures, la suppuration moins abondante, de meilleure nature, peut s'écouler librement : bref, un mois après, guérison complète avec ankylose.

Certes, nous n'ignorons pas combien, pour une plaie, en apparence légère, est douloureux le sacrifice d'un membre que des considérations personnelles de famille, de profession, d'avenir brisé.... vous engagent tant à conserver. Nous savons aussi quel rang funèbre l'amputation de la cuisse occupe dans l'échelle de gravité; et assurément il y a conscience, à supputer, dans la question d'opportunité, les chances adverses d'une mutilation aussi grave. Nous n'avons pas oublié non plus que le but de la chirurgie étant de conserver et non de détruire, la perfection de l'art consisterait à guérir sans mutilation; ce serait là l'idéal, toujours rêvé, toujours poursuivi, rarement atteint. Mais que de déceptions : alors on hésite, on attend, et, pour avoir trop attendu, vous n'avez même plus cette redoutable ressource de l'amputation!

Ces convictions, nous les avons puisées dans la pratique de nos maîtres, dans les aveux de nos confrères, dans nos propres observations; et notre opinion s'est affermie avec une telle énergie de certitude, que nous n'hésitons jamais, chez un adulte, dont le genou est ouvert par cause traumatique, à proposer l'amputation si la débridement ne suffit pas.

Pour nous résumer nous dirons donc :

1° Que les plaies pénétrantes du genou, par armes à feu, exigent impérieusement l'amputation immédiate.

2° Que les plaies pénétrantes du genou, par instrument piquant, tranchant, contondant, doivent d'abord être fermées hermétiquement, et traitées pendant deux ou trois jours par les antiphlogistiques locaux, irrigations froides.

3° Si l'arthrite traumatique éclate, enlever les sutures et débrider largement.

4° Si au quatrième, cinquième jour, la fièvre, l'abondance de la suppuration, le frisson, l'état général annonçaient que la nature sera impuissante, dans cette lutte inégale, amputer de suite.

DE LA COMPRESSION DIGITALE ARTÉRIELLE

comme traitement des inflammations phlegmoneuses ou articulaires des membres.

Par M. le Dr VANZETTI (de Padoue.)

La pratique chirurgicale de tous les jours ne fait que confirmer le danger qui accompagne les inflammations aiguës, surtout traumatiques des articulations, ainsi que la gravité souvent extrême du phlegmon diffus des membres.

Tandis que les affections de la première catégorie amènent facilement la suppuration dévastatrice des articulations, et même la mort, le phlegmon diffus cause, « fréquemment, » lui, la gangrène de vastes portions du tégument, du tissu cellulaire

sous-cutané et intermusculaire, la nécrose des os, etc.; et lorsque la guérison a pu être obtenue, souvent les membres restent profondément altérés dans leur structure, et leur forme inapte au libre et complet exercice de leurs fonctions.

Je crois que tous les chirurgiens penseront comme moi; que la thérapeutique employée contre ces affections est peu satisfaisante, incertaine, souvent infidèle, si héroïque qu'elle soit : aussi de tout temps on a fait de nombreux efforts pour créer des méthodes de traitement plus efficaces, afin de lutter avantageusement contre ces redoutables affections.

Il y a près d'une dizaine d'années que j'ai proposé (1) et que j'emploie, pour traiter ces maladies une méthode thérapeutique surpassant de beaucoup en efficacité toutes les autres, en ce qu'elle est tout à fait innocente en elle-même, et capable néanmoins de dissiper complétement l'inflammation en très-peu de temps, quand elle est employée avant que les tissus malades ne soient profondément altérés on détruits. Elle consiste dans l'interception de l'afflux trop considérable du sang dans la partie malade, au moyen de la compression digitale du tronc artériel du membre, laquelle est faite tantôt d'une manière continue, tantôt même intermittente, pendant un certain nombre d'heures; de dix à vingt, rarement plus de vingt-quatre heures.

Depuis sa publication, cette méthode de traitement a été accueillie avec faveur par un certain nombre de chirurgiens, qui, l'ayant adoptée, en ont été très-satisfaits. Le Mémoire, dans lequel je l'avais proposée, avec l'appui de quelques observations recueillies à ma clinique, a été reproduit dans « l'Union Médicale (2), » de même que dans les principaux journaux d'Angleterre (3) et d'Allemagne (4). Successivement des observations très-intéressantes de guérisons obtenues furent publiées dans les journaux médicaux (5) du nord de l'Italie par MM. les docteurs Bernardi, Furchetti, Cucchini, Tosini, Benier, professeurs; Botto (de Gêne), Lamprecht, etc; à Rome, le Dr Ceccarelli en a publié plusieurs autres dans un Mémoire (6) spécial sur ce sujet. En France, M. Follin dans son « Traité de pathologie externe (7), » au chapitre inflammation, a fait mention de cette méthode. Des élèves de M. Nélaton m'ont dit qu'elle a été employée avec succès dans sa clinique, pour un cas de phlegmon de la main et de l'avant-bras. En Allemagne, MM. Demme (8) et Neudorfer ont consacré dans leurs ouvrages de chirurgie militaire, un article spécial à ce mode de traitement : ce dernier chirurgien (9), déjà, en 1862, dans un rapport sur les maladies chirurgicales de la garnison de Prague, a émis l'opinion suivante sur la compression digitale :

« Dans les inflammations externes spontanées, et dans celles qui suivent les opérations, nous avons entièrement abandonné le traitement ordinaire antiphlogistique, saignée, nitre, calomel, etc.; et comme unique traitement, nous n'avons employé que la compression digitale. Expérimentée dans plus de cent cas, nous avons acquis la conviction qu'elle surpasse en efficacité tout autre traitement : la chaleur, la rougeur, le douleur s'éteignent bientôt, même en n'employant que la compression intermittente. Ainsi la compression digitale, proposée par le professeur Vanzetti, acquiert toujours plus de confiance et de crédit; nous croyons donc devoir la recommander très-chaleureusement. Elle sert en outre, dans beaucoup de cas, à diminuer les sécrétions purulentes trop copieuses. »

Enfin, d'après le témoignage du D. Milliot, qui s'est occupé de la compression préventive dans le traumatisme, cette méthode a été employée, également avec succès, en Russie, à Vrien, dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Hübhenet contre un phlegmon de l'avant-bras.

Malgré ces témoignages en faveur de ce mode de traitement, malgré les observations publiées par les auteurs susnommés constatant sa grande utilité; il est certain qu'il n'est encore ni suffisamment connu, ni employé par la « majorité » des chirurgiens, qui, en France, en Allemagne, en Angleterre, et dans le midi de l'Italie même, continuent toujours à se servir des moyens thérapeutiques ordinaires, sans essayer la compression digitale, se privant ainsi d'un remède infiniment plus puissant et d'une efficacité vraiment « surprenante. »

C'est à dessein que je dis « surprenante » ; car dans toutes les observations de guérison publiées, j'ai trouvé que leurs auteurs ont manifesté un grand étonnement des résultats très-rapides, très-manifestes et souvent inespérés, qu'ils virent se produire par son emploi.

De si beaux succès, obtenus par d'autres aussi bien que par moi, me font un devoir d'insister aujourd'hui de toutes mes forces, afin que cette méthode soit plus largement expérimentée par mes confrères, et devienne ainsi le traitement classique des inflammations phlegmoneuses des membres ou des inflammations des articulations.

(1) Sulla cura dell' infiammazione colla compressione digitale. « Giornale veneto di scienze mediche. » Volume X, série II. 1858.

(2) « L'Union médicale. » 1858, n. 115 et 155.

(3) « Medical Times and Gazette. » March 19. 1858.

(4) Schmidt's Jahrbürer. », etc.

(5) « Giornale veneto di scienze mediche, 1858, » et « Gazetta medica italiana : provincie venere. » 1858, 1859, 1860, 1661, 1362.

(6) A. Ceccarelli. « Della compressione in chirurgica e particolarmente della compressione digitale nella cura delle infiammazione esterne. » Roma, 1865.

(7) H. Demme. « Militar-Chirurgische studien, » p. 101.

(8) Allgem. « Medischinische Wiener Zeitung, n. 7. » Jobr, 1862.

(9) Follin. « Traité élémentaire de pathologie externe. » Paris, 1861, p. 18.

Je crois d'autant plus nécessaire de m'apesantir sur ce sujet, que, tout récemment, les journaux médicaux de Londres (1) nous apprennent qae M. Little, au London Hospital, dans un cas d'arthrite aiguë traumatique du genou, lia, d'après le conseil de M. Mauder, la fémorale et l'artère humérale dans un cas d'inflammation aiguë de la paume de la main, avec un plein succès.

Je ne puis qu'applaudir à l'idée de ces deux chirurgiens éminents d'avoir intercepté le cours du sang dans l'artère principale du membre malade, et je les félicite de la guérison qu'ils ont obtenue. Mais, n'est-ce pas assumer une trop grande part de responsabilité que de pratiquer la ligature de l'artère principale d'un membre avant que d'avoir essayé le moyen, si simple et si inoffensif, de la compression digitale, qui conduit facilement au même résultat, de diminuer ou supprimer l'afflux du sang artériel dans la partie malade? Et cette compression, que l'on peut modifier instantanément, selon les symptômes, a, en outre, l'avantage de ne changer en rien les conditions physiologiques de la circulation, une fois la guérison obtenue; ce qui n'est pas le cas pour la ligature, qui reste, d'ailleurs, toujours possible, si la compression est inefficace.

C'est pour ce motif que M. Jackson, chirurgien de l'hôpital de Sheffield, s'empressa de faire suivre l'annonce de l'opération de M. Little, d'une observation (2) d'arthrite aiguë traumatique, qu'il avait guérie, peu de mois auparavant, par la compression de l'artère fémorale, au moyen d'un tourniquet. Malgré les inconvénients qu'il rencontra par ce mode de compression, il n'hésita pas à faire ressortir les avantages de ce moyen de guérir, sans avoir à faire subir aux malades une opération sanglante.

Cette observation de M. Jackson donna à M. G. Frapenard (de Gannat), l'occasion d'adresser, dans « l'Union médicale » (3), une réclamation en faveur de son père, qui avait, en 1859, essayé la compression digitale dans un cas d'arthrite aiguë. — Il est très-probable que ni M. Mauder, ni M. Jackson, ni M. E. Frapenard n'ont eu connaissance du Mémoire, publié en 1858, dans lequel j'ai proposé la compression digitale contre les inflammations des membres (4), ni les observations publiées ensuite dans les journaux de médecine.

D'après tout ce qui précède, on voit que la compression digitale contre l'inflammation reste un traitement fort peu connu, et qu'il est à désirer qu'il le soit davantage. Si la Société de chirurgie, en le discutant et en l'expérimentant, venait à le sanctionner, son avenir serait désormais assuré.

A cet effet, je viens demander à la Société de vouloir bien faire de ce mode de traitement, l'objet d'une série d'expérimentations dans des cas appropriés à son emploi, et, d'après les résultats qu'elle en aura obtenus, prononcer son verdict.

J'ose lui faire cette demande avec d'autant plus de confiance, que les succès déjà obtenus et publiés par les chirurgiens mentionnés plus haut me donnent l'espoir de voir se produire de nombreux cas de guérison, rectifiant l'utilité et l'importance de ma méthode, et ainsi me prouver que je n'ai point été influencé par une trop grande tendresse paternelle envers elle.

Pour ma part, je me ferai dorénavant un devoir de faire parvenir à la Société toutes les observations que je pourrai recueillir sur ce sujet, soit à ma clinique, soit auprès de mes collègues d'Italie, au concours obligeant desquels je fais appel, afin que les observations soient aussi multipliées que possible.

Je vous demande dès aujourd'hui la permission de commencer, en vous faisant la narration de trois observations à l'appui de la thèse que je viens de soutenir devant vous. La troisième de ces observations, quoique ne se rapportant pas aux inflammations phlegmoneuses ou articulaires, mais à une affection spéciale toute différente, ne pourra, je crois, qu'étendre davantage le nombre des applications de la compression digitale artérielle.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 novembre. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° L'ampliation d'un décret en date du 13 novembre courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le Dr Demarquay, dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Jobert (de Lamballe) (5).

2° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, accompagnant l'envoi d'un rapport de M. le professeur Gestin (de Brest) sur une épidémie de dyssentérie qui a régné de 1866 à 1867 dans la division des équipages de la flotte ;

(1) « The Lancet. » June 15, 1867, pag. 751, et « Medical Times » and « Gazette », june 22, 1867, pag. 707.

(2) « The Lancet. » June 29, 1867, p. 794. — « L'Union médicale », n° 87, 20 juillet 1857.

(3) N° 108. 7 septembre 1867.

(4) Ce Mémoire renferme justement une observation d'arthrite aiguë de l'articulation radio-carpienne, guérie par la compression artérielle.

(5) C'est par erreur que nous avions indiqué dans le n° de jeudi dernier l'élection de M. Demarquay en remplacement de M. Follin. C'est la succession de M. Jobert (de Lamballe) que M. Demarquay a recueillie à l'Académie.

3° Un rapport de M. le Dr Lagardelle, sur une épidémie d'embarras gastriques et de diarrhées qui a régné en 1866 dans l'asile des aliénés de Niort (commission des épidémies);

4° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Dignes (Basses-Alpes), par M. le Dr Sylve; — de Bilazais, (Deux-Sèvres), par M. le Dr Foucart; — de Couzan (Loire), par M. le Dr Goin (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remercîements de M. le Dr Tholozan, médecin du sha de Perse, récemment élu membre correspondant;

2° Un mémoire sur la recherche du sucre dans les urines des aliénés, par M. **Lailler**, pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) (commissaires, MM. Miahle et Baillarger);

3° Un mémoire, en anglais, sur les causes de la phthisie pulmonaire, par M. le Dr Rollin P. Gregg (commissaires, MM. Pidoux et Guéneau de Mussy.

M. **Broca** présente, de la part de M. Magitot, deux brochures : l'une sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire; l'autre sur le drainage chirurgical appliqué à la thérapeutique de la carie dentaire.

M. **Cerise** présente, de la part de M. le Dr Fortin (d'Evreux), un rapport officiel sur le choléra de 1866 dans le département de l'Eure.

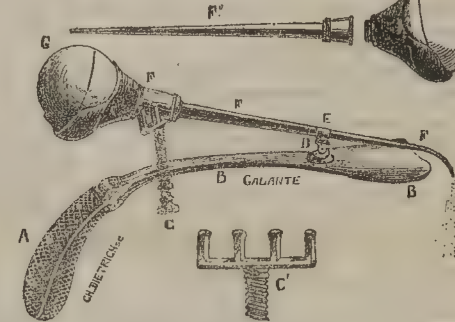
M. **Boudet**, au nom de M. le Dr Brochard, présente une brochure sur la natalité et la mortalité à Bordeaux.

M. **Depaul** présente, de la part de M. Dacorogna, un travail intitulé : « Influence des émanations volcaniques sur les êtres organisés. »

M. **Larrey** présente, de la part de M. le Dr Édouard Meyer : 1° la traduction de la seconde partie de la clinique ophthalmologique du professeur A. de Graefe (de Berlin); 2° une note imprimée sur l'ophthalmie sympathique et son traitement par la section des nerfs ciliaires.

M. **Barth** présente un instrument imaginé par M. Millot, étudiant en médecine, et fabriqué par M. Galante, qui propose de l'appeler « abaisse-langue insufflateur. »

Cet instrument est destiné à projeter, à l'aide d'une seule main, des poudres médicamenteuses dans le larynx. Il se compose d'un abaisseur de la langue B, dont le manche A, incurvé



d'une certaine façon, permet à la main de pouvoir, en même temps qu'elle abaisse la langue, se servir du pouce pour presser sur une ampoule en caoutchouc G, qui sert de récipient à la substance à insuffler; cette ampoule termine une tige métallique F, maintenue sur l'abaisseur à l'aide d'une articulation E, qui lui permet de se mouvoir dans tous les sens. Dans les différentes positions que l'insufflateur est appelé à prendre, un point fixe lui est assuré, grâce à une vis C, à l'extrémité de laquelle se trouve une tige métallique G, divisée en trois parties, qui lui est perpendiculaire, et dans chacune desquelles peut être placé l'insufflateur. Celui-ci est recourbé à son extrémité pharyngienne; cette courbure lui permet de passer au-dessus de l'épiglotte et de projeter le médicament parallèlement au conduit aérien. Cet instrument se démonte de toutes pièces, de telle sorte qu'on possède en même temps et un abaisse-langue pouvant servir dans toutes les opérations sur le voile du palais, le pharynx, etc., etc., et un insufflateur qui, introduit par l'orifice antérieur des fosses nasales, permet d'y pousser une injection, soit dans les cas de coryza chronique, soit dans les différentes ulcérations de cet organe. Il peut aussi être utile pour les affections des glandes de la face postérieure du voile du palais. L'insufflateur droit servira dans les cas d'amygdalite, d'angine et dans certaines affections de la cavité buccale, etc., etc. On pourra, à la rigueur, s'en servir dans différentes maladies d'yeux, où il est nécessaire d'insuffler des poudres médicamenteuses. En résumé, cet instrument permet au médecin de n'employer qu'une seule main pour le manœuvrer, l'autre restant libre, soit pour s'éclairer, soit pour maintenir son malade; de plus, il le garantit contre tout danger dans l'opération de l'insufflation.

Un miroir peut être placé à l'extrémité de l'abaisse-langue, et permettre de préciser plus nettement l'insufflation, en éclairant la partie sur laquelle la poudre devra être envoyée.

RAPPORTS.

M. **Briquet**, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport général annuel sur les épidémies qui ont régné en France en 1866.

M. **Béhier**, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport général annuel sur les eaux minérales.

M. **Béclard** lit le rapport sur le prix Barbier.

M. **Colin** lit le rapport sur le prix Amussat.

M. **Legouest** lit le rapport sur le prix Godard.

PRÉSENTATION.

M. le Dr **Pean** présente à l'Académie une jeune fille de

20 ans sur laquelle il a pratiqué, il y a deux mois et demi, l'extirpation de la rate, siége d'une tumeur prise pour un kyste de l'ovaire du côté gauche ; et, en second lieu, un jeune garçon de 15 ans qui, à la suite d'un érysipèle gangréneux, avait été atteint d'une rétraction cicatricielle de la partie latérale droite du cou ; à l'aide d'une opération d'autoplastie et d'un lambeau cutané emprunté à la partie supérieure du thorax, M. Péan a remis les choses dans leur état primitif.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	540
M. Truchetet	5
M. Gagey	2
TOTAL	547

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du concours ouvert le 11 novembre 1867, M. Daniel Mollière vient d'être nommé prosecteur à l'École de médecine de Lyon.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance vendredi, 22 novembre, à huit heures du soir, à la Faculté de médecine.

Lectures. — M. Bordier : Observation d'empoisonnement mercuriel. — M. Carrière : Observation de diabète.

— Le cours de pathologie médicale (Maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire), retardé jusqu'à présent, par une indisposition du professeur Axenfeld, s'ouvrira le mardi, 26 novembre, à trois heures.

Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis, de trois à quatre heures (et non point les lundis, mercredis et vendredis, comme le portait primitivement le programme des cours de la Faculté).

— M. le Dr Lailler recommencera ses « conférences cliniques » sur les maladies de la peau, le jeudi 28 novembre, à l'hôpital Saint-Louis, à huit heures et demie du matin, et les continuera, tous les jeudis, à la même heure.

— M. le Dr Ch. Fauvel recommencera son cours public et pratique, sur la laryngoscopie et la rhinoscopie, samedi, 23 novembre, à son dispensaire, rue Visconti, 18, à 10 heures, et le continuera, les mardis et samedis suivants, de 10 heures à midi.

Cette clinique aura surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx, et l'application des nouvelles méthodes de traitement, apportées par la laryngoscopie, telles que la destruction des tumeurs intra-glottiques par l'arrachement, l'excision, la galvano-caustie.

Le miroir laryngien sera éclairé à l'aide de la vive lumière de Drummond.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

231. Bourée. Etude sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.
232. Butaresco. De l'hydropisie des villosités choriales.
233. Forcade. De la phonation.
234. Guillot. Etude générale des propriétés normales et des altérations pathologiques du lait de femme.
235. Paquet. Etude sur les tumeurs blanches (physiologie, pathologie, histologie, thérapeutique).
236. Gage-Lebat. Des animaux nuisibles à l'homme, et en particulier du pulex pénétrant (chique ou nigua).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BLANCHARD. Les poissons des eaux douces de la France. Anatomie, physiologie, description des espèces, mœurs, instincts, industrie, commerce, ressources alimentaires, pisciculture, législation concernant la pêche, par Émile Blanchard, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. 1 magnifique volume, grand in-8, avec 151 figures dessinées d'après nature. Prix : 20 fr. — Paris, 1867. J.-B. Baillière et fils.

CODEX medicamentarius. Pharmacopée française rédigée par ordre du gouvernement, la commission de rédaction étant composée de professeurs de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Paris, et de membres de l'Académie impériale de médecine et de la Société de pharmacie de Paris. 1 fort vol. grand in-8, cartonné à l'anglaise, 9 fr. 50.

LE MÊME, interfolié de papier réglé et solidement relié en demi-maroquin, 16 fr. 50. — Paris, 1866, J.-B. Baillière et fils.

DUCHARTRE. Éléments de Botanique comprenant l'anatomie, l'organographie, la physiologie des plantes, les familles naturelles et la géographie botanique, par P. Duchartre, de l'Institut (Académie des Sciences), professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, 1 vol. in-8 de 1010 pages, avec 506 figures intercalées dans le texte, cart. 18 fr. — Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr. E. LE SOURD.

(1807) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv ' ! les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Il est certain que, de nos jours, l'enseignement clinique a pris dans nos écoles une importance prédominante. Nos habitudes positives s'accommodent bien mieux d'une démonstration qui parle aux sens. On aime à voir et à toucher, et l'on donne aux faits une attention qu'on refuserait aux théories.

D'ailleurs, les leçons de clinique sont, pour ainsi dire, internationales. Le médecin étranger va dans les hôpitaux, et sans entendre assez bien la langue pour suivre un autre cours, il profite encore auprès du malade.

Il importe donc de savoir quelles vont être ces leçons cliniques auxquelles, dans ses jours de grandeur, l'Ecole de médecine doit son plus vif éclat.

Les professeurs qui remplacent cette année les chirurgiens illustres que nous avons perdus, ne sont point nouveaux pour les élèves. Leurs qualités éminentes sont connues, et le succès mérité qu'ils ont obtenu dans d'autres chaires, en est la preuve; mais on pouvait se demander à quelle méthode ils allaient donner la préférence.

On pourrait, en effet, comprendre la clinique de manières très-différentes, l'isoler plus ou moins de la pathologie, s'attacher exclusivement au fait qu'on observe, ou le comparer aux autres, semblables, dont la science est constituée.

Nous pouvons dire, dès à présent, que MM. Jarjavay et Richet sont pour cette dernière méthode.

M. Jarjavay, depuis longtemps, dans les services hospitaliers qu'il dirigeait, recueillait des observations qu'il laissait inédites. Ce sont des matériaux pour une série de mémoires à condenser dans ses leçons. C'est ainsi que, mercredi dernier, à propos d'une malade atteinte d'une grenouillette, il a fait une étude des plus intéressantes sur l'étiologie, la pathologie et le traitement de cette affection, considérée en général. Nous donnerons plus loin un résumé succinct de cet exposé.

De son côté, M. Richet doit reprendre mardi prochain ses leçons cliniques, qui, pour avoir un caractère plus officiel, n'en seront pas moins la continuation de celles de l'Hôtel-Dieu.

Nous n'avons pas à faire ici l'éloge de M. Richet. Nos lecteurs connaissent les qualités éminentes qui le distinguent comme pathologiste et comme clinicien. Il est assez sûr de lui-même pour discuter au lit du malade le diagnostic et les indications; et, par ces causeries familières, les élèves se trouvent initiés, presque sans effort et sans travail, aux questions les plus délicates de la pratique chirurgicale.

Puis, à l'amphithéâtre, avec une précision, une netteté d'esprit souvent admirables, M. Richet développe un sujet sous toutes ses faces; et les notions pathologiques les plus étendues sont animées par l'intérêt vivant et pratique du malade qu'on étudie.

Il est du reste incontestable que, séparer, en chirurgie, la pathologie de la clinique, ce serait affaiblir également l'une et l'autre. Le clinicien se guide sur les faits antérieurs, tant pour le diagnostic que pour l'opération; le pathologiste doit voir et étudier les faits nouveaux : le professeur ne peut être complet s'il n'est en même temps clinicien et pathologiste.

Nous savons que MM. Jarjavay et Richet ne négligeront aucune des études pratiques. Déjà l'un d'eux a fait installer des microscopes dans son amphithéâtre, il doit prochainement posséder une salle spéciale pour l'ophthalmologie. Les élèves seront exercés par des répétiteurs habiles.

En un mot, on doit voir exécuter bientôt, et par l'initiative des professeurs eux-mêmes, les principales améliorations dont le besoin se faisait sentir.

De la grenouillette.

Une malade s'était présentée dans le service de M. Jarjavay pour une tumeur sublinguale, une « grenouillette. »

Pour mieux faire comprendre à ses auditeurs quelle est la nature de cette affection, et quel traitement elle réclame, M. Jarjavay a fait l'histoire des diverses tumeurs confondues sous ce nom, de leurs signes distinctifs et des opérations proposées contre elles.

Nous ne suivrons pas le professeur dans les détails que pourrait fournir un traité de pathologie : 1° sur les « grenouillettes congénitales, » kystes dermoïdes, qui, dans une enveloppe fibreuse, contiennent une masse de consistance plâtreuse, formée d'éléments épithéliaux, et parfois aussi des poils; 2° sur les « grenouillettes sanguines, » formées par le développement variqueux de vaisseaux sanguins.

Ces deux premières espèces de grenouillettes ne ressemblent en rien à la tumeur portée par la malade, et qui, développée depuis six mois, présentant une teinte opaline, était pleine d'un liquide visqueux, comme on l'avait vu précédemment en l'incisant.

Quelle pouvait donc être la nature de cette tumeur? Etait-elle constituée par la dilatation du conduit excréteur de la glande sous-maxillaire, comme on le supposait autrefois au sujet de toutes les grenouillettes ?

Cette dilatation est possible ; elle peut se produire, lorsqu'il existe un calcul salivaire dans le canal de Warthon, M. Jarjavay l'a démontré dans un Mémoire présenté par lui à la Société de chirurgie, en 1852; et peut-être encore en l'absence de tout calcul, comme il arriva probablement dans deux cas cités par M. Forget, à l'occasion de ce Mémoire.

Mais les grenouillettes de cette espèce, « les grenouilles salivaires », suivant l'expression employée par les auteurs du « Compendium », les « fausses, les pseudo-grenouillettes, » comme les nomme M. Jarjavay, diffèrent beaucoup, par leurs symptômes, de la tumeur que porte la malade en question.

Quand le canal de Warthon ne laisse plus couler régulièrement la salive, il se développe des phénomènes inflammatoires qui manquent ici : la glande est douloureuse, au moins lors des repas, quand la sécrétion est plus abondante : ce qui n'a jamais lieu dans le cas actuel; la tumeur est rouge, au lieu d'offrir cette teinte opaline et presque transparente qu'elle présente sur plusieurs points chez notre malade. En outre, chez celle-ci, les canaux de Warthon, des deux côtés, sont parfaitement libres; on en voit sourdre la salive lorsqu'on met sur la langue un orps sapide, en pressant le glande sous-maxillaire; enfin l'analyse chimique révèle entre cette salive et le contenu de la grenouillette de très-notables différences.

Reste à savoir quel est le siége de cette tumeur. M. Jarjavay ne croit pas que ce soit la bourse muqueuse qu'on rencontre exceptionnellement dans cette région. Il se rattache à l'opinion que M. Tillaux a émise, dans la thèse de M. Lelièvre, et il explique la grenouillette par l'occlusion d'un des dix-huit à trente petits conduits par lesquels s'ouvrent les glandules dont la réunion est nommée glandes sublinguales.

Ainsi, la grenouillette est encore salivaire; c'est un kyste formé par le produit d'une glande dont le canal excréteur est bouché; mais cette glande est sans importance, et son volume est si minime qu'il faut à peine en tenir compte.

La nature de l'affection en indique le traitement. Il ne faut pas songer à établir une fistule, comme le voulaient ceux qui croyaient le canal de Warthon intéressé dans la grenouillette.

La sécrétion du kyste n'est jamais assez abondante pour maintenir ouverte une fistule; les plaies se guérissent dans la bouche avec une extrême rapidité, et bientôt, l'ouverture étant fermée, la tumeur reparaîtrait. C'est ce qui est arrivé chez notre malade. Deux médecins ont incisé sa tumeur avec une lancette; dans le service de M. Laugier, on y fit passer un petit séton qui n'est point resté assez longtemps pour enflammer l'intérieur du kyste, et la tumeur s'est reproduite une troisième fois. Enfin, une ponction, suivie d'une injection alcoolique, n'a pas été plus efficace.

M. Jarjavay a énuméré toutes les méthodes conseillées contre la grenouillette; il a montré comment on avait pu réussir exceptionnellement, tout en partant d'un mauvais principe; comment le bourdonnet de charpie ou le séton, introduit dans le kyste pour maintenir l'ouverture béante, avait eu parfois pour résultat d'exciter une inflammation adhésive, qui obturait la poche.

C'est justement cette inflammation qu'il faut obtenir; on peut y arriver par des injections de teinture d'iode ou de vin chaud, en enlevant préalablement par des lavages à l'eau tiède le liquide visqueux qui remplit la tumeur. Mais il est plus sûr d'exciser aussi complétement que possible les parois du kyste, en ayant soin d'en cautériser énergiquement avec le crayon de pierre infernale les parties restantes.

Maintenant que nous avons indiqué d'une manière générale le plan de la leçon et la méthode suivie par M. Jarjavay, disons quelques mots de particularités curieuses, sur lesquelles le professeur a insisté.

Et d'abord la tumeur n'est pas également grosse à tous les instants; « quand elle est pleine elle acquiert le volume d'une noisette, et apparaît au-dessous de la langue sur la partie latérale gauche du frein, transparente, un peu bosselée, et présentant, sur sa bosselure antérieure, un amincissement considérable, situé en arrière de la fossette sur laquelle s'ouvre le canal de

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LE RÈGNE VÉGÉTAL

Traité de botanique générale (1). — **Flore médicale, usuelle et industrielle, horticulture théorique et pratique.** — **Plantes agricoles et forestières.** — **Histoire biographique et bibliographique de la botanique.**

Cet ouvrage, dont le titre seul indique l'importance, est une des plus belles publications de notre époque. Un sujet aussi vaste n'était pas facile à traiter. Si l'idée était séduisante, la réalisation présentait de nombreuses difficultés. Le plan d'un tel ouvrage, ses divisions, son iconographie, le style même à employer, tout méritait la plus grande attention. Eh bien, nous commencerons par le dire, les auteurs, MM. A. Dupuis, T. Gérard, O. Reveil, Hérincq, Baillon et le directeur de l'œuvre, M. Guérin, ont su se mettre et se tenir à la hauteur du sujet.

Le règne végétal se divise : 1° en Traité de botanique générale dans lequel on trouve les vues d'ensemble et les détails les plus importants de la science botanique. Dans cette partie, composée de deux volumes de texte et de deux atlas iconographiques, nous avons surtout remarqué la méthode que les auteurs ont suivie dans leurs descriptions.

L'étude de l'organisation du végétal commence par l'examen des racines dans leurs formes, puis dans leur composition et dans leurs fonctions. Viennent ensuite les tiges puis les feuilles dont on suit également les variétés de forme, puis les éléments morphologiques et aussi la physiologie. Cette méthode philosophique se retrouve dans tout l'ouvrage. Les auteurs nous font assister à l'apparition des végétaux à la surface du globe : nous voyons successivement la terre se dégager du sein des eaux et se peupler de plantes, puis l'atmosphère devenir plus respirable, la vie s'augmenter, irradier, et les formes devenir de plus en plus variées, la perfection résulter du nombre des êtres et de leurs variations. Nous suivons cette merveilleuse loi d'évolution ascensionnelle qui veut que, dans les couches inférieures et primitives de la terre, on ne trouve que des végétaux acotylédones, tandis que, dans les terrains houillers, on rencontre déjà une végétation abondante, aux formes gigantesques et d'une simplicité imposante. Puis, à mesure que le milieu se développe et se complète, les plantes se multiplient, les animaux, les oiseaux apparaissent, la forme animale se montre avec un développement plus perfectionné vers laquelle les végétaux fossiles semblaient s'être préparés en suivant une véritable voie ascendante par le perfectionnement symétrique des organes.

De là nous passons à la distribution des végétaux sur le globe, chapitre intéressant dans lequel les auteurs envisagent d'abord, par grands groupes, les caractères de distribution des grandes classes de règne végétal.

Ainsi on remarque que les végétaux acotylédones sont répandus sur toute la surface du globe, tant sur la terre qu'au sein des eaux. Les formes génériques et spécifiques seules varient mais ces variations morphologiques ne tiennent qu'à la différence des milieux.

Les formes tropicales arborescentes, si nombreuses dans la classe des monocotylédones, croissent surtout dans les climats tempérés.

Les acotylédones sont représentés partout comme les premières manifestations organiques et les premiers agents de la destruction; les monocotylédones ont dû venir après et apparaître sous leurs formes les plus gigantesques dans les climats où abondaient la chaleur, la lumière et l'humidité, les trois sources de la vie. Ces mêmes monocotylédones, au développement si magnifique, mais dont la consistance est si faible, sont devenus de pauvres herbes à mesure qu'ils se sont éloignés de leur patrie, de leur milieu.

Quant aux végétaux dicotylédones, dont la distribution présente beaucoup plus de difficulté, les auteurs les ont étudiés par groupes analogues sous le rapport de la distribution des familles, en remontant de l'équateur vers les régions polaires.

Un autre chapitre plein d'intérêt est celui qui traite de la sy-

---

(1) Dix-sept beaux volumes dont neuf de texte et huit atlas petit in-4° de planches gravées contenant plus de 3,000 dessins de plantes ou de détails botaniques finement coloriés. Paris, 1867, Morgand.

Warthon. Elle détermine une certaine gêne dans la déglutition. »

Pendant le repas elle gonfle encore, puis il se produit quelque fissure sur le point aminci, et elle se vide.

Ces remarquables alternatives, qui rendent la grenouillette intermittente, pour ainsi dire, ont été signalées dans un certain nombre d'observations, encore inédites, de M. Jarjavay.

Ainsi, chez une femme de 35 ans, entrée le 15 février 1862 dans la salle Sainte-Marthe, nº 13 : « à la partie antérieure de la tumeur, située à gauche du frein, et grosse comme une noix, s'élevaient de petits cylindres de un centimètre de longueur, se terminant par une extrémité arrondie, espèce de doigt de gant fourni par les enveloppes du kyste ; immédiatement en arrière et en dehors du point où s'ouvre le canal de Warthon, la membrane muqueuse était très-amincie; l'orifice du canal de Warthon était libre. »

A plusieurs reprises, ces petits cylindres se sont rompus ; la tumeur s'est vidée, puis reproduite en quelques jours.

Nous trouvons signalée, chez trois autres malades, une ou plusieurs ruptures semblables de la tumeur, qui se reconstituait ensuite rapidement.

Il faut noter aussi que chez presque tous ceux qu'a opérés M. Jarjavay, après la cautérisation profonde de la poche, soit le jour, soit le lendemain, il s'est produit une douleur vive dans l'oreille correspondante. Cette douleur est due, sans doute, à l'irritation du nerf lingual ou de la corde du tympan; elle coïncide avec l'apparition des phénomènes inflammatoires que provoque, autour de la plaie, la cautérisation profonde au nitrate d'argent.

M. Jarjavay ne ménage pas l'action du caustique; il en use un crayon entier. Par ce moyen, il a réussi dans tous les cas, sans récidive.

Dr Victor Revillout.

OPÉRATION DE SPLÉNOTOMIE

Par M. E. Kœberlé.

Extirpation d'une rate d'un poids de 6 kilogrammes et demi, pratiquée le 21 septembre 1867. — Adhérences graves au diaphragme. — Hémorrhagie consécutive. — Mort.

Mme M..., de Westhoffen (Bas-Rhin), âgée de quarante-deux ans, d'une forte constitution, a toujours été bien portante jusqu'en 1864, elle a eu quatre grossesses, la dernière il y a cinq ans. Deux petites filles en bonne santé ont survécu : l'une est âgée de sept ans, l'autre de neuf ans. Les deux autres enfants sont morts en bas âge.

Au mois de novembre 1864, à l'occasion d'une bronchite, on s'aperçut d'un état insolite du ventre. Le côté gauche de l'abdomen était tuméfié par suite d'un engorgement de la rate qui a pris un développement de plus en plus considérable, en envahissant progressivement toute la partie latérale gauche de l'hypochondre, des lombes et de la région iliaque. La malade a remarqué que les urines étaient alors très-mousseuses. Vers la fin de l'année 1865, la jambe gauche était un peu infiltrée, œdémateuse ; mais l'œdème a bientôt disparu spontanément.

La fièvre intermittente ne règne pas dans la localité qu'habite la malade, laquelle d'ailleurs n'a jamais eu d'accès de fièvre.

La mère de la malade, âgée de soixante-dix-huit ans, est très-bien portante, ainsi que ses six frères et sœurs, et son père est mort à l'âge de quatre-vingt-un ans.

La menstruation a toujours été régulière jusqu'au mois de mars 1866. A partir de cette époque, la rate a grossi plus rapidement et les règles ont fait défaut pendant six mois. Au mois de septembre, les règles ont reparu en diminuant peu à peu jusqu'au mois d'avril 1867. Depuis, il y a eu aménorrhée complète.

En même temps que la rate a grossi, il s'est formé une ascite très-considérable, qui a donné lieu à une hernie ombilicale. En 1866, le ventre mesurait 1m,45 de circonférence. Depuis, l'ascite a presque entièrement disparu et la circonférence du ventre a été réduite à 1m,12. Néanmoins, la rate n'a pas cessé de s'agrandir et de s'étendre dans la région hypogastrique. Dans l'espace d'une année, sa longueur a augmenté de 10 centimètres.

Actuellement, la rate a 45 centimètres de longueur depuis son extrémité inférieure jusqu'au bord de l'hypochondre gauche. Son bord antérieur est sinueux et présente deux scissures profondes. Sa consistance est dure. Elle paraît hypertrophiée régulièrement dans toute son étendue. Elle n'est pas adhérente à la paroi abdominale. Il n'est pas possible de constater s'il existe des adhérences au diaphragme. A l'auscultation, on n'entend pas de bruits vasculaires, si ce n'est au voisinage des troncs artériels.

L'état général est relativement bon, quoique la malade soit très-amaigrie, affaiblie, d'un teint pâle, grisâtre, et que le sang renferme environ un dixième de globules blancs. Le sang a une couleur rouge brunâtre, analogue à du tissu splénique réduit en bouillie et se coagule faiblement. Les urines contiennent une certaine quantité d'albumine. L'épanchement ascitique est peu considérable, les extrémités inférieures ne sont pas œdémateuses. La malade n'a jamais éprouvé de douleurs abdominales violentes, si ce n'est une seule fois, à la suite d'une forte contusion de la rate en se baissant brusquement, en travaillant aux champs. Le ventre est resté très-sensible plusieurs jours à la suite de cet accident. Cependant, il se manifestait des douleurs vives, passagères, dans la rate, par fréquents accès. Les organes thoraciques et abdominaux, sauf la rate, sont normaux. Malgré que le foie déborde le rebord des côtes assez notablement, il ne paraît néanmoins pas très-hypertrophié. L'appétit est très-prononcé ; la malade est tourmentée par une faim presque continue. Les fonctions du tube digestif ne sont guère troublées que par la compression exercée par la rate sur l'intestin.

La malade a pris pendant plusieurs mois de l'iodure de potassium sans amélioration notable. En 1866, je lui ai prescrit du chlorure de sodium à haute dose. La rate a grossi beaucoup plus vite sous l'influence de ce traitement. Je proposai alors à la malade l'extirpation de la tumeur splénique. Elle désirait, du reste, très-ardemment d'être opérée, d'autant plus que ses ressources étaient très-exiguës, qu'elle ne pouvait plus travailler, et qu'elle était tourmentée d'une manière continue par le poids et par le volume de la tumeur. Néanmoins, l'opération fut différée. Au mois de juillet 1867, la malade fut traitée pendant quelque temps par M. le professeur Schutzenberger, qui lui prescrivit encore du sel marin, de la scille et du tannin. En raison du résultat négatif de ce traitement et des conditions désespérées dans lesquelles se trouvait la malade, M. Schutzenberger proposa également l'extirpation de la rate comme l'unique moyen de salut.

En présence du volume énorme de la tumeur splénique qui paraissait être due à une simple hypertrophie, de son accroissement rapide, incessant, de l'intégrité des organes autres que la rate, des complications survenues successivement, de la détérioration progressive de la constitution, de l'inutilité des médications internes, l'extirpation de la rate semblait pouvoir être tentée comme une dernière chance de salut. La malade, d'ailleurs, se rendait parfaitement compte de la gravité de l'opération, et son moral était excellent.

Je me proposais d'extraire la tumeur splénique par une incision médiane sus-ombilicale et de faire passer ensuite les ligatures, s'il y avait lieu, par une petite incision latérale à travers laquelle se seraient également écoulés les liquides amassés consécutivement.

L'opération eut lieu le 21 septembre 1867, en présence de MM. les professeurs Schutzenberger et Sédillot, les agrégés Hecht et Herrgott, les docteurs A. Ehrmann, J. Ehrmann, Chambé, Kien, E. Schutzenberger, H. Liouville, Grollemund et Schaaf. M. Elser était chargé de l'administration du chloroforme.

Je fis une incision sur la ligne blanche dans le tiers moyen de l'espace compris entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde du sternum, de manière à pouvoir introduire la main et à explorer préalablement l'extrémité supérieure de la rate, sous le diaphragme, afin de constater s'il y existait des adhérences, et de savoir si elles étaient plus ou moins vasculaires et à même d'être détruites sans danger. Il y avait, en effet, des adhérences; mais elles ne me parurent pas être de nature à contre-indiquer l'opération qui fut aussitôt continuée. L'incision fut prolongée jusque dans la hernie ombilicale et vers le sternum. Sa longueur totale était de 30 centimètres. L'extrémité inférieure de la rate put aisément être attirée en dehors. On détacha et on lia d'abord une petite portion du grand épiploon, puis on procéda à la ligature des vaisseaux de la scissure de la rate qui se trouvaient échelonnés dans une étendue de 25 centimètres environ. Ces vaisseaux, d'un développement énorme, furent liés en six ou sept portions et divisés entre deux ligatures pour éviter la perte de sang, au plus près possible de la rate, ce qui offrit des difficultés très-considérables. L'artère splénique avait le calibre de l'artère crurale ; elle fut liée avant la veine splénique principale, qui avait 2 centimètres et demi de diamètre. La partie supérieure de la scissure fut très-difficile à détacher, parce que les vaisseaux courts entre l'estomac et la rate n'avaient pas même 1 centimètre de longueur. La partie supérieure de la rate qui adhérait sur toute sa surface au diaphragme, fut détachée avec tout le soin possible, non sans quelque difficulté, et la rate fut enlevée. Elle pesait au delà de 6 kilogr. et demi (6,750 grammes), et il s'en était écoulé plus de 2 litres de sang. Sa longueur avait diminué notablement et s'était réduite à 45 centimètres. Pendant le cours de l'opération il se perdit une quantité très-considérable de sang ; les moindres vaisseaux, notamment ceux de l'incision abdominale, continuaient à saigner en nappe. Le sang se coagulait très-difficilement ; il avait une couleur brunâtre analogue au tissu de la rate réduit en bouillie par l'écrasement, et il ne rougissait pas à l'air. Les lèvres de l'incision abdominale paraissaient noirâtres. Les adhérences déchirées du diaphragme fournissaient du sang en nappe en grande quantité. L'opérée pouvait être considérée comme perdue. Il était impossible de songer à lier, tant à cause de la profondeur de la concavité du diaphragme au-dessus du rebord des côtes (10 centimètres environ), que de la multiplicité des petits vaisseaux qui saignaient. Je portai en vain une éponge imbibée d'alcool à 40° contre les surfaces saignantes. L'hémorrhagie se continuait, quoique moins forte. La respiration devenait embarrassée. Je pris alors le parti de refouler les viscères abdominaux contre la surface saignante pour exercer une compression sur les vaisseaux et de réunir l'incision après avoir coupé ras tous les fils des ligatures, et après avoir épongé, autant que possible, la cavité abdominale. On appliqua sept ou huit points de suture profonde et une quinzaine de points de suture superficielle. L'opérée ne reprit nullement connaissance ; la respiration s'embarrassa de plus en plus, et elle ne tarda pas à rendre le dernier soupir. L'opération avait duré une heure et demie. La perte de sang a été de 3 kilogrammes environ.

A l'autopsie, on trouva un épanchement de 500 grammes de sang dans la région qui avait été occupée par la rate. Les ligatures étaient toutes intactes. Le foie était hypertrophié, il pesait 3 kilogrammes. Les dimensions étaient exactement conformes aux données fournies par la percussion. Son tissu était normal. La surface convexe du lobe droit adhérait en plusieurs endroits au diaphragme, et était couvert d'un exsudat blanchâtre, ancien, sur la partie qui débordait les côtes. Les reins avaient un volume normal; la substance corticale en était pâle. Les autres organes abdominaux et les organes thoraciques étaient sains. La face inférieure du diaphragme du côté gauche, qui avait été adhérente à la rate, était couverte d'un caillot et des débris des adhérences qui avaient été la source de l'hémorrhagie. Le tissu du diaphragme ne présentait aucune lésion.

La rate était énormément hypertrophiée. Son volume était quarante à cinquante fois plus considérable qu'à l'état normal. Sa consistance, son aspect à l'intérieur ne présentaient rien d'anormal. A l'extérieur elle offrait, surtout à sa surface antérieure, par places, un épaississement de son enveloppe péritonéale, et l'on remarquait à son extrémité supérieure les vestiges des adhérences avec des vaisseaux très-grêles. L'artère splénique avait été liée à 1 centimètre avant sa division. A l'état vide, elle avait une largeur de 8 millimètres. Ses branches remontaient et descendaient le long de la scissure en formant un angle droit avec la direction du tronc. Un centimètre de l'extrémité du pancréas avait dû être compris dans la ligature de la veine splénique, quoique cette ligature eût été placée, au plus près possible, à 1 centimètre environ de son entrée dans la rate.

L'extirpation de la rate, lorsque cet organe est arrivé à un développement aussi considérable que dans l'observation précédente, est une opération extraordinairement grave, en supposant même une absence complète d'adhérences pathologiques. Le calibre énorme qu'ont acquis les vaisseaux, l'état du sang en rendent toujours l'exécution éminemment dangereuse.

On n'a fait jusqu'ici qu'un très-petit nombre d'opérations de ce genre de propos délibéré.

Zaccarelli (1), en 1549, opéra une jeune femme âgée de vingt-quatre ans, dont la rate était hypertrophiée et très-douloureuse. La rate excisée pesait 900 grammes. L'opérée était guérie au bout de vingt-quatre jours.

En 1678, Mathiæ (2) paraît avoir excisé la rate tout entière à un jeune homme, âgé de vingt-trois ans, qui avait reçu un coup de couteau au côté gauche. La rate avait fait hernie dans la plaie ; elle fut enlevée trois jours après l'accident, après ligature préalable des vaisseaux. Il survint une hémorrhagie qui fut arrêtée par une poudre styptique. Au bout de trois semaines la guérison était complète. Les vaisseaux divisés formaient dans la plaie un petit moignon de la grandeur d'une noisette. La

(1) Fioravanti, *Il tesoro della vita umana*, liv. II, c. VIII, Venise, 1570.
(2) *Ephem. med. phys. N. C.* Dic. II, au III, 1684, p. 378.

---

métrie ascendante des végétaux et de la comparaison des végétaux et des animaux.

Tout le règne végétal peut se résumer en trois grands groupes : les acotylédones, ou végétaux asymétriques (les vasculaires exceptés) ; les symétriques, qui comprennent les monocotylédones ou végétaux articulés, et les dicotylédones ou végétaux axillaires. A ces trois grands groupes correspondent, chez les animaux : les radiaires, les articulés et les vertébrés. On remarque dans chaque classe l'ascendance symétrique de la forme, et dans chaque groupe, une sorte de résumé de l'ensemble. Arriver à l'ascendance et à la symétrie, tel est le but de la nature. En face de ces lois physiques, on se demande s'il n'y aurait pas à chercher dans le développement moral de l'homme des lois semblables à celles que la nature a si merveilleusement établies dans le monde végétal et animal. Nous sommes convaincu que ces lois existent, car nous sommes persuadé que tout n'est qu'évolution dans le monde inorganique, organique et social. Malgré leur parallélisme, l'animal et le végétal peuvent néanmoins être considérés comme deux êtres inverses. L'animal est un organisme limité, le végétal un organisme illimité : ce qui avait fait dire à Aristote que les plantes sont des animaux retournés, destinés à compléter la vie universelle et à la répandre partout sous toutes les formes. Nous voudrions faire ressortir tout ce qu'il y a d'idées philosophiques, d'aperçus ingénieux et de véritable érudition dans le premier volume de la « Botanique générale ; » nous voudrions dire aussi, avec quel soin, la physiologie, la pathologie, les anomalies des plantes et leur classification ont été traitées dans le second volume ; mais nous devons ici nous occuper spécialement de la partie médicale. Nous n'insisterons pas davantage et nous passerons aussi sous silence l'intéressante partie consacrée aux végétaux d'ornement, de même que les deux volumes où se trouvent traités les principes fondamentaux de la science horticole, pour arriver à la flore médicale qui intéresse spécialement les médecins et les étudiants en médecine.

Nous eussions été bien heureux, alors que nous étudiions la flore médicale, d'avoir un pareil ouvrage dans les mains. Quels services ne nous aurait-il pas rendus pour préparer nos examens, surtout lorsque nous avions à les passer pendant l'hiver, et que nos herbiers étaient trop incomplets pour nous représenter tout ce que nous avions vu, soit dans nos herborisations, soit au jardin botanique de la Faculté ! Nous les avons conservés, ces chers herbiers; elles parlent bien encore à notre cœur, ces pauvres plantes; elles nous rappellent les heureux jours de notre jeunesse pleine d'insouciance, d'heureux rêves et de grandes ambitions ; mais comme elles sont fanées, comme elles sont vieilles; c'est à peine si nous les reconnaissons, tant les années les ont décolorées. Que d'autres sont absentes! Et d'ailleurs, un herbier, fût-ce même celui de Florence, qui contient plus de huit cents plantes, ne saurait jamais remplacer ces atlas magnifiques où les plantes, prises sur nature, ont des formes et des couleurs toujours vraies, toujours vives. Puisque la nature nous ferme son herbier tous les hivers, il a bien fallu songer à se former des flores artificielles. Déjà nous avons eu la flore médicale de Chaumeton, Chamberet et Poiret, plus connue sous la dénomination de « Flore de Panckoucke » (l'éditeur). Les morts vont vite, dit la ballade, les livres aussi. A l'époque où parut cette première flore médicale, 1814, la chimie végétale était à peine née, beaucoup de plantes exotiques peu connues, et les propriétés médicales mal appréciées, et malgré tout le mérite que la flore dite de Panckoucke a pu avoir, elle a vieilli, elle n'est plus aujourd'hui d'aucune utilité pratique ; elle ne répond plus à nos besoins; elle n'est plus au niveau de tous les progrès accomplis depuis cinquante ans. Ces progrès portent essentiellement sur la chimie végétale et la physiologie. Inutile de rappeler les travaux de Priestley, de Senebier, d'Ingenhouz, de Saussure, de Mirbel. Inutile de citer Amici, Tréviranus, Meyer, Schultz, Raspail, de Candolle, Brongniart, Agard, Gaudichaud, de Jussieu, Dutrochet, Decaisne, Pouchet, Schleiden, Hofmeister, Lecocq, Fermond et d'autres encore à qui l'organographie et la physiologie végétales doivent de si beaux et de si utiles travaux. D'autres naturalistes non moins illustres ont surtout contribué au perfectionnement de la méthode naturelle. Citons les de Candolle, A. Richard, A. de Jussieu, Lindley, Knigth, Endlicher, Meissner, Duchartre, Baillon, Vaucher, Agard, Persoon, Léveillé, Payer, etc. Il était indispensable, après tant de progrès accomplis, de refaire une flore médicale parfaitement au niveau de la science.

santé était parfaite six années après. La rate examinée par Asennius était tout entière et offrait seulement une petite incision à l'endroit où sont situés les vaisseaux courts.

Fantoni (3) rapporte le cas d'une femme âgée de trente ans chez laquelle il s'était formé un abcès à l'ombilic, après qu'elle eut éprouvé les plus cruelles douleurs dans l'hypochondre gauche. L'abcès ayant été ouvert, la rate fit hernie dans la plaie, et fut extraite et enlevée non sans difficulté par Ferrerius, en 1711. Cette rate avait huit travers de doigt de longueur, deux d'épaisseur et quatre de largeur. Quelques jours après il se fit une perforation intestinale. La plaie guérit; la malade se rétablit entièrement et elle eut une grossesse à terme. Plus tard il survint du côté des organes pelviens des accidents qui occasionnèrent la mort, cinq années après l'ablation de la rate dont on ne trouva d'autre vestige à l'autopsie que des cicatrices dans les parties avoisinantes. Le foie était très-hypertrophié et s'étendait jusque sous l'hypochondre gauche.

Quittenbaum (4), en 1836, opéra une jeune fille âgée de vingt-deux ans qui éprouvait des douleurs spléniques très-vives. Incision de la ligne blanche de 30 centimètres. La rate fut liée à l'aide d'une seule ligature de soie, qui comprenait une portion du pancréas. Il y avait environ 4 litres et demi de sérosité dans la cavité abdominale. La rate pesait 2 kilogrammes et demi. L'opérée succomba 6 heures après l'opération, après avoir présenté les symptômes que l'on observe à la suite des hémorrhagies graves. Il existait une cirrhose du foie.

M. Küchler (5), en 1855, extirpa une rate d'un poids de un kilogramme et demi, à un homme âgé de trente-six ans. Incision de 12 centimètres le long du bord externe du muscle droit, depuis les côtes. On appliqua sept doubles ligatures sur les vaisseaux. L'opération ne présenta pas de difficultés particulières. Il y avait un peu d'ascite et une cirrhose commençante du foie. L'opéré a succombé deux heures après l'opération, aux suites d'une hémorrhagie consécutive de 750 grammes de sang environ, qui était provenu d'une petite branche de l'artère splénique qui n'avait pas été liée.

M. S. Wells (2), en 1865, opéra une femme, âgée de trente-quatre ans, chez laquelle la rate prenait un développement très-rapide. Incision de 21 centimètres le long du bord externe du muscle droit. En voulant tourner la rate sur elle-même pour tordre les vaisseaux en un seul paquet, la veine splénique se rompit. On appliqua alors un clamp momentanément. Deux artères et une veine furent liées séparément. Le reste des vaisseaux fut réuni et lié en deux faisceaux. Une portion du pancréas était comprise dans ces ligatures, qui furent coupées ras et abandonnées dans le ventre. L'opérée mourut, le septième jour, d'infection purulente et de septicémie. La rate pesait près de 3 kilogrammes (5 livres et 12 onces), et présentait en divers points un commencement de dégénérescence amyloïde ou lardacée. Le foie était hypertrophié.

M. Péan, chez une jeune fille âgée de 20 ans, sujette à des douleurs violentes dans l'abdomen, qui paraissait atteinte d'un kyste de l'ovaire dont les caractères étaient cependant insolites, et qui a été opérée dans cette hypothèse le 6 septembre 1867, est tombé sur un kyste de la rate contenant environ 3 litres de sérosité visqueuse, blanchâtre. Ponction du kyste à travers l'épiploon, qui recouvrait entièrement la tumeur, laquelle ne put être ni explorée convenablement, ni attirée au dehors par l'incision pratiquée sur la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis. L'incision dut être prolongée un peu au-dessus de l'ombilic. Sa longueur totale mesurait ainsi environ 15 centimètres. Excision partielle du kyste. Il fut alors possible d'explorer la tumeur et de constater qu'elle appartenait à la rate, qui était hypertrophiée. Extraction de la partie inférieure de la tumeur. Ligature de la veine, puis des branches de l'artère splénique, en quatre paquets. Ablation du reste de la tumeur. Les fils des ligatures furent coupés ras et retournés dans la cavité péritonéale. Réunion de la plaie. Le dixième jour, l'opérée était déjà très-bien portante. J'ai vu moi-même cette opérée six semaines après l'opération, alors que sa santé ne laissait rien à désirer. Le poids de la rate paraît avoir été de 1 kilogramme et demi environ. Il est vraiment extraordinaire que cette rate ait pu être enlevée et que les vaisseaux aient pu être liés à travers une incision dont la cicatrice ne s'étend guère à plus d'un centimètre au-dessus de l'ombilic.

L'opération que j'ai pratiquée peut être considérée comme une des plus audacieuses de la chirurgie. Le volume et le poids de la rate enlevée sont énormes. Il n'existe guère d'exemples d'une hypertrophie simple aussi considérable. Sans les adhérences si graves du diaphragme, l'opérée aurait pu guérir. La leucocythose du sang qui paraît avoir été provoquée exclusivement par l'hypertrophie de la rate, aurait probablement disparu. La proportion des globules blancs du sang était exactement proportionnelle à l'hypertrophie de la rate. En effet, il y avait un dixième de globules blancs, c'est-à-dire quarante-cinq fois plus qu'à l'état normal. Quoique les usages de la rate soient inconnus, il paraît néanmoins démontré, par les expériences faites maintes fois sur des chiens et sur d'autres animaux, que cet organe n'a pas une importance capitale dans l'économie et n'est pas indispensable à la vie, puisque les animaux qui ont survécu à son extirpation, n'ont offert ultérieurement, pendant plusieurs années, aucune altération bien appréciable dans leur santé. L'intégrité de tous les autres organes de l'économie permettent par conséquent d'espérer une guérison durable. Sous ce rapport, l'extirpation de la rate n'est pas plus extraordinaire que celle des ovaires et de la matrice. L'insuccès, dans un cas aussi grave, ne doit pas faire rejeter cette opération d'une manière absolue. Si je m'étais laissé décourager, il y a quatre ans, par le résultat fatal d'une extirpation d'une tumeur fibreuse de la matrice, qui pesait 33 kilogrammes chez une jeune fille âgée de vingt-quatre ans, qui a succombé aussi en grande partie aux suites d'une hémorrhagie, je n'aurais plus fait d'opérations de ce genre. Cependant, sur six extirpations totales de la matrice jusqu'à sa partie vaginale, dans des cas de tumeurs fibreuses interstitielles volumineuses; j'ai obtenu depuis trois guérisons parfaites; les trois autres malades sont mortes des suites de l'hémorrhagie. L'extirpation de la rate est, sans doute, une opération très-redoutable lorsque l'hypertrophie est très-prononcée, à cause de l'altération du sang et à cause du calibre considérable que présentent alors les vaisseaux, mais l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice offre également des dangers d'exécution très-graves, que le perfectionnement des procédés opératoires m'a permis de conjurer en grande partie. Ce ne sont pas, il est vrai, des opérations de pratique courante. Elles ont été faites rarement de propos délibéré. Le chirurgien peu aguerri, aux prises avec des difficultés inattendues, hésite, tâtonne, cherche à se tirer d'affaire comme il peut. De là, des insuccès regrettables, décourageants au premier abord, qui ne sont pas toujours imputables à l'opération même, mais au procédé opératoire. N'en a-t-il pas été de même pour un grand nombre d'autres opérations, telles que la lithotomie, l'opération de la fistule vésico-vaginale, l'ovariotomie, l'opération césarienne, etc., etc.? non que je veuille proposer l'extirpation de la rate sur une grande échelle. C'est une opération dont les indications seront toujours, je crois, restreintes aux seuls cas d'hypertrophie simple, dans lesquels les médications internes sont complétement inefficaces, alors que le foie ne sera pas trop volumineux, que les autres organes seront sains, que l'accroissement de la rate sera très-rapide, et que l'on sera en droit de supposer qu'il n'existe pas de contre-indication sérieuse résultant d'adhérences, de l'état général, etc.

Dans l'hypertrophie simple de la rate, la marche de l'affection est assez lente, mais il est rare que les malades puissent vivre au delà de 5 à 10 ans à partir du début de l'affection, dont les incommodités et les accidents vont en s'aggravant jusqu'à la mort. L'extirpation de l'organe malade peut donc, je pense, être tentée avant que l'affection ne soit arrivée à un degré trop avancé.

Un des plus grands dangers de cette opération est l'hémorrhagie, à cause de la difficulté que l'on éprouve de placer sur les vaisseaux des ligatures assez serrées. Les troncs artériels doivent autant que possible être liés avant les grosses veines. Les moindres veines qui fournissent du sang doivent être liées, parce que ces vaisseaux sont dépourvus de valvules et que l'état du sang dispose déjà à l'hémorrhagie. On peut trouver de grandes difficultés à lier les vaisseaux courts, à cause du peu d'espace qui existe quelquefois entre l'estomac et la rate. L'extrémité du pancréas a dû être comprise dans les ligatures dans trois cas. Les adhérences de la rate avec le diaphragme sont excessivement graves lorsqu'elles sont saignantes, parce que l'hémorrhagie entretenue déjà par le défaut de plasticité du sang, est activée à chaque mouvement d'expiration, et parce que les foyers hémorrhagiques donnent lieu à la septicémie.

L'extirpation d'une rate de petit volume paraît être loin de présenter des dangers et des difficultés aussi considérables que celle d'une rate très-hypertrophiée. L'excision et la ligature partielle de la rate à la suite d'une blessure paraît également présenter des dangers moins graves, à en juger d'après les cas de guérison assez nombreux obtenus jusqu'ici dans ces circonstances.

Quoiqu'il en soit, l'extirpation de la rate, dans les cas d'hypertrophie, malgré les insuccès que l'on a obtenus jusqu'ici, ne paraît pas devoir être rejetée d'une manière absolue.

(3) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, lib. V, ép. LXV, art. 10. Venise, 1761. — Fantoni, *Opuscula medica et physiologica*, p. 195 et 203. Genève, 1738.

(4) Quittenbaum, *Commentatio de splenis hypertrophiæ et exstirpationis splenis hypertrophici*. Rostock, 1836.

(5) Küchler, *Exstirpation eines Milztumors*. Darmstadt, 1855. M. Küchler, l'habile chirurgien de Darmstadt, a examiné dans ce Mémoire les diverses objections et les indications relatives à l'extirpation de la rate. — Simon, *Die exstirpation der Milz am Menschen*. Giessen, 1857. — Braun, *Lienis in homine exstirpatio*. Dorpat, 1857.

(2) *Medical Times and Gazette*, 1865, t. II, p. 615, et 1866, t. I, p. 2.

PHLEGMON TRÈS-GRAVE

du membre supérieur gauche. — Compression digitale. — Guérison très-rapide.

Par M. le Dr VANZETTI (de Padoue).

Il y a trois mois à peu près que le Dr Brunetta, médecin distingué à la Prata près de Pordenone, m'appela en consultation pour un de ses malades. A cette occasion, ce confrère me fit part des beaux succès qu'il avait obtenus dans sa pratique au moyen de la compression digitale des artères dans les inflammations phlegmoneuses des membres et dans celles des articulations, traitement qu'il avait adopté depuis l'époque où je l'avais proposé.

Parmi les guérisons obtenues, il m'en cita une, dont l'intérêt me parut si grand que j'ai prié mon honorable confrère de vouloir bien m'en donner l'observation pour la communiquer à la Société. Il accéda à ma prière avec une courtoisie dont je suis heureux de lui témoigner ma reconnaissance, et me remit l'observation suivante.

« Le 6 juin 1863, je fus appelé auprès d'un paysan, âgé de 45 ans environ, alité depuis cinq jours.

» Le malade qui se fait passer, dans la localité, comme savant dans l'art vétérinaire, avait eu, quelques jours auparavant, à extraire du ventre d'une vache son fœtus. Ne réussissant pas avec les mains, il employa un crochet, qui ayant lâché prise, vint le blesser, très-superficiellement, à la paume de la main gauche.

» Cette lésion, si légère que le paysan n'y fit pas attention, fut cause d'un phlegmon très-intense du membre, accompagné de symptômes généraux excessivement sérieux.

» A ma première visite, faite comme je l'ai dit, cinq jours après le début de la maladie, je trouvai le malade au lit avec l'avant-bras et une grande partie du bras gauche tellement enflés qu'ils paraissaient doublés de volume : la peau en était très-tendue, luisante, de couleur rouge très-foncée, livide et bleuâtre, avec de larges phlyctènes sur le dos de la main. La physionomie du malade était décomposée, son œil était languissant, sa voix faible et rauque, le pouls misérable, la tempéra-

---

M. Reveil, le savant agrégé de la Faculté de Paris, pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, s'était chargé de la partie médicale du règne végétal, quand la mort l'a prématurément enlevé à son œuvre. M. Guérin ne pouvait mieux faire que de s'adresser au docteur Baillon, professeur de botanique à la Faculté de Paris, et dont l'autorité scientifique est si justement reconnue. Comme botaniste, les connaissances de M. Baillon sont beaucoup plus spéciales que ne l'étaient celles de M. Reveil, et les médecins, comme les étudiants, peuvent, en toute confiance, s'en rapporter à l'expérience de ce jeune professeur en pareilles matières. Non-seulement il a revu tout ce qui avait été publié par M. Reveil, il a de plus revu et complété les manuscrits laissés par son collègue, et M. Guérin n'a pas hésité à réimprimer toute la partie médicale du règne pour que, revue entièrement par M. Baillon, elle soit plus homogène et plus au niveau des connaissances scientifiques modernes. Tous les articles de la « Flore médicale » sont rédigés sur le même plan; ils sont d'une clarté parfaite, parce qu'ils sont conçus avec une méthode rigoureuse et un style simple et précis. Dans l'histoire de chaque plante l'auteur a suivi les divisions suivantes : description, habitat, culture, parties usitées, récolte, composition chimique et usages.

Le mode de culture est un point fort important en médecine, car il influe très-notablement sur les propriétés thérapeutiques des plantes. En général, on sait que pour l'usage médical il faut préférer les plantes sauvages, semées spontanément. Dans un jardin, les plantes médicinales deviennent plus glabres, plus molles, moins actives, parce qu'elles reçoivent des sucs nutritifs en trop grande quantité; car si l'abondance de nourriture augmente le volume des végétaux, elle n'augmente pas leurs propriétés thérapeutiques; d'autre part, faute d'alimentation suffisante, de lumière surtout, les plantes s'étiolent, languissent et sont privées des principes actifs qu'on y recherche.

Les parties usitées n'ont pas moins d'importance en médecine; cette importance ressort tellement d'elle-même qu'il est inutile de nous arrêter sur ce sujet, nous insisterons davantage sur la récolte des fruits qui comprend le choix ou élection, la récolte proprement dite, les procédés d'extraction, les modes de dessiccation et de conservation.

L'élection est relative à l'âge des plantes et au terrain sur lequel elles croissent. Dans leur jeunesse, les végétaux sont riches en principes mucilagineux; les feuilles sont plus chargées de principes extractifs avant la floraison; l'aubier est plus aqueux au moment de l'ascension de la séve; ses écorces changent de composition en vieillissant.

On doit récolter les racines au printemps et à l'automne, c'est-à-dire, soit au moment où les feuilles commencent à se développer, soit après leur chute ou après celle de la tige dans les plantes bisannuelles. Que d'autres préceptes sont indiqués pour la récolte des bois et de l'aubier, des écorces, des fleurs, des fruits et des semences!

Le lecteur trouvera enfin, dans l'étude de la composition chimique des indications précises sur les principes immédiats auxquels peuvent être rapportés les effets thérapeutiques des végétaux; il trouvera également les caractères de ces principes et les différentes réactions qu'ils peuvent subir. Quant aux usages qui sont l'objet définitif, le complément naturel d'une flore médicale, ils ont été indiqués avec un soin tout particulier. Les effets physiologiques et l'action thérapeutique des plantes ont été étudiés au point de vue de la médecine humaine et vétérinaire.

Enfin le texte qui ne laisse rien à désirer comme science, comme style et comme impression, est parfaitement complété et rendu plus intelligible par de magnifiques planches d'une exactitude parfaite et d'un coloris admirable.

En résumé, le succès du « règne végétal, » que nous avons été un des premiers à prédire, n'est plus douteux aujourd'hui. Médecins, botanistes, horticulteurs, agriculteurs, industriels et gens du monde lui ont déjà fait un tel accueil qu'il n'est pas besoin d'un autre témoignage pour prouver la valeur de ce magnifique ouvrage.

Dr ERNEST MENAULT.

De la glycérine, de ses applications à la médecine et à la chirurgie, par le docteur Demarquay, médecin de la maison municipale de santé. Troisième édition, 1 vol. in-8, cartonné à l'anglaise. Prix : 5 fr. — Paris, 1867, P. Asselin.

ure du corps au-dessous de la normale, avec grande prostration physique et morale.

» Je fus effrayé d'un ensemble de symptômes si terribles ; et, en présence d'un état d'adynamie si profonde, je me suis demandé, s'il n'y avait pas eu absorption d'un virus par la petite blessure que le malade s'était faite. Je prescrivis une décoction de quinquina avec une eau aromatique laudanisée, et, songeant aux moyens les plus prompts et les plus sûrs pour arrêter l'érysipèle phlegmoneux qui menaçait le bras de gangrène, je me mis de suite à pratiquer la compression digitale de l'artère humérale à son tiers supérieur.

» Heureusement je pus trouver, parmi les parents du malade, deux personnes très-intelligentes qui apprirent à faire très-bien la compression.

» Je quittai le malade, après avoir fait comprendre à sa famille combien il était important que la compression fût continuée, non-seulement pendant le reste de la journée, mais aussi toute la nuit, jusqu'à ma visite du lendemain.

» Tout en pensant que ces prescriptions seraient exactement exécutées, j'avoue m'être éloigné de ce malade avec bien peu d'espoir, tant son état m'avait paru grave et tant il m'avait inspiré de doutes sur la possibilité de lui sauver la vie.

» Le lendemain matin, j'allai revoir ce malade, et, les parents étant encore à leur poste à faire la compression, je le trouvai, avec une inexprimable surprise, ayant une physionomie sereine, ses forces et son moral relevés. Il avait dormi plusieurs heures ; mais, ce qui est plus important, le membre pectoral était tout à fait désenflé, presque revenu à son volume normal ; on observait seulement un teint tant soit peu livide de la peau, qui était ridée et capable d'être plissée facilement entre les doigts.

» A partir de ce moment, à savoir vingt-quatre heures de compression, je la fis cesser ; j'appliquai sur les phlyctènes, qui s'étaient ouvertes, et sur la petite blessure, qui suppurait superficiellement, de la charpie sèche, puis plusieurs tours de bande. Au bout de deux jours le malade, sans autre médication, était complétement guéri. Depuis lors, il n'a éprouvé aucune incommodité dans son bras. »

Par un hasard aussi heureux que singulier, après notre consultation, en retournant en compagnie du Dr Brunetta à Pordenone pour y regagner le chemin de fer, nous rencontrâmes sur la route le même paysan ; le docteur l'engagea à me faire le récit du mal qu'il avait essuyé à la suite de l'opération qu'il avait faite quatre ans auparavant sur la vache. — Je regrette de ne pouvoir pas rendre exactement les mots dont ce paysan, très-expressif, se servit pour nous expliquer comme quoi « il se sentait mourir, comme il était à demi-mort, comme quoi il avait senti la vie revenir dans son corps, » du moment où le docteur avait appliqué ses doigts à son membre malade, et au fur et à mesure que l'on continuait à y exercer une pression.

(La suite au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Berhcon, inspecteur du service sanitaire de la Gironde, nous adresse une anecdote que nos lecteurs liront avec plaisir et qui leur rappellera l'esprit d'un maître bien regretté. Nous lui laissons la parole :

« Je vous donne presque la primeur, nous écrit notre aimable confrère, d'une anecdote fort peu connue, sans aucun doute, et dont l'un de vos plus regrettés maîtres est le héros. Elle a été très-récemment racontée par le professeur Fonsagrives dans un dîner tout girondin et exclusivement médical, pendant lequel l'amphitryon, le Dr Lebarillier, nous avait fait savourer, hygiéniquement, toute une série d'années excellentes et *réussies* des vins de son fort appréciable client, M. de Bethmann, maire de Bordeaux et propriétaire du crû La Rose.

» La scène s'est passée à Brest où l'illustre chirurgien de la Charité avait fait, peu avant sa mort, un court voyage, en même temps qu'une visite au grand hôpital maritime de Clermont-Tonnerre.

» L'uniforme des médecins de la marine l'avait frappé, surtout celui de la petite tenue sur lequel les grades sont indiqués à l'aide d'un nombre plus ou moins grand de galons d'or ; s'étant fait expliquer tous les échelons de la hiérarchie et leur assimilation aux grades militaires, il fit au chirurgien en chef Rochard la remarque suivante : Puisque vous avez ainsi parmi vous des lieutenants, des capitaines et des colonels médecins, j'aurais donc pu commander aussi mon régiment de médecine si les hasards de ma carrière m'avaient fait servir dans la marine ? — Certainement, lui répondit son interlocuteur, et bien évidemment vous y seriez devenu maréchal. — Tiens, répliqua de suite Velpeau, se souvenant sans doute de ses débuts dans la maréchalerie de son père, c'eût été drôle de finir par où j'avais commencé. »

— M. le Dr Conneau, premier médecin de l'Empereur, vient d'être élevé à la dignité de sénateur. Les nombreux amis de M. Conneau applaudiront à la nouvelle marque de faveur dont il vient d'être l'objet.

— M. le Dr Naquet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui, sous le coup d'une prévention de délit politique, était incarcéré, depuis quelques jours, à la prison Mazas, vient d'être transféré, grâce à l'intervention officieuse de M. Wurtz auprès du ministre de l'instruction publique, dans une maison de santé, où il pourra recevoir tous les soins réclamés par son état de souffrance. On apprendra avec intérêt le succès de la démarche de l'honorable doyen.

— M. le Dr Prat commencera son cours sur les maladies des oreilles le mardi 26 novembre, à huit heures du soir à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1, pour le continuer les mardi et samedi.

— M. Joulin, agrégé de la Faculté de médecine, commencera son cours d'accouchements le mercredi 27 novembre à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, à huit heures du soir pour le continuer les lundi, mercredi et vendredi.

Le Directeur, Dr. E. Le Sourd

(1807) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 138. — MARDI 26 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 26 NOVEMBRE 1867. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

SOMMAIRE. — SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX. — HOPITAL ROTSCHILD (M. J. Worms). Phlegmon profond des parois abdominales. — Nouvel instrument pour la transfusion du sang. — De l'arsenic. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Chronique et nouvelles. — Souscription.

PARIS, 25 NOVEMBRE 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Société médicale des hôpitaux. — La dernière séance a commencé par une courte discussion à propos de fièvres puerpérales observées par M. Empis dans les circonstances suivantes :

Deux servantes, approchant du terme de leur grossesse, étaient entrées, pour faire leurs couches, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Lorrain. Elles y étaient à peine depuis quelques heures, lorsqu'elles en furent renvoyées. M. Lorrain faisait évacuer la salle de femmes en couches, où s'étaient déclarés, dans l'espace de quatre jours, deux cas de fièvre puerpérale mortelle, dont le second fut presque foudroyant.

Les pauvres servantes, qui n'avaient point de domicile, allèrent à la Pitié, où elles furent reçues dans le service de M. Empis.

Jusqu'alors l'état sanitaire des femmes en couches y était très-bon; mais les deux nouvelles arrivées furent prises de fièvres puerpérales aussitôt après leur accouchement; deux autres femmes, leurs voisines, en furent également atteintes ; et, sur les quatre, trois en moururent; la dernière fut transportée dans une autre salle ; puis tout rentra dans l'ordre accoutumé, sans qu'il se déclarât aucun autre cas de cette maladie à la Pitié.

Fallait-il dire que ces femmes enceintes avaient contracté, pendant leur séjour de quelques heures à Saint-Antoine, un germe de fièvre puerpérale qui serait resté latent jusqu'à l'accouchement, et qui se serait transmis ensuite par contagion à deux autres femmes en couches?

La chose était d'autant plus probable que, sur dix-sept femmes, disséminées par M. Lorrain, et dont quelques-unes seulement étaient restées à l'hôpital, dans les salles de médecine, quatre moururent d'affections puerpérales, et trois autres, dont une en ville, furent très-malades. Elles emportaient donc en puissance la maladie, lorsqu'elles quittèrent la salle qui fut évacuée.

M. Lorrain raconta l'histoire d'une jeune dame qui appartenait à une famille de savants, et qui, ayant eu, lors de ses premières couches, une affection puerpérale, s'était rendue à Saint-Germain plusieurs semaines avant le terme présumé d'une nouvelle grossesse. Saint-Germain était renommé pour son état sanitaire excellent à ce point de vue. On n'y avait observé depuis longtemps, non-seulement aucune épidémie, mais même aucun cas isolé d'affection puerpérale. La jeune dame en question y resta trois semaines avant d'y accoucher. Mais elle n'en fut pas moins atteinte d'une nouvelle fièvre puerpérale qui l'enleva.

Pour montrer que ces faits ne sont point exceptionnels, M. Empis s'est servi des travaux de MM. Pajot et Tarnier.

Il a rappelé que la fermeture des services d'accouchements, la dissémination des femmes qui s'y trouvaient lors des épidémies de fièvres puerpérales, n'avaient pas empêché ces femmes d'être prises de la maladie, à leur tour, comme les observateurs qui les avaient suivies l'avaient constaté.

Quant à leurs conclusions pratiques, M. Lorrain et M. Empis s'accordent peu. M. Lorrain voudrait voir fermer, d'une manière définitive, tous les services d'accouchements « qu'aucuns soins d'hygiène banale ne parviendront à rendre salubres. » En cas d'épidémie, il propose, avant tout, la dissémination des femmes. M. Empis s'est borné à faire, sur ce sujet, des réserves formelles.

— A propos du malade chez lequel un hoquet extraordinaire a été guéri au moyen de l'électricité, M. Dumontpallier, analysant chacun des symptômes, a fait remarquer que le hoquet se produit « pendant l'inspiration, par une contraction convulsive du diaphragme qui « dilate la base du thorax, » confirmation clinique des opinions physiologiques émises sur l'action du diaphragme par M. Duchenne (de Boulogne).

— M. Fournier, tant en son nom qu'en celui de M. Ollivier, a parlé d'une malade que la « Gazette des Hôpitaux » a mentionnée précédemment. Cette femme était atteinte, depuis plusieurs années, d'un goître exophthalmique bien caractérisé.

Elle avait été, pendant quelque temps, dans le service de M. Trousseau qui en avait fait mention dans ses leçons cliniques. Et enfin elle était rentrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Fournier, suppléant de M. Grisolle, avec une constitution qui se délabrait toujours de plus en plus, bien que la maladie eût une marche assez lente et paroxistique.

C'est là que cette malade, âgée de cinquante-huit ans, profondément débilitée, ayant une diarrhée habituelle qui contribuait à l'affaiblir, fut prise d'une gangrène sèche, semblable à la gangrène sénile. Le membre inférieur gauche fut affecté le premier, puis la main gauche et le pied droit semblaient devoir se gangréner à leur tour, lorsque la malade mourut.

L'autopsie fut faite avec grand soin. Le grand sympathique fut examiné au microscope, d'un bout à l'autre, par M. Ranvier. Il fut trouvé parfaitement sain. Aucune lésion n'existait non plus dans les artères, qui étaient simplement oblitérées par des caillots vers les points gangrenés, sans inflammation de leurs parois, sans athéromes, etc.

Fallait-il donc rattacher la gangrène au goître exophthalmique ? ou fallait-il y voir une simple coïncidence de gangrène sénile, comme permettait de le penser l'âge avancé de la malade, et l'état de détérioration profonde dans lequel elle se trouvait?

En parcourant les observations de goître exophthalmique publiées jusqu'ici, M. Fournier n'a vu qu'une seule fois la gangrène notée comme complication ; et encore, dans ce fait unique, observé par sir Henri Marsh, avait-elle été précédée d'anasarque et d'érysipèle.

Pourtant, M. Fournier tendrait plutôt à croire à une liaison quelconque entre le goître exophthalmique et la gangrène ; et il appuie cette opinion sur les raisons suivantes :

1° La multiplicité des phénomènes gangréneux, qui auraient fini par envahir trois membres ;

2° L'absence complète de toute lésion dans les artères, qui n'étaient pas même athéromateuses ;

3° Il fait remarquer d'ailleurs que cette malade se plaignait habituellement d'une chaleur intense, insupportable ; que d'autres troubles de la circulation ont été observés chez des exophthalmiques; que cette affection se rapproche des affections cachectiques : cancers, etc., dans le cours desquels on observe parfois des accidents gangréneux.

Tel doit être, à ce qu'il nous semble, le dernier mot de la question.

La gangrène sèche peut résulter de toute cachexie, de toute cause dont le résultat est une débilitation profonde ou un trouble considérable dans les fonctions d'hématose, de nutrition et de réparation moléculaires.

On l'a vu d'abord pour la vieillesse ;

On l'a constaté : pour le diabète, — les exemples en sont nombreux ;

Pour le choléra, — nous en avons publié un certain nombre ;

Pour le typhus, — Murchison en parle dans son ouvrage sur les « Fièvres continues de Grande-Bretagne, » et le « British médical journal » du 28 septembre 1867 en rapporte un nouvel exemple ;

Pour l'inanition pure et simple, supportée pendant 28 jours par un marin très-vigoureux, — les « Archives de médecine navale, » février 1867, ont donné la relation de ce fait remarquable.

D'une autre part, les physiologistes ont vu des gangrènes se produire à la suite de lésions du système nerveux ; et un observateur de premier ordre, M. Charcot, en appelant l'attention sur des faits cliniques du même genre, déclarait impossible de les expliquer tous, comme on le fait en général, par quelque pression extérieure longtemps continuée. C'est un vice de nutrition, qui produit souvent la gangrène après les lésions des centres nerveux.

La chose étant ainsi comprise, il est tout simple que plusieurs causes débilitantes concourent au même résultat.

La malade de M. Fournier n'a pas eu de sucre dans les urines, on s'en est assuré souvent; mais elle était vieille, débilitée par une diarrhée hectique; et enfin ce n'est pas sans raison qu'on compare le goître exophthalmique à une cachexie.

Chez une malade, que j'ai soignée avec M. Trousseau et qu'avait vue également M. le Dr Ozanam, la marquise de C..., il s'était produit, sous l'influence de cette maladie, des hémorrhagies passives, qui tenaient à l'état de dissolution du sang et se montrèrent extrêmement rebelles.

Les anasarques, les diarrhées hectiques observées si souvent chez les exophthalmiques, sont bien aussi des signes de cachexie.

Du reste, dans le goître exophthalmique, comme dans le diabète, on remarque souvent, dans les fonctions vaso-motrices, un trouble qui se manifeste par une élévation notable de température.

Chez quelques malades, entre autres celle de M. Fournier, la sensation de chaleur intense dont ils se plaignent est purement subjective. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans à peu près la moitié des cas de goître exophthalmique qu'il a traités, chez cinq ou six malades, M. Hérard a constaté au thermomètre un accroissement de calorique très-appréciable. Quant au diabète, M. Hérard a fait remarquer que, bien souvent, il existe très-peu de sucre dans l'urine de ceux qui sont pris de gangrène diabétique.

L'absence de toute altération, de toute lésion dans les artères, n'est point exceptionnelle en cas de gangrènes sèches. M. Raynaud a rappelé que, dans un travail datant déjà de sept ou huit ans, il a recueilli vingt-cinq ou trente faits de gangrène sénile sans athéromes, ni artérites, ni affection quelconque, inflammatoire ou autre, des parois des vaisseaux.

Et ceci n'est point particulier à la gangrène sénile; car, d'après des notes de M. Charcot, lues à la Société de biologie, et qu'a citées M. Dumontpallier, dans les cachexies, il se produit des thromboses passives, des oblitérations artérielles par des caillots semblables à ceux qui, dans les leuco-phlegmasies, se font dans les veines.

Ainsi, l'intégrité des parois artérielles n'indique rien sur la cause première de thromboses ou de gangrènes ; et la généralisation plus ou moins grande des accidents n'en saurait apprendre davantage; car elle peut se rencontrer toutes les fois que la gangrène n'est pas purement accidentelle, ou liée, d'une manière intime, à quelque lésion de quelque artère.

— A ce propos, des remarques ont été échangées sur l'état de la température en cas de thrombose.

M. Raynaud, après avoir cité le travail de M. Broca, sur ce sujet, a relaté un fait qui se passe actuellement dans son service à l'Hôtel-Dieu.

Chez un malade dont l'artère crurale est oblitérée du côté droit, la température de ce côté est de 35 degrés un ou deux dixièmes, prise à l'aine, et de 32 degrés au niveau du pied ; tandis qu'à gauche, on trouve 34 degrés à l'aine, 33,8 au mollet. Ainsi, le bas de la jambe est plus froid du côté malade, tandis que la racine du membre y est plus chaude.

La même chose a été observée par M. Potain en dehors de toute thrombose. Sur une phthisique de son service, la main est plus froide du côté où l'aisselle est plus chaude. M. Potain tend à attribuer, en pareil cas, le refroidissement des extrémités à une déperdition plus grande du calorique, qui y parviendrait en quantité au moins égale.

Les divers troubles de calorification observés dans les maladies sont, du reste, étudiés de nos jours avec grand soin; et il faut espérer qu'on en trouvera les lois, qui, jusqu'à présent, nous échappent.

Dans la pneumonie des vieillards, ces troubles sont assez fréquents; et l'interne de M. Charcot, M. Lépine, a lu à ce sujet, à la Société de biologie, un travail qui portait déjà (juillet 1867) sur dix observations. Depuis lors, il en a recueilli cinq autres ; et les conclusions générales de ces recherches sont les suivantes :

C'est tantôt du côté où règne la pneumonie, tantôt du côté sain que la température des membres est modifiée ;

Parfois cette modification est, pour ainsi dire, croisée : la jambe étant plus froide du côté où le bras est plus chaud ;

Parfois elle change de côté à plusieurs reprises ;

Parfois enfin, mais rarement, elle se montre en sens inverse sur les divers segments du même membre : l'aisselle est plus chaude, la main plus froide.

Ces faits méritent la plus grande attention, si, comme le suppose M. Charcot, les troubles des vaso-moteurs précèdent souvent et préparent la paralysie des mêmes membres.

M. Charcot a étudié les hémiplégies pneumoniques chez les vieillards ; je crois qu'il en a dit quelques mots dans une note de ses leçons « Sur les maladies de la vieillesse. » En pareil cas, dans ces hémiplégies plus ou moins complètes qui se produisent à la période terminale de la pneumonie des vieillards, on ne rencontre aucune lésion dans les centres nerveux, rien qui puisse expliquer la paralysie.

M. Charcot est un chercheur ; il ne se repaît pas de théories; il aime à découvrir la lésion organique qui trouble la fonction, et l'on connaît le soin minutieux, la patience extrême qu'il apporte dans ces recherches. Pourtant il est encore plus d'une maladie dont le mécanisme organique n'est pas découvert.

Il en est ainsi de la paralysie agitante.

A propos du fait de M. Fournier, où le goître exophthalmique avait pu exister et se prolonger très-longtemps sans qu'on trouvât aucune lésion dans le nerf grand sympathique, M. Hérard avait cité l'exemple de la « paralysis agitans, » où l'on ne trouve pas de lésions dans moitié des cas.

M. Charcot va beaucoup plus loin. Il ne croit pas qu'il existe jamais, dans cette maladie, proprement dite, des lésions assez matérielles pour être appréciées jusqu'à présent. Pour lui, les cas d'agitation paralytique dans lesquels la moelle paraît atteinte, se rattachent à une affection toute différente « la sclérose en plaques. »

M. Charcot nous a fait voir sur plusieurs femmes de son service, les différences cliniques qui séparent ces deux affections. Ces différences seront exposées, avec détails, dans une thèse inspirée par M. Charcot. Jusqu'alors bornons-nous à dire que l'agitation est toujours la même, ou à peu près, chez les malades atteints de « paralysies agitantes » sans lésions apparentes du côté de la moelle. Chez eux les mouvements ne cessent que durant le sommeil; tandis qu'ils sont à peu près nuls, dans la sclérose en plaques, lorsque la malade est tranquille. Il faut chez lui appeler l'attention, lui demander un acte volontaire, pour voir l'agitation aller en augmentant jusqu'à ses dernières limites.

Nous reviendrons sur ce sujet lorsqu'aura paru la thèse annoncée.

Hôpitaux. — Les cas intéressants dont nous aurions à parler, demanderaient presque tous des développements trop longs pour aujourd'hui.

Signalons deux paraplégiques par affection ou compression de la moelle. Chez l'un, dans les salles de M. Richet, à la Pitié, on peut étudier des mouvements réflexes assez limités en étendue; chez l'autre, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, il existe des phénomènes de sensations ascendantes très-curieux, dont nous aurons à reparler.

— A propos de lésions nerveuses, puisque l'occasion s'en présente, disons que M. Onimus nous a adressé au sujet de la malade dont le nerf médian a été coupé, une lettre dans laquelle il explique la sensibilité récurrente du bout périphérique par les « nervi nervorum » que les nerfs voisins peuvent fournir à la gaîne du nerf médian.

Cette interprétation n'a rien qui nous répugne; si on l'admet, elle prouvera que, comme nous l'avons établi, la sensibilité du bout périphérique et celle des téguments sont, dans ce cas, deux faits bien distincts, qu'on doit expliquer isolément.

— Un malade atteint de dilatation de toutes les artères intercostales, dans le service de M. Bouillaud; un italien, atteint d'un anévrysme qui fut traité par la compression, et dont la poche s'est gangrenée, dans le service de M. Jarjavay; plusieurs dans le service de M. Richet: l'un atteint d'une luxation du coude, un autre d'un ulcère de nature spéciale, sur un moignon; un autre d'une néoplasie, probablement syphilitique, dans l'épaisseur de l'iris, etc., méritent, à des titres divers, une visite des élèves, en attendant de plus amples détails.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. J. Worms.

Phlegmon profond des parois abdominales.

(Observation communiquée à la Société de Médecine de Paris, séance du 4 octobre 1867.)

Il s'est présenté, dans ces derniers mois, dans les salles de l'hôpital Rothschild dont le service médical m'est confié, un certain nombre d'affections des parois abdominales, dont le diagnostic a été rendu obscur par des circonstances exceptionnelles.

La difficulté de distinguer entre elles les lésions qui ont pour siége la cavité abdominale ou ses parois, m'a fait penser qu'il ne serait pas sans quelque intérêt de vous soumettre, d'après les notes recueillies par M. Martin, interne du service, les faits que je viens d'observer.

Les phlegmons qui se développent dans les muscles abdominaux ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et qui ont été si bien décrits par M. Bernutz (Arch. gén., 4e s., t. XXIII), et depuis par M. F. Guyon (Dict. encycl. des Sc. méd., t. I, p. 177), peuvent être assez facilement reconnus quand ils occupent leur siége habituel, qui est la région antérieure. Dans le cas suivant, c'est la région hypochondriaque droite qui a été atteinte, et le diagnostic est resté longtemps obscur.

Obs. I. Un jeune homme de 25 ans, malade depuis 3 mois, est entré dans les salles le 28 mars dernier, dans l'état suivant:

Il présentait un aspect cachectique très-avancé. La peau était d'un blanc mat, sans trace d'ictère, les muqueuses décolorées; la maigreur extrême, les extrémités légèrement œdématiées; cependant les urines n'étaient pas albumineuses, le cœur et les poumons sains, le pouls très-faible, un peu de fièvre le soir. La langue blanche; l'anorexie presque complète, pas de vomissements, peu de diarrhée.

Il était arrivé à cet état cachectique après trois mois de maladie.

Très-bien portant jusque-là, il avait été pris un matin, sans cause connue, d'une douleur très-violente dans le flanc droit, s'irradiant dans tout le ventre; cette douleur n'a été accompagnée ni de vomissements ni de diarrhée. La palpation n'exaspérait pas la douleur; le médecin appelé alors, supposa sans nul doute, qu'il s'agissait d'une péritonite. Il fit appliquer des sangsues; la douleur ne céda pas; l'appétit et le sommeil se perdirent; un mois plus tard, un autre médecin fit appliquer, en peu de jours, deux vésicatoires. L'état général devenant de plus en plus mauvais, le malade entra à l'hôpital.

J'ai indiqué les traits généraux de l'état dans lequel il se trouvait lors de son entrée. Voici quel était l'état de la région malade :

La base du thorax à droite et la région sous-hépatique étaient évidemment augmentées de volume; les derniers espaces intercostaux étaient effacés, et la tuméfaction s'étendait, d'une façon égale, jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous des fausses côtes; il n'existait aucun empâtement, aucun œdème du tégument, dont la coloration était normale.

En prenant à pleines mains la région sous-hépatique, on déterminait une assez vive douleur et on pouvait suivre le bord inférieur de la tumeur, qui était presque tranchant et décrivait une ligne courbe dont la portion interne n'atteignait pas tout à fait l'apophyse xyphoïde. La matité était complète dans l'étendue qui vient d'être décrite, et ne dépassait pas la limite normale supérieure du foie. L'examen le plus minutieux ne permettait pas de trouver un point sonore qui aurait pu faire supposer que la tumeur était indépendante du foie.

La résistance sous la main était égale; il n'existait aucune bosselure; la sensation était celle que donne le foie qui est très-augmenté de volume; cependant, tout à fait en dehors, il me sembla rencontrer un peu moins de résistance. L'examen était assez douloureux.

Une médication tonique et des applications de teinture d'iode restèrent inefficaces; l'état général s'aggravait de jour en jour.

Au bout de huit jours, le bord dur qui limitait la tumeur était descendu de deux centimètres et avait dépassé en avant l'apophyse xyphoïde; dans cette région, la tumeur était très-dure et faisait une saillie au-dessus du creux épigastrique. Par contre, en dehors, l'élasticité relative que j'avais remarquée, dès l'abord, était devenue une fluctuation profonde, mais évidente.

A quelle affection avions-nous affaire? Le début brusque, le développement rapide et douloureux de la tuméfaction, la dureté qu'elle présentait dans la plus grande partie de son étendue ne pouvaient se concilier avec l'idée d'un kyste hydatique.

L'hépatite hypertrophique, avec abcès, était possible, quoique cependant cette affection soit bien rare dans nos climats, et que l'augmentation de la tumeur, qui s'était faite pour ainsi dire à vue d'œil, se conciliât peu avec l'idée de cette lésion. A part la douleur violente du début, qui pouvait peut-être s'expliquer par une péritonite partielle, provoquée par la dégénérescence cancéreuse du foie, cette dernière hypothèse n'était pas impossible; mais contre elle s'élevait l'absence de tout épanchement péritonéal. Le phlegmon profond des parois paraissait être la cause probable de la tumeur.

La fluctuation étant devenue évidente et le péril étant extrême, un trocart fut plongé, par M. le professeur Gosselin, dans la portion ramollie de la tumeur; l'instrument ne semblait pas avoir pénétré dans une cavité de quelque étendue. Il ne sortit d'abord qu'un peu de pus mêlé à du sang; mais, dans la journée, il s'écoula une certaine quantité d'un pus phlegmoneux très-épais. J'agrandis par le bistouri l'ouverture faite avec le trocart, et il jaillit une nappe de pus, lequel, examiné au microscope, ne renfermait aucune trace de cellules hépatiques. Une contre-ouverture fut faite au bout de quelques jours et un tube à drainage laissé en place. On peut évaluer à plusieurs litres la quantité de pus qui s'écoula en quinze jours. Une troisième contre-ouverture fut faite dans le point le plus déclive.

Dès la première issue du pus, l'état général du malade s'améliora. Les jours suivants, quand l'écoulement devint considérable, les progrès furent très-rapides. La fièvre tomba, l'appétit et le sommeil revinrent; enfin, au bout de quelques semaines, le malade put quitter l'hôpital, n'ayant plus qu'un petit trajet fistuleux. Mais à cette époque il subsistait encore au-dessous de la région hépatique, une tuméfaction qui était déterminée uniquement par l'induration des parois abdominales, et dont le bord tranchant se rapprochait de jour en jour des fausses côtes. Plusieurs membres de la Société ont pu constater ce fait à l'issue de la dernière séance, quand j'ai eu l'honneur de vous présenter le malade.

La sonorité de la région hypochondriaque aisément perçue alors, malgré la résistance insolite des parois abdominales que limitait à 4 centimètres au-dessous des fausses côtes ce bord nettement tranché; la guérison du malade, qui n'était guère conciliable avec la persistance d'une lésion qui aurait déterminé un développement aussi considérable du foie, doivent faire écarter la pensée que cet organe ait été intéressé, et faire attribuer à un phlegmon profond des parois abdominales l'ensemble des symptômes observés.

Le fait suivant se rapporte à un phlegmon de la région ombilicale à marche singulière :

Obs. II. Le 27 août est entré le nommé V... L..., âgé de 14 ans, malade depuis un mois; il est maigre, pâle, a les traits étirés; il se plaint de coliques. L'abdomen est le siége de douleurs qu'exagèrent la pression et les mouvements du tronc. Le ventre est augmenté de volume, les parois de l'abdomen, légèrement tendues, ont perdu leur souplesse. La percussion donne un son assez clair dans la partie supérieure. Au niveau de la fosse iliaque droite, on sent à la palpation un peu plus de résistance et la percussion donne un son mat. Cette sensation rappelle celle qu'on éprouve lorsque plusieurs anses d'intestins sont réunies par des adhérences.

Interrogé sur le début de sa maladie, l'enfant nous raconte qu'un mois avant il a été pris, pendant la nuit, de coliques très-fortes et de diarrhée. Le lendemain, il a eu des vomissements qui, pour la plupart, étaient verdâtres.

Le médecin appelé à le soigner en ville, a ordonné l'application de la glace. Au bout de six jours, les vomissements avaient cessé. La diarrhée, après avoir persisté deux ou trois jours, finit par disparaître aussi. Pendant cet intervalle, les douleurs devenues moins fortes, se renouvelaient de temps en temps avec une certaine intensité. A différents intervalles il avait éprouvé des étouffements qui le forçaient, au lit, à prendre la position assise. Quand il est entré, il avait encore par moment de l'oppression.

Le 3 septembre, tous ces symptômes se sont un peu calmés. Les douleurs de ventre existent à peine. Il n'y a plus de coliques, plus de vomissements ni de diarrhée. Mais nous nous sommes aperçu que l'ombilic laisse échapper une petite quantité de pus, par un orifice très-étroit qui en occupe le centre. Il n'existe pas de douleur à ce niveau.

Depuis ce jour on peut, en pressant au-dessous de l'ombilic, faire sourdre un peu de pus grisâtre mal lié. Il faut pour cela que la pression soit exercée de bas en haut, dans la direction de la ligne blanche. Quand on fait saillir la cicatrice ombilicale en la pressant entre le pouce et l'index, on détermine également l'issue d'une gouttelette de pus.

Du 3 au 9 septembre, le malade éprouve, à deux reprises différentes, des coliques qui se dissipent assez rapidement.

Le 9 septembre, la pression au-dessous de l'ombilic donne la sensation d'un léger gargouillement, et quelques bulles d'air sortent, mélangées à une petite quantité de pus.

La palpation semble indiquer un foyer d'une médiocre étendue et assez bien circonscrit.

Pour la détermination du siége de l'abcès, l'introduction d'un stylet pouvait être dangereuse. Aussi je me suis contenté de l'apprécier au moyen de la palpation. Ce moyen m'a permis de supposer que le foyer était placé assez superficiellement au niveau de la partie sous-ombilicale de la ligne blanche.

Le contenu de l'abcès s'est vidé peu à peu les jours suivants, et, le 14, l'orifice qui donnait issue au pus était fermé. Le malade n'a éprouvé depuis aucun trouble des voies digestives.

Aujourd'hui, 26 septembre, le malade se porte parfaitement, ne se plaint d'aucune douleur dans la région primitivement affectée. La palpation du ventre ne donne lieu à aucune sensation d'empâtement. Les parois sont molles et élastiques, l'état général et local très-satisfaisants, permettent au malade de sortir de l'hôpital.

Les symptômes qui ont accompagné le début de l'affection, ne permettent pas de douter que cet enfant n'ait eu une péritonite. Mais elle a sans doute été consécutive à un petit phlegmon sous-péritonéal, dont la suppuration a coïncidé avec la terminaison heureuse de la maladie. Comme l'écoulement purulent s'est fait par le centre même de la cicatrice ombilicale, on peut admettre que c'est dans les vestiges des vaisseaux ombilicaux qu'a été le point de départ de l'inflammation.

Obs. III. Le nommé Michel J...., âgé de 17 ans, est entré à l'hôpital, le 7 septembre dernier. Il est atteint, depuis trois semaines, d'un écoulement blennorrhagique intense, datant de trois semaines.

Il s'est présenté à la consultation le tronc fléchi en avant et à droite, cherchant à mettre dans le relâchement le plus complet les muscles abdominaux de ce côté.

La région inguino-scrotale droite est le siége d'une douleur très-vive, s'exagérant par la pression, par les mouvements du tronc et rendant la marche très-difficile. Cette douleur survenue la veille, tout d'un coup, au dire du malade, augmenta le jour de son admission à l'hôpital. Une tuméfaction légère, mais très-apparente, existe sur le trajet du cordon.

Le jour de son admission à l'hôpital, la fièvre fut modérée. Les phénomènes généraux se résument ainsi : du malaise, de l'anorexie, pas de soif vive, pas d'envie de vomir.

15 sangsues furent appliquées sur le trajet du cordon. Dans la soirée, le malade prit un bain et parut un peu soulagé.

Le 6, la diminution des douleurs et le bien-être éprouvé par le malade purent faire croire à un rétablissement rapide.

Le lendemain, la douleur s'étend vers l'hypogastre, au-dessus du pubis en avant et en arrière, jusqu'à la région lombaire. Son intensité ne s'est pas accrue d'une manière bien sensible, mais elle est assez forte pour rendre la palpation et partant un examen minutieux tout à fait impossibles. La constipation dure depuis quatre ou cinq jours, on prescrit un lavement purgatif. Le malade prend un bain dans la journée, la partie douloureuse est recouverte d'un cataplasme laudanisé.

Dans la nuit du 7 au 8, il se plaint de coliques, de douleurs vives qui le privent de tout sommeil. Le matin, les douleurs quoiqu'un peu moins fortes, sont encore très-pénibles. Elles remontent jusqu'à l'ombilic. La pression devient insupportable.

La journée du 8 se passe assez bien, le pouls est calme, les traits ne sont pas altérés, le malade n'a pas vomi.

La nuit suivante, les douleurs deviennent atroces, la fièvre est intense, le pouls très-fréquent. Le malade est en proie à une vive agitation. La douleur lui arrache des cris. Le poids des couvertures ne peut plus être supporté.

Le 9, le ventre est ballonné et tellement douloureux au moindre attouchement qu'un examen régulier n'est pas possible; l'agitation est extrême, la face est grippée, les yeux caves, la soif est très-vive, le pouls est faible et très-fréquent.

A quatre heures du soir, les nausées que le malade éprouve depuis la veille, font place à des vomissements verdâtres, porracés, se renouvelant tous les quarts d'heure au moins avec assez d'abondance. Le malade prend 20 centigrammes d'extrait d'opium. Les vomissements et les douleurs persistent. Tous les symptômes s'aggravent pendant la nuit et le malade succombe au milieu d'un délire tranquille.

P. M. Le cordon est sain dans toute son étendue. La fosse iliaque droite contient une quantité de pus phlegmoneux assez considérable. Le foyer a à peu près le volume d'un gros œuf de dinde; il atteignait la partie postérieure et inférieure du cœcum, lequel, pas plus que l'appendice cœcal, n'était altéré. Le pus était développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. L'abcès se trouvait séparé du muscle iliaque par l'aponévrose, recouverte de dépôts fibrineux.

Les intestins, à droite, étaient congestionnés et légèrement injectés, mais pas autant qu'auraient dû le faire supposer les symptômes de péritonite observés pendant la vie. Il existait à la partie inférieure de l'abdomen un peu d'épanchement formé par un liquide limpide, d'un jaune verdâtre. Nous n'avons pas trouvé de communication entre l'abcès et la cavité péritonéale.

L'urèthre présentait dans son tiers antérieur une rougeur intense et quelques érosions superficielles affectant toutes la disposition de sillons longitudinaux presque linéaires. La portion membraneuse était intacte.

L'intégrité du cordon spermatique doit faire écarter la blennorrhagie comme la cause du développement du phlegmon qui a déterminé la mort, et dont l'étiologie est restée obscure. Mais on comprend que l'évolution des symptômes, depuis la gonorrhée intense avec douleur et tuméfaction de la région inguino-scrotale jusqu'au phlegmon iliaque et à la péritonite consécutive, a dû faire penser qu'ils étaient enchaînés les uns aux autres.

La résistance violente du malade, causée par la douleur insupportable qu'occasionnait le moindre attouchement, a été un obstacle absolu à un examen approfondi, qui aurait peut-

être fait reconnaître la collection purulente et conduit à son évacuation.

En pareil cas, je n'hésiterais pas, à l'avenir, à anesthésier le malade, plutôt que de laisser échapper une indication thérapeutique aussi précieuse.

NOUVEL INSTRUMENT POUR LA TRANSFUSION DU SANG,

Par M. le Dr ROUSSEL (de Genève).

M. le professeur Robin présente à l'Académie des sciences un nouvel instrument pour la transfusion du sang, imaginé par le Dr Roussel (de Genève), et fabriqué par MM. Robert et Collin.

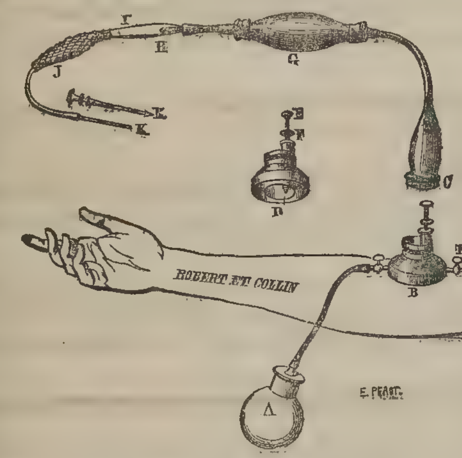
Ce transfuseur repose sur deux idées nouvelles :

1° Entourer la prise du sang d'un manchon vide d'air et imperméable à l'air;

2° Faire la saignée sous l'eau, chasser le sang dans un canal plein d'eau et vide d'air, reliant directement et hermétiquement la veine qui donne à celle qui reçoit.

Cet instrument contient plusieurs parties nouvelles et importantes, qui sont :

1° La ventouse annulaire B extérieure, et la prise de sang,



mise en jeu par une pompe G, à action continue, et traversée par un tube R, amenant de l'eau à l'intérieur du transfuseur, la lancette à ressort E, et à curseur F, réglant sa course, mobile pour être dirigée contre la veine cachée dans l'instrument, et faisant la saignée dans l'eau, à l'abri de tout contact avec l'air;

3° La poche souple, passive, terminée par un anneau métallique C, s'ajustant à frottement sur la ventouse B, faisant réservoir (comme l'oreillette du cœur) au sang fourni par la veine;

4° La pompe active G, aspirante et foulante, simulant le ventricule du cœur (prise à l'instrument de M. Maisonneuve);

5° La poche souple, à filet, passive et active, rendant régulier le jet du sang transfusé, ainsi qu'est régulier et continu le courant veineux qui doit le recevoir ;

6° Le compte-gouttes, par le tube duquel l'eau vient remplir le transfuseur et en chasser l'air avant la saignée, avec lequel encore le chirurgien peut introduire un liquide médicamenteux dans le courant sanguin.

A. Pompe à ventouse à double soupape.
H. Soupape en caoutchouc.
I. Tube de cristal.
J. Poche à filet pour jeu continu.
K. K. Trocart et canule d'issue.

DE L'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DE L'ANÉMIE

par M. le Dr CLERMONT (de Lyon).

L'anémie étant un symptôme amené par divers troubles morbides parfois très-graves, est, en conséquence, plus commune que la chlorose. Si les altérations ne sont pas au-dessus des ressources de l'art, on la guérit aisément à Vals; à l'appui de cette assertion, nous citerons le fait suivant :

Observation d'anémie simple.

Mlle M... (d'Avignon), âgée de 15 ans 1/2, est une grande et belle personne bien constituée, mais dont la menstruation abondante fournit, pendant 7 à 8 jours, un sang très-fluide et très-foncé en couleur; elle ressent des palpitations de cœur et de la faiblesse, son pouls est petit et donne 112 pulsations à la minute.

Les bons soins de M. le docteur Chauffard avaient un peu diminué les palpitations ; il avait employé la digitale, l'huile de foie de morue et quelques préparations martiales ; l'état maladif restait stationnaire, entretenu probablement par le retour fréquent de la polyménorrhée. M. le docteur Chauffard prend la détermination de nous envoyer la malade avec une lettre dans laquelle nous lisons : « Mlle M... a besoin d'être reconstituée en quelque sorte, et c'est dans ce but unique que je lui ai conseillé les eaux de Vals sous toutes les formes. »

Mise en traitement le 21 juillet (4, 5 et 6 verrées par jour de l'eau de la « Dominique » (de Vals), et un bain alcalin de 2 en 2 jours), la guérison fut si prompte que nous pûmes, en moins de 18 jours, renvoyer chez elle non plus une malade pâle et languissante, comme elle l'était à son arrivée, mais une personne vive, alerte, au teint coloré, en un mot bien portante. Deux mois après, nous apprenions de la bouche même de l'éminent praticien d'Avignon que la cure était radicale.

Observation d'anémie avec vertige intestinal, dyspepsie, aménorrhée et leucorrhée.

M. le docteur Pillet (de Lyon) nous adresse le 24 juin, Mme L..., âgée de 26 ans, mariée depuis deux ans. Quoique nullement réglée, elle avait toujours été bien portante, lorsqu'il y a 18 mois, la perte subite d'un enfant de sa famille vint altérer sa santé de telle façon que des épistaxis supplémentaires fréquents furent dès lors supprimés et qu'elle devint leucorrhéique et dyspeptique.

L'appétit existe encore ; la première digestion se fait passablement, mais, trois heures après le repas, apparaissent des borborygmes, des flatuosités et du vertige intestinal.

Cette malade est devenue très-impressionnable ; si l'on examine le pouls, il donne d'abord 120, puis 100, puis 80 pulsations à la minute, après quelques instants. Elle éprouve des agitations et des frayeurs sans cause explicable ; elle marche avec difficulté et se fatigue très-vite.

Dans sa lettre de recommandation, M. le docteur Pillet nous disait : « Je suis assuré que l'antique réputation des eaux de Vals ne faillira pas contre les pertes blanches habituelles de la malade. » L'habile praticien ne se trompait pas; le 14 juillet, après 21 jours de traitement, porté progressivement jusqu'à 6 verrées par jour de l'eau de la source « Dominique, » Mme L... s'en retournait à Lyon dans un état très-satisfaisant. Les forces étaient revenues avec l'amélioration des fonctions digestives, la leucorrhée avait disparu; il n'y avait plus de terreurs vaines, plus de vertiges.

Si cette malade avait pu prolonger son séjour à Vals et y faire deux saisons, l'eau de la « Dominique » aurait peut-être rappelé la fonction cataméniale que, dans un vague souvenir, elle croyait avoir eue une ou deux fois, à quinze ans. Un sentiment de molimen sanguin qu'elle disait éprouver dans le ventre, pendant les derniers jours qu'elle est restée près de nous, nous en avait donné l'espérance.

Observation d'anémie avec cardialgie.

Les palpitations de cœur sous l'influence nerveuse, sans hypertrophie de cet organe, ayant néanmoins, par leur durée, produit l'anémie, sont souvent calmées par l'eau de la source « Dominique » sédative et reconstituante, et l'anémie ne tarde pas à être elle-même guérie.

Mme P..., de l'Arbresle (Rhône), âgée de 28 ans, envoyée à Vals par un médecin de Lyon, avait cette blancheur pâle qui accompagne l'anémie chez les personnes dont les règles sont trop abondantes; elle ressentait des palpitations de cœur au moindre exercice et une grande faiblesse. Vingt jours de traitement suffirent pour amener une reconstitution générale et une coloration rosée de la figure ; les gencives perdirent leur couleur blafarde ; les battements de cœur cessèrent ; seul, le pouls avait encore une vitesse anormale ; mais quelques granules de digitaline en eurent bientôt fait justice.

Chez cette malade, les palpitations de cœur étaient régulières et de force moyenne; il n'y avait pas d'augmentation du volume de cet organe, car, bien que l'arsenic maintienne, paraît-il, dans des limites convenables les effets reconstituants des agents toniques de l'eau de la « Dominique, » il est prudent de n'en pas conseiller l'usage dans les maladies organiques du cœur, lorsque l'on craint d'augmenter les congestions sanguines, comme aussi dans les hyperémies du poumon pouvant s'accompagner d'hémorrhagies.

Chez les enfants, à la suite de bronchites chroniques, de rougeole ou de coqueluche, chez les jeunes femmes ou les adolescents, on voit souvent un état anémique être accompagné d'une petite toux sèche, rebelle aux moyens ordinaires; nous en avons eu de nombreux exemples très-promptement guéris par l'eau de la « Dominique, dont les principes calmants et toniques se prêtent alors un mutuel appui.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 4 octobre 1867.— Présidence de M. BOYS DE LOURY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. **J. Worms** lit un travail sur le diagnostic différentiel de quelques affections abdominales. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. **Giraldès** demande à M. Worms pourquoi il n'a pas fait un examen plus complet, plus minutieux. « M. Worms, dit-il, aurait vu que le phlegmon n'avait pas seulement son siége dans l'épaisseur des parois abdominales, mais aussi dans le foie. »

M. **J. Worms.** Je n'ai introduit par l'ouverture ni le doigt, ni un stylet, parce que, persuadé que je n'avais devant moi qu'un abcès de la paroi abdominale, je craignais, si je venais à rompre la séreuse par ces explorations, de faire pénétrer le pus dans la cavité du ventre.

M. **Boinet** demande à dire quelques mots au sujet de la dernière observation de M. Worms :

Les phlegmons de la paroi abdominale ont des caractères tranchés, assez évidents pour qu'on ne puisse pas les confondre avec des phlegmons de la cavité abdominale. Il en a vu deux cas qui sont consignés dans l'ouvrage de M. Nélaton.

Les signes de ces abcès sont les suivants : ces abcès sont habituellement diffus, ils décollent les gaînes musculaires; mais, par la percussion, on peut toujours produire un son tympanique, abdominal.

Au contraire, les abcès abdominaux sont circonscrits, ceux du foie surtout, et ils ne changent pas de place. D'ailleurs, un abcès peut parfaitement se développer primitivement dans le tissu du foie, et puis contracter des adhérences avec la paroi abdominale et fuser entre les gaînes aponévrotiques. Le bord dur existe dans les phlegmons aigus, et est causé par l'induration du tissu cellulaire circonvoisin.

M. **Simonot** croit à l'existence d'un abcès du foie : le pus rougeâtre, mentionné par M. Worms au début de l'écoulement du liquide, en est la preuve. On n'a pas trouvé dans ce pus de cellules hépatiques, mais cela n'est pas un argument irréfutable en faveur de la non-existence d'un abcès du foie. M. Worms n'a fait qu'effleurer le bord de l'organe; mais, comme l'abcès était superficiel, il fut assez heureux pour l'ouvrir.

Ensuite l'empâtement est un signe d'adhérences, et c'est au centre même de ces adhérences qu'il faut ponctionner la tumeur ; car c'est là le lieu d'élection.

M. **J. Worms.** Je répondrai à M. Boinet qu'il n'existait pas de matité profonde, et que la tuméfaction s'étendait à cinq travers de doigt au-dessous des fausses côtes, après avoir fait des décollements énormes.

M. Simonot a sans doute perdu de vue la modification de forme de la tumeur; quant à avoir pénétré par la ponction dans le tissu hépatique, je ne le crois pas, et il n'y avait pas d'empâtement.

Maintenant, la grande quantité de pus prouve que l'abcès n'était pas dans le foie; ensuite le malade s'est rétabli très-vite, et sa santé est maintenant très-bonne.

M. **Simonot** n'est pas du tout de l'avis de M. J. Worms. Le foie bascule par le fait même de son augmentation de volume, et le déplacement de la tumeur peut avoir lieu; puis, bien que M. Worms dise qu'il n'y avait pas de matité profonde, dans l'observation, il est fait mention d'une matité considérable autour du point ponctionné; or, cette matité considérable ferait supposer que le foie a été malade.

Maintenant, ajoute M. Simonot, la grande quantité de pus qui s'est écoulé n'a aucune signification par rapport au siége de l'abcès. J'ai vu quelquefois des quantités énormes de pus s'écouler dans des cas bien avérés d'abcès du foie.

Mais, pour que le diagnostic fût certain, il eût fallu introduire le doigt dans la plaie ; par ce moyen, M. Worms aurait pu parfaitement éclaircir le point litigieux de la question, c'est-à-dire s'il y avait ou non abcès du foie, ou simplement abcès des parois abdominales.

M. J. Worms objecte à M. Simonot que si le liquide brunâtre qui s'est écoulé au début de la ponction provenait du foie, le microscope aurait trouvé des cellules hépatiques. C'est ce qu'il n'a pas fait.

Maintenant, le doigt ne pouvait pas pénétrer, la plaie était trop étroite, et comme j'étais, dit M. J. Worms, dans la conviction que j'avais devant moi un phlegmon des parois abdominales, je craignais, par des manœuvres imprudentes, d'intéresser le péritoine.

M. Giraldès. M. Worms, dans son observation, n'a pas donné les signes d'un phlegmon des parois abdominales, mais tous les symptômes d'une tumeur abdominale. Les abcès du foie ne se développent que sous l'influence de l'état général du malade, et c'est ce qu'on observe dans le fait relaté par notre honorable confrère.

L'introduction seule du doigt pouvait éclairer le diagnostic d'une manière certaine, et permettait aussi d'agrandir l'ouverture. Maintenant, dans le cas présent, M. Giraldès croit que cette grande quantité de pus ne pouvait provenir que d'un abcès enkysté de la face supérieure du foie.

M. J. Worms. Pour donner une consistance à l'opinion que je soutiens, dit-il, j'ai dû rechercher dans les livres, et j'ai trouvé, dans l'ouvrage de M. Bernutz, des faits tellement semblables, tellement identiques, que le cas que j'ai soumis à la Société peut bien être interprété comme je l'ai fait. Au reste, je suis heureux d'avoir soulevé une discussion aussi intéressante et pour tâcher d'élucider cette question, je mettrai de nouveau le malade sous les yeux de la Société.

M. Giraldès. Je n'ajouterai que quelques mots, M. Worms défend son opinion première, à savoir qu'il a eu affaire à un abcès des parois abdominales ; mais il a pu avoir sous les yeux un fait compliqué, il a pu observer un abcès qui, d'abord, primitivement, s'est développé dans le foie, sous l'influence d'un état général ; puis qui aurait contracté des adhérences avec les parois abdominales, les aurait perforées, et enfin se serait fait jour au dehors, après avoir décollé les aponévroses et les gaînes musculaires.

Dans les périostites phlegmoneuses, on est témoin d'abord d'accidents généraux graves et ensuite d'œdème considérable du membre; si l'on incise légèrement et que la périostite date déjà depuis quelque temps, on arrive sur de la sérosité; mais ce n'est que lorsque l'on incise profondément sur le doigt, couche par couche, que l'on arrive sur le périoste soulevé par le pus. Il en est de même dans les abcès du foie qui ont une marche assez lente, et c'est ce que je crois que M. J. Worms a eu sous les yeux.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel,
Dr A. CHARRIER.

On lit dans la « Gazette hebdomadaire » :

« A la fin de l'année scolaire, et à propos de la révision des règlements concernant le stage dans les services de clinique de la Faculté, la commission, dont le rapporteur était d'abord M. Laugier, discuta dans son sein la question de la création de chefs de clinique chirurgicale. La majorité de la commission était favorable à cette mesure ; mais le rapporteur désigné y étant opposé, M. Gosselin fut chargé du rapport.

» Ce rapport, lu en conseil de la Faculté, souleva immédiatement un certain nombre d'observations favorables ou contraires, et sur les quatre professeurs actuels de clinique chirurgicale, deux sont encore opposés à la mesure projetée. Il fut donc décidé que le rapport serait imprimé, distribué et discuté dans une séance ultérieure. Or, aujourd'hui le rapport n'est ni imprimé, ni distribué, ni discuté, et encore moins adopté.

» Nous avions donc raison d'affirmer que « ces mesures n'ont aucunement fait l'objet des délibérations de la Faculté, » et nous pouvons maintenir notre assertion en priant la « Gazette des hôpitaux » de ne pas nous faire dire entre guillemets « qu'il n'a jamais été question à la Faculté de cette mesure. »

La Gazette n'ignore pas qu'une citation guillemetée signifie

citation littérale ; en nous faisant dire ce que nous n'avons pas écrit, elle a par inadvertance commis une injustice. »

Nous n'avons qu'un mot à répondre.

La « Gazette des hôpitaux », suivant en cela une règle bien connue en typographie, met entre guillemets non-seulement les citations, mais encore les passages qu'elle désire souligner.

La « Gazette hebdomadaire » par son reproche mal fondé montre qu'il serait plus à la portée de tous d'employer l'italique en pareil cas.

Nous avons reproduit fidèlement la pensée de la « Gazette hebdomadaire, » car on ne peut pas dire en vérité qu'une question « n'a pas été soumise aux délibérations de la Faculté » quand celle-ci l'a discutée pendant une séance.

Cette séance avait lieu à la fin de la session annuelle.

Le rapport, adopté par la commission, lu devant la Faculté, soumis à ses délibérations, n'avait pas été écarté par elle.

Bien loin de là : il devait être imprimé, distribué, examiné de nouveau, afin qu'un vote mûri eût plus de poids.

Il était acquis à la Faculté, et ne pouvait plus être soustrait à son examen par un caprice. « La Faculté en a délibéré. »

Du reste, des deux professeurs cités par la « Gazette hebdomadaire » comme y faisant opposition, un pour le moins, à notre connaissance, admet le principe et l'applique, s'il repousse jusqu'ici le nom de « chef de clinique chirurgicale. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 novembre 1867, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie de fièvre jaune qui a récemment sévi au Sénégal, savoir :

« Au grade d'officier » : — M. Cédont, médecin de 1re classe, chargé par intérim du service de santé à Saint-Louis.

« Au grade de chevalier » : MM. Thaly, médecin de 1re classe, Richard et Chaumeil, médecins de 2e classe.

— La séance de rentrée des Facultés et de l'École de médecine de Bordeaux a eu lieu le 19 novembre. MM. les doyens et le directeur de l'École de médecine ont successivement rendu compte des travaux de l'année scolaire 1867-68.

La distribution des prix s'est faite dans l'ordre suivant :

« Élèves en médecine, » 3e année. — 1r prix : M. Girard; 2e prix, M. Lande. Mention honorable, MM. Pujo, Poumeau (de Lille), Roy de Clotte.

2e année. — 1er prix ex æquo : MM. Caboy, Guément; 2e prix, M. Pitre. Mention honorable, MM. Durand, Meynier, Pourteyron.

1re année. — 1er prix : M. Poinsot; 2e prix, M. Verdalle. Mention honorable, MM. Nau, Pasturaud, Pintaud Désallée.

« Élèves en pharmacie. » — 1er prix : M. Landry ; 2e prix ex æquo, MM. Charrier, Landiech.

— M. le Dr Félix Rochard commencera un cours public sur les maladies de la peau, le jeudi 28 novembre, à quatre heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre no 1, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

— M. le Dr A. Garrigou Desarènes recommencera ses Conférences cliniques sur les maladies de l'appareil auditif et l'otoscopie le mardi 3 décembre, à midi, à son dispensaire, 6, rue du Pont de Lodi et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le Dr Berrut commencera son cours de chirurgie des femmes le mardi 26 novembre, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre no 5 de l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine à la même heure.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	547
Un anonyme.	5
Dr Massiani.	5
TOTAL . . .	557

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de Médecine opératoire, bandages et appareils, par le docteur Ch. Sédillot, médecin inspecteur des armées, directeur de l'École impériale du service de santé militaire. *Troisième édition.* 2 vol. grand in-8 de 600 pages chacun, avec figures intercalées dans le texte et en partie coloriées. 18 fr. — Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils.

D'une circulation du sang spéciale au rein des animaux vertébrés mammifères et de la sécrétion des urines qu'elle y produit, par le docteur Sucquet, lauréat de l'Institut, etc., in-8, avec 5 planches dessinées par Lackerbauër. Prix : 2 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Etude médico-légale sur les assurances sur la vie, par le docteur Legrand du aulle, médecin de Bicêtre. — Paris, 1867, F. Savy, In-8 de 48 pages, 1 fr. 50.

Sur l'emploi de l'alcool dans le traitement de la Pneumonie, par le docteur Pécholier, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier. In-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

(1823)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 139. — JEUDI 28 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 28 NOVEMBRE 1867. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv[illegible]t les derniers tarifs des postes

PARIS, 27 NOVEMBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

Un comité secret, annoncé pour cette séance, et la première leçon de M. Axenfeld, qui a attiré, à la même heure, un grand nombre de nos confrères à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, pour entendre et applaudir le jeune professeur, ont contribué à dégarnir les banquettes de la galerie habituelle de l'Académie. C'est en présence d'un public très-réduit qu'ont eu lieu le dépouillement de la correspondance et les présentations, qui continuent à prendre une partie de plus en plus notable des séances. Parmi ces présentations, nous signalerons notamment celle que M. J. Guérin a faite en son propre nom. On trouvera, dans le compte rendu, une note explicative du nouvel appareil d'occlusion pneumatique pour le traitement des plaies exposées, que l'honorable académicien a soumis à l'examen de ses collègues.

M. Parise a donné lecture ensuite d'un Mémoire sur le mécanisme de la mort subite dans la gangrène, et sur les moyens de la prévenir.

D'après l'auteur, la mort subite, dans les cas de gangrène, serait due à la formation de gaz putrides dans les veines du membre gangrené et à leur irruption vers le cœur. Les moyens proposés pour conjurer ce redoutable accident sont l'amputation immédiate, et, dans le cas de contre-indication, les incisions profondes et la compression de la veine principale à la racine du membre.

Cette lecture terminée, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale, vacance à laquelle il devra être pourvu dans la séance prochaine. Les candidats inscrits sur la liste de présentation sont : en première ligne, « ex æquo », et par ordre alphabétique, MM. Fauvel et Hérard ; en deuxième ligne, MM. Bernutz et G. Sée.

Nul ne saurait prévoir quel est, de ces quatre candidats, celui dont le nom sortira triomphant de l'urne. Si nous avions l'honneur du choix, notre embarras serait grand. L'élu, quel qu'il soit, sera bien accueilli.

Une nouvelle vacance a été déclarée ouverte dans la section de pathologie chirurgicale. Avis aux vaincus d'hier.

Dr BROCHIN.

Question de la tuberculose. — De la granulation tuberculeuse et de la matière caséeuse.

En nous engageant dans l'examen du livre de M. Villemin, auquel la discussion pendante devant l'Académie donne un si grand intérêt d'actualité, nous n'avons nullement entendu nous astreindre à l'ordre d'une analyse régulière. Notre premier mouvement, en ouvrant ce livre, a été de courir au plus pressé, c'est-à-dire au chapitre qui traite de l'objet spécial de la discussion, l'inoculabilité. C'est là, en effet, le nœud, le point vital de la question. L'inoculabilité, une fois démontrée, ouvre un horizon tout nouveau à l'étude de la tuberculose et entraîne une foule de corollaires qui demanderont, à leur tour, à être envisagés sous un point de vue tout nouveau. Aussi, ce que nous avions de plus empressé était de savoir ce que M. Villemin avait eu à répondre aux objections capitales qui avaient été faites à ses expériences. S'il était vrai qu'une substance quelconque, organique ou même inorganique, introduite dans l'économie par voie d'absorption, pût, tout comme la granulation elle-même, devenir le point de départ d'une éruption tuberculeuse, c'en était fait de la théorie de la spécificité du tubercule. On a vu comment M. Villemin a dégagé sa doctrine de ces objections. De deux choses l'une, ou les prétendus tubercules n'étaient que des infarctus différant de ceux-ci par leur inaptitude à se généraliser, ou bien, si les produits des injections ou des inoculations se sont généralisés et ont présenté les véritables caractères des granulations tuberculeuses, c'est que les matières injectées ou inoculées avaient été plus ou moins mêlées d'éléments soit de granulation, soit de matière caséeuse. C'est la généralisation qui décide de la nature du produit obtenu. L'inoculation devient ainsi elle-même un critérium.

Nous venons de prononcer les mots de granulations et de matière caséeuse.

Nous ne suivrons pas ici l'auteur dans les détails très-minutieusement circonstanciés de la formation, du développement de la granulation tuberculeuse et de l'évolution du processus tuberculeux dans les divers organes. Ce serait répéter ce qui a été dit déjà plusieurs fois, soit à l'occasion du congrès, soit dans de précédentes analyses. Nous ne voudrions que nous arrêter, un moment seulement, sur la manière dont il envisage l'un des points les plus controversés en ce moment, la relation des granulations avec la matière caséeuse. Nous franchissons d'un bond tous ces développements histologiques, assurément très-dignes d'intérêt, et nous arrivons d'emblée au point de la question qui nous intéresse le plus et qui nous conduira à l'étude des diverses formes et des différentes phases de la tuberculisation dans les poumons.

M. Villemin formule, à ce sujet, une proposition d'une importance capitale dans l'histoire de l'affection qui nous occupe, parce qu'elle montre d'une part la liaison intime qui existe entre deux états successifs et quelquefois concomitants de cette même lésion, et qu'elle nous paraît, en même temps, de nature à rapprocher et concilier des opinions jusqu'à présent, en apparence, contradictoires.

« La transformation caséeuse est un résultat auquel aboutissent la plupart des lésions par lesquelles se manifeste la tuberculose, mais elle n'est ni exclusive, ni spécifique à cette affection, dont l'existence ne peut être affirmée chaque fois que l'on rencontre de la matière caséeuse dans quelque organe. »

M. Villemin montre, en effet, que la matière caséo-plâtreuse que l'on a considérée comme une substance spécifique propre à la tuberculose, et qui est, incontestablement, un des caractères du tubercule, mais qui ne lui est point exclusive, et, par conséquent, nullement spécifique, n'est que le résultat de la métamorphose ou de la dégénérescence régressive subie par le tubercule.

« Toute partie qui ne participe plus à la vie générale de l'organisme, tout élément qui ne jouit plus de sa propriété vitale, subit certaines modifications chimiques que l'on a qualifiées de métamorphose, de dégénérescence rétrograde ou régressive. Quand cette métamorphose commence, il se fait une sorte de dédoublement qui met en liberté les principes hydro-carbonés, sous forme de graisse tenue en émulsion par des parties liquides chargées de substances salines. Le produit de cette métamorphose graisseuse peut varier de consistance.

« Lorsque la transformation régressive s'exerce sur des éléments primitivement pauvres en sucs aqueux et relativement riches en parties solides, le produit présente ce degré d'épaississement que l'on désigne par l'expression de matière caséeuse; puis, à la longue, les matières grasses elles-mêmes disparaissent peu à peu, et le processus prend une consistance plâtreuse, puis enfin, l'absence entière de graisse sous la forme liquide ne laisse plus que des sels terreux formant des masses crétacées d'une dureté plus ou moins considérable. » C'est ce qui a lieu pour le tubercule.

Si l'on applique ce fait général à ce qui se passe dans les poumons en particulier, on arrivera à se faire une idée plus nette des formes diverses que présente la tuberculisation pulmonaire.

« Le tubercule des poumons, dit M. Villemin, s'offre sous trois formes : en petites granulations, en nodules volumineux et en masses infiltrées. On a voulu constituer, d'après ces variétés de la lésion anatomique, des maladies de nature différente et indépendantes les unes des autres. Et cependant les autopsies réfutent à tous instants cette manière de voir, car, sur la plupart des tuberculeux, on trouve réunies deux formes de processus ou les trois à la fois ; il semble bien difficile alors d'admettre que l'on a affaire, dans ces cas, aux manifestations de plusieurs entités morbides concomitantes. Avec de gros tubercules pulmonaires, ne voit-on pas souvent des granulations miliaires dans les poumons, les séreuses, etc. ? Avec des masses d'infiltration dans un sommet du poumon, il est bien rare de ne pas trouver des nodules de diverses grosseurs dans les bases, et, fréquemment, des granulations miliaires dans d'autres organes. L'examen histologique fait voir, de plus, que les nodules un peu volumineux sont ordinairement formés de l'agglomération d'un nombre considérable de petits foyers, semblables à des granulations isolées, et il en est de même des masses d'infiltration. Il arrive même assez souvent, que des foyers très-multipliés et très-rapprochés se forment promptement et simultanément, en se confondant les uns dans les autres, et en donnant lieu à des masses étendues, presque homogènes. C'est ce que l'on appelle « pneumonie caséeuse, épithéliale, tuberculeuse, etc. »

Ainsi, la pneumonie caséeuse, dans cette manière de voir, loin d'être un fait pathologique distinct, différent et seulement connexe de la granulation tuberculeuse, ne serait qu'une des phases de l'évolution de cette même granulation. Ainsi s'expliquerait comment l'inoculation de la matière caséeuse aurait produit les mêmes résultats que l'inoculation de la matière granuleuse ; et c'est le résultat même de ces inoculations qui fournirait la preuve de l'identité d'origine et de nature de ces deux produits.

On a objecté, il est vrai, à cette conclusion, que les résultats positifs qu'a donnés l'inoculation de la matière caséeuse ne prouvait pas rigoureusement son identité de nature avec la matière de la granulation grise, que ces résultats pouvaient prouver, tout au plus, que la pneumonie dite caséeuse, bien qu'inflammatoire, a reçu l'empreinte de la maladie tuberculeuse qui l'a provoquée. Les auteurs de cette objection pourraient peut-être tirer parti d'une hypothèse à l'aide de laquelle M. Villemin a cherché à expliquer l'un des modes de généralisation de la tuberculose, indépendamment de la cause générale commune qui peut suffire, seule, pour rendre raison de sa dissémination ou de sa distribution simultanée sur plusieurs points de l'économie.

« Quand des tubercules se sont développés en un point quelconque d'un tissu, dit-il, les parties avoisinantes ont une tendance marquée à se tuberculiser, comme s'il rayonnait du point primitivement malade une émanation morbigène, et que les tubercules fussent une source d'infection pour le voisinage. On constate souvent ce phénomène dans les poumons. Autour des nodosités plus ou moins volumineuses et anciennes, on voit se grouper, comme des satellites, des granulations plus jeunes qui se réunissent entre elles et avec la masse première ; c'est par un procédé analogue que se forment les grosses tumeurs tuberculeuses. » On le voit, il n'y a pas loin de là à l'infection d'un noyau de pneumonie caséeuse par le voisinage des granulations. Mais, hypothèse pour hypothèse, nous ne tenons pas plus à l'une qu'à l'autre et nous n'y insistons pas.

Nous reprendrons, à une prochaine occasion, d'autres points de fait de la question.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Délire de persécution. — Assassinat. — Suicide.

L..., ancien cuisinier, âgé de 68 ans, entre à Bicêtre le 12 avril 1867, par suite d'une ordonnance de non-lieu de la chambre des mises en accusation de la Cour impériale de Paris, et en vertu d'un certificat médical délivré par M. le professeur Lasègue, et portant ces mots : « Délire de persécution. » Cet homme déclare qu'il est enfant naturel, qu'il est sans famille, qu'il a eu, dans son jeune âge, une fièvre cérébrale, et qu'il a aujourd'hui « un affaiblissement dans la tête. » Il est calme, et cherche à se soustraire à des souvenirs poignants et terribles.

Depuis très-longtemps, L... passait, dans le département de Seine-et-Marne pour un homme inquiet, bizarre, fantasque, versatile, irascible et méchant. Il avait toujours peur d'être volé ou empoisonné; il voyait des ennemis partout, se croyait traqué par les agents de police et les gendarmes, prenait les passants pour des espions, changeait de logement à chaque instant, ne touchait jamais aux aliments sans que d'autres en eussent mangé avant lui, se barricadait dans sa chambre, couchait la fenêtre ouverte, même au mois de décembre, et ne s'endormait d'ordinaire qu'après avoir placé sous son oreiller un grand couteau de cuisine. Deux ans avant le fait principal qui va être relaté, M. le docteur Delasiauve rencontra un jour L... chez des amis, et il crut devoir leur dire : « Prenez garde, cet homme-là fera quelque malheur. » La prédiction se réalisa.

L... était très-lié avec le sieur M..., maître d'hôtel du « Grand Monarque, » à Melun. Il demeurait chez lui, avait vécu à sa table, puis avait préféré ensuite manger avec les domestiques de la maison. Tous les jours, les deux amis causaient ensemble, et, le 9 septembre 1866, à sept heures du matin, alors qu'ils se trouvaient dans la cuisine de l'hôtel, on entendit M... dire en plaisantant à L... : « Pourquoi regardez-vous dans le lait? Vous serez donc toujours le même, vous ne changerez donc pas? » A peine avait-il achevé ces mots que les cris : « A moi, au secours! » se firent entendre, et que M... tomba assassiné. Les gens de service accourent et virent sortir L... qui, armé d'un grand couteau,

essayait de se couper la gorge et ne parvenait qu'à se faire des blessures peu sérieuses.

L... fut aussitôt arrêté, pansé, interrogé et confronté avec sa victime. Il avoua qu'il était l'auteur du crime, que M... était un misérable, que l'hôtel du « Grand Monarque » était devenu le rendez-vous de ses ennemis et de toute la « clique, » que son ancien ami l'avait trahi comme les autres, qu'il avait voulu plusieurs fois l'empoisonner, qu'il s'en était vengé, mais que son action méritait une punition, attendu qu'on n'avait pas le droit de se faire justice soi-même.

Trois jours avant cet événement, L... avait refait son testament. « Je suis, disait-il, abandonné de tout le monde entier. Ne sachant à quel saint me recommander, étant traqué sur tous les points d'une manière horrible par les miens... X... m'a trahi comme un vrai Judas pour se mettre avec toute la bande des Caïns et des Vidocqs, mes plus cruels ennemis, dont je suis poursuivi, traqué, suivi, empesté, mouchardé de la manière la plus absolue qu'il soit possible de voir et de croire, même d'aller prendre ma nourriture, crainte de substances nuisibles... »

L... fut renvoyé devant la Cour d'assises de Seine-et-Marne, mais, au moment même où les débats de cette affaire allaient s'ouvrir, le président prononça le renvoi à une autre session. Le dossier revint à Paris, au parquet du procureur général, et MM. Blanche, Lasègue et Brierre de Boismont furent chargés de procéder à l'examen de l'état mental de l'accusé. Ces experts accomplirent leur mission avec un grand zèle et déposèrent, le 10 mars 1867, un rapport extrêmement étendu, concluant à l'insanité d'esprit, à l'irresponsabilité et à la nécessité de faire traiter L... dans un établissement spécial.

A son entrée à Bicêtre, je fis subir à L... un très-long interrogatoire et j'obtins de lui des confidences d'une nature fort grave au sujet de la mort rapide et peut-être mystérieuse d'une personne décédée deux ans auparavant. Ces révélations avaient-elles quelque chose de fondé? N'étaient-elles, au contraire, que de simples convictions délirantes? Nul ne peut plus le savoir. Toujours est-il que ma première impression fut mauvaise, que je conçus des soupçons et que la rédaction de mes certificats s'en ressentit.

Dans le certificat immédiat, je m'exprimais ainsi : « Cet homme se défend avec une grande habileté et une fausse bonhomie assez suspecte. Est-il halluciné? »

Dans le certificat de quinzaine, je disais : « Se plaint d'affaiblissement dans la tête et dit n'avoir pas la tête à lui. Il est calme, ne parle à personne, est toujours sur la défensive lorsqu'on l'interroge, et fait de grands efforts pour se soustraire à la lourde responsabilité qui pèse sur lui. Il n'est pas halluciné et doit simuler la folie. »

Lorsque je portai les jugements qui précèdent, je n'étais que très-imparfaitement au courant de l'assassinat du 9 septembre 1866, je n'avais pas de renseignements sur les antécédents de L..., je ne connaissais pas son dossier judiciaire et je n'avais pas lu le rapport médico-légal de MM. Blanche, Lasègue et Brierre de Boismont. Il y a plus : je me refusai à parcourir tous ces documents jusqu'à ce que j'eusse fait de l'état de la question l'examen le plus approfondi, le plus tenace et le plus indépendant. Or, je suis arrivé de la sorte à poser un nouveau diagnostic, à faire une part extrêmement restreinte à la simulation, à considérer L... non plus comme un criminel qui emprunte la livrée du délire, mais bien comme un aliéné véritable et dangereux, comme un mélancolique persécuté et de la pire espèce.

Le malade fut, à son insu, l'objet d'une active surveillance. Je le trouvai constamment triste, abattu, indifférent, apathique, regrettant à peine l'atrocité de son crime et ne s'apitoyant aucunement sur le sort de la veuve et des enfants de M... Toujours seul, ne parlant à personne, il se plaint, se lamente, se désespère, et, à la visite, il accuse tel infirmier, récrimine contre tel autre ou dénonce quelque prétendue injustice dont il aurait été victime. « On lui donne moins à manger qu'à un autre, il n'a pas assez de pain, il veut de la viande rôtie, demande du vin, se croit en butte à des vexations, a le plus mauvais lit de la division, veut qu'on le change de cellule ou de quartier, etc., etc. »

Si je fais venir L... dans mon cabinet et si je lui fais subir un nouvel interrogatoire, il simule immédiatement une perte presque complète de la mémoire. Cet homme s'ignore lui-même : il n'a pas conscience de son état mélancolique réel, du délire de persécution qui l'asservit et l'exonère, et, pour échapper à la situation périlleuse que lui ont faite les événements, il imagine un stratagème grossier, feint de ne point se rappeler telle ou telle chose, répète que sa mémoire est perdue, qu'il a « des faiblesses dans la tête » et qu'il ne peut pas répondre à toutes mes questions. Il méconnaît son état pathologique qui est très-net, et qui échappe à toute imitation possible, et il imagine une espèce de démence sénile, principalement caractérisée par une apparente confusion dans les idées, et par une amnésie de circonstance! Dans ses récits, ou dans ses réponses, le malade n'oublie que ce dont il ne veut pas se souvenir, car, au besoin, il donne les renseignements les plus précis sur tel ou tel ordre de faits, entre dans les détails les plus minutieux et témoigne d'une mémoire très-fidèle. Il ne conserve pas longtemps, on le voit, le rôle qu'il avait eu le dessein de jouer, et il se démasque naïvement à la première occasion.

Pendant le mois de mai, L... geint, mâchonne, et fait grincer ses dents, à la manière des paralysés généraux, puis, de temps en temps, il demande où en est son affaire, ce qu'il va devenir, et pourquoi il se trouve au milieu de « gens qui n'ont pas leur raison? » Il mange beaucoup, mais il maigrit et se ride; sa face s'altère, et son regard exprime à la fois l'anxiété, le désespoir, la méchanceté et la terreur.

Le 7 juin, à 5 heures du matin, L... est trouvé pendu dans sa cellule. Ses genoux sont pliés, les pieds touchent la terre, le cadavre est froid, la mort remonte à plusieurs heures.

L'observation clinique et médico-légale d'un aliéné exige parfois du médecin un soin, une habitude et une persévérance dont on se ferait difficilement une idée exacte. Au moment où l'on s'y attend le moins, des difficultés de plus d'un genre se dressent et s'imposent. Dans l'exemple que je viens de résumer brièvement, on a vu que mes premiers certificats avaient incomplétement défini la situation vraie, et que j'avais cotoyé, sans l'atteindre, le diagnostic réel. Un examen plus prolongé et une ténacité sans relâche m'ont seuls conduit à la vérité!

En lisant très-récemment le rapport des trois savants experts, quelle n'a pas été ma surprise d'y rencontrer les deux passages que voici : « Les experts ont pensé qu'il était possible que L.... simulât une espèce de démence, pour ne pas répondre à leurs questions, ce qui a été noté chez plusieurs aliénés..... Plus les visites se répétaient, plus les doutes qu'avait dû faire naître le premier entretien se dissipaient. » Ainsi, MM. Blanche, Lasègue et Brierre de Boismont ont, comme moi, cru d'abord à une simulation, et ont ensuite reconnu la réalité et la gravité de l'état mental. Le seul point qui, finalement, me sépare de mes distingués collègues, c'est que j'affirme que L...., tout en étant un aliéné véritable et un fou très-dangereux, a essayé de simuler l'amnésie, et s'y est pris, pour cela, de la manière la plus maladroite. Les experts, en passant cette circonstance sous silence, ont-ils voulu fuir l'occasion de semer un doute dans l'esprit des juges, et ont-ils tenu à sauver sans restriction de l'échafaud une tête franchement malade? Je le crois, je l'approuve et je l'admire.

Le suicide de L.... n'a été que la confirmation ultime de son délire : ce n'est pas le criminel qui s'est fait justice lui-même, c'est le persécuté qui s'est soustrait à ses ennemis, c'est l'aliéné mélancolique qui a voulu mettre un terme à ses tortures morales. Ici, la mort volontaire n'a point eu la soudaineté d'un acte impulsif; mais elle a été le dernier terme d'un état pathologique parvenu à son paroxysme.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — M. SÉDILLOT.

Rétrécissement progressif de l'œsophage, causé par l'ingestion d'ammoniaque liquide. — Nouveau moyen de cathétérisme. — Guérison.

(Observation recueillie par M. RICHARD, interne de service.)

L..... Michel, âgé de 38 ans, colporteur, d'une bonne constitution; tempérament sanguin; marqué de la petite vérole. Le 11 février 1867, cet homme fut apporté dans le service de M. le professeur Schutzenberger, pour une vive inflammation de la langue, de la voûte palatine, du voile et du pharynx : un mauvais plaisant ou un ignorant ami lui avait fait boire la veille de l'ammoniaque pour combattre l'ivresse où il s'était plongé. Des plaques jaunâtres comme diphthéritiques indiquaient les points les plus profondément atteints. L.... sortit de l'hôpital le quatorzième jour, avalant librement et ne conservant qu'une certaine raucité de la voix, que l'on constate encore aujourd'hui. Bientôt survint une gêne croissante de la déglutition : le bol alimentaire subissait un temps d'arrêt et faisait éprouver au malade une sensation de constriction dans le cou. Plus tard, le pain, la viande et autres aliments solides ne franchissaient l'œsophage qu'à la condition d'être finement mâchés. Le 6 mai, L.... fut reçu à la clinique chirurgicale de M. le professeur Sédillot.

7 mai. — Une sonde œsophagienne ne peut franchir le rétrécissement; une bougie uréthrale filiforme le traverse sans pouvoir être remplacée par un instrument plus volumineux. Ces tentatives sont répétées inutilement un grand nombre de fois, et on ne réussit pas mieux à reconnaître le siége du pertuis au moyen du laryngoscope : les sondes œsophagiennes de différents diamètres, les sondes à boule, les sondes uréthrales, les bougies fines de l'uréthrotome, un gros fil de fer tordu sur lui-même ne peuvent passer, mais indiquent que le rétrécissement siége en deux endroits. La coarctation est peu considérable au niveau du bord supérieur du cartilage xyphoïde, puis devient très-étroite au niveau de la clavicule.

Enfin le 28 juin, au moyen d'un fil de cuivre recourbé en anse très-étroite, M. Sédillot réussit à traverser la portion coarctée du canal. Une bougie creuse en gomme élastique, coupée à son extrémité, est engagée sur les fils de cuivre servant de conducteur, est poussée dans l'œsophage, franchit la coarctation avec un peu d'effort, et s'y trouve très-fortement serrée. M. Sédillot l'y laisse à demeure, après avoir retiré les fils métalliques, et recommande de ne l'enlever qu'après qu'elle sera devenue mobile et de la remplacer immédiatement par une bougie olivaire plus volumineuse. La sonde reste deux heures en place, et, après qu'elle a été retirée, le malade trouve déjà qu'il avale mieux. De nouvelles bougies sont replacées à deux reprises pendant la journée, et la dernière est de 0m0055 de diamètre.

Le lendemain, 29 juin, introduction d'une bougie mesurant 7 $^1/_3$ millimètre.

Le surlendemain, 30 juin, nouvelle bougie; diamètre 8 $^2/_3$mm.

Cette progression a été trop rapide; car le 1er juillet le malade éprouve de la douleur au niveau du rétrécissement. On emploie une sonde plus petite, et, au bout de trois jours, l'inflammation a disparu.

Le 8 juillet, on passe une sonde mesurant 9 $^1/_3$ mm. A cette époque, les substances liquides passent aisément, et les aliments solides ne subissent qu'un temps d'arrêt insignifiant : la durée de la mastication est un peu plus longue qu'à l'état normal.

12 juillet. — On engage une sonde œsophagienne de 13 mm. de diamètre. Le malade se trouve tellement bien qu'il juge inutile de prolonger son séjour à l'hôpital, et quitte le service en emportant une sonde œsophagienne à boule, que M. Sédillot lui recommande d'introduire tous les jours, s'il veut éviter le retour de ses accidents.

Dans sa leçon clinique consacrée à ce sujet, M. le professeur a fait remarquer la facilité avec laquelle le malade avait continué à se nourrir, malgré la grande étroitesse du rétrécissement, et la rapidité avec laquelle la dilatation avait rendu à l'œsophage un diamètre relativement très-large. Le fil de cuivre avait été préféré au fil de fer, parce qu'on en trouve d'un calibre beaucoup plus fin, tout en restant très-flexible et très-solide. Si le rétrécissement avait été fibreux, dur, réfractaire à la dilatation progressive, M. Sédillot se fût servi de la bougie ou du fil conducteur pour pratiquer l'œsophagotomie interne dont sa clinique a déjà offert plusieurs exemples.

Dans le cas enfin où la coarctation fût devenue infranchissable, et eût entraîné la mort inévitable du malade par inanition, comme on en a relaté d'assez nombreuses observations, à la suite de l'ingestion de liquides caustiques, la gastro-stomie fût devenue l'unique branche de salut, et M. Sédillot n'eût pas hésité à l'entreprendre.

Le siége du rétrécissement était, en effet, trop profond pour qu'on pût essayer de mettre l'œsophage à nu à la région cervicale et de le fendre de dehors en dedans, d'après des règles semblables à celles de l'uréthrotomie externe ou périnéale. Le sternum et la clavicule eussent fait obstacle; mais dans le cas d'une coarctation correspondant à la partie supérieure de la trachée-artère, l'incision de l'organe n'eût pas semblé impossible et eût été préférée. On eût introduit, après l'opération, une grosse sonde dans le canal et on eût espéré la reconstitution d'un nouveau canal.

Toutes les fois que les rétrécissements œsophagiens ne dépendent pas d'une dégénérescence maligne, et qu'il n'existe aucune altération constitutionnelle, on peut entreprendre avec hardiesse le traitement local des plus graves lésions accidentelles et traumatiques. Les autres tissus sont sains; la tendance est curative, et le chirurgien peut espérer voir ses tentatives, en apparence les plus désespérées, être couronnées de succès.

NOTE SUR LE TRAITEMENT

des polypes du conduit auditif et leur ablation à l'aide d'un serre-nœud nouveau

Par M. le Dr LADREIT DE LACHARRIÈRE, médecin en chef des Sourds-Muets.

Les polypes du conduit auditif prennent naissance, tantôt dans l'oreille moyenne, et font saillie à l'extérieur à travers la membrane du tympan déchirée; tantôt ils se développent sur la paroi du conduit auditif, et, en général, dans le voisinage du tympan. Dans le premier cas, il n'est possible d'en pratiquer la section d'une manière complète que lorsque la membrane du tympan est assez largement détruite pour permettre l'introduction des instruments; mais la difficulté de les diriger dans un espace aussi étroit que le conduit auditif a fait jusqu'à présent préférer l'arrachement à toutes les autres méthodes opératoires, et un certain nombre de pinces ont été ingénieusement construites à cet effet.

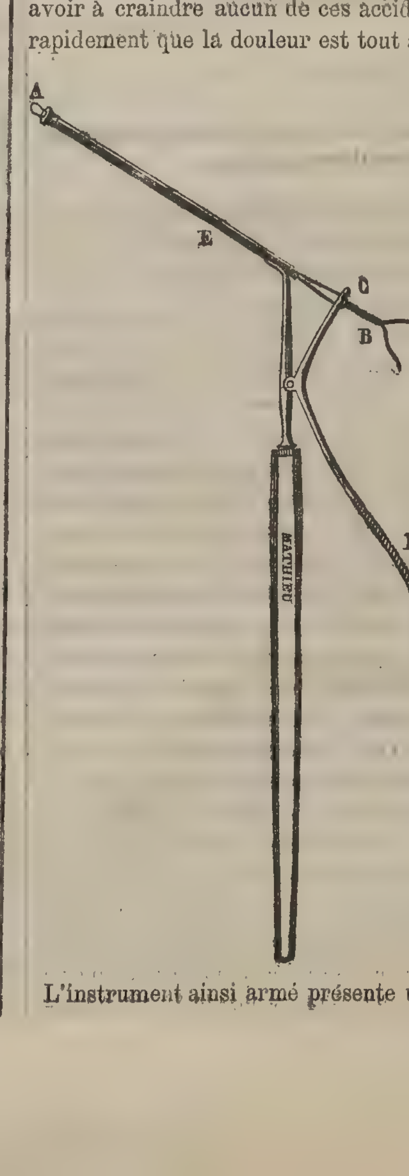
Les inconvénients que présente cette méthode doivent, à mon avis, la faire rejeter.

Par l'arrachement, en effet, on procède d'une manière aveugle, et on s'expose à laisser une portion de la tumeur qu'il ne sera plus possible de ressaisir.

On peut déchirer la membrane du tympan ou arracher avec le polype un lambeau de la muqueuse du conduit auditif.

Cette méthode est enfin douloureuse.

Le serre-nœud qu'a construit M. Mathieu, sur mes indications, permettra toujours de pratiquer la section du polype sans avoir à craindre aucun de ces accidents, et la section se fait si rapidement que la douleur est tout à fait nulle.



Cet instrument se compose :

1° D'une tige métallique creuse de 7 centimètres de longueur qui est fixée à une seconde tige d'acier de 4 centimètres, qui, elle-même, est tenue dans un manche d'ivoire. Ces deux tiges font entre elles un angle de 80 degrés;

2° A 2 centimètres du manche se trouve articulé un bras de levier dont une des extrémités vient affleurer l'orifice de la tige métallique creuse, et possède deux petits trous;

3° Un fil de fer très-fin et double que l'on passe à travers la tige métallique creuse, et dont on fixe les deux extrémités au bras du levier, en les passant à travers les petits trous et en les tordant ensuite.

L'instrument ainsi armé présente une anse à travers laquelle

on fait passer le polype, et que sa rigidité métallique permet de diriger facilement.

Par une pression brusque sur le bras du levier, le fil métallique, en rentrant dans la tige creuse, opère instantanément la section du polype.

Cet instrument très-simple, et que l'on manie d'une seule main, permettra aussi d'enlever facilement les tumeurs pédiculées des fosses nasales et de toutes les cavités dont l'accès est étroit et difficile.

C'est avec cet instrument qu'a été opérée, sans aucune douleur, la malade qui fait l'objet de l'observation suivante :

Polype du conduit auditif. — Ablation sans douleur. — Guérison rapide de la surdité.

Mme X., blanchisseuse à Neuilly, rue de Longchamp, n° 12, me fut adressée, vers le mois de juillet, à l'institution impériale des Sourds-Muets avec prière de lui enlever un polype du conduit auditif du côté gauche.

Cette femme, âgée de 28 ans, avait éprouvé cinq mois auparavant de très-vives douleurs dans l'oreille gauche, qui n'avaient cessé qu'avec l'apparition d'un écoulement purulent. Elle pensa qu'un abcès s'était ouvert dans le conduit auditif. L'écoulement continua sans douleur, et, trois mois après, la malade s'aperçut de la présence d'un corps charnu qui se développait dans le conduit auditif, et qui se déchirait et saignait abondamment quand elle cherchait à l'arracher.

La santé générale de la malade ne tarda pas à s'altérer. Elle maigrissait, et ses forces s'épuisaient rapidement. Elle se plaignait en outre d'une céphalalgie qui ne cessait presque pas. Quelque temps après se manifestèrent des accès de fièvre quotidiens durant lesquels les maux de tête devenaient très-violents. C'est alors que la malade songea sérieusement à se faire opérer et vint réclamer mes soins.

Vers la fin de juillet, l'audition du côté gauche était tout à fait nulle, la sonnerie d'une montre n'était perçue qu'au contact des os du crâne, l'orifice du conduit auditif était bouché par une languette charnue baignée dans un flot de pus.

Je constatai, à l'aide d'un stylet recourbé, que le polype était implanté sur la paroi du conduit auditif et dans le voisinage du tympan. L'arrachement du polype aurait pu déchirer cette membrane, la section seule était indiquée. Elle fut pratiquée le 30 juillet à l'aide du serre-nœud construit par M. Mathieu sur mes indications.

Le lendemain, la malade eut de la fièvre pendant toute la journée.

Le 1er août, le conduit auditif était libre, la sécrétion purulente avait beaucoup diminué, et on apercevait une petite masse rouge, trace du pédicule du polype. L'audition était devenue meilleure; cependant la malade n'entendait pas encore le tic-tac d'une montre. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent furent pratiquées, et pendant huit jours une solution faible de nitrate d'argent fut appliquée dans l'oreille avec un pinceau. L'écoulement cessa rapidement, et, à la fin du mois d'août, l'audition était excellente et égale des deux côtés. On ne constatait plus dans le conduit qu'un petit point rouge, trace du pédicule du polype.

N'ayant pas revu la malade, j'ai lieu de croire que la guérison a été définitive.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 novembre. — Présidence de M. TARDIEU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend, de la part de M. le ministre de l'agriculture et du commerce :

1° Un Mémoire de M. Rouby, sur le choléra (commission des remèdes secrets) ;

2° Un tableau des vaccinations pratiquées, en 1866, dans le département d'Ille-et-Vilaine.

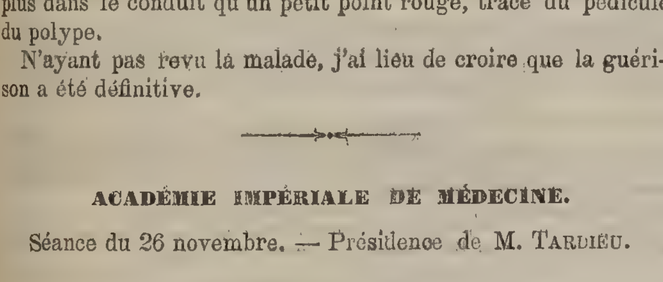
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Levi (de Venise), sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la flagellation dans un cas d'asphyxie extrême;

2° Une relation de l'épidémie cholérique qui a régné, dans les cantons de Tréguier et de Lérardrieux (Côtes-du-Nord), dans les mois d'octobre 1866 et de septembre 1867, par M. le Dr Guenezec ;

3° M. le Dr A. Garrigou Desarènes adresse à l'Académie une réclamation de priorité pour « l'écraseur linéaire des polypes de l'oreille, s'appuyant sur un article qu'il a publié le 15 décembre 1866, dans la « Gazette des hôpitaux », dans lequel il donne le dessin et la manœuvre de son « écraseur », avec le compte rendu de plusieurs ablations de polypes de l'oreille, qu'il avait pratiquées avec cet instrument.



4° Une lettre de MM. Robert et Colin, accompagnant l'envoi d'un instrument fabriqué sur les indications de M. le Dr Guyon. Sur l'invitation de M. le secrétaire, M. Depaul donne à l'Académie quelques explications sur cet instrument, destiné à pratiquer la céphalotripsie intra-crânienne ;

5° Une brochure intitulée : « Lettres à M. Sainte-Beuve, au sujet des idées philosophiques », par M. Ramon de la Sagra.

M. Larrey présente :

1° De la part de M. le Dr Arena Gaëtano, une brochure en italien sur une voiture d'ambulance ;

2° De la part de M. le Dr Sistach, une note sur une nouvelle espèce de fongus parenchymateux du testicule.

M. Guérin présente :

1° De la part de M. le Dr Pelikan (de Saint-Pétersbourg), une brochure intitulée : « Paralysie locale produite par la saponine et les corps identiques ;

2° De la part de M. le Dr Raphaël Castorani, professeur d'ophthalmologie à l'université de Naples, un mémoire sur le traitement des taches de la cornée ;

3° **M. Guérin** présente, en son nom, un nouvel appareil propre à rendre usuelle l'occlusion pneumatique dans le traitement des plaies exposées, et il dépose sur le bureau la note suivante :

Nouvel appareil propre à rendre usuelle l'occlusion pneumatique, dans le traitement des plaies exposées.

Dans un premier mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie, le 5 novembre 1866, j'ai fait connaître un système d'appareils propres à réaliser l'occlusion pneumatique à la surface des corps humains.

Inspirée par la méthode sous-cutanée dont elle est la conséquence pratique la plus générale, l'occlusion pneumatique, considérée dans ses applications à la chirurgie, a pour but de convertir en plaies sous-cutanées, toutes les plaies exposées, c'est-à-dire celles qui sont faites avec une division correspondante de la peau.

L'Académie sait depuis longtemps que le caractère physiologique des plaies pratiquées par la méthode sous-cutanée, est de réaliser la cicatrisation des plaies, sans inflammation suppurative, et suivant un mécanisme auquel j'ai donné le nom « d'organisation immédiate. » L'occlusion pneumatique dont tous les éléments tendent au même résultat, a donc pour but de réaliser la cicatrisation immédiate des plaies exposées.

Ce but qu'on peut considérer comme le dernier mot, l'idéal de la méthode, est quelquefois traversé par des obstacles qui ne permettent de l'atteindre qu'imparfaitement, soit parce que la plaie a déjà subi quelque temps l'influence de l'air, soit parce qu'elle renferme des éléments de complications qui la rendent fatalement tributaire de l'inflammation suppurative.

Dans ces cas, comme dans ceux où les conditions physiologiques sont rigoureusement réalisées, l'occlusion pneumatique est susceptible de rendre des services qui sont en rapport avec les moyens dont elle dispose, moyens qui se résument dans le double fait d'une protection incessante de la surface de la plaie, et d'un appel exercé sur les gaz et les liquides excrétés par cette surface.

Telle est donc la signification et en quelque sorte la formule physiologique et thérapeutique de l'occlusion pneumatique appliquée au traitement des plaies exposées.

Je me propose de faire connaître, dans la prochaine séance, si l'Académie me le permet, les principaux résultats pratiques auxquels est arrivée jusqu'ici l'occlusion pneumatique, entre mes mains d'abord et entre les mains des chirurgiens qui l'ont appliquée.

Pour aujourd'hui je lui demande la permission de lui soumettre un nouvel appareil qui doit compléter l'arsenal de la nouvelle méthode, et qui est surtout propre à en rendre l'emploi facile, usuel et très-général.

Dans le système primitif, l'appareil principal consistait en un récipient pneumatique d'une capacité assez considérable pour suffire de lui-même pendant 24 heures à toutes les éventualités et à toutes les exigences de chaque cas particulier. Imaginé surtout pour les premières expériences, pour celles qui devaient démontrer, avec la précision scientifique, les propriétés et l'efficacité de la méthode, il offrait le double inconvénient de coûter cher et d'être d'un entretien compliqué; il était, pour ce double motif, difficile à introduire dans la pratique des hôpitaux.

L'appareil que je viens soumettre à l'Académie a précisément pour but de parer à ces deux inconvénients. Il consiste dans un ballon hémisphérique en verre de cristal, offrant trois tubulures, l'une centrale, plus considérable, dans laquelle est logé un manomètre; les deux autres sont destinées, l'une à mettre le malade en communication avec l'appareil, l'autre, à mettre l'appareil lui-même en communication avec un réservoir de vide. Avant de considérer le système en fonction, j'appellerai l'attention de l'Académie sur le manomètre accusant le degré de vide de l'appareil.

Ce manomètre consiste en un tube barométrique terminé par une poire en caoutchouc, l'un et l'autre remplis de mercure. L'extrémité supérieure du tube est ouverte à l'air, et l'extrémité inférieure, et la poire qui la termine, plongent et sont renfermées hermétiquement dans la cloche en verre. A mesure que le vide s'opère dans le ballon, la boule en caoutchouc se dilate, sous l'influence de la pression atmosphérique et ses parois, d'une épaisseur uniforme et suffisante pour résister à une pression de 3/4 d'atmosphère, font descendre la colonne de mercure, suivant une échelle graduée, sur le tube et sur le côté de son étui protecteur. On a eu soin, avant d'établir la graduation, de fixer, par un temps d'épreuve suffisant, la concordance de la dilatabilité et de l'élasticité de la poire en caoutchouc avec les différents degrés de la pression atmosphérique.

Cet appareil, particulier pour chaque malade dans un hôpital, est, comme je l'ai dit, en rapport avec un appareil central, réservoir collectif de vide; de telle façon que, lorsque le manomètre en caoutchouc accuse une insuffisance de vide dans le petit appareil, il suffit d'ouvrir le robinet de communication avec l'appareil central, pour rétablir le vide au degré voulu.

Une disposition importante à réaliser, c'était tout en isolant l'action pneumatique au degré voulu, pour chaque malade, de pouvoir isoler également les matières excrétées par la plaie de chacun d'eux, et de montrer toujours aux yeux la quantité et la qualité de ces matières, sang, sérosité ou pus ; c'est ce que réalise mon nouvel appareil.

On peut donc, par ce système, munir toute une salle d'hôpital, du bénéfice de l'occlusion pneumatique, au moyen d'un appareil central, d'un tube commun régnant tout le long de cette salle, et d'autant de tubes d'embranchements qu'il y a de lits dans la salle.

Comme détail économique, j'ajouterai que chaque appareil ne revient pas à plus de 25 francs, et le système complet, à 500 francs.

Dans la prochaine séance, si l'Académie me le permet, j'aurai l'honneur de lui faire connaître les résultats obtenus jusqu'ici par l'application de cette méthode, et ceux qu'il me paraît permis d'en attendre.

M. le Président annonce que M. le Dr Crocq assiste à la séance.

M. le Président déclare une place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Follin.

LECTURE.

Mort subite dans la gangrène.

M. Parise donne lecture d'un travail intitulé : « Du mécanisme de la mort subite dans la gangrène », dont voici les conclusions :

1° Certaines gangrènes des membres peuvent causer une mort subite;

2° Cette mort subite est due à la formation de gaz putrides dans les veines du membre gangrené, lesquels gaz font irruption vers le cœur;

3° Le mécanisme de la mort est le même que dans le cas d'introduction de l'air dans les veines pendant une opération;

4° Cette terminaison est à craindre dans les gangrènes profondes, humides, à marche rapidement envahissante;

5° Il faut, dans ces cas, intervenir promptement et pratiquer l'amputation immédiatement, si elle n'est d'ailleurs contre-indiquée;

6° Dans le cas où l'opération devrait être différée, il faudrait faire les incisions profondes et comprimer la veine principale à la racine du membre (comme MM. Devergie et Demarquay).

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Circulaire adressée à MM. les présidents des sociétés locales.

Paris, le 25 novembre 1867.

« Monsieur et très-honoré président,

» La mort à jamais regrettable de M. Rayer a donné au conseil général une préoccupation aussi vive que légitime sur son remplacement comme président de l'Association générale. Le conseil ne pouvait élever aucune prétention au droit d'élection, le décret organique des Sociétés de secours et de prévoyance ayant réservé à l'Empereur le droit de nomination des présidents. Mais le conseil a tenté d'obtenir et a demandé la faveur de laisser l'Association générale exprimer librement ses vœux sur les personnes qu'elle désirerait voir placer à la tête de notre grande institution.

» A cet effet, une commission du conseil général a eu l'honneur de se présenter le 31 octobre dernier au ministère de l'intérieur et d'être reçue par M. le secrétaire général de ce ministère, Son Excellence étant empêchée ce jour-là de donner audience.

» Très-gracieusement reçue par cet honorable fonctionnaire, la commission a eu l'honneur de lui exposer :

» Que, depuis la fondation de l'Association, les sociétés locales avaient trouvé auprès de leurs préfets respectifs la plus grande bienveillance et une extrême tolérance pour leur permettre de désigner au choix du souverain les confrères qu'ils voulaient voir investis des honneurs de la présidence, et que, de cette mesure, l'Association avait témoigné et conservait une grande reconnaissance, car le choix de l'Empereur avait toujours sanctionné les vœux de l'Association;

» Que cette mesure, permise et tolérée pour les sociétés locales que la mort ou la démission rendait veuves de leur président, acquerrait une bien plus grande importance au sujet de la nomination du président de l'Association tout entière, car tout entière elle avait intérêt à voir à sa tête un confrère qui eût ses sympathies ;

» Que le président, qui serait ainsi l'émanation de cette sorte d'élection, se sentirait lui-même plus fort, plus confiant, plus autorisé et pourrait remplir ses fonctions plus librement et avec une facilité plus grande ;

» Que les dispositions statutaires de l'Association générale fournissaient un moyen facile de consulter tous les éléments de l'œuvre et de leur permettre d'émettre leurs vœux; car les assemblées générales annuelles étaient composées des présidents ou délégués des sociétés locales ;

» Que le conseil général demandait à M. le ministre de vouloir bien surseoir au remplacement de M. Rayer, comme président de l'Association jusqu'après la prochaine assemblée générale, qui aura lieu le dimanche après Pâques, et de permettre à cette assemblée de faire connaître ses vœux.

» M. le secrétaire général du ministère de l'intérieur accueil-

lit avec une grande faveur cette demande et fit espérer à la commission que Son Exc. M. le ministre lui serait bienveillant.

» Le conseil général est heureux de vous annoncer, Monsieur et très-honoré président, que cet espoir s'est réalisé, comme vous pouvez le voir par la lettre suivante adressée à M. le secrétaire général de l'Association.

COPIE DE LA LETTRE.

Ministère de l'Intérieur. — Division du secrétariat.

Paris, le 5 novembre 1867.

» Monsieur,

» Après avoir pris les ordres du ministre, M. le conseiller » d'État secrétaire général m'a chargé de vous informer qu'il » sera sursis au remplacement du président de l'Association gé- » nérale des médecins de France jusqu'à la prochaine réunion de » l'assemblée générale; que cette assemblée générale pourra ap- » peler l'attention du ministre sur les candidats qui lui paraî- » traient le plus aptes à occuper la présidence.

» Il est bien entendu que la liste des candidats devra contenir » plusieurs noms et ne pourra limiter le libre choix qui appar- » tient au gouvernement, en vertu du décret organique de » 1852.

» Agréez, Monsieur, etc.

» Le chef de la division du secrétariat.

» **F. NORMAND.** »

A M. Latour, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France.

« L'Association ne pourra voir qu'avec satisfaction que le conseil général ait provoqué et obtenu cette mesure libérale qui touche aux plus chers et aux plus hauts intérêts de l'œuvre.

» Le conseil général ne croit pas avoir à vous indiquer, encore moins à vous prescrire les voies et moyens par lesquels vous pourrez assurer à votre vote l'assentiment et la sympathie de la société que vous présidez.

» Ce qu'il peut dire, c'est que tout ce qui pourra donner aux votes de l'assemblée générale l'autorité du nombre, de la liberté et de la sincérité, répondra aux vues qui ont dirigé le conseil général dans sa demande à l'autorité.

» Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré président, la nouvelle assurance de nos sentiments dévoués.

» Le secrétaire général, » Amédée LATOUR. » — » Le vice-président, » CRUVEILHIER.

Nous venons de recevoir — par ministère d'huissier — une lettre dont M. Fort nous demande l'insertion.

Dans cette lettre nous relevons un fait — que notre amour de l'exactitude nous commande de placer sous les yeux de nos lecteurs.

M. Fort déclare avoir assisté au premier pansement de la malade qui a eu le nerf médian coupé.

Nous lui donnons acte de cette déclaration.

Après avoir réparé cette erreur de fait, nous n'avons pas d'autre satisfaction à donner à M. Fort, qui peut, — s'il le désire, — continuer, dans le journal où il l'a commencée, une polémique qu'il a « le premier et de lui-même » engagée contre nous.

CORRESPONDANCE

Paris, 26 novembre 1867.

A M. le rédacteur en chef de la « Gazette des hôpitaux, »

« Monsieur,

» Vous avez publié, dans votre estimable journal (numéro de ce jour), un appareil à transfusion du sang, qui a pour principe et pour base le système de celui que j'ai présenté à l'Académie de médecine, et dont l'image et la description figurent dans votre numéro du 8 octobre 1853. Si je n'ai pas donné suite à cette idée, c'est que l'expérience m'a démontré qu'on n'est jamais certain, quoi que l'on fasse, de la disparition complète de l'air contenu dans la boule aspiratrice en caoutchouc.

» Veuillez agréer, etc.

» MATHIEU. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels :

I. *Faculté de médecine de Paris.* — M. le Dr Marc Sée, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé provisoirement, à titre de suppléant, du cours d'anatomie à ladite faculté, en remplacement de M. Jarjavay appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Houël, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé provisoirement, à titre de suppléant, du cours de pathologie chirurgicale à ladite faculté, en remplacement de M. Richet, appelé à d'autres fonctions.

II. *Faculté de médecine de Strasbourg.* — Un congé d'inactivité, pendant le premier semestre de l'année classique 1867-1868, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Strasbourg.

M. Hergott, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé, à titre de suppléant, du cours de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg pendant la durée du congé accordé à M. Sédillot.

III. *Lycée impérial d'Albi.* — M. le docteur Seguin est nommé médecin au lycée impérial d'Albi.

M. le docteur Cassan est nommé médecin adjoint au lycée impérial d'Albi.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

(1830)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Nº 140. — SAMEDI 30 NOVEMBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 30 NOVEMBRE 1867. — Nº 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Dans les cliniques de la Faculté, on organise en ce moment les études complémentaires. M. Bouillaud possédait déjà, dans son chef de clinique, un micrographe des plus habiles ; il s'est, en outre, adjoint comme aide, pour démontrer la laryngoscopie, un spécialiste, M. Moura.

A la clinique de M. Richet, M. Galézowki comme ophthalmologiste, et, comme micrographes, les internes dont un, M. Lanelongue, est aide d'anatomie à la Faculté, doivent diriger les élèves dans les exercices pratiques. Une séance d'ophthalmologie, avec consultation spéciale pour les malades du dehors, y aura lieu tous les vendredis.

Ainsi doit aller en se complétant, l'enseignement de notre Ecole. Pour étudier pleinement un malade, il faut qu'on puisse recourir à toutes les sources existantes d'information, et, ce que le professeur a vu, il doit le rendre évident pour les élèves.

Comme l'a fort bien dit M. Richet dans sa première leçon, le professeur de clinique doit examiner et interroger lui-même les malades, autrement le temps se perdrait, au préjudice de tout le monde, en explorations inutiles ou superflues, en questions sans portée.

Pour observer d'une manière fructueuse, il faut déjà savoir, où être dirigé.

Le professeur doit être d'abord une incarnation de la science écrite, le livre classique animé, mis en présence d'un malade. Mais il doit posséder en outre le coup d'œil et l'expérience qui permettent d'aller droit au but, rapidement et sûrement, et de prendre une décision, après avoir mis en saillie les motifs sérieux de doute.

Mais on ne saurait demander aux professeurs d'être infaillibles. Aussi, ceux qui depuis longtemps ont, comme M. Richet, prouvé, par leurs travaux, la solidité et l'étendue de leurs connaissances : ceux-là ne craignent pas qu'on discute, avec ou sans eux, les opinions qu'ils ont émises. Ils se rappellent que la science n'aurait plus de progrès à faire si leurs prédécesseurs les plus illustres avaient toujours bien vu, et ils engagent ceux qui les entourent à ne pas leur cacher les doutes qu'ils conserveraient sur la justesse du diagnostic établi par eux.

Nous n'entrerons pas dans le détail des réflexions si judicieuses qu'a émises M. Richet pendant cette première leçon. Nous avons hâte d'arriver à ce qu'il a dit sur la malade dont le nerf médian a été coupé.

Mentionnons pourtant, en quelques mots, un fait clinique dont l'interprétation pendant la vie était presque impossible.

Chez une jeune fille qui présentait tous les symptômes d'une obstruction intestinale, qui vomissait depuis quelques heures des matières fécales, M. Richet, après avoir tâté les différents points où pouvait siéger et s'être étranglée une hernie, s'étant assuré qu'il n'en existait nulle part, explora le rectum. Le doigt introduit par l'anus rencontrait dans le petit bassin une tumeur mollasse dont la consistance rappelait celle de matières fécales durcies, et au niveau de laquelle on ne retrouvait plus la lumière de l'intestin. Cet examen aurait provoqué des efforts de défécation sans résultat. M. Richet, pensant que l'intestin était obstrué par une masse de matières fécales que rien ne pouvait détacher, songeait à une opération, pour laquelle il fit transporter la jeune fille à l'hôpital ; mais elle y mourut, peu de temps après son arrivée.

A l'autopsie, on trouva deux tumeurs, dont l'une, un kyste assez considérable d'un des ovaires, avait contracté des adhérences au moyen desquelles elle refoulait et maintenait dans le petit bassin l'autre tumeur, formée dans l'autre ovaire ; cette dernière, solide en majeure partie, offrait au doigt la consistance mollasse que M. Richet avait remarquée pendant la vie. C'était elle qui avait déplacé, courbé le rectum, et en accolait les parois. Et cependant les accidents graves avaient paru d'une manière subite. A peine avait-on remarqué antérieurement une constipation, que la mère attribuait à l'usage excessif du chocolat. Le médecin de la famille, qui avait une grande affection pour cette jeune fille, l'avait toujours considérée comme très-bien portante.

Section du nerf médian. — Conservation de la sensibilité tégumentaire. — Sensibilité récurrente exceptionnelle.

M. Richet vient de faire une première leçon sur cette malade, si intéressante au point de vue physiologique; et il doit bientôt revenir sur le même sujet.

L'espace déjà consacré dans nos colonnes à ce fait clinique, ne nous permettra pas d'entrer dans les développements complets et les détails de ces leçons, et nous devons nous contenter d'en résumer, d'une manière exacte, les parties les plus essentielles.

M. Richet a décrit la plaie telle qu'elle s'est présentée à lui le premier jour. Située à 3 centimètres au-dessus du pli du poignet, elle s'étendait du bord radial au bout cubital de l'avant-bras sur une longueur qui, maintenant réduite par la rétraction commençante de la cicatrice, est encore de six centimètres. Les bords en étaient écartés d'à peu près deux travers de doigt; l'intervalle se trouvait rempli de sang coagulé. Les plaques de cuivre sur le bord desquelles était tombée la malade, avaient fait aussi d'autres coupures insignifiantes, dont une au pouce et une autre à l'avant-bras, au-dessus de la blessure principale.

En nettoyant celle-ci, M. Richet rencontra d'abord le bout inférieur de l'artère radiale, qui avait été lié, puis le bout supérieur de la même artère, effilé comme à la lampe, et ne donnant pas de sang. Lorsque les artères sont ainsi déchirées par tiraillement et effilées, l'hémorrhagie est moins à craindre; car l'extrémité se remplit d'un bouchon de fibrine coagulée. Pourtant M. Richet crut plus prudent de lier également ce bout supérieur de la radiale.

En avançant du bord radial au bord cubital, il trouva coupés les tendons du grand et petit palmaire, puis deux tendons du fléchisseur sublime, celui du médius et de l'annulaire; « le cubital était intact » ; quelques tendons de la couche profonde étaient encochés.

C'est alors que M. Richet chercha le nerf médian, dont la situation est entre le tendon du grand, et celui du petit palmaire. Sur la lèvre inférieure de la plaie, il aperçut un petit tronçon qu'il crut d'abord être un tendon: mais, quand il le saisit, la malade cria. M. Richet renversa ce tronçon pour mieux l'examiner, et comme il était très-irrégulier, il en coupa une petite portion qui faisait saillie. La malade accusa une douleur assez vive pendant cette petite opération, et l'artère centrale du nerf médian se trouvant ouverte, fournit un jet de sang.

M. Richet insista sur ce fait : qu'il n'avait pas réséqué une rondelle, « 1 millimètre environ du bout inférieur, » comme on l'a dit ailleurs, mais seulement « un fragment, dans le but de l'égaliser, » ainsi que nous l'avions écrit.

« M. Prévost, a-t-il ajouté, a donc eu parfaitement raison de dire qu'on lui avait remis, pour être examinées au microscope, seulement quelques fibres du nerf médian. Je n'aurais jamais voulu en couper une rondelle entière, car une opération qui ne peut être utile, n'est pas permise au chirurgien. »

Après avoir trouvé le bout inférieur du nerf, M. Richet se mit à la recherche du bout supérieur; il arriva jusqu'au bord cubital sans le trouver ; enfin il l'aperçut, refoulé, retourné, tiré et effilé, pour ainsi dire, par son extrémité. Il voulut le remettre en place; mais, lorsqu'il le toucha, la malade accusa une douleur excessivement vive; c'était donc bien le nerf médian.

M. Richet n'en doutait plus; il ne pouvait pas en douter, car, dans ce large espace qu'il avait exploré d'un bord à l'autre de l'avant-bras, il était absolument impossible qu'un gros nerf, comme le nerf médian, lui échappât. M. Richet ne croit pas même qu'un petit filet nerveux, comme le palmaire cutané, ait pu rester intact dans une pareille blessure.

Convaincu que toutes les parties où se distribue le nerf médian devaient être insensibles, M. Richet voulut montrer aux assistants ce résultat de la section d'un nerf; mais, à son grand étonnement, la malade avait conservé la sensibilité tactile. Elle sentit très-bien quand il la toucha au pouce, au médius, à l'annulaire.

Tout étonné, M. Richet examina de nouveau la plaie; il s'assura que la section du nerf médian était bien complète; puis il se disposa à faire ce que demandait la situation de la malade.

A ce propos, M. Richet a retracé l'histoire des régénérations nerveuses, observées, soit par les chirurgiens, soit par les physiologistes expérimentateurs. Nous ne reproduirons pas, en ce moment, cette partie de la leçon, dont la conclusion pratique à noter est que la section des nerfs peut hâter, dans une certaine limite, le rétablissement de leurs fonctions.

M. Richet rapprocha donc les deux bouts du nerf; puis il les réunit, avec un mince fil de soie, par deux points de suture in-

---

FEUILLETON

Nouvelles à la plume.

Paris possède deux Académies de médecine, se réunissant dans le même local, au même jour et aux mêmes heures.

Semblable à ces églises de l'Alsace, dont un côté est consacré au culte protestant et l'autre au culte catholique, le local de la rue des Saints-Pères est divisé en deux portions, toutes deux soutenues par des colonnes doriques et ornées de bustes, voire même de statues en marbre blanc.

Dans l'un de ces compartiments siége l'Académie impériale, l'Académie officielle dont le nombre des membres est fixé à cent. — Dans l'autre s'assemble une Académie libre dont le nombre des membres est illimité et dont fatalement font partie les libres penseurs, les esprits primesautiers, les âmes vaillantes et la jeunesse.

Dans la première sont les ambitions satisfaites, les positions assises ; dans la seconde au contraire s'agitent l'ambition en marche, l'espérance en éveil; si l'on ne peut tout à fait dire que dans l'une sommeille mollement le passé, on peut assurer, à coup sûr, que dans l'autre l'avenir se révèle avec ses longs espoirs et ses vastes pensées, comme dit le poëte.

A mon excellent ami et confrère, le Dr Brochin, appartient le soin d'esquisser la physionomie de l'Académie officielle, de l'Académie impériale ; à celui qui tient ici la plume revient de droit l'académie libre, dont il est depuis vingt ans un membre assidu, sans qu'il espère avoir jamais l'honneur de passer dans l'autre compartiment.

Et je ne me plains pas du sort qui me retient à cette place, car, sans vouloir blesser les susceptibilités de MM. les Immortels, il faut reconnaître que l'Académie libre est toujours plus amusante et quelquefois plus intéressante que l'Académie officielle.

Les délicats de cette dernière le savent bien, et on en voit plus d'un oublier sa stalle de velours en faveur de la modeste banquette de molesquine ; Velpeau n'y manquait jamais, et M. Piorry fait tout ce qu'il peut pour rester parmi les jeunes.

Les derniers mardis qui précèdent le deuxième mardi de décembre sont les grandes assises de l'Académie libre. L'Académie officielle ferme alors régulièrement ses portes à trois heures et demie et se livre sans témoins aux douceurs des comités secrets.

Ce qui se dit et se fait en ces huis-clos, je l'ignore ; mais ce que je sais, et je l'en loue hautement, c'est que notre Académie libre aime avant tout l'air, l'espace et la lumière.

Et cependant les suffrages de l'Académie libre sont aussi recherchés que les prix de l'Académie officielle, et les lauréats de celle-ci tournent toujours les yeux vers nous quand ils vont chercher leurs couronnes.

Preuve évidente que les comités secrets, vieux restes des us scolastiques, ne donnent pas une plus grande indépendance à la pensée et à la parole; il faut voir si, dans notre Académie libre, les membres mettent une sourdine à leurs jugements et à leurs appréciations.

Ainsi, et pour n'en prendre qu'un exemple, le rapport de M. Béhier sur les eaux minérales était encore, mardi dernier, le thème de discussions animées.

A cette époque de l'année, tous les médecins hydrologues ayant quitté leurs nymphes, comme aurait dit Dumoustier, font nécessairement partie de l'Académie libre. Pendant quatre ou cinq mois, condamnés à n'entendre que le seul murmure de leurs sources, ils sont, plus que tous autres, friands de nouveautés et de controverses.

Qu'on ne s'étonne donc pas qu'un rapport qui les touche de si près ait ému leurs esprits, soit pour l'approuver, soit pour le combattre.

Le sujet, on le sait, est la liberté laissée aux malades de faire usage des eaux minérales, à ses risques et périls, sans ordonnance de médecin, liberté contre laquelle M. Béhier a lancé ses foudres les mieux forgées.

Les partisans du rapport formaient un groupe peu nombreux, il est vrai, mais animé du plus ardent prosélytisme. Ils répétaient, avec force commentaires, les arguments de M. Béhier et se désolaient, avec les gestes les plus expressifs, sur le sort de la société, de l'inspectorat et des eaux minérales.

Les amis de la liberté, qui n'avaient pas à défendre un intérêt direct, étaient moins âpres que leurs adversaires, mais

téressant le névrilème, et situés, l'un sur la face postérieure, et l'autre sur la face antérieure du nerf. Pour effectuer cette opération, il dut encore retourner les deux bouts du nerf médian, ce qui n'eût pas été possible si la section n'eût point été complète.

Le nerf une fois réuni, le tendon du grand palmaire le fut également. Quant aux tendons du fléchisseur, M. Richet ne voulut pas les réunir, de crainte d'amener la suppuration par la présence de fils trop nombreux.

Le reste du pansement se fit comme d'ordinaire en pareil cas ; le poignet fut maintenu fléchi sur l'avant-bras pour éviter tout tiraillement des tendons coupés.

Trois heures après, M. Richet fit examiner la malade par MM. Pajot et Denonvilliers, qui constatèrent, comme lui, la conservation de la sensibilité sur les points où se distribue le nerf médian. Toutes les précautions possibles étaient prises dans ces examens, qui se renouvelèrent plusieurs fois en notre présence. La main du chirurgien, placée derrière celle de la malade, la soutenait : de manière à empêcher tout ébranlement possible des doigts alors qu'on touchait leur face palmaire avec un bourdonnet de charpie ou une flèche en papier. La sensibilité, intacte au pouce, au médius, à l'annulaire, à la paume de la main, était assez obtuse aux dernières phalanges de l'indicateur ; et d'après ce que nous avons vu, elle semble avoir encore diminué sur ce doigt.

Partout ailleurs la malade distingue très-nettement lorsqu'on la touche ou lorsqu'on la pique ; quant aux températures, elle s'est trompée parfois, prenant un objet froid pour un objet chaud « et vice versâ » ; mais la même chose arrive à tout le monde.

M. Richet a rapproché ce fait de deux autres, observés par M. Nélaton, et dont l'un a été rapporté par M. Houël à la Société de chirurgie, et l'autre indiqué dans la thèse de M. Tillaux.

De ces deux malades, l'une avait eu le nerf médian coupé par M. Nélaton, à la partie supérieure de l'avant-bras, pour un névrome; l'autre avait eu un accident semblable à celui de notre malade. Chez l'une et l'autre, suivant le récit verbal de M. Nélaton à M. Richet, « la sensibilité persistait après la section, avant toute suture nerveuse. »

Dans un troisième cas, appartenant à M. Laugier, la sensibilité avait reparu quelques heures après la suture, et M. Richet se demande si elle avait jamais disparu.

Or, ce sont les uniques faits scientifiquement connus de section du nerf médian seul. Le nerf cubital était coupé en même temps que le nerf médian dans les deux observations de Paget et dans celle de M. Verneuil : ce qui les empêche d'être comparables au cas actuel.

Ainsi, suivant M. Richet, le nerf médian étant coupé, la conservation de la sensibilité tégumentaire serait la règle. Comment l'expliquer ?

D'abord M. Richet insiste, comme nous l'avons fait, du reste, sur la distinction fondamentale entre les deux phénomènes observés sur la malade.

Vouloir expliquer du même coup la sensibilité récurrente du bout périphérique et la conservation de la sensibilité tégumentaire serait absurde.

La sensibilité récurrente peut être attribuée aux « nervi nervorum. » Tel est l'avis de M. Robin, comme celui de M. Onimus.

Quant à la sensibilité conservée dans les téguments, elle pourrait tenir, suivant M. Robin, à ce que les filets nerveux qui vont se perdre dans les corpuscules du tact tirent leur origine d'anses terminales rattachées d'une part au nerf médian, et, d'autre part, au nerf radial, par exemple. M. Robin a suivi, au microscope, les filets qui partent de ces anses; il les a vus très-nettement. Ils ont un diamètre à peu près de 1 dixième de millimètre, et un trajet de 4 à 10 millimètres avant de se terminer dans les corpuscules du tact.

D'après cette théorie, les sensations transportées par les nerfs resteraient toujours « périphériques » exclusivement; seulement, les filets terminaux se rattacheraient à la fois chacun à deux nerfs, par un point commun, une anse commune.

Ainsi se trouverait assurée la conservation d'une faculté très-importante : celle du tact.

Dr Victor Revillout.

ÉLÉPHANTIASIS

très-volumineux de la vulve, compliqué de cystocèle périnéale. — Lésion de la vessie au moment de l'opération. — Péritonite consécutive. — Mort.

par M. Bourguet (d'Aix).

Obs. — Philippine A..., de Pourrières (Var), âgée de dix-huit ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, issue de parents bien portants, réglée depuis l'âge de quatorze ans, nous est adressée dans le courant du mois d'août 1866, par notre confrère, M. Giraud, médecin à Pourrières.

Voici les renseignements qui nous sont transmis par ce médecin et confirmés par la jeune fille et sa mère qui l'accompagne :

Philippine a vu paraître, il y a cinq ou six ans, sans cause appréciable, une petite tumeur dure, du volume d'une fraise ou d'une noisette, vers la face externe de la grande lèvre du côté droit. Insensiblement, cette tumeur a pris de l'accroissement, sans que l'apparition des règles et leur retour périodique, qui a eu lieu régulièrement depuis, aient paru exercer la moindre influence sur les progrès de la tumeur. Pendant longtemps, la malade, par un sentiment de pudeur naturel à son âge, n'a confié à personne l'existence de cette maladie. C'est tout à fait par hasard que sa mère en a fait la découverte, il y a environ un an, dans un moment où Philippine avait eu ses robes accrochées et relevées en descendant d'une charrette.

L'examen auquel nous procédons immédiatement, nous permet de constater l'existence d'un éléphantiasis de la vulve, d'un volume véritablement monstrueux, ainsi qu'on peu s'en assurer par la figure photographique que nous en donnons ici.

La tumeur irrégulièrement piriforme, bosselée sur plusieurs points de sa surface, lourde, élastique, entièrement insensible, présente 29 centimètres de son sommet à sa base, et 47 centimètres dans sa plus grande circonférence; elle est comme suspendue entre les cuisses de la malade qu'elle tient fortement écartées l'une de l'autre, et descend en bas jusqu'à la partie supérieure du mollet; la peau qui la recouvre est saine et mobile presque partout; elle présente seulement dans quelques endroits des stries analogues à celles que l'on rencontre sur l'abdomen chez les anciens hydropiques ou les femmes qui ont fait des enfants ; elle s'implanta par un large pédicule sur le côté droit de la vulve, depuis le milieu de la région inguinale jusqu'à la région fessière ; le vagin est attiré en bas, et son ouverture antérieure déviée à gauche, ainsi que l'urèthre, dont l'orifice se trouve caché derrière la saillie formée par la partie supérieure de la tumeur sur le côté droit de la vulve. Cette disposition a pour conséquence de gêner considérablement la miction, l'urine s'écoulant en bavant, ou bien le jet en étant dirigé vers la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, de telle sorte que, malgré toutes les attitudes et toutes les précautions que la malade peut prendre, elle souille constamment ses vêtements ; il n'y existe ni douleurs ni élancements; jamais elle n'a été le siége d'érysipèles, ni d'inflammations érythémateuses; son accroissement, comme nous l'avons dit, s'est fait lentement, mais d'une manière continue; depuis huit à dix mois surtout, cet accroissement a été plus rapide; au point où les choses en sont arrivées, non-seulement cette énorme intumescence incommode et gêne au plus haut degré par son poids et son volume, mais elle empêche encore la malade de s'asseoir et de travailler.

En face d'un pareil état, nous considérons l'opération comme la seule ressource à employer, et nous soumettons cet avis à la jeune fille et à sa mère, en prévenant toutefois cette dernière de la gravité et des dangers d'une opération chirurgicale.

Celle-ci est pratiquée le 4 septembre 1866, en présence et avec le concours de nos confrères, MM. Rimbaud, Gouyet, Castellan et Giraud.

Après avoir obtenu l'insensibilité à l'aide du chloroforme, la tumeur est ramenée en avant sur l'abdomen. Une première incision elliptique permet de la circonscrire en arrière et en dedans, afin de détruire tout d'abord ses insertions du côté de la fesse, de l'anus et du vagin. Ce premier temps de l'opération est assez laborieux, à cause de l'hémorrhagie et des nombreux prolongements cellulaires que la tumeur envoie dans ces diverses directions. Cependant, elle est heureusement menée à bonne fin, grâce à la précaution de faire agir les doigts et le manche du scalpel plus souvent encore que l'instrument tranchant, sans que nous ayons plus de cinq à six ligatures à pratiquer.

La tumeur, une fois dégagée de ses adhérences internes et postérieures, est attaquée à sa face externe à l'aide d'une nouvelle incision elliptique partant du pli du milieu de l'aine et venant se réunir en bas à la première, en conservant, bien entendu, la quantité de téguments reconnue nécessaire. Cette seconde dissection se fait avec infiniment plus de facilité, et ne nécessite l'application que de trois ou quatre ligatures. Mais, arrivé au niveau de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis nous reconnaissons que la tumeur se prolonge du côté du bassin, sous forme de nombreuses digitations très-résistantes; la dissection en est poursuivie avec beaucoup de ménagements, tantôt avec les doigts et le manche du scalpel, tantôt avec le bistouri et les ciseaux ; puis, comme ce qui reste encore de tissu morbide peut être facilement pédiculisé, en vue de nous mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, nous appliquons la chaîne d'un écraseur linéaire autour de ce pédicule, qui présente environ 25 millimètres de diamètre, et nous faisons agir l'instrument qui en opère lentement la section.

Celle-ci réalisée, et la tumeur complétement enlevée, nous reconnaissons avec une pénible surprise que de l'urine s'écoule par la plaie, et qu'une solution de continuité existe à la vessie.

Voici ce qui venait de se passer :

La tumeur, ainsi que nous l'avons dit plus haut, s'implantait, non-seulement dans la région inguinale, en dehors de la grande lèvre droite et du côté de la région fessière; mais elle envoyait encore de nombreux prolongements vers les organes contenus dans le petit bassin, en particulier sur le côté droit du vagin et du rectum. Quelques-uns de ces prolongements, pénétrant plus profondément, étaient arrivés jusque sur le bas-fond de la vessie ; et, fixés ainsi d'une part à cet organe, de l'autre, faisant corps avec la tumeur éléphantiaque, ils avaient attiré peu à peu cette portion du réservoir de l'urine dans la région périnéale, en éraillant et écartant quelques fibres de l'aponévrose pelvienne et du releveur de l'anus, aidés dans cette action par le poids considérable de la tumeur et les déplacements qu'elle tendait à produire sur tous les organes du voisinage. Il en était résulté un changement complet dans les rapports normaux, et probablement dans la forme de la vessie, son déplacement de haut en bas, et enfin sa présence dans la région périnéale, dans le point même qui venait d'être sectionné par l'écraseur linéaire, et que nous avions considéré, avec tous nos confrères, comme formant exclusivement le pédicule de la tumeur éléphantiasique.

Ces réflexions qui se présentèrent alors à notre esprit arrivaient malheureusement trop tard. La vessie, nous venons de le dire, était ouverte; on y constatait une solution de continuité de 3 centimètres environ d'étendue, dont les bords s'écartèrent aussitôt la section terminée, et qui remonta brusquement ensuite dans l'intérieur du bassin. Que faire alors ? Fallait-il aller chercher de nouveau la vessie, la ramener à l'extérieur, et tâcher de rapprocher les bords de la plaie à l'aide de la suture; ou bien était-il préférable de se borner à faciliter, le plus possible, l'écoulement de l'urine à l'extérieur, et d'attendre ?

C'est à ce dernier parti que nous crûmes devoir nous arrêter, en raison des difficultés que nous laissait entrevoir l'application de la suture, jointes à l'incertitude de ses résultats ; la malade était d'ailleurs très-fatiguée et très-affaiblie, l'opération ayant duré près de trois quarts d'heure. La plaie fut donc réunie dans toute sa partie supérieure, et laissée béante dans le reste de son étendue ; la sonde en S de Marion Syms fut placée à demeure dans la vessie; une longue mèche de linge enduite de cérat fut introduite profondément placée dans l'angle postérieur de la plaie dont elle servit à maintenir les lèvres écartées, et des applications froides furent faites sur le périnée.

La journée et la nuit furent passables ; la malade prit du bouillon et un peu de vin; mais, dès le lendemain, des symptômes de péritonite se déclarèrent; ils augmentèrent rapidement d'intensité, et la mort eut lieu deux jours après, le 7 septembre.

A notre grand regret, l'autopsie ne put pas être pratiquée.

Examen de la tumeur. — Incisée sur plusieurs points de son étendue, elle paraît constituée exclusivement par des faisceaux de fibres de tissu lamineux renfermant une assez grande quantité de sérosité un peu épaisse dans leur intervalle ; on y découvre, en trois points différents, des kystes séreux des volume variable, dont le principal peut contenir de 50 à 60 grammes de liquide; pesée très-exactement, après que les kystes ont été ouverts, et que plusieurs incisions ayant laissé s'écouler de la sérosité, ont été pratiquées, la tumeur pèse encore 8 kilogrammes, 700 grammes; les digitations ou prolongements cellulaires qu'elle envoyait dans les organes du voisinage, en particulier sur la portion de la

---

restaient cependant très-fermes sur le terrain des principes.

La controverse eût pu être interminable, si un sage de l'assistance n'était pas intervenu avec sa parole toujours écoutée :

— Si la société, dit-il, est menacée dans son existence parce que quelques individus se seront donné la colique en buvant, hors de propos, deux ou trois verres d'eau, ou auront pris un rhume de cerveau avec un bain intempestif....

— Et les faits rapportés par M. de Laurès? interrompit un bouillant inspecteur.

— D'abord, des deux faits dont vous parlez, répondit le sage orateur, l'un a rapport à une angine de poitrine, et nous savons tous que, pour mourir subitement d'une angine de poitrine, il n'est pas nécessaire de prendre les eaux de Néris ; et puis, si l'on meurt avec les eaux de Néris, dont la composition, selon les chimistes, est celle de l'eau claire, il faut défendre à tous les Parisiens l'usage de l'eau de la Seine. — Il est pour la société des libertés bien plus dangereuses que celles dont jouissent les établissements thermaux, et contre lesquelles je défie bien qu'on se révolte. Les mariages des tuberculeux, des cancéreux, etc., font courir à la société de bien plus grands dangers que quelques verres d'eau minérale ; pourquoi ne pas vouloir l'abolition de la liberté dans le mariage ? Ah ! médecins mes maîtres, vous prétendez me protéger malgré moi et sans moi ; mais alors, quand je voudrai faire un voyage, quand je voudrai acheter une campagne, il me faudra vous consulter et m'enquérir si le voyage projeté me sera nuisible ou si la campagne rêvée n'exhale pas des miasmes paludéens ou d'autres aussi contraires à mon tempérament et à ma constitution ? Non, non, chacun se garde assez soi-même et il n'y a que les enfants et les fous que l'on empêche de tomber à la rivière.

Et après avoir humé une prise de tabac, le sage reprit :

— Les inspecteurs, dit-on, ne peuvent faire de statistique complète et n'ont plus de cœur à l'ouvrage. J'en suis fâché pour les inspecteurs dont l'existence me paraît peu nécessaire. Si l'Académie, notre voisine, veut savoir exactement ce qui se passe dans les établissements thermaux, qu'elle ouvre largement ses portes à tous les médecins d'eaux minérales et qu'elle les convie tous, sans distinction de titres, à la distribution de ses récompenses. Les inspecteurs ne peuvent donner que ce qu'ils ont, ne peuvent statistiquer que ce qu'ils savent, et j'en connais un qui ne voit pas dix malades par saison. Celui-là et ses pareils n'ont pas le cœur à l'ouvrage, je le veux bien; mais pour leur donner ce qui leur manque, faut-il traîner aux gémonies la dignité médicale ? Les honoraires ne sont dus au médecin que pour des services librement rendus et librement acceptés : forcer des malades à nous visiter malgré eux, n'est-ce pas les contraindre à une taxe dont l'excuse me blesse et dont la légitimité m'échappe?........

On voit par ce rapide exposé, dont j'abrége considérablement les détails, combien, dans notre chère Académie des pas-perdus, la parole est libre et la pensée indépendante.

Le sujet qui m'a servi d'exemple s'est naturellement trouvé sous ma plume, car les eaux minérales entraient pour une large part dans l'ordre du jour de la séance de mardi, non pas tant à cause du rapport de M. Béhier dont le souvenir se perdait déjà dans la nuit des huit jours précédents, que pour le plaisant démêlé survenu entre la société de Balaruc et la « Gazette médicale de Lyon. »

C'est vraiment là une plaisante affaire et qui, je l'assure, a fait du bruit dans Landerneau.

Les eaux minérales de Balaruc ont été concédées à une compagnie anglaise dont le gérant est un M. Villemur. Avec l'esprit pratique et mercantile qui distingue les Anglais, la compagnie concessionnaire pensa qu'il fallait intéresser tout le corps médical au succès de son établissement, et, pour cela faire, elle décréta qu'une prime de 50 fr. serait accordée à tout médecin qui enverrait un ou plusieurs malades à ces eaux minérales de l'Hérault.

La chose était brutale, j'en conviens, et peut-être un peu trop britannique. Aussi, pour ménager notre fibre trop irritable, on nous prévenait, dans la circulaire provocatrice, que ces 50 fr. étaient pour les pauvres et que le médecin n'était que l'intermédiaire entre ceux-ci et l'établissement de Balaruc.

L'explication n'était pas forte et l'on pouvait sans peine en trouver une meilleure; mais comme, en définitive, cette excuse n'était qu'une concession faite à « des susceptibilités exagérées, » disait-on, on ne pouvait se montrer sévère à son égard, et, pourvu que l'affaire réussît, les apparences n'importaient guère.

Quoiqu'il en soit, et sans préjuger en rien le succès de l'en-

vessie restée adhérente à la tumeur, présentent une grande résistance et se séparent très-difficilement de la face externe de ce viscère; aussi, a-t-on quelque peine à les isoler, et n'y parvient-on qu'en les déchirant ou les arrachant de vive force. Ce qui reste de la vessie, et adhère à la tumeur, forme un lambeau taillé un peu irrégulièrement, de bien près de 5 centimètres carrés, dans lequel on reconnait très-distinctement les tuniques muqueuse et musculeuse, il n'y a pas eu d'examen microscopique.

PUSTULE CHARBONNEUSE

du membre supérieur. — Compression digitale. — Guérison.

Par M. le Dr VANZETTI (de Padoue).

François L..... (de Padoue), âgé de 28 ans, contrefait, se fait admettre dans ma clinique le 31 décembre 1865, ayant une enflure considérable de tout le membre pectoral gauche, qui a débuté il y a quatre jours.

A première vue, je crus reconnaître une pustule charbonneuse, et les renseignements fournis par l'interrogatoire du malade nous en donnèrent la certitude.

En effet, il nous raconte qu'il y a huit jours (22 décembre), il a dépecé un cheval mort de maladie; il a trouvé dans l'intérieur du corps beaucoup de sérosité jaunâtre, le foie et la rate en bouillie, les intestins de couleur noire, etc. — Il affirme ne pas s'être blessé en exécutant le dépècement de cet animal, ni avoir eu préalablement une écorchure.

Pendant quatre jours, il n'a rien ressenti; mais, le soir du cinquième (26 décembre), il aperçoit, à cause d'un picotement incommode qu'il y éprouvait, une petite élevure noirâtre, située vers le poignet, qu'il déchire d'un coup d'ongle en se grattant.

Le 27, au matin, le tiers inférieur de l'avant-bras était le siége d'un gonflement qui, le soir, remontait jusqu'à plus de moitié vers le pli du coude.

Le 28 décembre, l'enflure gagne le coude, et, le 30 décembre, elle a déjà envahi la moitié du bras, se compliquant d'un accès de fièvre avec frissons. Il supporta ce premier accès sans s'arrêter de travailler, allant seulement se coucher ce jour-là plus tôt qu'à l'ordinaire.

Le 31 décembre, le gonflement remonte jusqu'à l'aisselle; le malade ressent dans tout son membre une tension pénible, des douleurs vives et lancinantes, comme si « son bras allait éclater. » Effrayé de son état, il se fait recevoir ce même jour à l'hôpital.

A son entrée, le 31 décembre au soir, on constate que tout le bras gauche, depuis l'extrémité des doigts jusqu'au creux axillaire, est le siége d'un gonflement considérable. La peau en est violacée, surtout au côté interne de l'avant-bras. Le membre est lourd, très-chaud; les articulations des phalanges, du corps et du coude ne peuvent exécuter de mouvements, à cause de l'enflure rénitente dont elles sont le siége. — A deux travers de doigt de l'articulation carpienne, sur la face palmaire de l'avant-bras, on voit une pustule du diamètre d'une lentille, déchirée, à fond noir, ayant à son pourtour une couronne de vésicules de la grosseur d'un grain de millet, très-luisantes et pleines d'une sérosité citrine, représentant, à s'y méprendre, le « chaton de la bague entouré de perles, » décrit par les auteurs, comme signe de la pustule maligne. Un autre symptôme, que nous croyons également « pathognomonique » de cette affection, c'est la tension, la rénitence, la dureté « presque ligneuse de l'enflure : » elle s'étendait à tout l'avant-bras, au bras et presque jusqu'à l'aisselle, où elle s'atténuait en un « œdème mou. » La peau présentait en outre l'apparence rugueuse, chagrinée, d'une écorce d'orange, dans toute la moitié inférieure et interne de l'avant-bras. Examinées à la loupe, on reconnaissait que cette apparence mamelonnée et rugueuse de la peau provenait d'une exsudation sous-épidermique, gélatineuse, trop épaisse pour former des gouttelettes capables de soulever l'épiderme en forme de bulle ou de phlyctène.

Le malade avait un grand effroi et des angoisses causées par les vives douleurs du bras; il se plaignait d'élancements par accès, comme si son bras était broyé par la « pression d'un étau. » Cependant sa physionomie n'avait pas l'air « sinistre; » le pouls était à 75 et mou; la chaleur du corps, sauf la partie malade, n'était pas sensiblement augmentée.

Traitement. — Cherchant les moyens les plus capables d'arrêter d'une manière prompte et sûre une inflammation qui avait fait en si peu de jours des progrès si rapides et si effrayants, je me décidai à employer la compression digitale, comme s'il se fût agi d'un érysipèle phlegmoneux. Je la fis commencer immédiatement à l'humérale, sans employer aucun autre remède.

Les élèves, animés de leur zèle ordinaire, prirent de suite leurs dispositions pour que deux d'entre eux fussent alternativement occupés à comprimer l'artère, et relevés toutes les deux heures par deux autres.

A cause de l'enflure du bras, on fut obligé de faire la compression dans le creux axillaire, région où elle est toujours beaucoup plus difficile à exercer, et à cause de la finesse et de la sensibilité de la peau, moins bien supportée par les malades. Pour atteindre l'artère il fallait, dans ce cas, vaincre l'œdème, qui terminait le gonflement rénitent du bras, par des pressions exercées le long du trajet de l'artère avec le bout des doigts.

La compression commence à huit heures du soir; déjà, après une demi-heure, le malade nous dit qu'il n'éprouve plus dans son bras la sensation déchirante qui lui causait auparavant tant d'inquiétudes et d'angoisses générales : il nous montra même qu'il pouvait déjà mouvoir un peu ses doigts, notamment approcher le bout du pouce de celui de l'index et y tenir une monnaie, si on la lui eût donnée. — Après trois heures, le pouce pouvait déjà toucher le bout du « médius » et de « l'annulaire, » mais pas encore l'extrémité du petit doigt, lequel, après huit heures de compression, put être même dépassé.

A huit heures du matin, c'est-à-dire après douze heures de compression totale et aussi continue que possible, on essaya de comprimer la sous-clavière à sa sortie des scalènes, attendu que l'endroit où l'on avait agi commençait à être un peu rouge et douloureux. Mais cette compression de la sous-clavière ne réussit pas bien; le malade demande qu'on le reprenne à l'endroit primitif, car il éprouvait de nouveau, disait-il, des douleurs, surtout aux environs de la pustule, aussitôt que l'on cessait de comprimer : aussi avertissait-il les personnes qui faisaient la compression, toutes les fois qu'elle n'était pas bien faite. Le moment où l'on changeait les doigts compresseurs causait également quelques douleurs dans le membre malade, surtout si on les changeait brusquement.

On continua la compression jusqu'à huit heures du soir du 1er janvier, c'est-à-dire vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, elle ne fut plus jugée nécessaire. Le bras, en effet, avait continué de diminuer de volume au fur et à mesure de la compression; les mouvements des doigts, du corps et du coude étaient revenus en grande partie : la rougeur était de beaucoup effacée; la température tombée presque à l'état normal; et, ce qui nous parut surtout très-important, la tension extrême, la « dureté presque ligneuse » de l'enflure dissipée complétement, de sorte que le gonflement qui restait encore n'avait plus que les caractères d'un œdème froid qui a conservé l'impression des doigts.

Telles étaient les conditions du membre après vingt-quatre heures de compression. Nous jugeâmes alors que l'inflammation, jugulée, avait perdu tous ses caractères d'acuité primitive, et que, par conséquent, il ne fallait plus, pour achever la guérison, qu'attendre le temps nécessaire, tant à l'absorption des produits d'exsudation qui s'étaient engendrés durant les quatre jours de maladie, qu'à l'élimination de l'eschare, en laquelle était convertie la petite portion du derme où la pustule avait son siége; enfin, à la réparation et à la cicatrisation de la petite plaie qui devait résulter de cette élimination.

Pour hâter l'absorption de l'exsudation plastique qui entretenait le reste de l'œdème, on fit des fomentations humides et aromatiques sur le membre pendant les huit premiers jours. Elles furent alors supprimées, toute trace d'œdème ayant disparu, le bras ayant repris son volume, ses mouvements, sa souplesse, en un mot ses fonctions et son apparence normale, sauf à l'endroit du siége de la pustule, où, à la place de la tache noire primitive, existait une perforation du derme, de même grandeur, presque exactement circulaire, et comme faite par un emporte-pièce, à bords jaunâtres, entourés de quelque densité. On prescrivit un bain de bras, et on lui appliqua une bande roulée, qu'on eut soin de tenir humide à l'endroit de la perforation. — Au vingtième jour environ, les bords de l'ulcération lenticulaire, ainsi que son fond bourgeonnaient : il en sortait, par une légère pression, une petite quantité de pus mêlé à des flocons de tissu cellulaire. Dans les jours suivants, on reconnut qu'en introduisant une sonde dans la perforation, on pouvait la promener sous le derme dans un « rayon de trois centimètres. » Je continuai à faire maintenir, au moyen d'une bande roulée sèche, une compression modérée sur cette partie; le clapier-sous-cutané et la perforation du derme se cicatrisèrent alors avec assez de rapidité pour permettre au malade de sortir de la clinique le 1er février 1866.

Tous les médecins savent que la pustule maligne est une affection d'une gravité extrême, se terminant souvent par la mort, et qui, alors qu'elle n'a pas cette issue fatale, cause toujours des mortifications plus ou moins étendues des régions où siégeait le mal.

Dans l'état actuel de la science, le moyen généralement adopté pour conjurer les dangers de cette terrible affection, est la destruction, au moyen de cautérisations variées, des parties où siége la pustule. Cette cautérisation se fait dans la supposition qu'un virus délétère, après l'inoculation, s'élabore, pour se propager dans toute l'économie; la destruction du point initial contaminé, opérée avant l'élaboration du virus supprimant l'infection générale.

J'ai été témoin, il n'y a pas très-longtemps, des graves dégâts que peut produire la pustule maligne, alors qu'elle n'est pas mortelle. Appelé par un collègue à Jiesso, pour y visiter un équarrisseur qui était atteint de pustule charbonneuse sur la face palmaire de l'avant-bras gauche, j'ai trouvé tout ce membre monstrueusement enflé, depuis les doigts jusqu'à l'épaule et la partie correspondante de la poitrine, y compris la racine du cou. Dans ce cas, j'ai également noté la « dureté extrême », presque ligneuse de l'enflure. Une grande partie de la peau de l'avant-bras était manifestement menacée de gangrène, qui, déjà, se montrait en divers points. Le malade, homme de complexion très-robuste, était dans un état d'adynamie profonde, son pouls excessivement faible, filiforme. Il n'était pas possible de songer à la compression digitale, vu l'extrême degré du gonflement. Nous donnâmes à ce malade des doses énormes d'eau-de-vie, et, par bonheur, il put échapper à l'extrême danger qui l'avait assailli; mais des portions très-étendues de la peau de l'avant-bras tombèrent en gangrène; en sorte que la cicatrisation demanda beaucoup de temps.

Dans notre observation, les progrès du mal ont été arrêtés dès qu'on commença la compression artérielle; tous les efforts destructeurs de la pustule se sont bornés à la mortification de la portion de peau où elle siégeait, et d'une portion très-minime de tissu cellulaire sous-cutané. Les symptômes généraux n'eurent pour ainsi dire pas le temps de se développer, dès que le travail morbide local eut été enrayé par la compression digitale seulement.

Si de nouveaux cas de guérison avaient lieu par la simple compression digitale; s'il était prouvé qu'elle a la puissance de guérir très-promptement la pustule maligne, comme les inflammations aiguës des membres et des articulations, il est aisé de comprendre, d'une part, de quelle importance serait ce nouveau secours thérapeutique, d'une douceur et d'une innocuité sans comparaison avec le traitement violent actuellement en usage : d'autre part, la théorie admise aujourd'hui sur l'intoxication du virus charbonneux particulièrement, serait peut-être atteinte et pourrait en être modifiée.

Il serait donc bien à désirer que les praticiens qui se trouveront en présence de cas de ce genre, expérimentent ce moyen avec toute la persévérance que commande le but éminemment humanitaire qu'on se propose d'obtenir, et publient leurs résultats, quels qu'ils soient.

Du reste, cette observation de pustule maligne, traitée par la compression digitale, n'est pas la première. Le Dr Lamprecht, médecin très-distingué à Boncade, dans la province de Venise, publia, dans la « Gazette médicale de Padoue » (année 1861, no 10, p. 144), une observation qui porte pour titre : « Pustule charbonneuse.— Compression digitale. — Guérison. » Malheureusement, cette observation, trop peu détaillée, ne permet pas d'en tirer une déduction concluante sur les effets réels de la compression. Voici la brève notice qu'il a publiée :

« J. J... avait, au mois de janvier 1861, écorché un veau, mort de splénite charbonneuse. Peu de jours après, deux pustules se développèrent au tiers inférieur de son bras droit. Aux symptômes locaux et généraux observés, le Dr Pasin, médecin du malade, ne douta pas qu'il s'agissait d'une pustule maligne ou charbonneuse. Il ordonna de suite la compression digitale de l'humérale avec un traitement interne approprié. Cette compression, exécutée pendant quarante-huit heures, servit, évidemment, selon moi, d'abord à arrêter le phlegmon diffus, qui, en quelques heures, avait envahi tout le membre dépassant l'aisselle et l'épaule, et peut-être aussi à limiter dans ces parties l'action de ce virus pernicieux, qui tue si rapidement. La menace de gangrène profonde et la gravité des symptômes déterminèrent mon collègue à m'appeler pour la partie chirurgicale. Je trouvai, à l'endroit des deux pustules, de vastes eschares gangréneuses, le membre très-gonflé, indolent, immobile, insensible. Je n'hésitai pas à faire de « nombreuses incisions » et à fendre profondément les eschares; je couvris le membre de charpie, sur laquelle était étalé de l'onguent iodé, enveloppant ensuite tout le membre avec de la ouate. Le malade a guéri. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 30 octobre 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

---

treprise, un médecin de Lyon se trouva fort offensé de la prime qui lui fut adressée, et déposa dans le sein de l'association médicale du Rhône les 50 francs et son indignation.

L'Association médicale connaissait trop la légende d'Hippocrate pour n'avoir pas l'ambition d'inspirer quelque jour un nouveau Girodet; elle renvoya donc à ce fils dégénéré d'Artaxerce le peu d'or qu'il offrait, se permettant, en retour, une petite leçon de morale à l'usage de tous les industriels de France et d'Angleterre.

A l'effet d'aider l'inspiration du Girodet futur, « la Gazette médicale de Lyon » publia la lettre de renvoi de l'Association. Le gérant de la compagnie, M. Villemur, protesta de ses intentions philanthropiques et s'étonna de l'indignation de l'Association en la comparant à l'acceptation de médecins « les mieux posés, comme fortune et comme clientèle, et même de plusieurs médecins en chef d'hôpitaux de villes dont la population dépasse cinquante mille âmes. »

M. Diday fit observer que, pour accomplir le bien, il n'était pas besoin d'intermédiaire; et, croyant acculer son adversaire, il le mit au défi de publier les noms des « médecins les mieux posés..... » on sait le reste.

L'affaire était déjà intéressante, elle devenait curieuse.

Pour mon compte, j'étais impatient de savoir comment la compagnie anglaise sortirait de l'impasse où M. Diday croyait l'avoir poussée, et je me réjouissais d'avance du triomphe de notre adroit confrère.

Mais, hélas! M. Villemur n'est pas homme à se laisser prendre au dépourvu; il a dans l'esprit des ressources à nulle autre pareilles, et il veut à tout prix mettre les rieurs de son côté. « Vous désirez connaître, écrit-il à M. Diday, les noms des médecins qui encouragent la compagnie de Balaruc dans sa mesure philanthropique? Volontiers, nous sommes tout disposé à satisfaire votre ardente curiosité; mais toute curiosité doit se payer, — *toujours au profit des pauvres* — telle est notre manière de voir en cette affaire. Prenez l'engagement de verser 10,000 francs dans la caisse des pauvres, si nous vous donnons la preuve que nous n'avons dit que l'exacte vérité; de notre côté, nous prenons l'engagement de verser semblable somme si nous ne présentons pas des preuves irrécusables. »

« Nous avons la certitude, poursuit M. Villemur, que les honorables médecins qui nous encouragent, nous autoriseront à publier leurs noms en présence d'une bonne œuvre à accomplir. Maintenant, vous qui parlez, dites-vous, au nom de tous les médecins de Lyon, la somme à trouver sera peu de chose pour un si grand nombre de médecins enrégimentés et n'attendant que votre mot d'ordre. »

C'est au tour de M. Diday à être acculé dans l'impasse. Que va-t-il faire? 10,000 francs ne sont pas une somme impossible à trouver, et l'Association médicale, puisqu'elle est un peu mêlée à l'affaire, pourrait bien l'aider à sortir d'embarras, d'autant mieux qu'il s'agit tout à la fois d'une bonne œuvre à remplir et d'un mystère étrange à éclaircir.

Mais il est à craindre que l'Association médicale ne fasse la sourde oreille, parce qu'il n'y a rien pour ses pauvres; et alors je ne vois pas d'autre expédient qu'une souscription nationale.

Je m'inscris en tête pour 1 fr. 50 c., avec l'espérance qu'on me tiendra compte du bon exemple que je donne; car notez que je ne suis ni millionnaire, ni Lyonnais, ni associé, et que ma souscription représente exactement le prix d'une place au parterre pour la fantasque comédie à laquelle nous assistons.

Cependant je ferai observer à M. Villemur que la conception de sa comédie n'est pas neuve, si elle est pour lui consolante; l'idée première en appartient à M. Jules Guérin, si ma mémoire est fidèle, et je crois me souvenir que son succès fut négatif et que même des coups de sifflets accompagnèrent sa chute.

Mais qu'importe à la compagnie anglaise de Balaruc pour qui tout ce bruit sert de publicité? Comment M. Diday, avec son habitude du journalisme, n'a-t-il pas, dès le premier mot, pénétré ce dessein et déjoué les calculs d'une habileté par trop économique?

Heureusement le bon sens et l'esprit du monde médical français me rassurent : ils n'entendront, dans tout ce tapage fait autour d'un établissement industriel, qu'une note discordante et non une symphonie qui attire; et, en fin de compte, pour que chacun trouve, en cette histoire, sa moralité, je dirai, en terminant, avec le poëte :

> Le bruit est pour le fat, la plainte est pour le sot,
> L'honnête homme insulté s'éloigne et ne dit mot.

SAINT-LAZARE.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une observation de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant, intitulée :

Eléphantiasis très-volumineux de la vulve, compliqué de cystocèle périnéale.—Lésion de la vessie au moment de l'opération.—Péritonite consécutive. — Mort.

L'observation suivante nous a paru offrir un assez vif intérêt pour être communiquée à la Société de chirurgie. Elle présente en effet, en dehors de la nature spéciale de la tumeur, qui s'observe rarement dans nos contrées, et de son volume qui était un des plus considérables dont la science ait enregistré des exemples chez la femme, un enseignement clinique qui ne doit pas être perdu de vue dans des circonstances analogues : nous voulons parler de la coexistence d'une hernie de la vessie avec la tumeur éléphantiasique, complication non diagnostiquée pendant la vie ni au moment de l'opération, et à laquelle il convient cependant de rapporter la mort de la malade. (Voir plus haut).

A propos de la correspondance, M. DESPRÈS fait observer qu'il lui paraît indispensable de formuler une restriction relativement à l'observation déposée par M. Bourguet (d'Aix). Suivant M. Després, l'observation devrait prendre le titre suivant ; « Molluscum éléphantiasique. »

MM. Drouinau (de La Rochelle) et Michel (de Strasbourg) assistent à la séance.

M. le président invite les candidats, pour la place de membre titulaire, à faire parvenir sans plus de retard leurs titres, le rapport devant être fait dans la première quinzaine de novembre.

M. le président informe la Société que le bureau a été d'avis de déclarer vacantes cinq places de membres correspondants nationaux et cinq places de membres correspondants étrangers.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Polypes du larynx.

M. Giraldès. Je soumets à l'examen de la Société un enfant âgé de neuf ans et demi, que j'ai opéré il y a quatre ans maintenant, pour une affection grave des voies aériennes. Une première fois, cet enfant fut pris d'accidents asphyxiques, et je dus lui pratiquer la trachéotomie. Un peu plus tard, les mêmes accidents se représentant, je songeai à un polype du larynx. L'examen de cet organe n'ayant point été possible, je soumis l'enfant aux vapeurs de chloroforme, et je pus constater avec le doigt, au niveau de l'orifice supérieur du larynx, l'existence de masses polypeuses considérables. J'employai l'instrument de M. Mathieu, et en plusieurs tentatives je pus extraire gros comme une cerise de ces végétations. Depuis, diverses circonstances n'ont pas permis de poursuivre l'opération, et l'enfant a dû garder sa canule pendant près de quatre ans. Aujourd'hui je crois la guérison complète. La canule a été enlevée; le malade n'a plus eu d'accès de suffocation; la voix n'est pas trop altérée, et tout fait supposer que l'enfant est maintenant hors de danger.

M. Trélat. L'instrument dont s'est servi M. Giraldès a été construit sur mes indications : il a, du reste, la plus grande analogie avec l'amygdalotome à détente, qui se trouve figuré dans Scultet.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine vient de faire sa présentation de candidats pour la chaire vacante de pathologie médicale. Elle a présenté :

En 1re ligne, M. Verneuil;
En 2e ligne, M. Trélat;
En 3e ligne, M. Dolbeau.

Voici comment se sont réparties les voix :

Pour la 1re place : 26 votants. M. Verneuil, 24 voix; M. Dolbeau, 2 voix;

Pour la 2e place (1er tour) : M. Trélat, 12 voix ; M. Dolbeau, 12 voix ; M. Le Fort, 2 voix ;

(2e tour) : M. Trélat, 14 voix ; M. Dolbeau, 12.

Pour la 3e place (1er tour) : M. Dolbeau, 12 ; M. Le Fort, 7; M. Guyon, 4 ; M. Labbé, 3.

(2e tour) : M. Dolbeau, 15; M. Le Fort, 10; M. Guyon, une.

— M. Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, commencera un cours public sur les maladies mentales et la médecine légale des aliénés, le lundi. 2 décembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Jules Falret, médecin de l'hospice de Bicêtre, commencera un cours public, sur les maladies mentales, le mardi 3 décembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Il le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— Le cours d'anatomie professé à l'Ecole-de-Médecine, par M. Marc Sée, agrégé, a lieu les lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures.

— M. le Dr Edouard Meyer recommencera son cours public d'ophthalmologie, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3, le lundi, 2 décembre, à 7 heures du soir. Il le continuera, les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Il traitera de l'ophthalmologie et des affections profondes de l'œil. — Conférences cliniques publiques, rue de l'Ecole-de-Médecine, 41, les lundis et vendredis, à une heure.

Études sur la tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculation, par J. A. Villemin, professeur agrégé à l'École impériale du Val-de-Grâce, 1 vol. in-8 de 640 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, 1868, J. B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

(1830)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 141. — MARDI 3 DÉCEMBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 3 DÉCEMBRE 1867. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 2 DÉCEMBRE 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. Le même jour, un même appareil, ou peu s'en faut, s'est vu préconiser par deux hommes d'initiative, et chacun des deux en parlait comme d'une œuvre personnelle. Ceci mérite explication.

L'appareil en question est celui-là même que M. Jules Guérin imagina pour obtenir « l'occlusion pneumatique des plaies. »

Le mérite d'avoir, le premier, entouré les moignons d'un manchon de caoutchouc communiquant, à l'aide d'un tube, avec un récipient pneumatique, et appliqué par le poids de l'atmosphère, sur les parties qu'il recouvre : ce mérite revient incontestablement à celui qui vulgarisa la méthode sous-cutanée.

L'appareil est resté au fond ce qu'il était le premier jour. A peine a-t-on changé le procédé pour maintenir le vide.

M. Maisonneuve n'a pas adopté le manomètre qu'emploie M. Guérin. Il voit les choses moins en grand, et ne songe pas à distribuer le vide aux malades de toute une salle par un vaste système de tubes partant d'un réservoir commun.

Ces différences dans la pratique sont d'assez faible conséquence. Aussi ne sont-elles pas l'objet de la communication de M. Maisonneuve.

Ce que M. Maisonneuve revendique, ce n'est pas « le corps » de l'appareil, mais « son esprit, » pour ainsi dire ; ce n'est pas l'invention matérielle en elle-même, mais le principe qui devait l'inspirer. Il prend comme sienne la découverte, parce qu'elle entrait naturellement dans la série de ses idées. Mais il la débaptise, car, s'il met en usage, dans les mêmes cas, de semblables moyens, c'est avec un autre système.

M. Guérin voulait empêcher, autant que possible, le contact de l'air, et mettre ainsi les plaies ouvertes dans des conditions analogues à celle des plaies sous-cutanées. L'oxygène est, pour lui, la cause principale d'inflammation suppurative, et, en l'écartant, il espère obtenir plus facilement des réunions immédiates.

M. Maisonneuve, au contraire, ne redoute pas l'oxygène, mais il craint les liquides morts.

Dans un travail précédent, il a exposé :

« Que les accidents fébriles, si nombreux et si variés, qui compliquent le plus grand nombre des blessures, et qui constituent le principal danger des opérations chirurgicales, étaient toujours le résultat d'un empoisonnement ;

» Comment les liquides exsudés de la surface des plaies mouraient au contact de l'air extérieur ; comment, ensuite, ils se putréfiaient, et devenaient ainsi des poisons redoutables. »

Il en concluait « que, si l'on pouvait empêcher les liquides morts de se putréfier à la surface des plaies, les plus grandes opérations de la chirurgie, telles, par exemple, que les amputations des membres, pourraient être pratiquées sans compromettre la vie des malades. »

Dans l'appareil de M. Guérin, M. Maisonneuve a cru trouver « un procédé simple et pratique » pour remplir cette indication.

En faisant le vide, il aspire des liquides sécrétés à la surface des plaies. Celles-ci, lavées préalablement à l'alcool, puis essuyées, ont les bords rapprochés par quelques bandelettes de diachylon « qui ne mettent point obstacle à l'écoulement des liquides ; » puis, avant d'être couvertes du manchon de caoutchouc, elles sont enveloppées d'un pansement ordinaire avec charpie et bandes imbibées de quelque liquide antiputride ou aromatique, teinture d'arnica, etc., etc.

M. Maisonneuve a traité ainsi, durant ces derniers mois, un assez grand nombre d'amputés, et il obtint de beaux succès.

Aussi un chirurgien anglais qui visita les salles de l'Hôtel-Dieu pendant le mois d'août, M. Sampson Gangée (de Birmingham), membre correspondant de la Société de chirurgie, publia-t-il dans la « Lancette anglaise » un article presque enthousiaste sur cette méthode.

Il l'avait expérimentée le plus tôt possible dans son service, et les résultats paraissaient d'abord très-favorables. Mais le malade a fini par mourir ; comme nous l'apprend aujourd'hui même M. S. Gangée, dans un autre article où sa confiance dans l'aspiration pneumatique semble, au moins, un peu ébranlée.

Il s'agissait d'une amputation de cuisse, pratiquée le 2 octobre. Tout alla bien pendant 5 jours ; mais, le 8 octobre, l'opéré fut pris de vomissements, de fièvre, etc., le moignon devint douleureux et gonflé... On enleva l'appareil pneumatique, et l'on constata que toute la surface recouverte par la coiffe de caoutchouc était froide et pâle, sauf une légère marque rouge avec abrasion de la peau sur un point où pressait surtout le bord constricteur de cette coiffe. La plaie, du reste, était réunie dans toute sa longueur. On fit un pansement simple à l'acide phénique. Il y eut une amélioration qui dura quelques jours ; puis des symptômes graves se manifestèrent, et le malade finit par mourir de phlébite le 16 novembre. On voit que ce cas est trop complexe pour permettre une conclusion. Mais M. S. Gangée dit avoir appris, d'autre part, « que l'histoire de l'innovation n'avait pas été entièrement libre de regrettables incidents. »

Immédiatement avant cet article de M. Gangie, dans « la Lancette » s'en trouve un autre, de M. Lister, sur le mode de pansement des plaies.

M. Lister, comme M. Maisonneuve, revendique surtout l'honneur d'avoir découvert un principe.

Il ne prétend plus être le premier à se servir d'acide phénique, mais à s'en servir comme il le fait, avec méthode et dans un but parfaitement déterminé.

M. Lister ne se préoccupe ni de « l'oxydation des plaies, » comme M. Guérin, ni de « la mort des liquides sécrétés, » comme M. Maisonneuve. Sa théorie fondamentale est celle *des germes* « germ theory. »

C'est-à-dire que, s'appuyant sur les travaux de M. Pasteur, il attribue aux germes organiques microscopiques transportés dans l'air toutes les fermentations et décompositions de liquides sécrétés.

C'est pour détruire leur vitalité qu'il a pris l'acide phénique.

Il cherche à rendre toutes les plaies « sous-phéniques » pour ainsi dire.

S'il doit faire quelque incision, ouvrir un abcès, il couvre d'abord les parties d'un linge trempé dans un mélange d'acide phénique et d'huile ; il coiffe son bistouri de ce linge replié, et fait sortir le pus également par un pli du même linge.

C'est un autre genre « d'occlusion, » dirigé, non plus contre l'oxygène, mais, cette fois, contre les poussières organiques de notre atmosphère.

Nous avons déjà parlé, à plusieurs reprises, de ces diverses théories, soit avant, soit pendant le « congrès médical international. »

Nous y revenons, parce qu'on y trouve non pas de simples abstractions, mais des conséquences qui tendraient à modifier profondément la pratique chirurgicale ; on s'en préoccupe beaucoup de l'autre côté du détroit ; et, chez nous, la grande médaille du congrès international fut donnée à M. Bourgade (de Clermont-Ferrand), pour des recherches inspirées par les mêmes préoccupations.

Il est, en effet, des théories dont il faut tenir compte : celles qui conduisent droit aux faits, ou qui en découlent directement.

Il n'existerait pas de science sans théories de cette espèce, et l'on ne saurait en changer sans changer de thérapeutique, comme le disait avec raison M. Bouillaud dans une leçon récente.

A la théorie Broussaisienne de l'inflammation se rattachait la pratique de la saignée répétée coup sur coup dans le rhumatisme aigu.

Une autre théorie conduit M. Sutton, médecin du « London-Hospital » à ne rien faire dans la même affection. Il traite les rhumatisants par le repos seul, « mais le repos absolu » ; et sans médication quelconque, il voit, dit-il, les péricardites les plus graves se terminer d'une manière heureuse : la règle étant que « si l'on entre dans les salles sans signe de maladie du cœur, on sorte également sans en avoir. » Le seul remède qu'emploie parfois M. Sutton en pareil cas, c'est l'opium, dans le but de calmer les douleurs.

Et cependant M. Sutton n'est pas, en général, un ennemi déclaré de la vénésection. Il ne saigne jamais pour une « inflammation ; » mais « pour une stagnation du sang, » par exemple dans l'emphysème, dans le rétrécissement mitral avec œdème, ascite, etc.

Lorsqu'il s'agit d'émissions sanguines, il ne faut pas se hâter de conclure d'après le soulagement éprouvé, au premier instant, par le malade.

Elles calment souvent, alors même qu'elles produiront en définitive un effet funeste. Elles calment dans les névralgies, dans les névroses par débilitation ; et le mieux-être est si rapide en pareil cas, chez certains malades, qu'ils réclament à grands cris l'emploi de ce moyen qui les épuise.

Peut-être alors la perte de sang agit-elle par anesthésie, comme chez les animaux soumis aux expériences physiologiques, et dont la sensibilité s'émousse momentanément à la suite d'une hémorrhagie.

Quoi qu'il en soit, je crois qu'il ne faut pas accepter sans réserves les idées de M. Sutton, malgré les faits dont il les appuie, et saigner dans le cas de maladie chronique avec obstacle au cours du sang, lorsque déjà l'anasarque, l'ascite, etc., sont des causes, sinon des preuves d'affaiblissement général.

Société médicale et chirurgicale de Londres. — A la dernière séance de cette Société, M. le docteur Fuller a décrit une nouvelle espèce de dyspepsie et de nervosisme.

Cette espèce ressemble aux autres par les symptômes généraux ; mais elle en diffère absolument par l'état des urines.

Celles-ci, au lieu d'être pâles comme dans le nervosisme ordinaire, seraient tantôt jaunes et claires, tantôt fortement colorées et chargées de sels. Dans l'un et l'autre cas, elles contiendraient un excès d'urée très-appréciable.

Alors les moyens ordinaires qui réussissent contre le nervosisme proprement dit, deviendraient sans action. La valériane, l'ammoniaque, l'assa fœtida, etc., ne pourraient pas soulager les malades.

M. Fuller tend à attribuer ce genre de malaise à une disposition goutteuse ou arthritique. Cette donnée mérite un sérieux examen.

Hôpitaux. — Les fièvres puerpérales sont toujours nombreuses. Ce matin même nous assistions à l'autopsie d'une femme qui en est morte dans le service de M. Bourdon, et chez laquelle il existait à la fois une péritonite, une double pleurésie et une péricardite.

On n'a pas trouvé de pus dans l'utérus, mais seulement dans l'épaisseur des ligaments larges des deux côtés. Dans le péritoine et dans la plèvre gauche les fausses membranes étaient épaisses, jaunâtres et très-probablement purulentes ; dans la plèvre droite au contraire, elles étaient parfaitement translucides et purement inflammatoires.

On ne pouvait donc pas croire que la pleurésie droite fût un phénomène secondaire de résorption purulente.

Il faut y voir un nouvel exemple de ces pleurésies puerpérales si bien étudiées et décrites récemment par M. Hervieux.

Ces pleurésies ne sont point rares et sont loin d'avoir, dans tous les cas, une terminaison funeste. M. Bourdon en a compté cinq depuis le début de l'épidémie qui sévit actuellement sur les femmes en couches. Sur ces cinq malades, une seule est morte, et trois ont quitté l'hôpital parfaitement guéries. Dans tous les cas, la pleurésie siégeait à gauche, ou y était beaucoup plus grave que du côté droit.

— Dans le service de M. Jarjavay, se trouve un homme atteint depuis trois ans d'une « paralysie spinale. » Sur l'invitation du professeur, M. Duchenne (de Boulogne) a fait samedi dernier, au lit du malade, toute une leçon sur ce sujet.

La paralysie est survenue à la suite d'un traumatisme. Douze jours après avoir reçu un coup de poing sur la nuque, le jeune homme en question a dû se mettre au lit. Il a été pris de fièvre, comme l'ont constaté deux médecins qui le soignèrent vers cette époque ; puis trois jours après, il s'est senti paralysé des membres supérieurs et de la jambe droite.

Les mouvements sont revenus dans tous les muscles de cette jambe et du bras gauche ; mais le membre supérieur droit n'a jamais repris ses fonctions.

Ce membre paraît atrophié ; les doigts, repliés sur eux-mêmes, forment « la griffe » ; certains mouvements sont impossibles ; d'autres s'exécutent faiblement.

Pour faire la part de chaque muscle dans cette affection, M. Duchenne a commencé par l'analyse physiologique. (Il serait trop long de décrire ici chacun des mouvements commandés au malade pour mettre en action tel ou tel faisceau musculaire Nous préférons, d'ailleurs, renvoyer à l'ouvrage que M. Duchenne (de Boulogne) a publié sur ce sujet) (1).

Puis il a repris la même étude en faisant contracter les muscles au moyen de l'électricité.

(1) « Physiologie des mouvements démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique. »—Paris, J.-B. Baillère et fils, 1867.

Certains faisceaux ne sont plus excitables par la volonté, ni par le courant; ils n'existent plus en tant que muscles, et sont perdus à tout jamais pour la fonction.

Mais il ne faudrait pas confondre le genre d'atrophie qui les frappe avec celui qui fait disparaître le tissu musculaire lui-même dans « l'atrophie graisseuse progressive. » M. Duchenne a longtemps insisté sur les différences qui séparent cette dernière maladie de la « paralysie spinale. »

L'une est chronique, l'autre est aiguë; celle-ci débute brusquement, frappant non-seulement les muscles qui resteront paralysés, mais souvent, un grand nombre d'autres; tandis que l'atrophie graisseuse détruit les muscles faisceau par faisceau, fibre par fibre, sautant capricieusement d'une région dans une autre.

Ces deux espèces d'affections peuvent également se déclarer chez des enfants, et souvent alors elles sont confondues. Leur pronostic est bien différent.

Signalons, pour finir, deux cas de mort subite survenue pendant la convalescence de fièvres typhoïdes, dans le service de M. Bouillaud. Une seule autopsie a pu être faite. Elle n'a pas révélé la cause de la mort. Il n'existait aucune perforation intestinale, aucune embolie; le sang était diffluent dans le cœur et dans les vaisseaux principaux. Pas d'autres lésions nulle part que celles d'une fièvre typhoïde en voie de guérison. Il est probable que la vie s'est éteinte pendant une syncope par débilité générale.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. A. Fournier.

De la syphilide gommeuse du voile du palais.

Ces jours derniers, nous avons reçu dans nos salles une jeune femme affectée de la curieuse maladie dite syphilide gommeuse du voile du palais.

Je tiens à vous entretenir en détail de cette malade, et cela pour plusieurs raisons que voici :

D'abord, l'affection dont elle est atteinte, bien qu'assez commune, est quelque peu sacrifiée, ce me semble, dans les ouvrages classiques que vous avez entre les mains.

De plus, il se rattache, comme vous le verrez, à l'histoire de cette malade, plusieurs importantes questions relatives au diagnostic et à l'évolution générale de la syphilis. Ces questions se présentent chaque jour dans la pratique, et je ne doute pas que vous ne trouviez l'application de ce qui va suivre à d'autres cas du même genre qui ne peuvent manquer de s'offrir à votre examen.

Enfin, et surtout, l'état morbide dont nous allons parler constitue souvent ce qu'on peut appeler une maladie *d'urgence*, qui exige de la part du médecin une décision instantanée, une intervention immédiate et énergiquement répressive. Il est peu de maladies où l'art, intervenant à temps, soit plus maître du succès, où l'expectation, l'hésitation, les tâtonnements soient suivis de plus désastreux résultats. C'est donc là, messieurs, une maladie qui intéresse au plus haut degré la responsabilité médicale, et sur laquelle il importe, en pratique, d'avoir les notions les plus précises.

Étudions d'abord le fait clinique, tel qu'il s'est présenté à notre observation; plus tard nous le commenterons et nous le discuterons en détail.

Le 30 avril entrait dans le service (salle Saint-Antoine) une jeune femme, âgée de 26 ans. Cette femme, d'une bonne santé habituelle, était bien portante, sans fièvre, sans le moindre trouble des grandes fonctions.

Dès la première réponse qu'elle fit à nos questions, nous pouvions affirmer qu'elle présentait une lésion et une lésion grave du voile du palais. Sa parole était non-seulement confuse, mal articulée, difficilement intelligible, mais de plus elle présentait un timbre extrêmement nasonné, rappelant au plus haut degré ce qu'on appelle vulgairement la « voix de canard. » C'est là, vous le savez, le double caractère que prend la voix chez les sujets qui présentent une perte de substance ou une perforation de la voûte palatine.

Nous fîmes ouvrir la bouche et nous constatâmes en effet ce que nous nous attendions à constater : d'une part, à la place des piliers du voile, des arcades, et de la luette, un énorme trou, une sorte de cloaque pharyngé établissant une large communication entre la bouche, les arrière-narines et le pharynx; d'autre part, une ulcération considérable festonnant le moignon du voile du palais.

Une analyse plus minutieuse faisait ensuite reconnaître les particularités suivantes : absence complète de la luette; destruction de la moitié postérieure du voile du palais et des piliers antérieurs; piliers postérieurs n'étant plus figurés que par le rebord extrême du voile, rebord irrégulièrement découpé par l'ulcération. — Portion dure du palais absolument intacte. — Ce qui restait du voile se présentait dans l'état suivant : rougeur de la muqueuse; épaississement considérable et rénitence proportionnelle des tissus; moignon du voile ne mesurant pas moins en épaisseur de 8 à 10 millimètres, bordé à son extrémité postérieure par une ulcération grisâtre, blafarde, et paraissant enfin être le siége sur quelques points d'un travail de mortification.

Telle s'offrait à nous cette lésion.

Comme troubles fonctionnels, nous avions à noter d'abord ce qui nous avait frappé dès le premier instant de notre examen, l'altération si caractéristique de la voix. De plus, nous apprenions de la malade et nous constations *de visu* que les liquides ne pouvaient être avalés, qu'ils refluaient inévitablement par les fosses nasales. Ajoutez encore à cela une légère obtusion du sens de l'ouïe, qui s'était produite en même temps que ces derniers désordres et qui devait tenir vraisemblablement à des lésions du pharynx au niveau des trompes d'Eustache. — Du reste, aucune douleur, notez bien ce fait. La déglutition même n'était que difficile, mais non douloureuse; et la malade affirmait qu'elle n'avait jamais ressenti dans la gorge et qu'elle ne ressentait encore aucune souffrance véritable.

Or, messieurs, quand et comment s'était produite cette lésion?

Vers la fin de mars, la malade, dont je ne fais ici que reproduire textuellement le récit, commença à sentir « quelque chose de singulier dans la gorge. » C'était comme un chatouillement, comme un embarras pour avaler. Cette femme ne s'inquiéta guère de si légers symptômes; elle crut avoir pris froid et ne songea même pas à se traiter. Le mal resta quelque temps ce qu'il était d'abord. Puis, dans la seconde semaine d'avril environ, il se produisit de temps à autre un phénomène plus insolite; parfois, en buvant, les liquides étaient partiellement rejetés par les fosses nasales. Le 15 avril, enfin, notre malade se coucha bien portante, parlant bien, comme de coutume, avalant encore sans difficulté; et le lendemain matin, elle se réveillait dans l'état où elle est aujourd'hui, c'est-à-dire ne pouvant plus ni parler ni avaler, ou du moins n'émettant, au lieu de paroles, qu'un bredouillement presque inintelligible, et rendant toutes les boissons par les fosses nasales.

Remarquez bien, Messieurs, cette étonnante symptomatologie. Elle est intéressante et instructive à tous égards, mais surtout par ses phénomènes négatifs. Qu'y trouvons-nous, en somme? Au début, pendant plusieurs semaines, rien autre que quelques troubles presque insignifiants, des chatouillements de la gorge et un léger embarras de déglutition; plus tard, reflux nasal des boissons se produisant de temps à autre; mais pas de douleurs, pas de souffrances, pas de troubles fonctionnels proportionnés à la lésion qui se prépare. Puis, tout à coup, explosion inattendue d'accidents sérieux; deux fonctions compromises d'un jour à l'autre dans l'espace d'une nuit. La veille, la malade parle et avale; le lendemain, elle bredouille d'une façon confuse et nasillarde; elle ne peut plus avaler. — Et à cette époque même, la lésion est encore si peu douloureuse, si peu « sentie », que la malade n'en a pas conscience; étonnée, stupéfaite de ce qui lui arrive, elle ne songe même pas, d'après son dire, à s'examiner la gorge, à se regarder dans une glace. Elle ne se traite pas, croyant que ces singuliers phénomènes, dont elle ne souffre pas, se passeront d'un jour à l'autre, par la raison qu'elle n'en souffre pas. Et ce n'est que le 30 seulement, c'est-à-dire quinze jours plus tard, qu'elle vient réclamer des soins au Bureau central des hôpitaux, qui l'envoie dans notre service.

La lésion connue, il s'agissait pour nous d'en déterminer la nature. A quelle maladie avions-nous affaire?

Deux maladies seulement pouvaient être mises en cause : la syphilis et la scrofule. Elles seules, bien évidemment, étaient susceptibles d'avoir déterminé une telle lésion : la syphilis par ses productions gommeuses, la scrofule, par ce qu'on appelle le lupus des muqueuses, la scrofulide ulcéreuse ou maligne, l'esthiomène de la gorge.

Or, s'agissait-il d'un cas de syphilis ou d'une lésion scrofuleuse?

Pour résoudre un tel problème, nous avions à consulter comme éléments diagnostiques : 1° les caractères mêmes de la lésion; 2° les symptômes concomitants et les antécédents morbides; 3° et à défaut de signes ressortant de ces deux ordres de données, les résultats fournis ultérieurement par la médication.

Procédons méthodiquement dans cette question si délicate, si difficile, et interrogeons tour à tour les signes puisés à ces trois sources d'éléments diagnostiques.

I. — La lésion, tout d'abord, présentait-elle par elle-même quelque caractère qui pût éclairer notre jugement?

La considération du *siége* n'était pas sans valeur. Chacun de vous, en effet, connaît la prédilection bien marquée de la syphilis pour le voile du palais et l'arrière-gorge. Il est vrai que la scrofule fait aussi parfois ses manifestations sur ces mêmes points, mais d'une façon bien moins fréquente. Ainsi, l'on peut dire sans exagération, je pense, que sur vingt ulcères de l'arrière-gorge, il en est dix-huit ou dix-neuf qui relèvent de la syphilis, contre un ou deux de la scrofule.

Mais cela, vous le comprenez de reste, n'est qu'un calcul de probabilités; ce n'est pas une démonstration diagnostique; car, si rare que soit relativement l'ulcère scrofuleux de l'arrière-gorge, il s'observe bien de temps à autre, et il n'était pas impossible que nous fussions tombé précisément sur le cas exceptionnel.

Quant à l'aspect de la lésion, ce prétendu critérium souverain en pareille matière, quel secours nous fournissait-il, quelle lumière allait-il nous donner?

Si vous voulez me pardonner une courte digression à ce sujet, je vous dirais, Messieurs, qu'il serait bon peut-être d'en finir avec ce mot stéréotypé « d'aspect spécifique des ulcères syphilitiques. » Spécifique, en quoi et comment? Je me le suis bien souvent demandé, et je l'ai religieusement cherché tant dans les livres que sur la nature. Quel est donc l'élément spécifique qui donne aux ulcères de la syphilis un aspect si probant, si caractéristique? Est-ce le fond grisâtre, lardacé, blafard de l'ulcère? Est-ce le revêtement pseudo-membraneux de la plaie? Sont-ce les bords taillés à pic, la forme arrondie, circulaire, demi-cerclée, etc., etc?... Mais il n'est aucun de ces caractères qui, d'une part, ne puisse faire défaut sur des ulcérations dûment syphilitiques, et qui, d'autre part, ne puisse se rencontrer et ne se rencontre fréquemment sur des ulcères aussi étrangers que possible à la syphilis. Donc, en bonne logique, aucun de ces caractères, pris isolément, n'est spécifique de la syphilis, et, de même que l'addition de quantités négatives ne fournit pas, en mathématiques, un total positif, de même, en clinique, la réunion de divers caractères insignifiants par eux-mêmes ne saurait aboutir à constituer un ensemble significatif.

Laissons donc de côté ce vague aspect général des ulcérations qui dérivent de la syphilis, et cherchons les éléments de la spécificité dans des caractères d'une détermination plus rigoureuse et plus précise.

Pour revenir à notre sujet, et comme application de ce qui précède, que trouvions-nous de spécifique dans l'ulcération que présentait notre malade? C'était une ulcération blafarde, grisâtre en général, légèrement jaune sur quelques points, et sur d'autres offrant des lambeaux comme mortifiés. Rien de spécial, rien de spécifique jusqu'ici. C'était encore une ulcération assez profonde, étendue sur une large surface, festonnant tout le rebord postérieur du voile. Toute plaie, tout traumatisme aurait eu cet aspect. C'était un ulcère reposant sur des tissus engorgés et épaissis. Cela encore n'a pas de signification bien précise. Donc, en résumé, soit à prendre isolément chacun des caractères de cette ulcération, soit même à les considérer en groupe, nous ne trouvions là rien qui pût éclairer notre jugement, rien qui nous dît : ceci est ou n'est pas syphilitique. L'aspect général, la physionomie de la lésion ne fournissait aucun élément spécifique à une analyse un peu rigoureuse. — Et il en est ainsi, je puis vous l'affirmer, dans l'énorme majorité des cas.

Réciproquement, l'aspect de la lésion n'offrait non plus aucun caractère qui pût permettre de la considérer comme scrofuleuse. C'est qu'en effet l'ulcère scrofuleux, pas plus que l'ulcère syphilitique, n'a de signe qui lui soit propre et qui trahisse sa spécificité. M. Bazin dit bien que la scrofulide ulcérée des muqueuses présente en général « plus de granulations et de fongosités à sa surface » que les ulcères d'autre nature; mais, évidemment, ce sont là des nuances trop peu significatives pour servir à un diagnostic différentiel. Aussi le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, dont l'opinion est si considérable en pareille matière, se hâte-t-il d'ajouter : « Rien de plus variable que les caractères physiques des ulcérations scrofuleuses en général..... Et quand la scrofulide maligne débute par la pituitaire, par la cloison du nez ou par l'arrière-bouche, le voile du palais, la voûte palatine, je vous le déclare en toute sincérité, dans ces cas, le diagnostic est quelquefois tellement obscur qu'il faut rester dans le doute. »

En résumé, Messieurs, vous voyez que l'aspect de la lésion ne nous fournissait presque aucun caractère séméiologique. Il nous fallait chercher ailleurs les éléments d'un diagnostic différentiel.

II. — Examinant, en second lieu, les antécédents morbides et les symptômes concomitants, nous étions conduits à ceci tout d'abord, au point de vue de la scrofule : c'est que notre malade n'avait jamais présenté et ne présentait pas actuellement la moindre manifestation strumeuse, telle que développements ganglionnaires, catarrhes des muqueuses, éruptions cutanées, caries, etc., etc.; et que, de plus, elle n'offrait en aucune façon les attributs du type scrofuleux. Donc, par exclusion, ne pouvant accuser la scrofule, nous devions soupçonner la syphilis.

Or, trouvions-nous chez cette malade des signes actuels ou passés d'infection syphilitique?

Des signes actuels, pas le moindre. Aucun bouton, aucune tache, aucune macule. Rien non plus du côté des muqueuses, des ganglions, des os, des cheveux, etc. En un mot, aucune manifestation de syphilis.

Que pouvions-nous, que devions-nous inférer de ce résultat de notre examen? Nous ne trouvions rien de syphilitique chez cette malade; cela voulait-il dire qu'elle ne fût pas syphilitique? En aucune façon. L'absence de lésions actuelles, autres que celle dont nous recherchions la nature, ne témoignait en rien contre la possibilité d'une infection. Comment et pourquoi, le voici : c'est que, à une époque avancée de l'infection syphilitique, les manifestations morbides sont, le plus souvent, *solitaires*, isolées. Le fait le plus habituel, c'est de trouver, à cet âge de la maladie, *une* lésion quelque part, sans en trouver d'autres ailleurs. La multiplicité des manifestations, *l'ubiquité* pour ainsi dire, de la diathèse, se révélant presque partout par des symptômes aussi variés que nombreux, n'appartient qu'à une période plus jeune, plus rapprochée du début de l'infection. C'est à cette époque seulement que l'on observe presque invariablement des déterminations multiples de la diathèse; on en rencontre alors sur presque tous les systèmes, sur la peau sous forme de syphilides généralisées, sur les muqueuses sous forme d'érosions ou d'ulcérations, sur le cuir chevelu, sur le système ganglionnaire, sur le périoste, etc., etc. Mais, plus tard, rien de semblable, je vous le répète. La diathèse vieillie est plus *avare*, en quelque sorte, de ses manifestations; elle se restreint, elle se concentre, elle se localise sur un point, du moins dans ses formes les plus habituelles.

Donc, en somme, la non-existence d'autres lésions n'était pas un argument contre la nature syphilitique de l'ulcération de la gorge.

Voilà pour le présent; voyons actuellement le passé, les commémoratifs.

Trouvions-nous d'abord sur la peau, sur les muqueuses, aux parties génitales ou ailleurs, quelque cicatrice, quelque tache, quelque stigmate, qui accusât une infection antérieure? Non. L'examen le plus complet ne nous révélait absolument rien.

Du moins, la malade accusait-elle ou avouait-elle quelque accident antérieur qui fût de nature à légitimer nos soupçons? Non encore. Elle répondait négativement à toutes nos questions. Elle niait toute lésion du côté des organes génitaux; elle n'avait jamais présenté, disait-elle, ni taches à la peau, ni engorgements glandulaires, ni plaies à la bouche, ni croûtes dans les cheveux, ni alopécie, etc., etc.....

Cela, Messieurs, il faut l'avouer, devenait plus sérieux et plus embarrassant. Devions-nous, cependant, devant ces témoignages, tous négatifs, renoncer au diagnostic syphilis, qui nous paraissait à d'autres égards si satisfaisant? Nullement, je pense, et j'ai à cœur de vous montrer, si je le puis, comment et pourquoi, même en l'absence de tout signe, de tout antécédent accusateur, nous étions encore autorisé très-légitimement à suspecter une syphilis.

Trois hypothèses nous restaient encore à faire. Il était possible: 1° que cette femme nous trompât; — 2° qu'elle se trompât elle-même; — 3° enfin, qu'elle fût sous le coup d'une infection héréditaire.

Discutons avec soin ces trois points:

1° Il était possible, en premier lieu, vous disais-je, que cette femme nous trompât, c'est-à-dire qu'elle eût présenté antérieurement des accidents dont elle ne voulait pas faire l'aveu. Vous savez combien ces réticences, ces dissimulations sont habituelles en pareils cas. Les accidents syphilitiques sont souvent niés de parti pris, même par les hommes, et surtout par les femmes. Ils le sont fréquemment aussi d'une façon notoirement mensongère. A ce point qu'un médecin n'est jamais autorisé à se dire: telle lésion n'est pas syphilitique, puisque la contagion est niée, puisque aucun accident suspect n'est avoué. Il faut sans doute tenir un certain compte des témoignages négatifs du malade, mais il ne faut jamais s'y arrêter d'une façon absolue et en faire un critérium contre le diagnostic syphilis, non plus surtout qu'une contre-indication du traitement anti-syphilitique. Fort souvent, en effet, il vous arrivera, comme il est arrivé à tout médecin, de guérir par le mercure ou les iodiques des accidents dont l'origine syphilitique sera absolument niée par le malade.

2° Seconde hypothèse: cette femme peut se tromper. Il est fort admissible que de bonne foi elle se trompe, qu'elle ait eu la syphilis et qu'elle l'ignore.

La syphilis, en effet, n'a pas toujours de ces manifestations évidentes qui frappent les malades, qui les instruisent de leur maladie, qui les forcent à consulter un médecin. Descendons aux détails, car j'espère que vous trouverez dans cette discussion des enseignements pratiques, applicables non pas seulement au fait actuel, mais à d'autres cas semblables ou analogues que vous rencontrerez très-sûrement dans l'exercice de votre art.

D'abord, l'accident primitif, le chancre, peut très-bien passer inaperçu, et cela pour des raisons multiples: en raison de son peu d'étendue, de son indolence, de sa disparition rapide, de son siége parfois insolite, extra-génital ou larvé, etc. Le chancre n'est fort souvent qu'une érosion très-limitée, très-superficielle, qui se cicatrise spontanément et sans traitement dans un temps très-court; ce n'est sous cette forme qu'un «bouton,» qu'une éraillure, qu'un «bobo insignifiant,» auquel les malades, surtout les femmes, n'attachent aucune importance, et qui disparaît bientôt même du souvenir.

Puis venons aux accidents consécutifs. Quels sont les plus communs, les plus usuels? La roséole, les croûtes des cheveux, une alopécie légère, quelques douleurs dans la tête ou dans les membres, l'angine, avec quelques exulcérations de la gorge ou de la bouche, et l'adénopathie cervicale.

Or, de tels accidents peuvent-ils passer inaperçus? Oui, très-certainement oui, et, si peu que vous y réfléchissiez un instant, vous allez en comprendre la raison.

La roséole tout d'abord ou, d'une façon plus générale, les syphilides érythémateuses, érythémato-papuleuses, papuleuses, etc., sont des éruptions qui ne provoquent aucun prurit, aucune douleur, qui souvent même (la roséole spécialement) se limitent au tronc et aux membres sans atteindre le visage. Elles sont très-souvent ignorées des malades, et absolument méconnues. On montre plus souvent, par exemple, la roséole aux malades que les malades ne vous la montrent. Cela est un fait, cela n'est pas discutable.

De même pour l'adénopathie cervicale. C'est un signe que recherche et découvre le médecin; ce n'est pas un symptôme qui frappe et qu'accusent les malades.

Les croûtes acnéiformes du cuir chevelu, petites, discrètes et non prurigineuses, éveillent peu l'attention. Pour l'alopécie, plus remarquée, on la met sur le compte de telle ou telle raison banale, et d'ailleurs les cheveux s'éclaircissent sous l'influence de tant de causes qu'on ne voit rien là de suspect.

Les migraines et les douleurs des membres, qui ne peuvent passer inaperçues, sont rapportées à de tout autres causes qu'à leur cause véritable. Quelle femme n'a pas de migraine? Les névralgies, les rhumatismes et les refroidissements ne sont-ils pas aussi toujours là pour expliquer une douleur dans un membre ou dans une jointure? Comment supposer d'ailleurs une relation quelconque entre le bouton de la vulve, disparu depuis plusieurs semaines, oublié même le plus souvent, et ces douleurs actuelles?

Même interprétation pour l'angine, dont on fait une angine vulgaire ou le résultat d'un coup de froid. — Quant aux ulcérations secondaires de la bouche, d'ailleurs bien moins communes chez la femme que chez l'homme, elles passent pour des aphthes, et il est bien rare qu'elles soient considérées comme suspectes.

Donc, en résumé, tous les accidents qui forment la symptomatologie la plus habituelle de la syphilis secondaire, peuvent ou bien passer inaperçus, ou bien être attribués à des causes aussi étrangères que possible à une infection vénérienne. Et comme conséquence, un malade, surtout une femme, peut avoir la syphilis *sans le savoir*, et la renier de la meilleure foi du monde.

«Soit, me direz-vous peut-être. Nous vous accordons que les accidents dont vous venez de parler puissent être méconnus, inaperçus, ou mal interprétés quant à leur nature. Mais ensuite, mais au delà? Ne surgira-t-il pas, à la suite de ces accidents légers, bénins et susceptibles de guérir sans traitement, d'autres manifestations plus sérieuses, d'autant que le malade ne se sera pas traité; et ces manifestations plus graves n'éveilleront-elles pas alors l'attention, de façon à révéler au moins clairvoyant la nature de sa maladie?» — Oui, vous répondrai-je, cela est vrai, en général, mais cela n'est pas vrai d'une façon absolue, cela n'est pas constant. Il arrive parfois, plus souvent qu'on ne paraît le croire, que la syphilis, après la première explosion des accidents dont je viens de vous entretenir, s'arrête tout à coup, semble s'enrayer, pour ainsi dire, soit qu'elle doive pour toujours se borner à cet ordre de manifestations, soit plutôt qu'elle sommeille pendant une certaine période pour se réveiller plus tard sous la forme tertiaire. N'avez-vous pas entendu parler, dans ces derniers temps, de ces syphilis bénignes (ou dites peut-être prématurément bénignes), qui se bornent à quelques accidents immédiats très-légers, qui guérissent sans mercure, «sponte suâ», qui, en tout cas, semblent s'arrêter court après la production de quelques insignifiants phénomènes?

Ce sont les syphilis de cet ordre qui risquent surtout de rester méconnues. Et peut-être bien est-ce à une telle syphilis que nous avons affaire dans le cas actuel.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 30 octobre.

RAPPORT

M. Broca fait un rapport verbal:

1° sur un travail ayant pour titre;

«Nouvelle théorie de l'asthme, nouveau traitement curatif de la gangrène sénile,» par le docteur Ségers (de Bruxelles).

2° Sur un travail: «Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune,» par M. Da Casta Alvarenza.

LECTURE

Nouvelles applications de la compression digitale dans le traitement de diverses maladies, telles que phlegmons simples et diffus, pustule maligne, éléphantiasis, etc.

M Vanzetti donne lecture du travail suivant: (Voir nos n^{os} de novembre.)

COMMUNICATION.

M. Drouineau présente à la Société plusieurs échantillons de calculs vésicaux et relate les observations suivantes, qui sont empruntées à un travail qui sera publié ultérieurement.

Obs. I. — 1° «Calcul uréthral», irrégulier et rare, développé dans les régions prostatique et membraneuse, dont il a pris la forme et la courbure. Sans adhérence.

2° «Calcul vésical» de six centimètres sur cinq, volumineux, qui s'est accru dans une vessie profondément altérée, avec des adhérences certaines.

M....., ex-sous-officier de cavalerie, 59 ans, avait, dès sa toute jeunesse, des symptômes de dysurie, et rendait parfois des graviers. Il s'engagea dans la cavalerie et fit des campagnes; au corps, on le traita pour un catarrhe vésical avec dysurie, compliqué de rétrécissement uréthral par divers moyens. De plus en plus malade, il fut réformé. Il vint à La Rochelle; il éprouvait alors de grandes difficultés à uriner; il se servait de sondes très-fines.

Il vint me consulter le 20 février 1852. Après renseignements pris, je proposai le cathétérisme; une petite sonde métallique rencontra facilement un corps étranger dans la partie membraneuse, qui s'opposa à son passage. Un examen du périnée me fit connaître que ce calcul s'étendait du bulbe au col de la vessie.

A quelques jours de là, je fis, avec l'assistance de plusieurs confrères, une taille uréthrale, facile et sans accident. La pierre extraite, j'explorai la vessie; une sonde moyenne ne pénétra pas complétement; un calcul très-volumineux la remplissait. Point d'urine; injection impossible. Je crus à une pierre volumineuse adhérente. Mes confrères et moi jugeâmes toute opération impossible. La plaie uréthrale guérit à l'aide de sondes à demeure.

Quelque temps après, il se développa chez ce malade, dont la santé était gravement altérée, une bronchite chronique purulente à laquelle il succomba, plusieurs mois après son opération.

Un examen de la vessie nous fit reconnaître que cette pierre était réellement adhérente à la membrane muqueuse, épaissie, ulcérée; que de petites végétations pénétraient, évidemment, dans les petites cavités de la substance calcaire. A l'aide des doigts, je parvins, avec peine, à extraire ce calcul de cette vessie profondément altérée.

Obs. II. T...., 22 ans, calcul de six centimètres sur trois, de forme très-irrégulière.

Le jeune T.... fut pris, dès son enfance, de dysurie grave, causée par une chute sur le périnée, qui avait déterminé un rétrécissement uréthral. — Il éprouva fréquemment des symptômes de cystique chronique. La dysurie s'aggrava de plus en plus. Je parvins à dilater le canal, pour pratiquer le cathétérisme. — La sonde métallique me fit découvrir un autre obstacle au col, obstrué en partie par un calcul. Je le repoussai dans la vessie; je fis une injection, et le lithomètre mesura une pierre de six centimètres. La lithotritie fut jugée impossible ou trop difficile. Une taille bilatérale fut faite; l'opération fut courte et heureuse, quoique l'extraction de cette pierre, engagée dans le col, présentât quelques difficultés. Aucun accident, aucune complication ne survinrent pendant les quinze premiers jours. — La plaie, en grande partie cicatrisée, les urines passaient par le canal; mais, bientôt, il se manifesta des symptômes d'une affection pulmonaire des plus graves, et, trois mois après, T... succombait à une phthisie caractérisée. On ne permit pas l'examen de la vessie. Lors de l'opération, après l'extraction de la pierre, j'introduisis mon doigt jusque dans la vessie, et j'acquis la certitude d'une altération profonde de la muqueuse vésicale par le séjour prolongé de la pierre.

Obs. III. A...., capitaine de port à Saint-Denis (île d'Oléron), 70 ans, portait, depuis cinq ans, un calcul qui, mesuré au lithomètre, avait 7 centimètres sur quatre. Du 12 novembre au 9 décembre 1862, il supporta douze séances de broiement, qui furent faciles et heureuses par le résultat. Ce marin, de nature très-irritable, fut pris d'un tel accès de nostalgie, qu'il fut obligé de retourner dans son île avant l'extraction complète de sa pierre. Il ne revint que sept mois après, dans un tel état de souffrance et la vessie tellement malade et irritée que la lithotritie n'était plus praticable.

Une taille bilatérale fut pratiquée; l'opération n'offrit aucun incident remarquable; elle donna pour résultat la sortie facile de sept petites pierres. La cicatrisation s'est effectuée sans accident, et le malade revint à un état parfait de santé.

L'examen de ces petites pierres nous a présenté quelques phénomènes assez rares à constater. L'une d'elles a été cassée, et l'on trouva à son centre un fragment du calcul broyé, qui lui a servi de noyau. Sans aucun doute, chaque pierre a été formée de la même manière. Toutes ces petites pierres ont pris un volume et une forme différents, suivant la grosseur du fragment, et cela dans l'espace de sept mois.

M. A.... conserve une excellente santé; en m'envoyant dernièrement ces petites pierres, qu'il conserve précieusement, il m'a appris qu'il y a quinze jours il a eu un accès de colique néphritique qui eut pour terminaison la sortie d'un petit gravier rougeâtre.

Obs. IV. P...., propriétaire, 70 ans, habitant la campagne, à la ville pour ses affaires, éprouva, sans beaucoup de souffrance, une dysurie très-grande; je le sondai immédiatement avec une sonde de gomme; en retirant ma sonde avec lenteur, j'eus la sensation d'un corps étranger, situé derrière le col. Je fis une injection avec une sonde métallique; malgré quelques recherches, je ne trouvai pas la pierre. Je pris un brise-pierre lithomètre, et je saisis facilement une petite pierre, de trois centimètres, que je broyai de suite. — Deux autres séances ont suffi pour délivrer la vessie du petit calcul.

Depuis ce fait, deux autres se sont présentés et m'ont donné la preuve que le cathétérisme explorateur, avec la sonde, devient souvent insuffisant à trouver les corps étrangers; que les recherches avec le brise-pierre sont préférables.

M. Marjolin insiste sur la gravité des affections rénales dans le traitement des maladies calculeuses. Il profite de l'occasion pour prier M. Legouest de relater une observation de blessure du rein gauche par arme à feu.

M. **Legouest.** — J'ai été à même de constater la guérison d'une plaie du rein par coup de feu, pendant la campagne d'Orient; en voici l'observation, telle que je l'ai recueillie:

Le sieur Delos, fusilier au 6me de ligne, né à Sissiac (Ardèche), 26 ans, blessé devant Sébastopol le 5 novembre 1864, entre dans mon service le 21.

Coup de feu ayant fracturé comminutivement la cuisse gauche vers le tiers supérieur. — Second coup de feu traversant l'hypochondre gauche.

Diarrhée. Vives douleurs de ventre. Fièvre ardente. Teinte jaune de la peau.

Extraction des esquilles. Membre placé sur un plan incliné. — L'indocilité du malade oblige à laisser le membre sans appareil. Opium à hautes doses. Cataplasme laudanisé sur l'abdomen.

A la date du 7 décembre: Alternatives de bien et de mal. La plaie antérieure de l'abdomen est cicatrisée.

10 décembre: Recrudescence de vives douleurs à l'épigastre.

28 décembre. Envies de vomir. Teinte terreuse de la peau. Un peu de fièvre le soir. Douleurs épigastriques. Les plaies de l'abdomen sont cicatrisées toutes deux. Suppuration abondante de la fracture de la cuisse.

5 janvier 1865. Etat général mauvais. Néanmoins la fracture de la cuisse est à peu près consolidée; col énorme; trajets fistuleux multiples; suppuration modérée. Difformité de la cuisse en Y; le malade n'ayant jamais voulu supporter un appareil.

Le 10 janvier. Mort d'infection putride.

Autopsie. — Col très-volumineux, peu solide, renfermant encore de nombreuses esquilles baignées dans la suppuration.

Le coup de feu de l'abdomen n'a pas pénétré dans le péritoine. — Adhérences nombreuses du rein gauche avec les parties voisines.

Le rein présente une cicatrice considérable vers son milieu; elle offre une dépression centrale d'où partent cinq ou six rayons en étoile, comme si le tissu de l'organe avait éclaté sous l'action du projectile; la dépression centrale et les rayons qui en émanent sont constitués par du tissu fibroïde, blanc, et très-résistant.

Le blessé n'avait jamais rendu du sang par l'urèthre, ni d'urine par les plaies de l'abdomen.

M. **Guyon.** Dans une recherche, portant sur un grand nombre d'observations, j'ai pu m'assurer que, dans les contusions étendues, la lésion simultanée de la rate et du rein gauche pouvait être considérée comme la règle presque absolue.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dolbeau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 novembre 1867, M. Michel Lévy a été nommé vice-président du «comité consultatif d'hy-

giène et du service médical des hôpitaux » près le ministère de l'intérieur, en remplacement de M Rayer.

— Par décret en date du 15 novembre 1867, M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur. (Officier du 11 août 1859.)

— Par décret en date du 27 novembre 1867, a été promu au grade d'officier, dans l'ordre de la Légion d'honneur, M. Rozan (François), médecin-major de première classe, chevalier du 20 mars 1859 : 26 ans de services, 13 campagnes. S'est fait remarquer par son dévouement au combat de Mentana.

— Par suite de la démission de M. Vernois et le décès de M. Bouley, deux places de médecin étaient vacantes, l'une à l'Hôtel-Dieu, l'autre à Necker. Ces vacances viennent de donner lieu au mouvement suivant :

M. Léger passe à l'Hôtel-Dieu. — M. Woillez, à Necker. — M. Chauffard, à Cochin. — M. Jaccoud, à la Maison de santé. — M. Bucquoy, à Saint-Antoine. — M. Luys, à Bicêtre. — M. Guyot, aux Enfants Malades. — M. Fournier, à Lourcine. — MM. Simon et Siredey, du Bureau central, passent, le premier, aux Nourrices, le second, à la Rochefoucauld.

— Un de nos confrères, M. le Dr Saint-Martin de La Plagne, vient d'être cruellement éprouvé par la perte de son fils, mort victime de son courage et de son dévouement dans l'affreuse tourmente qui a désolé l'île de Saint-Thomas, le 29 octobre dernier.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 4 décembre, à huit heures précises du soir, rue de Rivoli, à la nouvelle mairie du IVe arrondissement.

Ordre du jour : 1° Rapport de candidature, par M. le Dr B. Anger ; — 2° Opération de la cataracte (procédé sclérotical), par M. le Dr Coursserant.

— M. Fano commencera ses conférences sur l'ophthalmologie et la chirurgie, le mardi 3 décembre, à midi, à sa clinique particulière, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants à la même heure.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	557
Dr Colson, à Noyon	20
Dr Ch. Dropet	5
Dr Vicherat	20
Dr Roubaud	20
Total	622

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1867.

233. Vautrin (Gustave). De l'inflammation périphérique de la conjonctive, comme cause des maladies de la cornée.
239. Hurel. Considérations sur les fractures de la clavicule.
240. Proust (Julien). Du genre morbide. Ictère grave.
241. Dannéville (Simon-Célestin). Des indications de l'uréthrotomie interne.
242. Peytard (Alphonse). Des congestions rachidiennes de cause menstruelle. Paraplégies incomplètes.
243. Markuszewski (Michel). Des pansements à l'air raréfié, à l'alcool et à l'eau.
244. Fournier (Alban). De la paralysie du nerf facial.
245. Laburthe (Joseph). Des varices artérielles, et des tumeurs cirsoïdes ; de leur traitement, spécialement par les injections de perchlorure de fer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie, par H. Beaunis et A. Bouchard, professeurs agrégés d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg, répétiteurs à l'École impériale de service de santé militaire, 1 vol. gr. in-8 de 1050 pages, avec 404 figures intercalées dans le texte et dessinées d'après nature. — Cartonné : 18 fr. — Paris, 1868, J. B. Baillière et fils.

Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis, par MM. le professeur A. Hardy, médecin de Saint-Louis, et A. de Montméja, ex interne provisoire dudit hôpital. Cet ouvrage sera publié en dix ou onze livraisons, se composant chacune de huit pages de texte et quatre planches photographiées et coloriées. Sept livraisons sont en vente. Prix de chaque livraison : 4 fr. 50. — Paris, 1867, Chamerot et Lauweyrens.

Des accès incomplets d'épilepsie, par Th. Herpin, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Genève, lauréat de la Faculté de Paris et de l'Institut de France, 1 vol. in-8 de 210 pages : 3 fr. 50. — Paris, 1868, J. B. Baillière et fils.

Des tumeurs érectiles lymphatiques (adénolymphocèles), par le docteur Théophile Anger, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté, in-8. Prix : 3 fr. — Paris, 1867, P. Asselin.

Circulation veineuse des parois auriculaires du cœur, par le docteur O. Lannelongue, aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris. Grand in-8. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1867, P. Asselin.

Quelques considérations sur le traitement de la syphilis, à propos de la discussion à la Société de chirurgie, par le docteur Montanier, in-8. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1867, P. Asselin.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

(1852)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 4 DÉCEMBRE 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Jadioux. Peu d'élections ont été aussi vivement disputées. Il n'a pas fallu moins de trois scrutins pour arriver à une majorité décisive. Au premier tour de scrutin, sur 80 membres votants les voix se sont réparties comme il suit entre les trois premiers candidats : M. Hérard, 32, M. Sée, 26, M. Fauvel, 21. A un deuxième tour le nombre des votants étant le même, M. Hérard a obtenu 40 suffrages (la majorité était de 41), M. Sée, 24, et M. Fauvel, 16. La majorité absolue n'ayant point encore été atteinte, il a fallu recourir à un scrutin de ballottage entre les deux candidats qui avaient réuni le plus de voix, M. Hérard et M. Sée. A ce troisième scrutin, M. Hérard a eu 55 voix, et M. Sée, 22. M. Hérard, en conséquence, a été proclamé élu. La nomination de M. Hérard sera accueillie avec d'autant plus de satisfaction, qu'à ses titres scientifiques et à sa réputation d'excellent clinicien, il joint un caractère qui lui a attiré les sympathies générales du corps médical. Quant à M. Sée, que le scrutin a élevé du second rang au premier, en l'admettant à l'honneur du ballottage, l'Académie a pris, envers lui, un engagement qu'elle tiendra, sans doute, à la prochaine occasion.

Malgré le temps qu'a exigé cette laborieuse élection, la séance n'a pas été moins bien remplie. L'Académie avait déjà entendu, avant, un court et substantiel rapport de M. Briquet, sur un mémoire de M. Delioux de Savignac, relatif à l'emploi médical de la gomme ammoniaque, alternativement trop vantée et trop appréciée, et dont l'auteur nous paraît avoir évalué les effets à leur juste valeur. On a pu entendre encore : une lecture de M. Davaine, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, sur la nature des maladies charbonneuses, dont il attribue l'origine à la présence dans le sang de petits corpuscules appartenant à la famille des vibrioniens, et qu'il désigne sous le nom de « bactéridies ; » une lecture de M. le professeur Crocq (de Bruxelles) sur le mécanisme de la pénétration des particules solides dans les tissus de l'économie animale, pénétration qui aurait lieu, suivant lui, par l'intermédiaire du vaisseau lymphatique ; et, enfin, une première partie d'une argumentation de M. Pidoux sur la question de la tuberculose et de l'inoculabilité du tubercule. Il y a trop à compter avec l'opinion de M. Pidoux, pour que nous ne nous fassions un devoir de mettre au moins les principaux points de cette savante argumentation sous les yeux de nos lecteurs ; mais il y aurait trop de témérité à le faire de souvenir et sur une simple audition, pour que nous le tentions aujourd'hui. Ce sera pour un des prochains numéros.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. A. FOURNIER.

De la syphilide gommeuse du voile du palais (1).

3° Venons enfin à notre troisième hypothèse. Bien que ce soit la moins vraisemblable, elle mérite cependant d'être discutée.

Serait-ce là une lésion de syphilis héréditaire ?

Le diagnostic de syphilis héréditaire n'est jamais accueilli qu'avec une certaine méfiance quand il est porté sur un adulte. Il semble qu'on ait quelque mauvaise grâce à mettre les parents en cause, alors que le malade est en âge de devoir la maladie à ses propres œuvres. On a même nié que les manifestations héréditaires de la diathèse puissent se produire au delà d'un certain âge. Ce sont là, Messieurs, des idées préconçues, des systèmes ; ce n'est pas là de la clinique. La clinique a montré que des adultes peuvent présenter des lésions de syphilis dues manifestement à l'influence héréditaire. M. Ricord, M. de Méric, Dittrich, Sigmund, et d'autres encore ont relaté des faits de ce genre, et je crois moi-même en avoir observé plusieurs bien authentiques.

A vrai dire même, je me demande pourquoi l'on a nié la possibilité de tels faits, et ce que l'on y a vu de surprenant, d'extraordinaire ? Quoi ! c'est une vérité reconnue et acceptée de tous que des accidents syphilitiques puissent survenir quinze, vingt, trente ans après un chancre. Or, voici un homme qui contracte un chancre à vingt ans ; personne ne trouvera surprenant qu'à cinquante il présente une exostose, une gomme, une carie, une tumeur viscérale. D'autre part, voici un enfant qui prend la syphilis dans le sein de sa mère ; sera-t-il étonnant que quelque accident semblable se produise sur lui quinze, vingt, trente ans plus tard ? Ce qui serait étonnant et inexplicable à mon sens, ce serait que l'enfant ne fût pas exposé aux mêmes manifestations que l'adulte, qu'il existât une immunité pour lui, un privilège en sa faveur.

Donc, pour en revenir à notre malade, il serait possible que la lésion dont elle est affectée fût un symptôme de syphilis héréditaire.

Mais, allez-vous m'objecter, la démonstration de cette hérédité nous fait défaut. — Et comment, en effet, Messieurs, voulez-vous que nous l'ayons ? Si cette femme a eu la syphilis par le fait de ses parents, elle l'ignore, bien entendu, parce qu'elle n'en a pas reçu la triste confidence. Ses parents ne sont plus là aujourd'hui pour nous renseigner ; y seraient-ils d'ailleurs qu'ils pourraient bien ne pas nous éclairer davantage. Dans de telles conditions, la démonstration que vous me demandez est presque toujours impossible. On ne peut, en pareil cas, réclamer de certitude absolue ; force est de se résigner à une induction de probabilité.

Jugez-en. Nous avons reçu depuis six mois dans ce service un grand nombre de nouveau-nés syphilitiques. De ces petits malades, beaucoup sont morts, quelques-uns ont survécu. Ces derniers sont-ils guéris parce qu'ils ne présentent plus actuellement de manifestations ? Nous ne saurions l'espérer. Or, si l'un d'entre eux est affecté, dans quinze ou vingt-cinq ans, d'une lésion tertiaire, quelle sera la situation faite au médecin auquel se présentera le malade ? Croyez-vous que, catéchisé par sa mère, ce malade confessera qu'il a été traité ici par nous quinze ou vingt-cinq ans auparavant pour des accidents de syphilis héréditaire ? Le supposer serait absurde, n'est-il pas vrai ? La situation faite alors à notre successeur sera ce qu'est la nôtre aujourd'hui ; ce médecin sera conduit aux mêmes inductions, aux mêmes raisonnements que nous, et vous voyez que s'il est amené comme nous à supposer, faute de mieux, une syphilis héréditaire, il sera précisément sur le chemin de la vérité.

Pour ne rien omettre, il resterait encore, en présence du cas actuel, à tenir compte de la possibilité d'une syphilis acquise, contractée dans le bas-âge. Vous avez eu récemment, dans le service, un exemple de ces contagions accidentelles, bien faites pour dérouter le diagnostic. Rappelez-vous cette petite fille de six semaines, qui présentait à la vulve un chancre induré type, aussi semblable que possible au chancre résultant d'une contagion vénérienne ; accident qui, suivant toute probabilité, avait été transmis à l'enfant par des lotions faites sur la vulve avec une éponge qui avait servi à laver d'autres enfants syphilitiques. — Mais de tels faits, vous le concevez, sont extrêmement rares, et je ne veux pas vous entraîner dans le domaine des exceptions.

III. — Je viens, Messieurs, de vous présenter et de discuter devant vous les différentes hypothèses qui peuvent être agitées à propos de notre intéressante malade. Si maintenant vous me demandiez laquelle de ces hypothèses est la bonne, est la vraie, je serais forcé de vous confesser mon embarras. Je ne vois, en effet, aucun motif suffisant pour rejeter ou adopter telle ou telle. Une simple raison de fréquence me porterait à supposer plutôt une syphilis acquise qu'une syphilis héréditaire. Mais, je vous le répète, nous manquons d'éléments pour déterminer d'une façon positive l'origine et l'âge de cette syphilis.

Quant au diagnostic syphilis, en lui-même, il n'est plus douteux, pour vous, je l'espère, après ce qui précède. Il me reste d'ailleurs à vous en donner la confirmation par les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus.

Ces résultats, dont vous avez été témoins, ont dû surprendre ceux d'entre vous qui ne sont pas encore familiarisés avec les merveilleux effets de l'iodure de potassium. Ce qui s'est produit sous l'influence de ce remède a été, je puis le dire, un véritable changement à vue.

En quelques jours, quatre jours environ, une amélioration considérable fut acquise : l'ulcération se détergea, se modifia, élimina son enduit grisâtre et gangréneux, en un mot changea complétement d'aspect ; quelques jours plus tard, elle tendait évidemment déjà à se réparer, et ses bords étaient envahis par le travail cicatriciel. Parallèlement, le voile du palais, énormément épais, se dégorgeait, se réduisait, au point qu'aujourd'hui il n'offre pas le quart de sa tuméfaction primitive.

Ce résultat, Messieurs, est une démonstration diagnostique ; c'est une preuve péremptoire, à mon sens, de la nature syphili-

(1) Suite. (Voir notre précédent numéro.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La goutte et le rhumatisme goutteux, par GARROD ; ouvrage annoté par J. CHARCOT, traduit par A. OLLIVIER (1).

La goutte était une maladie rare sous la république romaine ; elle n'est devenue commune que sous l'empire, à l'époque où le luxure et la dissolution des mœurs lui avaient créé un sol fertile pour son développement.

Elle est décrite avec une grande exactitude par les médecins anciens sous le nom d'arthritis, confondue avec le rhumatisme, qui en est complétement distinct.

S'attaquant toutes deux aux articulations de préférence, ces deux maladies ont facilité la confusion.

Baillou le premier, puis Rivière et Sydenham les ont distinguées. Mais ils n'ont pas entrevu les points principaux qui pourraient fixer la division d'une manière définitive.

C'est en 1793 que Forbes reconnaît dans la goutte la diathèse urique, et en 1797 Wollaston analyse les calculs goutteux, et découvre l'urate de soude. L'immixtion de la chimie dans l'étude de la goutte n'avait pas éclairé les esprits et les médecins de notre époque, Chomel et Requin, restaient fidèles à la tradition en ne séparant pas d'une façon absolue la goutte et le rhumatisme.

La lumière n'était pas faite, et Pidoux professait que la goutte n'était qu'un rhumatisme chez des individus d'une organisation spéciale. Plusieurs médecins français s'étaient ralliés déjà à l'opinion des auteurs anglais, et ne voyaient dans l'accès de goutte qu'une production tophacée. L'obscurité la plus profonde régnait à l'endroit de l'arthritis, lorsque Garrod, observant sur un vaste champ, entreprit ses premiers travaux.

Et comment en serait-il autrement ? comment arriver à une séparation complète, à une doctrine pathogénique avec le fait clinique seul ? Comment le médecin le plus expérimenté pourrait-il différencier la goutte et le rhumatisme goutteux dans un assez grand nombre de cas, s'il se contente d'étudier l'état des articulations et la marche de la maladie ?

C'est ce que l'auteur anglais a bien compris ; il a uni à l'observation clinique l'analyse chimique. Il n'a laissé échapper aucune occasion de rechercher, dans le sang des goutteux, la présence de l'acide urique, dans la sérosité des vésicatoires qu'il leur appliquait. Il employait un procédé facile et pratique, qu'il appelait le procédé du fil. Il consistait à placer dans le sang ou la sérosité un fil sur lequel, après un certain nombre d'heures, l'acide urique venait constituer une belle cristallisation. Et il ne reconnaissait la goutte dans ses formes anomales, c'est-à-dire quand elle se porte à l'estomac ou à l'intestin, ou à un système organique quelconque, que s'il avait retrouvé l'acide en excès. Cette méthode exacte devait fournir des résultats incontestables.

Garrod reconnut, comme plus tard Bence Jones, Ranke et Charcot, que le sang du rhumatisant ne contenait jamais un excès d'urates.

Dès lors la délimitation était définitive et son travail devait être empreint d'une exactitude et d'une précision qui devait dissiper les hypothèses nuageuses des anciens auteurs et créer enfin une doctrine pathogénique devant laquelle devaient disparaître les compromis des médecins modernes.

Cela est arrivé, et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle la goutte est une des maladies que la chimie a le mieux servi à éclairer, et certainement la plus grande part de ces progrès revient au médecin anglais.

Toutes les fois que le sang est surchargé d'urates, soit que la production soit exagérée ou l'élimination insuffisante, l'économie est dans les conditions où, s'il y a par hérédité ou par une hygiène mauvaise une prédisposition, l'accès de goutte peut se déclarer. La surcharge d'urates ne produit pas fatalement la goutte ; chez les albuminuriques et les saturnins, cette surcharge existe souvent sans que la goutte se manifeste ; ce que l'on appelle la diathèse goutteuse, que l'on doit distinguer de la diathèse urique, est la condition première de l'évolution de la maladie, et alors la crise goutteuse peut se faire.

(1) Un volume in-8°, prix : 12 fr. Paris, 1867. Adrien Delahaye.

tique de la lésion. Vainement on objecterait que l'iodure de potassium ne guérit pas que la syphilis, qu'il possède une action modificatrice et curative sur d'autres maladies, telle que la scrofule notamment. A cela je répondrai, me fondant sur ce que j'ai vu jusqu'à ce jour : Non, l'iodure ne guérit pas de cette façon, avec cette prodigieuse rapidité, d'autres lésions que des lésions syphilitiques. Il est bien loin d'avoir une action comparable sur les manifestations scrofuleuses. — C'est ce que disait récemment, devant la Société des hôpitaux, un savant maître, M. Hérard, dont je suis heureux de pouvoir invoquer ici l'autorité : « J'en appelle à tous ceux qui ont eu l'occasion de traiter la scrofule osseuse et les scrofulides malignes par les préparations iodurées : peut-on comparer *la lenteur et l'incertitude des résultats obtenus en pareil cas* avec la promptitude et la netteté des résultats obtenus chez les syphilitiques? » L'iodure, en pareil cas et dans des conditions semblables, est un véritable critérium de la spécificité syphilitique.

Voilà, Messieurs, notre diagnostic posé. Nous sommes en présence d'une *syphilide gommeuse* du voile du palais.

Je dois essayer maintenant de vous signaler les caractères principaux de cette maladie, ceux surtout sur lesquels il importe en pratique d'être fixé.

Le point le plus essentiel à connaître, celui qu'avant tout je voudrais mettre en relief et laisser en souvenir dans vos esprits, c'est *l'insidiosité* si remarquable de cette lésion.

Je ne crains pas de vous rappeler encore comment les choses se sont passées chez notre malade : vers la fin de mars et dans la première quinzaine d'avril, chatouillements de la gorge, léger embarras de déglutition, produisant, à de très-rares intervalles, un reflux incomplet des liquides par le nez; mais pas de douleurs vraies, pas de douleurs de nature à éveiller sérieusement l'attention; pas de difficultés réelles dans la déglutition; pas de troubles fonctionnels graves. La malade ne s'inquiète pas de si légers phénomènes et ne songe pas à consulter un médecin. Le 15, elle se couche en bon état, avalant encore bien et parlant bien; et le 16 elle se réveille ne pouvant plus ni parler ni avaler.

Eh bien, Messieurs, ce récit est à peu de chose près le récit de tous les malades. Presque toujours, le mal débute et procède de la sorte : dans les premiers temps, indolence presque absolue; tout au plus quelque gêne obscure et mal définie vers le palais ou la gorge; troubles fonctionnels très-légers, consistant simplement en un certain embarras pour avaler, pour avaler les liquides surtout; parfois reflux des boissons par les fosses nasales, ce que les malades considèrent comme un simple accident. Puis, à un moment donné, explosion inattendue des plus sérieux désordres : rupture du voile, communication établie entre les fosses nasales et la bouche, reflux nasal des aliments et surtout des boissons, timbre nasonné de la voix; parole devenant même parfois inintelligible et convertie en un véritable bredouillement nasillard. C'est-à-dire, en somme, lésions graves, quelquefois irremédiables, sourdement préparées, se produisant d'une façon presque *latente*, et se révélant tout à coup par des troubles fonctionnels des plus inattendus. En un mot, gravité latente, insidiosité, et je dirais volontiers même *malignité*.

Tel est, Messieurs, le caractère le plus curieux et le plus important de cette maladie, celui dont il faut toujours se souvenir en pratique, pour ne pas se laisser prendre au dépourvu et pour opposer au mal, dès le premier instant où il est constaté, le traitement le plus énergiquement répressif.

De cette bénignité apparente, de cette indolence initiale que je viens de vous signaler, il résulte ceci, Messieurs, c'est que la plupart des malades, surtout de ceux que nous voyons à l'hôpital, n'arrivent à nous qu'à une époque plus ou moins avancée de leur maladie, souvent même à une période où la perforation du voile est imminente, quelquefois aussi, comme dans le cas actuel, quand la rupture s'est faite et qu'une libre communication s'est établie entre la bouche et les fosses nasales. Il est donc aussi rare d'observer la lésion à son début qu'il est fréquent de la constater à une époque voisine de son complet développement ou même de sa terminaison; et vous passerez peut-être bien des années sans rencontrer un cas où il vous soit donné de suivre le mal dans toute son évolution, de le surprendre surtout à sa naissance. Aussi dois-je vous dire ce en quoi il consiste à son début, d'autant que vous trouverez peu de renseignements sur ce point dans les auteurs classiques.

On admet en général que la maladie débute sous forme d'une *tumeur circonscrite*, plus ou moins volumineuse, aplatie comme une amande, dure tout d'abord, puis se ramollissant plus tard, pour s'ouvrir et s'ulcérer dans une étendue proportionnelle à la tumeur primitive.

La syphilide gommeuse peut, en effet, affecter parfois cette forme initiale; mais je ne crains pas de dire, d'après ce que j'ai vu, que les choses ne se présentent pas ainsi le plus habituellement. Ce qu'on observe plus souvent, à mon sens, c'est une *infiltration diffuse* du voile du palais et non pas une tumeur circonscrite, telle que vous la trouverez décrite dans les auteurs.

Ce qu'on voit au début, c'est ceci : le voile du palais rouge, luisant, tendu, proéminent, faisant une saillie que je comparerais volontiers à celle qui se produit au voisinage de l'amygdale enflammée dans l'esquinancie vulgaire; ce voile est rigide au toucher, dur; on sent aisément qu'il est constitué non plus par une simple membrane mince et lamelleuse, mais bien par une cloison épaisse et comme charnue. Il est de plus manifestement privé de ses mouvements actifs ou passifs. Lorsque vous examinez un voile du palais sain, vous le voyez exécuter certains mouvements, s'élever, s'abaisser, se tendre, se relâcher, se modifier de forme dans sa partie convexe, ses arcades ou ses piliers. Rien de semblable ici : le voile infiltré par la syphilide gommeuse est immobile, sinon en totalité bien entendu, du moins partiellement, dans l'étendue qu'atteint l'infiltration; il n'est plus susceptible des mouvements délicats qu'il exécute à l'état sain; il semble rigide, fixe, inerte.

C'est à l'ensemble de ces signes, c'est à cet aspect que vous pourrez reconnaître, soupçonner, dès son début, la syphilide gommeuse du voile du palais.

Dans cette première période de la lésion, il ne se produit, comme vous le savez déjà, que très-peu de troubles fonctionnels. La douleur n'est jamais que très-légère, et souvent à peu près nulle. La déglutition ne s'accompagne que d'un certain embarras, surtout manifeste dans l'ingestion des liquides; la voix n'est que peu modifiée.

Tel est le début du mal. — Au delà, jusqu'à l'époque de la perforation, il ne se produit que peu de changements, surtout au point de vue des phénomènes appréciables pour le malade. La tuméfaction augmente, mais en restant toujours indolente. La déglutition seulement devient un peu plus gênée, et parfois les liquides sont rendus de temps à autre par les fosses nasales. Mais tout se borne là.

Cependant, le médecin constate que la lésion se modifie. La tuméfaction n'est plus aussi dure; elle se ramollit, et il devient évident qu'il se fait sous la muqueuse un travail de fonte, de liquéfaction, une sorte d'abcès. Cette muqueuse s'amincit, se bombe légèrement en un point, puis s'amincit encore; finalement elle se rompt.

De deux choses l'une, alors : ou bien la perforation ne s'est faite que sur une des faces de la muqueuse, et c'est du côté de la bouche que je l'ai toujours vue se produire en pareil cas; ou bien elle se fait simultanément ou successivement sur les deux faces du voile.

Dans le premier cas, la rupture de la muqueuse n'ajoute rien aux troubles fonctionnels; il en est de cet incident comme d'une ponction faite dans un abcès du voile; le foyer se trouve ouvert et s'évacue; seulement, ici, l'orifice du foyer s'ulcère, s'agrandit et se transforme en une énorme perte de substance. On voit alors, creusée dans l'épaisseur du voile, une sorte de caverne plus ou moins considérable, qui pourrait contenir une noisette, une amande, une demi-noix, et que limite supérieurement le feuillet muqueux nasal, respecté par l'ulcération.

Dans le second cas, le voile est perforé de part en part. Cette lésion s'accuse aussitôt par deux phénomènes des plus tranchés que vous connaissez déjà : le reflux nasal et l'altération de la voix.

Si cette perforation restait ce qu'elle est tout d'abord, elle serait toujours facilement réparable. Malheureusement elle s'élargit, elle s'ulcère, quoi qu'on fasse, et cela même avec une effrayante rapidité. C'est un pertuis aujourd'hui; ce sera demain un orifice large comme une lentille; ce sera peut-être, après-demain, un trou du diamètre d'une pièce de vingt centimes. — Rien d'ailleurs de surprenant à cela. Cette rapide destruction, en effet, est préparée de longue date; ce n'est pas une muqueuse saine qui disparaît ainsi dans l'espace de quelques jours; c'est une muqueuse depuis longtemps malade, minée à sa face profonde progressivement amincie, presque détruite en un mot au moment de sa perforation.

Cela vous explique, Messieurs, comment un voile du palais que vous verriez aujourd'hui encore intact en apparence, et que vous pourriez juger encore assez résistant, sera peut-être ouvert et largement ulcéré demain; car ce voile, infiltré dans sa substance, miné profondément par un travail occulte, simplement soutenu par une muqueuse malade, se trouve prêt à se rompre, à se déchirer d'un instant à l'autre et à subir une destruction depuis longtemps préparée. Sur bon nombre de malades, on voit ainsi d'effroyables dégâts s'opérer, pour ainsi dire, du jour au lendemain.

En résumé, Messieurs, au point de vue clinique, le seul qui doive nous occuper ici, la syphilide gommeuse du voile du palais présente comme traits principaux de symptomatologie les particularités suivantes : c'est une maladie remarquablement *latente* à son début, singulièrement insidieuse dans son évolution, ne s'accompagnant, pendant sa première période, ni de douleurs véritables, ni de troubles fonctionnels sérieux, puis aboutissant tout à coup à des troubles fonctionnels considérables et à des lésions des plus graves; lésions soudaines en apparence, mais lentement préparées en réalité par un travail morbide sourd et silencieux. (*A suivre.*)

OPÉRATION D'OVARIOTOMIE

Par M. E. Kœberlé.

Obs. XXXIII.—**Ovariotomie pratiquée le 5 novembre 1866. — Mort.**

Mme P... (de Luxembourg), âgée de 42 ans, amaigrie, d'une forte constitution, s'est aperçue, il y a un an et demi, en 1865, de l'existence d'une tumeur abdominale. Le ventre, alors déjà assez volumineux, a pris depuis un an un accroissement très-rapide. La santé a toujours été bonne, et il n'est jamais survenu de douleurs abdominales. La menstruation est régulière. La circonférence du ventre est de 1 mètre 20 centimètres. La tumeur n'est pas adhérente à la paroi abdominale; elle est nettement fluctuante et elle paraît formée par un kyste de l'ovaire gauche. Utérus normal, central. Col utérin dévié à gauche. Etat général excellent.

L'ovariotomie eut lieu le 5 novembre 1866. Incision de 12 centimètres. Ponction suivie de l'évacuation de seize litres de liquide. Le kyste était sans adhérence, multiloculaire, dépendant de l'ovaire gauche. L'ovaire droit était sain. Le pédicule fut lié en deux portions, l'une par un fil de soie, l'autre par un fil de fer avec un serre-nœud. Les veines et les vaisseaux lymphatiques étaient volumineux, variqueux. La perte de sang a été insignifiante. La cavité pelvienne renfermait environ 200 grammes de sérosité, qui fut extraite et épongée. Il ne restait plus qu'à faire la réunion, lorsqu'on cessa, par mégarde, d'exercer une compression sur l'abdomen; il se fit alors un appel d'air qui pénétra dans la région épigastrique, qui était très-déprimée en raison de l'écartement des côtes. Cet air fut facilement extrait. Au moment d'appliquer les points de suture, je voulus étaler l'épiploon au-devant de l'intestin grêle, mais comme je ne pus l'atteindre avec le doigt, je conclus qu'il devait être très-court, et je ne crus pas devoir introduire au loin la main pour le constater en recherchant le bord de l'estomac. La réunion fut donc opérée à l'aide de trois points de suture profonde et de cinq points de suture superficielle. L'opération a duré trois quarts d'heure.

On plaça un tube de verre au-dessus du pédicule : par son extrémité intermédiaire, on extraya du fond du bassin, pendant les douze premières heures, d'abord 40, puis 20, et enfin 10 grammes seulement de sérosité rougeâtre; le tube de verre fut ensuite en-

---

Les urates en excès vicient le sang comme toute matière anomale, comme les miasmes ou un virus quelconque, et jettent dans toute l'économie, par l'intermédiaire du sang, un trouble dans lequel consistent les symptômes prodromiques de l'accès de goutte. L'estomac, les intestins, le cœur, le système nerveux, les organes respiratoires peuvent être tous à la fois ou alternativement dérangés, et après un certain nombre d'heures ou de jours, le sel se déverse au dehors dans les articulations ou dans les parties molles périphériques. Certaines affinités, ou des causes physiques spéciales facilitent leur dépôt dans les parties les plus éloignées du centre circulatoire comme dans l'articulation du gros orteil. Et alors le sang étant revenu à sa composition normale, le malade est soulagé et ne souffre plus que de l'inflammation spécifique que le tophus aura créée.

L'accès, selon Garrod est un processus salutaire. La nature, comme dit Sydenham, a le privilége de se défaire de la matière peccante et de la déposer dans les jointures.

Dans la forme aiguë elle choisit d'ordinaire, pour se déposer, les cartilages, les gaînes aponévrotiques, le tissu cellulo-fibreux, la sclérotique (Garrod), les valvules du cœur (Lobstein), l'aorte thoracique (Bence Jones), et dans la forme chronique elle s'établit plutôt dans le tissu cellulo-fibreux des reins (de Castelnau), ou dans les tubuli (Charcot et Cornil). L'acide urique s'élimine ainsi que l'urée par les reins, à une dose qui varie peu à l'état de santé. Que le régime azoté soit exubérant, que le rein cesse d'excréter les urates, il y a là, ainsi que nous l'avons déjà dit, les causes excitatrices de la goutte, et ces causes sont nombreuses.

L'alcool a pour propriété de diminuer l'excrétion de l'acide urique; c'est un médicament d'épargne; c'est la qualification qu'on lui a donnée. Une partie de l'alcool se brûle dans le sang, l'autre est éliminée telle quelle. L'acide urique ne peut s'oxyder. Les urates s'augmentent peu à peu, et nous comprenons comment les ouvriers de la Tamise qui mangent peu, mais boivent jusqu'à 13 litres de porter par jour, deviennent goutteux.

Le café, qui diminue aussi l'excrétion des urates et ralentit le mouvement de décomposition, dispose également à l'accès de goutte.

Les causes morales peuvent, comme la nourriture ou la boisson, accroître les déchets uriques.

Garrod admet les formes anomales de la goutte, et leur a consacré un chapitre spécial; il signale la dyspepsie, la dyspnée, l'eczéma, certaines formes de paralysies, les névralgies, etc.; mais il rejette toute affinité du rhumatisme goutteux avec la goutte.

Ce terme hybride dissimule notre ignorance; on peut être en même temps rhumatisant et goutteux. Mais quel rapprochement peut-on faire entre le rhumatisme goutteux, qui s'ente le plus ordinairement sur un fond scrofuleux? Le rhumatisme goutteux altère l'os, le cartilage à sa manière; la goutte les respecte toujours, et les lésions de la goutte ne sont que le résultat du dépôt de la matière tophacée dans les interstices des tissus. Ici encore on a pris les apparences pour la réalité, et on a associé deux mots qui jurent pour expliquer quelque chose mal défini : on a réuni, dans une même famille morbide, deux entités qu'il faudra désormais séparer. De ses recherches consciencieuses, Garrod est arrivé en thérapeutique à ces conclusions : qu'il faut traiter l'accès de goutte et le goutteux, qu'il faut continuellement activer les sécrétions, notamment celles des reins et de la peau, rétablir les fonctions de l'estomac, combattre les altérations locales que l'inflammation goutteuse ne manque pas de produire dans les articulations, régler avec soin le régime, et ne négliger aucun des moyens que peut fournir l'hygiène.

L'ouvrage de Garrod, traduit par M. A. Ollivier, est enrichi de notes nombreuses par M. Charcot, qu'il a puisées dans sa vaste érudition et sa propre expérience clinique. Il aura pour effet de dissiper bon nombre de préjugés qui existent encore dans l'esprit de bien des médecins. Que de maladies où la goutte était à tort accusée d'intervenir malicieusement! Les anciens nous avaient fait voir dans la goutte un génie malfaisant, présent là où il n'avait que faire.

Garrod a débarrassé le champ de ses ronces, et il nous a fourni les moyens d'étudier la goutte avec les méthodes modernes. Il a rendu par son livre un grand service à la science.

Manuel Leven.

levé. Il y eut quelques vomissements chloroformiques pendant ce même espace de temps, puis tout alla au mieux. Il ne survint aucun accident consécutif durant cinq jours. Absence complète de douleur abdominale; ventre plat; miction normale; pouls à 75 pulsations; peau moite; état le plus satisfaisant possible. Il y avait eu plusieurs évacuations alvines; mais bientôt l'évacuation des gaz intestinaux et les selles firent entièrement défaut, malgré les lavements et les pilules purgatives prises le cinquième jour. Les lavements parcouraient toute l'étendue du gros intestin et revenaient sans mélange de matières stercorales. L'estomac et la partie sus-ombilicale des intestins étaient distendus et étaient le siége de coliques par intervalles, tandis que la partie sous-ombilicale du ventre était comme rétractée. J'attribuai cet état à une gêne momentanée de la circulation du contenu des intestins. Peu à peu le ventre devint sensible dans la région sus-ombilicale, et il devint manifeste, dès le sixième jour, qu'il y avait un étranglement interne. Les gaz qui remontaient de l'estomac, avaient l'odeur du contenu de l'intestin grêle; il survint des vomissements bilieux; le pouls s'accéléra, devint petit, filiforme; les urines, jusqu'alors claires et abondantes, diminuèrent. L'étranglement intestinal s'était compliqué de péritonite. Il y avait surtout une anse d'intestin grêle très-distendue par des gaz et par des liquides dans la région sus-ombilicale. Cette partie de l'intestin était évidemment le siége de l'obstruction et de l'étranglement. Le seul remède à cet état, à la suite de l'inefficacité des purgatifs et des manipulations externes, était la réduction directe à travers une incision de l'abdomen dans la région sus-ombilicale. Malheureusement il me fut impossible de recourir à ce moyen extrême en temps opportun : il fallut temporiser, et je dus me borner à faire une simple ponction à l'aide d'un trocart. La ponction de l'anse intestinale distendue donna issue à 3 litres de liquides intestinaux et à beaucoup de gaz. Le ventre s'affaissa presque complétement. Les vomissements cessèrent, et il y eut un peu d'amélioration pendant quelques heures, puis les vomissements reparurent; la malade continua alors à s'affaiblir et à se refroidir, et elle succomba le septième jour.

A l'autopsie, les viscères abdominaux étaient agglutinés entre eux dans la région supérieure du ventre par un exsudat récent. Le côlon et la plus grande partie de l'iléon étaient entièrement vides de gaz et de matières stercorales. Une anse d'intestin grêle, d'une longueur de 30 centimètres environ, formant une courbe à convexité supérieure, était repliée par-dessus le côlon transverse et l'épiploon qui était ramassé sur lui-même. Cette anse intestinale, qui avait été ponctionnée et qui était très-distendue, était le siége de l'étranglement, par suite de sa réflexion brusque sur le côlon transverse qui était vide et réduit à l'état de cordon. Le point ponctionné était en contact avec la paroi abdominale; il n'y avait aucune trace de matières intestinales ni de gaz dans la cavité péritonéale. L'anse intestinale étranglée était très-congestionnée, ainsi que la partie de l'intestin qui lui faisait suite du côté de l'estomac. Du côté du bassin, tout était dans le meilleur état, sans aucune trace d'inflammation ni d'épanchement de liquides.

Remarques. — Le contournement et l'étranglement de l'intestin grêle sur le côlon sont survenus au moment où il est entré de l'air dans la région épigastrique pendant l'opération, lorsque la compression de l'abdomen a fait défaut. Lors de l'entrée brusque de l'air, l'épiploon et l'anse d'intestin grêle qui s'est étranglée, ont été entraînés dans la région épigastrique par dessus le côlon. C'est pour cette raison que je n'ai pu atteindre l'épiploon pour le placer au-devant des intestins.

L'étranglement ne s'est produit qu'au fur et à mesure que l'intestin a été distendu par des gaz et par des liquides digestifs.

Les purgatifs et les manipulations externes sur l'intestin n'ont pu réussir à déplacer la partie qui était le siége de l'étranglement à cause de son agglutination avec les parties voisines par un exsudat très-plastique.

Il est toujours essentiel d'étaler l'épiploon autant que possible au-devant de l'intestin grêle, derrière l'incision, avec laquelle l'épiploon adhère ensuite en laissant l'intestin complétement libre au-dessous, et il se forme ainsi une barrière à l'extension de l'inflammation lorsqu'il se manifeste de la suppuration ou un foyer hémorrhagique sur le trajet de l'incision. Dans ce cas, je ne voulus pas rechercher l'épiploon, qui est quelquefois très-court, pour ne pas être obligé d'introduire trop profondément la main et l'avant-bras à travers l'incision, attendu que, l'opération ayant été très-simple, je considérais comme imprudent de constater, peut-être inutilement, que l'épiploon était court, de faire rentrer de l'air, et de toucher des parties qui n'avaient point été mises à découvert. On voit par les suites malheureuses de cette opération qui aurait été suivie de succès sans l'étranglement interne qui a été le résultat d'une fausse manœuvre et d'une trop grande circonspection, qu'il faut toujours être très-prudent, mais qu'un excès de prudence peut devenir préjudiciable.

Lorsque l'étranglement interne est devenu manifeste, il aurait été très-aisé d'y remédier, en réduisant directement, à l'aide d'une incision de la ligne blanche, l'intestin étranglé. Sans doute, cette opération aurait été grave, mais elle était l'unique moyen de salut.

C'est le troisième cas d'étranglement interne que j'ai observé dans ma pratique sur les trois cas qui forment le chiffre actuel de mes opérations d'ovariotomie. Tous les trois cas auraient été susceptibles de guérison si l'on était intervenu à temps, ou si l'on avait pu reconnaître ou soupçonner la cause de l'étranglement. L'expérience m'a beaucoup appris, m'a fait éviter bien des écueils et m'a amené à perfectionner et à simplifier les procédés; mais elle est loin d'avoir dit son dernier mot.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 décembre 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Boinet, qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

2° Des lettres de MM. Chassaignac, Alph. Guérin et Trélat, qui se présentent comme candidats dans la section de pathologie chirurgicale;

3° Une lettre de M. le professeur Scibelli (de Naples), qui sollicite le titre de membre correspondant;

4° Un Mémoire de M. le Dr Macario (de Nice) sur les pulsations abdominales idiopathiques (commissaire : M. Vigla);

5° Une note de M. le Dr Mansourof (de Moscou) sur une forme particulière de l'infection syphilitique (commissaire : M. Ricord);

6° Une observation de fracture de la colonne vertébrale guérie, par M. Malherbe, interne de l'Asile des aliénés de Niort (commissaire : M. Legouest);

7° Une lettre de M. Bonnafont, membre correspondant, dont voici le texte :

« Monsieur le président,

» Voué depuis longtemps à l'étude et au traitement des maladies de l'oreille, personne, plus que moi, ne s'intéresse aux travaux qui ont trait à cette branche si intéressante et si négligée de la pathologie; mais à la condition que ces travaux marqueront un progrès réel et qu'ils ne seront pas la répétition de ce qui aura déjà été fait.

» C'est cependant ce qui est arrivé dans la double communication de MM. Ladreit de la Charrière et Garrigou Désarènes, à propos de l'opération des polypes de l'oreille par la ligature métallique.

» Ce procédé est d'ancienne date; car il a été décrit et appliqué en 1843 par M. Fabrigi (de Modène). Moi-même, dans un premier mémoire en 1844 et dans un second en 1865, lus tous deux à l'Académie de médecine, je préconisais cette méthode de préférence à toute autre.

» Il n'y a entre mon procédé et celui de mes confrères, de différence que dans la forme et le mécanisme des instruments. Dans le mien qui a été également construit par M. Mathieu, le fil de platine est serré au moyen d'une vis : tandis que celui de M. Ladreit de la Charrière, fort ingénieux du reste, se meut au moyen d'un levier (1).

» Mon serre-nœuds étant très-court et s'adaptant à un manche mobile, permet, si les douleurs sont trop vives et le polype trop consistant, de rester à demeure dans le conduit auditif et de diviser ainsi l'opération en deux ou trois séances, en ayant soin d'augmenter à chaque fois la pression du fil, en tournant la vis; tandis qu'avec les autres serre-nœuds, il faut nécessairement terminer la section immédiatement, ce qui, à mon avis, constitue un défaut plutôt qu'un progrès.

» La ligature d'ailleurs doit être réservée, comme je l'ai dit dans mon «Traité des maladies des oreilles» en 1860 pour les polypes qui s'insèrent sur la membrane du tympan, et ce qui est fort rare, sur la paroi externe de la caisse; ce sont les plus nombreux.

» L'arrachement pouvant se faire sans inconvénient, doit être préféré; il est d'ailleurs peu douloureux, d'une exécution plus prompte, plus facile, surtout si le praticien possède les instruments convenables pour l'exécuter.

» Veuillez, etc. » Bonnafont. »

M. Larrey présente deux brochures : l'une de M. Sédillot, sur l'ablation des malléoles fracturées dans les luxations du pied; l'autre intitulée : «Cliniques chirurgicales de M. le professeur Sédillot (semestre d'été 1866), rédigées par M. le Dr Kien. »

M. Piorry présente, de la part de M. le Dr Le Bon, une brochure sur le choléra.

M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu le mardi, 17 décembre, à trois heures.

RAPPORT

Emploi de la gomme ammoniaque. — **M. Briquet,** au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouillaud et Guibourt, lit un rapport sur le mémoire de M. le Dr Delioux de Savignac, relatif à l'emploi de la gomme ammoniaque.

M. Delioux de Savignac, dit M. le rapporteur, restreint avec beaucoup de raison les avantages de la gomme ammoniaque, à une action sur les bronches dans les bronchites chroniques de forme catarrhale, dont l'effet est de modifier la sécrétion plus ou moins visqueuse qui se produit à la face interne des conduits aériens et de faciliter son expulsion, et à une influence sur la membrane muqueuse des voies urinaires. Sobre d'explication, M. de Savignac croit qu'on pourrait expliquer l'action expectorante de cette gomme résine, mamoyen des expériences de Virchow, qui a vu les mouvements vibratiles des cils des muqueuses être notablement accélérés par le contact des substances résineuses.

M. le rapporteur est d'avis qu'on pourrait, avec raison, faire également entrer en ligne de compte, la sensation très-âcre et très-persévérante qu'on éprouve à la gorge après l'ingestion d'une préparation de gomme ammoniaque, laquelle agit, soit en se propageant à l'arbre bronchique, soit comme irritant substitutif. L'action sur la membrane muqueuse des voies urinaires, d'après l'auteur du mémoire, n'est pas moins évidente dans les cas de catarrhe chronique de ces conduits, que sur la muqueuse des bronches.

(1) M. Gruber, professeur agrégé à la Faculté de Vienne, se sert d'un instrument pareil à celui-ci, ce que M. Ladreit de la Charrière ignore probablement.

M. de Savignac pense que si, jusqu'à présent, on n'a pas tiré de la gomme ammoniaque tout le parti qu'on en peut tirer, cela vient de ce qu'on l'a généralement donnée à des doses insuffisantes. Pour lui, les doses vraiment actives doivent aller de 2 à 4 grammes par jour, soit en poudre mêlée au savon médicinal, soit en solution dans du vin blanc, qui dissolvent à la fois la gomme et la résine.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîements à l'auteur, et de remettre son travail au comité de publication. (Adopté.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Voici l'ordre de présentation des candidats :

En première ligne « ex æquo » par ordre alphabétique, MM. Fauvel et Hérard.

En seconde ligne « ex æquo » par ordre alphabétique, MM. Bernutz et Sée.

Au premier tour de scrutin, sur 80 votants, la majorité étant de 41,

M. Hérard obtient 32 suffrages :
M. Sée » 26 »
M. Fauvel » 21 »
M. Bernutz » 1 »

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour de scrutin dans lequel, sur le même nombre de votants,

M. Hérard obtient 40 suffrages :
M. Sée » 24 »
M. Fauvel » 16 »

On procède à un tour de scrutin de ballottage entre MM. Hérard et Sée.

Sur 77 votants, la majorité étant 39,

M. Hérard obtient 55 suffrages;
M. Sée » 22 »

En conséquence, M. le président proclame M. Hérard élu. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Suite de la discussion sur la tuberculose.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose. La parole est à M. Pidoux.

M. **Pidoux** lit la première partie d'une argumentation dont nous donnerons un résumé analytique dans l'un des prochains numéros.

LECTURE.

Nature des maladies charbonneuses. — **M. Davaine,** candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle, lit un mémoire sur « la nature des maladies charbonneuses. »

Si l'on examine au microscope le sang d'un animal atteint de maladie charbonneuse, dit l'auteur, on découvre, parmi les corpuscules sanguins, de petits corps filiformes, très-nombreux, appartenant, par divers caractères, à la famille des vibrioniens, et qu'on classerait dans le genre « bacterium », s'ils ne différaient des bactéries par l'absence de mouvements.

Dès 1850, j'ai observé, dans le sang de plusieurs moutons atteints de la maladie du « sang de rate », ces corpuscules, auxquels j'ai donné le nom de « bactéridies. » Depuis cette époque, plusieurs observateurs ont constaté également leur présence chez les animaux atteints du charbon; mais aucun d'eux n'a déterminé le rôle que jouent les bactéridies dans le sang charbonneux : sont-elles la cause de la maladie? En sont-elles l'effet, ou bien leur présence est-elle un simple accident?

Pour élucider cette question, j'ai fait, depuis 1863, de nombreuses expériences, qui ont donné les résultats suivants : les bactéridies se trouvent dans toute maladie charbonneuse, quelle que soit sa forme, et chez tout animal atteint de cette maladie, à quelque espèce qu'il appartienne; l'apparition de ces petits êtres dans la rate, le foie et dans le sang, précède celle des phénomènes morbides; enfin, le sang charbonneux cesse d'être contagieux lorsque les bactéridies en ont disparu.

Ces faits paraissent à M. Davaine constituer des raisons suffisantes pour affirmer que le développement des bactéridies est la cause du charbon. C'est à l'exposition de ces faits et à leur démonstration qu'est consacré le Mémoire de M. Davaine.

Ce travail est renvoyé à l'examen de la section de thérapeutique, constituée en commission d'élection.

De la pénétration des particules solides dans les tissus.

M. le professeur **Crocq** (de Bruxelles) donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : « Du mécanisme de la pénétration des particules solides dans les tissus de l'économie animale. »

L'auteur s'est proposé de rechercher, par des expériences, si des particules solides très-ténues ne pourraient pas pénétrer dans les trames des organes de la même manière que les corps gras émulsionnés, qui pénètrent incontestablement dans les tissus.

Après une première série d'expériences par lesquelles l'auteur établit la réalité de la pénétration des particules solides dans l'économie, il arrive à reconnaître que la pénétration des molécules graisseuses et celle des particules solides ne s'effectuent nullement par le même mécanisme, et que l'un ne peut pas rendre compte de l'autre. Après avoir établi le mécanisme de l'absorption des corps gras, il s'est proposé de résoudre la question de savoir comment se fait la pénétration des particules solides. Il montre que les particules solides parviennent dans les vaisseaux par l'intermédiaire desquels elles peuvent être portées sur tous les points de l'économie.

Cette pénétration a-t-elle lieu par le système veineux, ou par le système lymphatique? C'est la dernière question que M. Crocq examine : de ce dernier examen il résulte que la pénétration des

particules solides a lieu, sinon uniquement, au moins principalement par les vaisseaux lymphatiques.

(Commissaires : MM. Jules Guérin et Colin.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	622
Dr Chaillou à Tourny.	1
Machelard.	5
F. Noel, à l'Ile Maurice.	100
TOTAL . . .	728

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 19 novembre 1867, M. Morel, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé du cours d'anatomie et d'anatomie pathologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ehrmann, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— La métropole médicale du Midi, la ville savante de Montpellier, a eu la rare et bonne fortune de célébrer deux fois en l'espace de quelques années, le cinquantième anniversaire professoral de deux de ses illustrations universitaires. Il y a sept ans, la Faculté de médecine de Montpellier, dans une réunion solennelle, célébrait à la fois la promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur et le cinquante-septième anniversaire professoral de M. Lordat, qui parcourt aujourd'hui, dans une paisible retraite, son vingtième lustre, entouré du respect de ses anciens collègues et de ses anciens élèves. Le 25 novembre dernier, un banquet réunissait, sous la présidence de l'honorable recteur, M. Donné, un grand nombre de convives, parmi lesquels figuraient les professeurs de la Faculté de médecine, des Facultés des lettres et des sciences et de l'Ecole supérieure de pharmacie, pour fêter la cinquantaine professorale de M. Bérard, le savant doyen de la Faculté de médecine, ancien directeur de l'École de pharmacie, le doyen d'âge, probablement, des chimistes français, le dernier survivant de la célèbre Société d'Arcueil, l'ancien collègue et ami des Arago, des Berthollet, des Gay-Lussac, des La Place, des Dulong. Après les discours de félicitations de plusieurs de ses collègues et des représentants des divers corps enseignants, le recteur a donné lecture de la lettre par laquelle M. le ministre de l'Instruction publique annonçait la promotion de M. Bérard au grade de commandeur de la Légion d'honneur. Les termes du rapport du ministre, dont il a également donné lecture, sont un vrai titre de noblesse pour les héritiers du nom de M. Bérard.

— La séance de rentrée des Facultés de Strasbourg a eu lieu le 18 novembre.

Après avoir rendu compte des travaux de l'année, M. le recteur Chéruel a annoncé que l'Empereur avait doublé le prix accordé par l'Institut à M. le professeur Sédillot.

Les prix suivants ont été proclamés dans cette séance :

1re année. — Prix, M. Metzquer. — Mentions honorables, MM. Blazer, Grosjean et Pasquier.

2e année. — Prix, M. Meyer. — Mentions honorables, MM. H. Strauss et Jobert.

3e année.—Prix, M. Denis.—Mentions honorables, MM. Caillet, Doumairon et Flamarion.

4e année. — Prix, M. J. Strauss. — Mention honorable, M. Laveran.

— A la suite des divers concours ouverts pendant l'année 1867 devant la Faculté de médecine de Strasbourg, ont été nommés :

Prosecteur, M. Duval ; — premier interne, aide de clinique, M. Feltz ; — aide d'anatomie, M. Courbassier. — Internes à l'hôpital civil : MM. Haas, Prichard, Strauss, Pesmes, Molk, Laveran et Hirtz. — Externes à l'hôpital civil : MM. Grollemund, Treille, Renoult, Ferry, Denis, Nicol, Courbassier, Gass, Caillet, Doumairon, Creissel, André, Spire, Billet, Flamarion, Lelorrain, Mengus, Contal, Bertrand et Schaaf.

— A la séance de la rentrée des Facultés de Lyon, la liste des lauréats de l'École de médecine a été publiée de la manière suivante :

Élèves de médecine. — 1re année. — Concours d'anatomie. — 1er Prix : M. Maron. — 2e Prix : M. Hudellet.

Prix de fin d'année. — 1re année. — 1er prix : M. Maron ; — 2e prix : M. Tirant.

2e année. — 1° Prix « ex æquo : » MM. Mollière et Robert. — 2e Prix « ex æquo : » MM. Charpy et Morin.

3e année. — Prix unique : M. Viollet.

Elèves en pharmacie. — Prix unique : M. Combes.

— A la rentrée de l'École de médecine de Toulouse, la distribution des prix a été proclamée dans l'ordre suivant :

1re année. — 1er prix, M. Loze ; — 2e prix (réservé). — 1er accessit, M. Bournet ; — 2e accessit, M. Laville.

2e année. — 1er prix, M. Soubié ; — 2e prix, M. Pauly. — 1er accessit, M. Borie ; — 2e accessit, M. Simacourbe ; — 3e accessit, M. Broquère.

3e année. — 1er prix (réservé) ; — 2e prix, M. Dutech ; — 1er accessit, M. Toulon ; — 2e accessit, M. Cuq.

Clinique. — Prix, M. Simacourbe.

Pharmacie. — 1er prix, M. Cier ; — 2e prix (réservé) ; — accessit, M. Landre.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 6 décembre, à 3 h. 1/2 précises, à l'Hôtel de Ville.

Ordre du jour : Elections pour le renouvellement du Bureau. — Scrutin sur la candidature de M. le Dr Duroziez. — Lecture par M. le Dr Caudmont.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

(1863)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 143. — SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1867. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Double hématocèle suppurée, traitée et guérie par la décortication.

Lorsque l'on a affaire à une hématocèle qui a été traitée sans succès par les moyens usuels, qui a résisté notamment à l'injection iodée, quelle est, des deux opérations qui ont été proposées en pareil cas, la décortication, c'est-à-dire l'ablation de la fausse membrane qui constitue la lésion caractéristique de l'hématocèle et la castration, celle à laquelle il convient d'avoir recours? L'opération de la décortication a été l'objet de quelques critiques, et un certain nombre de chirurgiens pensent encore que la castration doit lui être préférée. Tel n'est pas l'avis de M. le professeur Gosselin. Il repousse l'opération de la castration dans le cas même d'hématocèle unilatérale; à plus forte raison n'en veut-il point pour les cas où l'hématocèle occupe les deux côtés à la fois; et il se demande ce que doivent penser à cet égard les partisans eux-mêmes de la castration.

Cette question importante de chirurgie pratique s'est trouvée naturellement soulevée, par la présence, dans les salles du service de clinique chirurgicale de la Charité, d'un homme atteint d'une double hématocèle suppurée. Voici l'histoire de ce malade, que nous laissons raconter à M. Gosselin lui-même. Nos lecteurs y trouveront l'avantage d'assister, en quelque sorte, à la discussion clinique à laquelle s'est livré, sur ce sujet, le savant professeur.

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans. Au mois de mars dernier, il fut opéré des deux côtés du scrotum par l'injection iodée. Le liquide qui s'écoula était sanguinolent, et on constata, nous a assuré le malade, un épaississement des enveloppes testiculaires à droite et à gauche. Après les injections faites à quinze jours d'intervalle, les deux poches ont suppuré; une ouverture s'est établie sur chacune d'elles; ces ouvertures sont restées fistuleuses et ont donné issue à une abondante quantité de pus très-fétide.

Lorsque le malade est venu me trouver pour la première fois à l'hôpital de la Pitié, fin juillet dernier, il était amaigri, avait de temps en temps la diarrhée, quelquefois la fièvre, et perdait, par deux orifices de cinq à six millimètres de diamètre, situés un à droite, l'autre à gauche, du pus, qui avait une grande fétidité. Un stylet, conduit par ces orifices, arrivait dans une cavité spacieuse qui ne pouvait être que la cavité vaginale.

Les bourses offraient, d'ailleurs, le gonflement et l'épaississement caractéristiques de la vaginalite chronique avec fausse membrane tapissant chacune des poches vaginales.

En présence d'un cas pareil : hecticité entretenue par la suppuration persistante de deux hématocèles pseudo-membraneuses; que fallait-il faire?

La double castration? mais tout le monde conviendra que cette ressource, sur un jeune homme de 27 ans, eût été cruelle, et je doute qu'aucun chirurgien eût voulu la proposer.

La simple incision de la poche? mais il y avait de grandes chances pour que cette opération ne réussît pas; car j'ai démontré que ces fausses membranes, qui doublent la séreuse dans l'hématocèle et dans certaines hydrocèles, ont peu de tendance à la formation de bourgeons charnus et à l'état granuleux qui, après l'établissement de la suppuration, doivent amener, par un mécanisme analogue à celui de la cicatrisation, l'oblitération de la tunique vaginale. Inciser simplement, c'était s'exposer à faire une opération inutile et à prolonger indéfiniment la suppuration et toutes ses conséquences.

La décortication, après l'incision préalable, n'exposait pas à ces inconvénients. En débarrassant la cavité d'un tissu impropre à la granulation, et en donnant à cette cavité une paroi susceptible de cicatriser, elle offrait des chances bien plus certaines de guérison, sans exposer à plus de dangers que les deux opérations précédentes.

La décortication a été faite du côté droit le 8 août 1867, du côté gauche, le 23 août. Les suites ont été simples, et vers la fin d'octobre, la guérison était assez avancée pour que le malade ait pu aller à Vincennes. Après une quinzaine de jours passés dans cette maison, il est venu me voir; et comme, du côté gauche, il restait un très-petit point, un peu plus large qu'une lentille; comme, d'autre part, je tenais à l'étudier sous le rapport fonctionnel, je l'ai engagé à entrer pour quelques jours dans mon nouveau service, à l'hôpital de la Charité.

Voici donc aujourd'hui l'état dans lequel vous le trouvez :

Sur la partie antérieure du scrotum, des deux côtés, se voit une cicatrice de 6 à 7 centimètres de longueur, évidemment adhérente au testicule. Autour de cette cicatrice, le testicule n'est pas aussi mobile qu'à l'état naturel, ce qui tient, sans aucun doute, à l'absence de cavité séreuse. Les testicules ont, d'ailleurs, leur volume à peu près normal.

Voilà donc un premier point important, celui de la forme. Le malade conserve ses deux testicules et en paraît fort satisfait.

Mais, comme je vous le fais remarquer souvent, à côté de la forme, après nos traitements chirurgicaux, il faut considérer les fonctions.

Que nous apprend à cet égard l'observation de notre malade? Elle nous apprend que la virilité est conservée. Le malade a des érections, des désirs, des éjaculations, dont il nous a fourni deux fois le produit. Sous ce rapport encore il se trouve satisfait, et il ne doute pas qu'il soit aussi propre que tout autre au mariage.

Mais, s'il est viril, est-il fécondant? Sur ce point le malade reste nécessairement dans l'ignorance et la quiétude la plus absolue. Mais nous avons, à deux reprises différentes, M. Liouville une fois, et moi une autre fois, examiné son sperme, et nous n'y avons pas trouvé de spermatozoïdes. Peut-être avons-nous été induits en erreur par cette circonstance que le sperme nous a été fourni desséché, sur une compresse; il nous a fallu mouiller, exprimer et gratter le linge pour faire l'examen. Dans plusieurs cas de ce genre, j'ai retrouvé les spermatozoïdes, quoiqu'en nombre moins considérable qu'à l'état normal. Ne les ayant pas trouvés dans le cas actuel, je suis autorisé à croire que le sperme de ce sujet ne sera pas fécondant, quoique les testicules et la virilité existent. Deux raisons me confirment encore dans cette opinion : la première, c'est qu'il y a oblitération des deux tuniques vaginales; or j'ai fait connaître, dans un chapitre additionnel à ma traduction de Curling (p. 81), la fréquence de l'anémie testiculaire, et, par suite de la disparition des spermatozoïdes consécutivement à cette oblitération de la séreuse. En second lieu, j'ai quelquefois remarqué la même anémie, et la même suppression des spermatozoïdes sur les sujets atteints d'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale.

Nonobstant cette circonstance regrettable, mais qu'il m'était impossible d'éviter, je maintiens que la grande satisfaction laissée au malade par la conservation de ses testicules et la persistance de sa virilité, suffisent pour établir la prééminence de la décortication sur la castration dans les cas d'hématocèle et surtout d'hématocèle bilatérale suppurée.

Traitement des taches de la cornée par l'iodure de potassium.

M. le Dr R. Castorani, déjà connu de nos lecteurs par des travaux d'ophthalmologie très-estimés et dans lesquels l'expérimentation physiologique s'allie heureusement à l'observation clinique, poursuit à Naples, où il a été appelé à une chaire de professeur, la série des recherches qu'il a entreprises, il y a plus de dix ans, à Paris, sur les lésions de la cornée.

En 1858, M. Castorani, tout en étudiant les causes des affections de la cornée, dites kératites, a démontré que les diverses affections de cette membrane, réunies sous la dénomination générale de kératite suppurative, sont produites par la pénétration dans la cornée des sécrétions anormales de la conjonctive, non-seulement lorsque l'inflammation de cette membrane est primitive, mais encore quand elle est consécutive à celle des autres membranes de l'œil. Cette pénétration aurait pour effet de ramollir la cornée et, en même temps, de la rendre opaque. Il a démontré, en outre, que lorsque la cornée est vasculaire, les vaisseaux n'en altèrent nullement les tissus; mais que le ramollissement et l'opacité, quand ils existent, sont toujours l'effet de l'imbibition. Il a fait voir, enfin, que l'ulcère de la cornée est occasionné par le frottement des paupières et par l'écoulement des sécrétions anormales et des larmes sur la partie de la membrane devenue molle et opaque. Dès cette même époque, il eut l'idée que les causes des taches de la cornée, connues sous les noms de néphélion, albugo et leucôme, étaient aussi extérieures à la cornée et qu'elles consistaient dans les sécrétions anormales de la conjonctive enflammée; sécrétions qui, sous forme de petits filaments, de molécules de pus ou de mucus, se déposent sur la partie ulcérée, y adhèrent et s'y organisent en s'y insinuant. Il fut amené à penser aussi que les taches de la cornée se forment le plus souvent au centre de cette membrane, par suite du mouvement des paupières agissant de la périphérie au centre, de telle sorte que les filaments du mucus se trouvent entraînés vers ce point; que la cornée, à moins qu'elle ne soit perforée, peut se régénérer sans tache à l'aide d'excitants, qui aident le travail de reproduction de son tissu en même temps qu'ils mo-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'influence des climats sur l'homme et des agents physiques sur le moral, par le Dr FOISSAC, lauréat de l'Institut, chevalier de la Légion d'honneur, etc. (1).

Il y a trente ans déjà, M. Foissac, connu dans le monde médical par différents écrits vitalistes, publiait un livre sur l'influence des climats. Ce livre, favorablement accueilli en France, eut les honneurs d'une traduction allemande. L'ouvrage s'épuisa vite; mais la science a fait bien des progrès depuis cette époque, et M. Foissac n'y est pas resté étranger. A part ses écrits sur la gymnastique, sur la déontologie médicale, sur la philosophie, M. Foissac a surtout laissé un livre remarquable sur la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme et principalement la médecine et l'hygiène publique. Rappeler que cet ouvrage a été couronné par l'Institut, c'est dire sa valeur, et c'est dire aussi que la climatologie a été l'objet des études de prédilection de l'auteur. Aussi a-t-il pu, chaque jour, polir et repolir son manuscrit de 1837, et, par des modifications et des additions successives, en faire un ouvrage tout neuf. C'est précisément celui que j'ai lu depuis quelques mois, et, avec d'autant plus d'opportunité, que cette bienheureuse année 1867 nous a permis de faire, pour ainsi dire, le tour du monde en parcourant le Champ-de-Mars; d'y voir les peuples, les animaux, les végétaux, les produits industriels, les œuvres d'art, de science, etc., de toute la terre habitée. Nous avons pu voir que l'homme du nord ne s'habille pas, ne se nourrit pas, ne travaille pas comme l'homme du midi : ses goûts, ses habitudes, son caractère ne sont pas les mêmes.

Il y a donc là une question de climat.

Cette question n'est pas neuve, et nous la retrouvons, quand nous fouillons nos souvenirs classiques, comme un fondement nécessaire du développement des institutions de tous les peuples. Nous la retrouvons, au dix-huitième siècle, étudiée par Buffon, qui, à l'influence du climat, joint l'action de la nourriture. « C'est principalement par les aliments, dit-il, que l'homme reçoit l'influence de la terre qu'il habite. »

Plus près de nous, à notre époque, un homme proclame hautement cette idée dans une philosophie qui rayonne de poésie et de logique; et cet homme, M. Taine, fait école et a naturellement beaucoup de sectateurs.

M. Trémaux va plus loin encore. Il dit : « Tel terrain géologique, telle espèce; le sol fait la plante; le végétal fait l'animal, donc le sol fait l'animal. »

Nous serions donc le jouet de la nature qui nous pétrit à sa fantaisie, selon le sol, selon le climat? Ce serait une sorte de fatalisme physiologique, si l'homme n'avait pas en lui une force particulière qui le fait réagir contre cette influence, tout comme l'innéité le fait réagir contre l'hérédité, tout comme la vitalité le fait réagir contre la maladie.

M. Foissac a envisagé cette question des climats non-seulement comme un savant, comme un philosophe, mais aussi comme un médecin. Après un demi-siècle d'études médicales, il a rassemblé tout ce qu'il a lu, tout ce qu'il a vu, et il l'a fait rentrer dans un cadre qui constitue, pour ainsi dire, son testament scientifique. Il appartient à une école qui voit dans l'homme autre chose que des cellules, que des fibres, que de la matière : il est d'une époque où le médecin ne se croyait pas seulement homme d'amphithéâtre ou d'hôpital, mais encore homme du monde. Pour moi, personnellement, je ne partage pas toutes ses idées; j'ai à les exposer et non à les discuter ici.

Son ouvrage, qui est une véritable encyclopédie, est divisé en trois parties : — Des fonctions; — Des maladies; — Du moral.

M. Foissac partage les climats en cinq groupes et établit que le degré de développement physique et moral s'élève insensible-

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 15 fr. — Chez J.-B. Baillière, 1867.

difient la sécrétion de la conjonctive; que la régénération est plus active à la périphérie qu'au centre de cet organe; que, pour obtenir la guérison des taches de la cornée, il faut enlever les couches opaques petit à petit, ou les détruire à l'aide des caustiques, afin de les transformer en plaies ou en ulcères, lesquels seraient ensuite soignés comme tels.

C'est pour vérifier ces diverses propositions, que M. Castorani en a appelé au double contrôle des expériences et de l'observation.

Bien que ce ne soit pas le lieu de nous étendre longuement ici sur des expériences de laboratoire, nous ne pouvons nous dispenser cependant d'en faire connaître, au moins sommairement, les résultats. Nous nous arrêterons plus longtemps sur les faits cliniques.

Une première série d'expériences a consisté à pratiquer, soit successivement, soit parallèlement, sur des animaux différents ou sur les deux yeux du même animal, des plaies de la cornée, tantôt à son centre, tantôt sur l'un de ses segments interne ou externe. Cette série d'expériences a servi à établir ce double fait, savoir : que la reproduction ou régénération de la cornée se fait d'une manière beaucoup plus active à sa périphérie qu'à son centre; et que, là où la régénération est plus lente et moins complète, là s'observent plus facilement les taches, tandis qu'elles ne se forment que très-peu, ou même point du tout, dans les parties où la régénération est plus active.

S'étant assuré, ainsi qu'il vient d'être dit, que la cornée se reproduit et plus rapidement et plus parfaitement à la périphérie qu'au centre, M. Castorani a pensé que les plaies, les ulcères de cette membrane pourraient guérir sans tache, à l'aide des excitants qui, en même temps qu'ils provoquent la reproduction de la cornée, modifient la sécrétion de la conjonctive. Une expérience consistant, après avoir pratiqué une abrasion, à cautériser, trois fois par semaine, la conjonctive palpébrale avec la pierre de sulfate de cuivre, ou à faire usage d'un collyre du même sel, ou mieux d'un collyre au proto-iodure de potassium, en instillant une goutte entre les paupières, tous les jours, a réalisé ses prévisions, en montrant, après deux mois, la régénération parfaite de la portion de cornée abrasée, sans tache, et avec sa transparence normale.

Comme contre-épreuve, M. Castorani a répété, sur d'autres animaux, la même expérience, avec cette seule différence qu'il n'a eu recours à aucun moyen de traitement. Les ulcères de la cornée étaient remplacés par des taches, néphélion, albugo, leucôme simple ou adhérent, suivant l'étendue et la profondeur de l'ulcère.

Il s'agissait de constater l'exactitude de ces mêmes faits chez l'homme, et d'en faire l'application à la thérapeutique. Nous voici arrivés aux faits cliniques, qui nous intéressent plus directement.

Dans un premier cas, un homme de 48 ans présentait à l'œil gauche un leucôme simple central et large presque de 4 millimètres. La tache avait son maximum d'intensité à son centre. A l'œil droit, il existait aussi un leucôme simple, ayant son siége au segment interne inférieur de la cornée, et dont la dimension était presque de la largeur de cette membrane. Le malade ne distinguait que le jour de la nuit. Les taches existaient depuis quatre ans. L'œil gauche fut opéré en pratiquant l'excision de la tache comme sur les animaux. Après cela, la conjonctive palpébrale fut cautérisée légèrement avec la pierre de sulfate de cuivre; cette cautérisation fut répétée trois fois par semaine. Au bout de deux mois, la tache était devenue moins large et la plaie avait disparu. La même opération fut faite de nouveau et répétée jusqu'à quatre fois. — Au bout de deux années, on voyait un petit néphélion au centre de la cornée et le malade voyait assez pour se conduire. M. Castorani toucha alors le petit néphélion avec un pinceau trempé dans une solution saturée de proto-iodure de potassium. Après trois mois de ce dernier traitement, la guérison était complète. — Le mois d'après, la même opération fut faite à l'autre œil; celui-ci fut tout à fait guéri au bout de six mois environ.

Dans ce cas, comme on vient de le voir, la guérison de la tache à l'œil gauche s'est longtemps fait attendre, tandis qu'à l'œil droit la tache a disparu en peu de temps. Cette différence tient à cette circonstance, dont les expériences précitées donnent la signification, que la tache de l'œil gauche était centrale, tandis que l'autre était périphérique.

Dans un grand nombre d'autres observations ressemblant toutes plus ou moins à celle-ci, et qu'il serait beaucoup trop long de rapporter ici, le résultat a été, au degré près, le même. C'est-à-dire que sous l'influence du même moyen de traitement, tous les malades atteints d'albugos ou de leucômes plus ou moins intenses, ont recouvré plus ou moins complétement la vue.

De quelle manière agit dans ce cas l'iodure de potassium? M. Castorani a demandé la solution de cette question à de nouvelles expériences. Il est résulté de ces expériences, que nous nous dispensons de reproduire, que l'iodure de potassium, suivant le degré de concentration auquel on l'emploie, le mode et la fréquence de ces applications, agit tantôt comme caustique, tantôt seulement comme dissolvant. On peut donc l'employer dans le traitement des taches de la cornée à ces deux titres, en l'appliquant différemment suivant celui de ces deux modes d'action que l'on veut produire. Dans le premier cas, par exemple, si l'on veut qu'il agisse comme caustique, on touche la tache avec un petit pinceau pendant un quart de minute, afin de la remplacer par une plaie; dans l'autre cas, si l'on ne veut avoir qu'une action dissolvante, on touche trois fois par semaine la conjonctive palpébrale supérieure et inférieure, et on agit alors comme lorsqu'on touche cette membrane avec la pierre de sulfate de cuivre dans le traitement des ulcères de la cornée. On arrive plus promptement à la guérison des taches en employant l'iodure de potassium comme caustique.

Employé comme dissolvant dans la kératite primitive disséminée au premier et au deuxième degré, il a donné également des succès remarquables.

Enfin M. Castorani a expérimenté l'iodure de potassium contre les granulations de la conjonctive, pourvu qu'il n'existât pas des vaisseaux sur la cornée, et il lui a paru qu'il agissait alors comme un topique supérieur à tous les autres.

Il est une circonstance inhérente à l'emploi de ce moyen qu'il importe de ne pas passer sous silence, c'est la douleur qu'il provoque, douleur assez vive, mais rapide.

Avec la solution saturée d'iodure de potassium, M. Castorani a formé divers collyres plus doux. Telles sont : une solution saturée d'iodure de potassium et de glycérine, parties égales; une solution saturée d'iodure de potassium, de tannin et de glycérine; d'iodure de potassium, glycérine et sulfate de cuivre également à parties égales, etc. La première, notamment, a paru à notre confrère rendre de grands services dans les ulcères de la cornée, l'action de ce collyre s'apaisant tout de suite, tandis que les autres maintiennent plus longtemps leur action irritative.

Dr Brochin.

OBSTÉTRIQUE.

Description du rétroceps

par le docteur L. Hamon.

Le rétroceps se compose de deux branches, s'articulant sur un manche transversal commun; c'est un levier du troisième genre, ou interpuissant.

Les deux cuillers de cet instrument se posant à peu près invariablement en arrière de la tête, et ayant pour objet de saisir solidement cet organe, ainsi que le ferait une main puissante, le problème à résoudre consistait à trouver les moyens d'assurer aux leviers les divers mouvements nécessaires pour imiter, aussi fidèlement que possible, à ce point de vue, le plus parfait des organes de préhension.

Pour réaliser de telles vues, un double mouvement a été dévolu aux branches : à la droite, celui de rotation sur son axe (branche pivotante); à la gauche, mobilité de dehors en dedans, ou de latéralité (branche basculante). C'est pour assurer aux leviers ce double mouvement de pivot et de bascule que leur support commun a été muni d'un mécanisme particulier.

Le rétroceps se compose donc de trois pièces : de deux branches et d'un manche commun transversal. Occupons-nous successivement de la description de chacune d'elles.

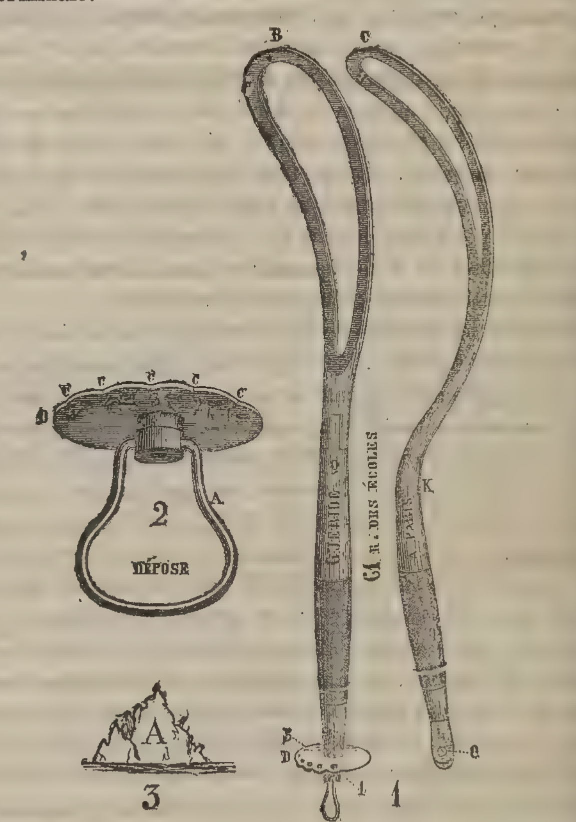
Dans chacune des branches on peut distinguer deux parties : une cuiller et une tige.

Comme cet instrument est destiné à aller saisir la tête au détroit supérieur, et que c'est même dans de semblables conditions qu'il rend les services les plus signalés, il fallait assigner aux deux leviers une longueur appropriée. A ce point de vue, le forceps croisé m'a fourni un renseignement précieux. Plusieurs fois, dans le cours de ma carrière d'accoucheur, n'ayant pu tirer un bon parti de cet instrument qu'à la condition d'introduire ses cuillers assez profondément dans les organes maternels, pour que son pivot articulaire correspondît à l'aire même de la vulve, j'ai dû assigner à mes leviers une longueur correspondante, afin de pouvoir atteindre, également, à une semblable hauteur. Or, les cuillers de mon forceps croisé, de leur bec au point d'articulation, mesurant une étendue de 22 centimètres, j'ai fait en sorte que mes deux branches, une fois articulées, présentassent, à partir de la face supérieure du manche, une dimension de 27 centimètres. Dans de telles conditions, elles laissent encore une latitude de 3 centimètres au-dessus de la poignée pour la facilité des manœuvres.

Il était une autre considération, non moins importante, dont il importait grandement de tenir compte. Les cuillers de l'instrument étant destinées à saisir la tête fœtale, leur longueur devait être calculée suivant les diamètres de l'organe, de manière à s'adapter sur lui de la façon la plus convenable. Or, le plus étendu d'entre eux, l'occipito-mentonnier, est de 135 millimètres. Tenant compte de l'allongement fréquent de la tête, dans le cas où la filière pelvienne, relativement ou absolument rétrécie, apporte un obstacle à son passage, pour éviter toute compression dangereuse et susceptible de s'opposer à la libre évolution de l'organe, j'ai donné à mes cuillers une longueur de 15 centimètres.

Après ces données générales, passons à la description de chacune des parties des branches.

Dans l'un et l'autre levier, il faut considérer trois parties : les cuillers, les tiges et l'extrémité digitale. Comme cette dernière seule diffère dans chacune des branches, je vais d'abord donner une idée des deux premières dans une description collective; je m'occuperai ensuite spécialement de l'une et l'autre portion terminale.



« Les cuillers » présentent une double courbure : courbure sur le plat, courbure sur le champ. La première, destinée à mettre cet agent de préhension en rapport avec la configuration d'un organe sphéroïde, est beaucoup plus prononcée que dans le forceps classique.

La courbure sur le champ des cuillers du rétroceps, est ménagée en vue de la conformation du bassin; elle limite le cintre antérieur de la double cuiller, et est calculée de manière à saisir convenablement la tête, quelle que soit la partie du bassin dans laquelle elle se présente.

Je ne prendrai point ici, pour point de comparaison, le même cintre sur le champ du forceps croisé, l'objet des deux instruments devenant, au point de vue actuel, essentiellement distinct.

Les cuillers du rétroceps sont beaucoup plus étroites que

---

ment à mesure que l'on arrive entre le trentième et le cinquantième degré de latitude; que ce degré de développement ne s'étend pas seulement à l'homme, mais que le règne végétal lui-même semble participer à cette influence climatérique, ce qui l'amène à faire une géographie zoologique, dans laquelle il démontre que, par l'action des circonstances extérieures, tout le règne organique se trouve fatalement modifié, et que le règne inorganique seul ne change pas.

Si nous laissons de côté tout ce long chapitre, où se déroulent la faune et la flore du monde habité, pour arriver au chapitre suivant, sur la température animale, sur la respiration, etc., nous trouvons bien le résumé de tous les travaux les plus importants des Dumas, des Flourens, des Edwards et des Desprets; mais, n'oublions pas que nous sommes médecins, et, à ce titre, nous aurions été bien aise de trouver, à côté de ces noms, ceux des Marey, des Robert Latour; nul de nous n'ignore les efforts persévérants de ce dernier, relativement à l'application de la chaleur humaine au diagnostic des maladies; et cette recherche se vulgarise de jour en jour dans les cliniques de nos hôpitaux, malgré la tiédeur avec laquelle ont été accueillis les premiers travaux de l'auteur.

L'alimentation, chez les différents peuples, vient d'être, au palais du Champ-de-Mars, une question d'actualité. Nous avons pu manger chez les différentes nations et comparer leur nourriture à la nôtre. L'usage des végétaux diminue au fur et à mesure qu'on s'étend des régions tempérées aux régions froides; et si les Suédois et les Norwégiens trouvent dans le poisson frais ou salé, dans des viandes séchées au soleil une alimentation suffisamment réparatrice, l'Arabe, au contraire se contente, d'une nourriture végétale, peu abondante, de café noir; il ignore l'usage des spiritueux, indispensables aux hommes du nord.

M. Foissac fait naturellement de la statistique, et nous donne la quantité exacte de viande qui se mange aujourd'hui. Comme quelques économistes, il se montre effrayé de la quantité considérable de viande de cheval (138,695 kilog.), qui se perd journellement et il se déclare hippophage. C'est une question de sentiment d'abord, et de goût ensuite. Le cheval, quoi qu'on dise, n'est pas un animal de boucherie; et, quand l'homme aura mangé son cheval, il n'y aura plus de raison pour que, en vertu du même principe économique, il ne mange son chat, son perroquet et son chien. Allez, cher confrère, vous avez eu des chevaux, mais vous ne les avez jamais aimés pendant leur vie, pour songer à les manger après leur mort...

Le chapitre relatif à la nutrition et aux sécrétions, suivant les climats, a une certaine importance pour nous. M. Foissac traite incidemment de l'obésité et de la maigreur, deux choses également redoutées du sexe féminin, et dont le traitement constitue une spécialité fort productive, dit Brillat-Savarin, pour le médecin qui serait à la fois beau, garçon, discret et savant. C'est dans ce chapitre que l'auteur traite de l'absorption et de l'excrétion, fonctions qui sont si étroitement liées entre elles. Il n'a fait qu'effleurer la question de la contagion à propos de l'absorption, et il y avait beaucoup à dire à ce sujet. Il me semble qu'il aurait dû signaler, entre autres travaux importants, une thèse remarquable de M. Titon (1) (1854), actuellement médecin fort estimé à Châlons; une thèse d'Ossian Henry fils (2) (1855), et, plus récemment, le mémoire de M. Demarquay, qui est le plus complet que nous possédions.

Cette première partie se termine par deux chapitres, l'un sur la force, l'adresse, l'agilité à la course, l'autre sur la taille. Dans le premier, nous voyons toujours cette influence puissante du climat et de l'exercice sur le développement de la force musculaire. M. Foissac nous promène du Nord au Midi, nous fait remonter aux temps héroïques de la Grèce, et montre toujours l'action du climat et de l'exercice méthodique et soutenu sur la constitution.

Nous n'avons rien à dire du chapitre sur la taille : ce sujet vient d'être traité à l'Académie de médecine par M. Broca, qui,

(1) Recherches sur les préparations iodées.
(2) Essai médical et hygiénique sur les bains.

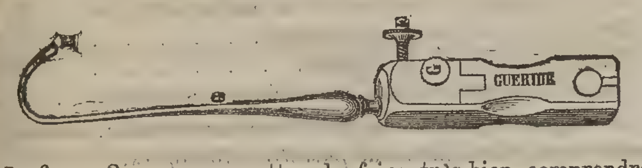
celles du forceps croisé. Cette condition leur permet de pénétrer beaucoup plus aisément au travers du col utérin, insuffisamment dilaté ; sans elle, il serait impossible d'effectuer, ainsi que je le pratique journellement, l'accouchement physiologique artificiel.

Comme c'est par les tiges que sont saisies les branches, pour effectuer le placement des cuillers, il importait qu'elles fussent disposées de manière à bien tenir, je ne dirai pas en main (car les leviers doivent toujours être tenus légèrement, ainsi qu'une plume à écrire), mais dans les doigts. A cet effet, une portion des tiges a été finement taillée (fig. 1, T). J'ai dit finement, car ces mêmes tiges peuvent être engagées, presque dans leur totalité, dans le sein des organes gestateurs (plus d'une fois je les ai fait pénétrer à une profondeur de 22 centimètres), et l'on conçoit que des aspérités trop prononcées seraient susceptibles de contondre, de déchirer les parties molles de la mère.

Arrivons maintenant aux « extrémités digitales. »

Commençons par la branche gauche ou basculante C, comme étant la plus simple. Sa portion terminale (fig. 1, L) est amincie sur le plat, en vue de pénétrer dans une mortaise préparée à cet effet dans la partie droite du manche (fig. 4, S). Elle ne présente que deux particularités à noter : 1° vers son extrémité inférieure, on y voit pratiquée une ouverture circulaire O, ménagée pour le passage d'une goupille (fig. 4, G), destinée à articuler cette branche sur le support commun.





La figure 2 va me permettre de faire très-bien comprendre la disposition de la portion digitale de la branche droite.

Sa partie la plus extrême, I, est munie d'un anneau A. Ce dernier est utilisé comme levier, pour la manœuvre de la branche pivotante, une fois en place. C'est par son moyen que se règle le degré d'ouverture de la double cuiller; que s'articule et se désarticule cette même branche, par le mécanisme dont j'ai maintenant à dire quelques mots.

Au-dessus de l'anneau A, qui, le plus ordinairement, est tenu entre le pouce et l'index droit, se remarque une rondelle D.

A sa partie supérieure sont pratiquées cinq petites ouvertures circulaires (1, 2, 3, 4, 5), destinées à livrer passage à une tête saillante (fig. 4, N), dont se trouve muni le manche à sa face inférieure. C'est ce système d'arrêt qui permet d'articuler la branche droite, et qui contribue, pour ce qui a trait à cette même branche, à régler le degré d'ouverture de la double cuiller. Lorsque la tête d'arrêt N est introduite dans l'ouverture portant le n° 1, l'instrument est ouvert au maximum. Je dois dire que je n'ai jamais jusqu'ici utilisé que les trois premières ouvertures. Les dernières ne sauraient être employées que dans les cas tout exceptionnels où l'on désirerait tirer parti du rétroceps en tant que forceps symétrique.

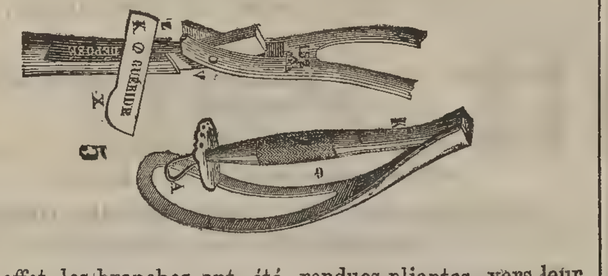
Le rebord supérieur du disque D est taillé en dents de feston çççç.

Voici le but que je me suis proposé en faisant pratiquer ces dentelures. Souvent on opère dans les plus mauvaises conditions d'éclairage. Il est bon, cependant, de savoir le degré d'ouverture de la double cuiller ; car, pour que l'instrument affecte une prise solide, il convient, d'ordinaire, que la tête d'arrêt N soit engagée au moins dans le deuxième trou. Cette notion permet également d'estimer approximativement le volume, ou tout au moins l'étendue du diamètre saisi de la tête. Eh bien ! rien de plus facile que de déterminer le degré de l'articulation, dans les plus profondes ténèbres. Il suffit, pour cela, de passer l'ongle du pouce sur le rebord et vers la face inférieure de la rondelle, jusqu'à l'encontre de la partie saillante de la tête d'arrêt. Il devient, par ce moyen, très-facile d'apprécier, les yeux fermés, si cette même tête est engagée dans le premier, dans le deuxième, dans le troisième trou du disque, et, par là, le problème est résolu en un instant.

Au-dessus du disque, dans une longueur de 0m,026 environ, la portion terminale de la tige droite (fig. 1, J) affecte une disposition cylindrique, disposition nécessaire pour l'exécution des mouvements de rotation sur son axe, dévolu à cette même branche. Cette partie est destinée à s'engager dans une mortaise circulaire (fig. 4,R), qui lui est ménagée dans la portion gauche du manche.

Encore une particularité, et j'en ai enfin fini avec les deux leviers.

Trouvant encore trop considérable, pour la commodité du transport, un instrument déjà si réduit, comparativement à la formidable longueur du forceps classique, j'ai tenu à lui assigner des dimensions tellement restreintes qu'il devînt possible de lui faire trouver place dans la poche.



A cet effet, les branches ont été rendues pliantes, vers leur partie moyenne (fig. 5,V). Cette figure permet de se rendre compte de ce genre de génuflexion. Elle s'exécute par le moyen du petit levier K. Dans la figure 1, les branches sont redressées, et le même levier K est figuré en place. Pour opérer leur flexion, il suffit de soulever légèrement la pièce à ressort par son onglet X, et de lui faire affecter une direction perpendiculaire par rapport à la tige (fig. 5). Le talon Z, devenu libre, il n'y a plus qu'à rapprocher les deux extrémités des branches, qui se referment de la sorte, à la façon d'un couteau de poche : le levier est ensuite remis en place. Pour redresser les branches, la manière de procéder est exactement la même.

Voilà pour les branches ; passons maintenant au manche.

Le manche ou support commun est un carré long.

Il présente quelque analogie avec un couteau, constitué, comme chacun sait, par une chasse et une lame. La chasse de mon manche, c'est le corps de la poignée; la lame, c'est un appendice (fig. 4,H) que j'ai nommé pont-volant, lequel se meut par le moyen d'une solide charnière Y, préparée à la partie antérieure droite dudit manche. La figure 11 représente cet appendice rabattu et fixé par son crochet d'arrêt E; I simule ce même appendice levé.

Pour la description du manche, je le supposerai fermé, et reposant sur une table, tel qu'on le tiendrait à la main, pour articuler perpendiculairement ses leviers. Je lui distinguerai quatre faces : faces supérieure, inférieure, antérieure et postérieure, et deux extrémités : la gauche et la droite.

La face supérieure, ainsi que l'inférieure, présente deux mortaises : une circulaire (R), taillée aux dépens et du corps du manche et du pont-volant (R,R'), dans la portion gauche de la poignée, destinée à recevoir la portion cylindrique de la branche pivotante ; une en carré long, S, préparée pour l'engagement de la partie aplatie L de la branche basculante.

La face inférieure, indépendamment des deux mortaises dont je viens de parler, présente encore deux particularités : en avant et en dehors de la mortaise circulaire, se voit implantée dans le pont-volant, la tête saillante N, destinée à l'articulation de la branche pivotante. Cette tête d'arrêt doit être assez longue pour dépasser de 0m,002 environ la surface inférieure du disque D. Ce petit excès de longueur assure la solidité de l'articulation, durant les manœuvres de l'extraction. Ce relief permet, en outre, de reconnaître, ainsi que je l'ai établi plus haut, celle des ouvertures de la rondelle dans laquelle est engagée la tête d'arrêt du manche.

A la partie extrême du manche, en dehors de la longue mortaise S, se voit une petite ouverture taraudée, S. Elle a pour objet de fixer solidement, sur le support commun, par le moyen de la vis F, qui sert, comme on le voit, à un double usage, deux pièces accessoires indispensables, si l'on tient à être prêt à tout événement. Je veux parler d'un perce-crâne et d'un crochet mousse ou aigu, à volonté.

« La face postérieure » est munie de graduations centimétriques, qui permettent à l'accoucheur de se passer des mesures métriques, qu'il est loin de trouver, en tous lieux, sous la main.

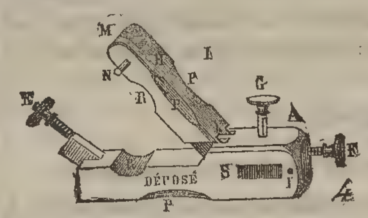
Sur « la face antérieure » se remarquent deux boutons. A la partie extrême gauche est établi le système de fixation du pont-volant E. Dans mes anciens modèles, c'était un simple crochet, analogue à celui du sécateur des jardiniers. J'ai fini par lui trouver deux grandes imperfections. Assez souvent, dans le cours des manœuvres laborieuses, le petit doigt de la main droite venait à le repousser en dehors, et le pont-volant, cessant d'être maintenu, la branche droite se trouvait tout à coup désarticulée. De plus, dans un certain nombre de cas, il arrive que la portion cylindrique de cette même branche ne s'engage pas carrément dans sa mortaise. Dans ces conditions, il devient impossible, au moyen de son crochet, de fixer l'appendice, dont l'extrémité se trouve distante d'un ou de plusieurs millimètres du point correspondant de la chasse. Pour sortir d'embarras, il fallait alors, durant les tractions, maintenir le pont-volant avec la main gauche, ou, ainsi que l'a fait une fois M. Lemariey (de Pont-Audemer), le fixer au moyen d'une ficelle ou d'une bandelette de toile. Pour parer à ces divers inconvénients, M. Guéride, mon fabricant, a taraudé l'extrémité libre de cette petite pièce fixatrice, et lui a adapté une tête à vis intérieure. Par ce moyen, qu'il soit ou non rendu à place, le pont-volant se trouve maintenu avec une solidité à toute épreuve.

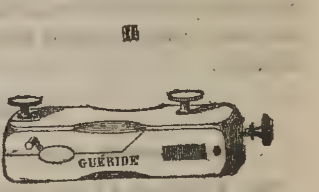
Le deuxième bouton G est la tête de la goupille articulaire de la branche basculante. Cette même goupille, placée à la partie moyenne et inférieure de la longue mortaise, est à système de baïonnette. Il faut faire exécuter, à la tête, un quart de tour, pour fixer solidement la goupille. Une fois engagée dans l'ouverture O de la branche basculante, on peut désarticuler cette dernière, en retirant de 0m,008 cette même goupille hors du manche, sur lequel elle est, d'ailleurs, fixée à demeure.

Nous n'avons plus à nous occuper que des « extrémités du manche. »

« L'extrémité gauche » ne présente qu'une mortaise, dans laquelle est établi le système d'arrêt E du pont-volant, dont j'ai déjà donné la description.

A la partie supérieure de « l'extrémité droite » se voit une petite ouverture circulaire taraudée. Elle est destinée, soit à la vis F, soit aux accessoires (fig. 6) qui se montent sur le support commun.





C'est donc la vis F qui règle le mouvement de bascule de la branche C ; mouvement qui, presque toujours, porte son bec en dedans, vers le bec congénère. L'effet opposé, c'est-à-dire en dehors, n'a lieu que par exception, soit dans les cas où la tête présente des dimensions anormales, soit dans ceux où l'instrument est employé en tant que symétrique. Il suit de là que, la branche gauche, plus ou moins inclinée vers la droite (nécessairement perpendiculaire au manche, eu égard à la condition de sa mortaise), affecte, sur ce même manche, une obliquité variable, mais à peu près constante.

Enfin, un dernier trait. Ainsi qu'on le voit simulé sur les figures 4, tous les angles de la poignée sont soigneusement effacés. Un évidement même a été pratiqué à la partie moyenne des quatre angles, qui réunissent entre elles les quatre faces dont j'ai donné la description PPP. Ces évidements ont eu pour triple objet d'alléger assez notablement le poids de la poignée, toute métallique, et de la rendre, à la fois, plus douce et plus solide en main.

Comme cet instrument est livré à mes confrères sous ma propre garantie, j'ai dû prendre quelques précautions, pour leur assurer la bonne et fidèle exécution de mes plus récents modèles. A cet effet, j'ai exigé de mon fabricant, M. Guéride, qu'un numéro d'ordre fût marqué sur chaque branche, ainsi que sur le manche. De plus, ce dernier porte empreint un poinçon de maître, représentant un A dans un mont (fig. 3). Cet instrument, en raison de son rapide succès, a déjà eu le malheur de tomber dans le domaine de la contrefaçon. Malheureusement, les copies ont été fort peu heureuses. Il est donc de mon devoir de tenir mes confrères en garde contre un genre de fraude que je dois ici me garder de qualifier.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 6 octobre 1867. — Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Mémoire sur un nouveau procédé d'amputation du pénis

Par M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Pour prévenir l'atrésie de l'urèthre à la suite de l'amputation du pénis, on doit chercher à reproduire les conditions normales du méat urinaire ;

2° Ce but peut être atteint en formant deux lambeaux larges et épais, aux dépens de la muqueuse et du tissu spongieux qui la double extérieurement. Ces lambeaux sont ensuite rabattus sur le moignon et fixés dans cette nouvelle position au moyen des serre-fines ou de la suture métallique ;

3° En procédant de la sorte, on reporte en dehors la ligne de cicatrisation de la plaie, on permet aux lèvres du nouveau méat d'être attirées dans ce dernier sens par la rétraction du tissu cicatriciel, et on éloigne ainsi les chances de coarctation consécutive ;

---

par ses profondes connaissances en anthropologie, a jeté la plus vive lumière sur cette question.

La deuxième partie traite des maladies. Ici, nous sommes beaucoup plus sur notre terrain, et nous nous trouvons en pleine pathologie générale. Nous retrouvons l'influence du climat sur le développement des maladies. M. Foissac émet des considérations sur l'étiologie et le caractère des maladies, sur les constitutions médicales. L'encombrement lui a fourni quelques pages relativement à la construction des hôpitaux. M. Foissac y publie une statistique des résultats fournis par les grandes opérations, et nous voyons que ce qu'il faut, avant tout, ce sont les petits hôpitaux. Cette statistique plaide donc pour la décentralisation. L'opération césarienne, par exemple, toujours mortelle à Paris, réussit fréquemment en province. Nous en dirons autant de l'ovariotomie, qui commence à s'acclimater à Paris ; et il est fâcheux que M. Foissac n'ait pu consulter les statistiques qu'a publiées M. Boinet, dans son « Traité complet des maladies des ovaires » (1). M. Foissac passe en revue toutes les affections paralytiques, l'ergotisme, la pellagre, le goître et le crétinisme, les fièvres intermittentes et paludéennes, etc.

Cette seconde partie est une étiologie générale, dans laquelle l'auteur se montre à la fois homme de science et de pratique. Il termine par trois chapitres sur les maladies des climats froids, des climats chauds et des climats tempérés.

Nous voici arrivés à la troisième partie, la plus attrayante peut-être, et la plus intéressante. M. Foissac prouve qu'il a compris et pratiqué le précepte d'Hippocrate, qui veut que le vrai médecin soit philosophe. Sans perdre jamais de vue son point de départ relativement à l'influence des agents physiques sur le moral, il combat l'axiome de l'école sensualiste, et cherche à prouver que les sens ne sont l'origine ni de nos instincts, ni de nos penchants, ni de nos aptitudes. Il étudie les mœurs des différents peuples, leurs facultés intellectuelles, leurs langues, leurs arts, etc. Nous avons pu voir et juger les aptitudes de chaque peuple dans les œuvres d'art exposées dans le palais du Champ-de-Mars, et si Rome a perdu ce sublime privilége que lui reconnaissait Virgile, — « Regere imperio populos, » — l'Italie s'est toujours montrée la patrie des arts, et, à notre Exposition universelle, c'est encore la sculpture italienne qui, dans la personne de Véla, a eu les honneurs d'un triomphe populaire. Rien n'échappe à M. Foissac : musique, poésie, religions, gouvernements.

Ici, malgré tout notre désir, nous ne pouvons suivre l'auteur.

En résumé, M. Foissac est un homme de doctrine : il est spiritualiste convaincu. Son livre est un plaidoyer éloquent, écrit en bon style, rempli de pensées élevées. C'est une sorte de physiologie appliquée, appuyée sur des faits que l'auteur a puisés partout, je dirai presque avec prodigalité.

Après nous avoir fait voyager chez tous les peuples, il nous démontre que, au physique comme au moral, l'homme porte l'empreinte de la région où il vit. C'était le but que se proposait l'auteur, et tous ses lecteurs, même ceux qui ne sont pas de son école, trouveront qu'il l'a atteint.

Dr A. Corlieu.

(1) Boinet. — 1 vol. in-8°, 1867. — Chez Victor Masson, pag. 326, 340 et suiv.

Dissertation sur quelques points de philosophie médicale et thérapeutique à propos du choléra, par le Dr Paul Pitet, externe des hôpitaux de Paris, etc., in-12 ; prix : 1 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'inoculabilité de la phthisie, par le Dr Roustan, in-8 avec 2 planches lithographiées ; prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Principes de pathologie générale, par le Dr Péchot, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Rennes, médecin des hôpitaux des hôpitaux, etc. — Un vol. in-12 ; prix : 4 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

4° La division longitudinale de la verge rend la formation de ces lambeaux très-facile et n'allonge pas beaucoup l'opération ;

5° Cette méthode permet, en outre, de constater avec plus de facilité l'étendue de la dégénérescence dans les cas de cancer ;

6° L'écrasement linéaire présente des avantages pour la section des corps caverneux, les autres temps de l'opération (division de la verge, taille des lambeaux, division circulaire des téguments), doivent être pratiqués par l'instrument tranchant.

M. Giraldès. Parmi les pièces de la correspondance se trouve le rapport de M. Gayet (de Lyon). Je crois, pour ma part, que les cas de mort résultant de l'emploi de l'éther sont plus nombreux qu'on ne le pense généralement. La Société médicale de Boston en a signalé 40 exemples. Dans mon article «Anesthésie du Dictionnaire,» j'ai fait remarquer que les partisans de l'éther faisaient tous leurs efforts pour innocenter cet agent anesthésique ; il n'est point douteux que si l'on procédait de la même manière, on arrivât à décharger le chloroforme d'un bon nombre de morts qui peuvent être attribuées à des lésions organiques préexistantes. Je me résume en disant que l'éther n'est peut-être pas un agent aussi inoffensif qu'on semble vouloir l'établir.

COMMUNICATION

Observations diverses de pratique chirurgicale

M. Vanzetti fait la communication suivante (sera publiée).

RAPPORT

M. Després fait un rapport verbal sur les travaux de M. le Dr Ladureau, candidat au titre de membre correspondant.

NOMINATION DE COMMISSIONS

Commission pour la nomination des membres correspondants nationaux.

Sont nommés au scrutin : MM. Guyon, Blot, de Saint-Germain, Labbé, Verneuil.

Commission pour la nomination des membres correspondants étrangers.

Sont désignés : MM. Giraldès, Le Fort, Guyon, Broca, Verneuil.

Commission pour la nomination d'un membre associé étranger.

Sont élus : MM. Giraldès, Le Fort, Larrey.

Commission pour le prix Duval.

Sont désignés : MM. Labbé, Tarnier, Marjolin, Tillaux, Blot.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Guyon présente un appareil destiné à porter des injections médicamenteuses dans les parties profondes du canal de l'urèthre.

Cet appareil se compose : 1° d'une bougie exploratrice à boule perforée ; 2° d'une longue canule métallique qui pénètre dans l'intérieur de la bougie exploratrice ; 3° d'une seringue de Pravaz, qui se visse sur la canule au moyen de laquelle on peut doser le liquide médicamenteux. M. Guyon pense qu'on pourrait également employer cet appareil pour les injections intra-utérines.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société impériale de chirurgie, craignant d'avoir égaré quelques brochures pendant le déménagement de sa bibliothèque, prie messieurs les docteurs qui ont envoyé leurs thèses au concours du prix Duval (1867) de vouloir bien en adresser un nouvel exemplaire, dans le plus bref délai.

Le Président, LEGOUEST.

M. Regnard, interne des hôpitaux, reprendra ses cours et leçons préparatoires au 2e de doctorat (3e de fin d'année) et au 4e, le lundi 16 décembre. — On s'inscrit, 56, rue des Écoles de midi à 1 heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda-formulaire des médecins-praticiens pour 1868

ET CARNET DE POCHE RÉUNIS, CONTENANT :

Outre le Calendrier-Agenda à deux jours à la page : 1° *Petit Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, avec la *posologie* et plus de 500 formules ; 2° *Accouchements* ; 3° *Médecine légale*, rapports complets et authentiques sur diverses questions ; 4° *Analyse des urines*, au point de vue séméiotique ; 5° *Renseignements divers* ; 6° *Dictionnaire des rues de Paris*, publié par le docteur ANTONIN BOSSU.

Le nouveau CODEX a été mis à contribution pour les nombreuses corrections qu'a reçues cette édition.

PRIX DIVERS DES AGENDAS-FORMULAIRES

		Prix
N° 1.	Reliure chagrin, fermant au crayon.	3 »
N° 2.	— — — en portefeuille.	3 50
N° 3.	Le même avec trimestres mobiles.	4 »
N° 4.	Reliure forme serviette, trimestres mobiles.	5 »
N° 5.	Reliure chagrin, portefeuille, avec petite trousse, poche en soie.	6 »
N° 6.	Le même, avec trimestres mobiles.	7 »
N° 7.	Reliure avec poche et portefeuille intérieurs, petite trousse, trimestres mobiles, etc.	8 »
N° 8.	Le même, avec fermoir en maillechort, etc.	9 »
	Broché, avec couverture imprimée.	1 75
	Cahier plein, doré sur tranche.	2 50
	Cahier recouvert en soie, avec trimestres mobiles.	3 »

Les *Agendas* reliés sont tous dorés sur tranche. — Ceux à petite trousse sont munis de *passettes élastiques*.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

(1879)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suiv t les derniers tarifs des postes

PARIS, 9 DÉCEMBRE 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des sciences. — Au commencement de la séance d'aujourd'hui, M. le président annonce le décès de M. Flourens, secrétaire perpétuel rend compte de ses obsèques qui ont eu lieu ce matin même (voir plus loin).

La mort de Civiale laissait vacante une place d'académicien libre. Pour la remplir, la commission avait présenté, en première ligne, M. le baron Larrey ; en deuxième ligne, « ex æquo », M. Lartet et M. Sichel.

Au premier tour de scrutin, sur 58 votants, M. le baron Larrey obtient 45 suffrages, M. Sichel, 10, M. Lartet, 3.

En conséquence, M. Larrey est proclamé membre libre.

Bientôt doit avoir lieu une autre élection qui, sans doute, sera chaudement disputée. MM. Laugier, Guérin, Sédillot, naguère compétiteurs pour la place de Jobert (de Lamballe), se retrouvent en présence, comme candidats, pour occuper celle de notre maître regretté : Velpeau.

Société médicale de Londres. — Nous avons déjà fait mention d'un anesthésique récemment découvert par M. Richardson, et que M. Spencer-Wells avait expérimenté dans cinq opérations, dont quatre ovariotomies. M. Peter Marshall vient de l'employer également dans cinq autres cas, qu'il a relatés à la Société médicale de Londres.

Cet anesthésique, le bichlorure de méthylène, de même famille que le chloroforme, dont il diffère en ce qu'il contient moins de chlore, offrirait sur lui de grands avantages pour la pratique chirurgicale. Il endormirait plus rapidement, sans période d'excitation ; le sommeil une fois produit serait facile à maintenir, et le réveil se ferait ensuite complétement, sans hébétude, fatigue, ni pesanteur de tête.

C'est par induction que M. Richardson a été conduit à reconnaître les propriétés hypnotiques de ce composé. Comme le chloroforme appartient à la série de l'éther méthylique, dont il forme le troisième chlorure, il était naturel d'étudier comparativement les autres chlorures de la même série.

L'éther méthylique se compose de deux atômes de carbone, trois d'hydrogène et un d'oxigène. Sa formule est donc C^2H^3O.

Comme tous les éthers, il peut remplacer, par autant d'atômes de chlore, d'abord l'oxygène, puis chacun des atômes d'hydrogène qu'il contient. L'action du chlore sur lui donne donc naissance à quatre corps :

1° Le chlorure de méthyle. . . . . $C^2H^3Chl^1$;
2° Le bichlorure de métylène. . . . . $C^2H^2Chl^2$;
3° Le chloroforme. . . . . $C^2H\,Chl^3$;
4° Le tétrachlorure de carbone. . . C^2Chl^4.

Le chloroforme est depuis longtemps employé comme anesthésique, le tétrachlorure de carbone a été, l'année dernière, préconisé comme tel ; restaient le chlorure de méthyle et le bichlorure de méthylène. L'un et l'autre, expérimentés sur des animaux par M. Richardson, ont amené en peu de temps l'insensibilité et le sommeil ; mais le premier est un corps gazeux, par conséquent, d'un emploi difficile, tandis que le second est un liquide dont le point d'ébullition est un peu inférieur à celui de l'éther.

Il pouvait donc entrer commodément dans la pratique; mais il fallait savoir s'il offrirait autant, ou plus de sécurité, que le chloroforme, par exemple.

M. Richardson ne croit pas à l'innocuité absolue d'aucun agent anesthésique. Tous peuvent causer la mort, s'ils sont employés à trop large dose ou trop longtemps. La question est donc de savoir quels sont ceux qui tuent le moins vite, de la manière la moins inattendue, et qui ont causé le moins de désordre dans l'organisme lors de l'arrêt des phénomènes vitaux.

Dans un appareil fort ingénieux, de son invention, M. Richardson soumet à la fois, parallèlement, plusieurs animaux de même espèce et de même force, chacun à l'action d'un des corps qu'il compare à ce point de vue ; il fait, par exemple, respirer à l'un un air chargé de vapeurs, de tétrachlorure de carbone, à un autre, de chloroforme, à un troisième, de bichlorure de méthylène.

La mort est à peu près trois fois plus rapide dans le tétrachlorure de carbone, et deux fois plus dans le chloroforme que dans le bichlorure de méthylène. Dans ce dernier cas, à l'autopsie, on trouve le sang distribué d'une manière à peu près normale entre le cœur et les poumons; tandis que, suivant M. Richardson, « la cavité gauche du cœur et les poumons seraient vides de sang chez les animaux tués par le chloroforme. »

Cette théorie est en contradiction formelle avec celle de M. Faure. M. Richardson oppose l'anémie des poumons, produite par la respiration du chloroforme, à la congestion de ces organes, sous l'influence de l'acide carbonique ; tandis que M. Faure, dans l'un et l'autre cas, attribue la mort « à l'arrêt du sang et à sa coagulation dans les vaisseaux pulmonaires ».

Il y a là une question de fait à vérifier ; car M. Richardson est un observateur des plus éminents, et il se base sur soixante-huit ouvertures d'animaux tués par le chloroforme.

Nous n'insisterons pas sur les propriétés physiques du bichlorure de méthylène ; sur la faculté qu'il possède de brûler avec une flamme vive, en produisant un mélange d'acides carbonique et chlorhydrique ; tandis que la vapeur de chloroforme met obstacle à la combustion des corps qu'on y plonge.

Au point de vue pratique, cette grande inflammabilité peut bien offrir quelques dangers ; mais on rencontre à peu près les mêmes lorsqu'on fait usage de l'éther, sauf que le point d'ébullition un peu moindre du bi-chlorure, la densité un peu plus grande de sa vapeur, en lui permettant de « couler », pour ainsi dire, plus loin, en plus grande quantité, obligeront à redoubler encore de précautions.

Voici les conclusions que M. Richardson a formulées dans une leçon, publiée par le « Medical times and Gazette », sur les propriétés hypnotiques de ce corps :

« 1° C'est un anesthésique général, efficace, qui produit une insensibilité aussi profonde que celle amenée par le chloroforme ;

» 2° Son action est un peu plus rapide que celle du chloroforme; mais, pour qu'elle soit complète, il faut des doses plus considérables : dans la proportion de six à quatre ;

» 3° Il produit un second degré de narcotisme moins prolongé que les autres anesthésiques ;

» 4° Quand ses effets sont pleinement développés, le narcotisme dure longtemps et est facile à reproduire ;

» 5° Son influence sur les centres nerveux est uniforme, et il cause peu de trouble ou de désharmonie, s'il en cause, entre les fonctions respiratoires et circulatrices ;

» 6° Son élimination finale de l'organisme est rapide, de telle sorte que les phénomènes de rétablissement sont presque soudains ;

» 7° Dans quelques cas, il amène des vomissements ;

» 8° Quand il tue, c'est en paralysant également les appareils respiratoires et circulatoires ;

» 9° Il altère moins l'irritabilité musculaire que peut-être aucun autre anesthésique ;

» 10° Il se combine en toutes proportions avec l'éther et le chloroforme. »

M. Peter Marshall a administré le bichlorure de méthylène à l'aide d'un appareil semblable à celui qu'on emploie pour faire respirer la vapeur d'éther. Les effets sont beaucoup plus rapides que ceux du chloroforme ; le temps nécessaire pour compléter l'anesthésie a varié de trois minutes et demie à sept minutes.

La seconde période du narcotisme, celle d'excitation, a été très-peu marquée ; les malades passaient très-rapidement de la première à la troisième.

Chez deux malades seulement, sur cinq, il y a eu quelque malaise; et chez un, quelques quintes de toux. En général, l'action s'est établie de la manière la plus paisible et la plus douce, et le réveil n'a pas été pénible.

Parmi les cinq opérations de M. P. Marshall, on compte une ovariotomie, une excision de la moitié de la mâchoire inférieure, une amputation du pied, etc.

En joignant à ces faits ceux de M. Spencer Wells, on voit que le nouvel anesthésique a fait ses preuves pour des opérations de longue durée.

Reste à savoir s'il est moins dangereux que le chloroforme ; mais, pour en être sûr, il faudrait l'avoir employé, comme on l'a fait pour le chloroforme, sur quelques milliers de malades.

— Une autre communication intéressante faite à la même société, est celle de M. Julius Althaus sur le traitement des tumeurs par l'électrolyse.

M. Althaus met en usage le pôle négatif exclusivement. Il introduit de longues aiguilles dans les tumeurs qu'il veut détruire, et fait passer pendant quelques minutes un faible courant. Le pôle négatif s'entoure d'hydrogène et de bases alcalines que désorganisent les tissus sans produire de suppuration.

Les faits invoqués par l'auteur sont au nombre de 63, sur lesquels il aurait obtenu 32 guérisons et 25 améliorations; mais, quand on entre dans le détail, les résultats semblent moins brillants qu'on ne pourrait le croire d'après ces chiffres ; car la plupart des cas étaient fort simples, et les tumeurs, véritablement de nature maligne, ont résisté.

Société épidémiologique de Londres. Jeudi dernier, M. Edwards, inspecteur général sanitaire de l'île Maurice, et plusieurs autres médecins de cette colonie ont exposé l'histoire de l'épidémie qui l'a ravagée.

Tous ont été d'accord pour attribuer à des causes miasmatiques et paludéennes l'origine de cette affection; à la misère générale, à la saleté et à l'encombrement de la population indienne, son excessive léthalité; à des causes climatériques et telluriques son extension sur une large échelle. Ici, comme dans les Antilles, le déboisement progressif est accusé d'avoir modifié le climat d'une manière funeste ; d'avoir à peu près tari les sources, rendu les pluies irrégulières et torrentielles, et préparé ainsi l'accumulation dans les lieux bas de résidus végétaux ou autres, qui finissent par s'y putréfier.

Les pays chauds les plus salubres cessent de l'être, aussitôt déboisés, à ce que prétendent les médecins anglais qui observent dans les colonies. Si telle est en effet la cause des grandes épidémies, elles doivent tendre à devenir de plus en plus nombreuses et générales.

Hôpitaux. — Samedi dernier nous avons assisté à l'autopsie d'un homme qui était mort dans le service de M. Bucquoi, à l'Hôtel-Dieu.

L'histoire clinique de cet homme serait assez longue : paraplégique, puis hémiplégique du côté droit, il avait présenté dans les derniers jours, et c'est le point sur lequel nous appelons l'attention, une aphasie bien caractérisée.

A l'autopsie, faite avec un grand soin sous la direction du chef de clinique, M. Duguest, qui sans doute en publiera les détails, on trouva, entre autres lésions, un ramollissement considérable de la troisième circonvolution du lobe frontal, près de la scissure de Rolando, au point précis indiqué par M. Broca comme étant le siége cérébral de la faculté du langage.

C'est un fait de plus en faveur de cette localisation, que dernièrement encore M. Bateman représentait comme dépourvue de base.

M. Bateman avait observé trois aphasiques, il avait fait leur autopsie, et chez aucun d'eux il n'avait trouvé la moindre lésion de la troisième circonvolution du lobe frontal.

Chez le premier malade, hémiplégique du côté droit en même temps qu'aphasique à la suite d'une attaque, puis paralysé du côté gauche à la suite d'une seconde, alors qu'il commençait à se rétablir de la première, à l'autopsie on découvrit seulement un caillot vers la partie centrale de chaque hémisphère, sans aucune lésion des circonvolutions, ni des artères cérébrales.

Chez le second, un aliéné, qui fut pris de convulsions, d'hémiplégie droite et d'aphasie quelques jours avant de mourir, on rencontra une exostose sur un point de la cavité crânienne qui correspondait au milieu du lobe moyen. Les méninges à ce niveau étaient enflammées et adhérentes.

Enfin, chez le troisième malade, le lobe postérieur gauche était seul compromis ; il y avait eu chez lui perte de mémoire des mots.

Ces observations de M. Bateman nous ont paru dignes de remarque : non point comme prouvant quelque chose contre le système de M. Broca, mais, au contraire, comme montrant combien d'états divers on peut confondre sous le terme commun d'aphasie.

La perte complète de parole chez un maniaque pris de convulsions et d'hémiplégie n'est guère comparable à l'affection dans laquelle la pensée demeure intacte, ou à peu près, bien que les mots ne viennent pas.

— L'Italien qui portait dans le creux poplité un anévrysme dont la poche s'est gangrenée, va de mieux en mieux. Les caillots sont à peu près tous éliminés. Les deux ouvertures qui leur avait donné passage se rétrécissent, ainsi que la poche elle-même, dont la surface est couverte de bourgeons charnus. On peut donc maintenant espérer qu'il ne se produira pas d'hémorrhagie secondaire, et qu'une guérison complète aura été le résultat de cette inflammation gangreneuse de la poche. Pour la compression digitale, ce serait un succès indirect.

A propos de ce malade, nous devons signaler une manière très-simple et très-commode de nettoyer à fond les plaies. A l'aide d'un irrigateur, M. Jarjavay dirige un filet d'eau sur tous les points de la surface; il pénètre ainsi dans les sinuosités, les trajets fistuleux, etc. Ces lavages se renouvellent aussi souvent que le demande l'état du malade; ils ne sont nullement pénibles et sont très-efficaces pour enlever promptement les sécrétions purulentes ou putrides.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. A. Fournier.

De la syphilide gommeuse du voile du palais (1).

Le pronostic de cette maladie vous est déjà en partie connu par ce qui précède. Abandonnée à elle-même, la syphilide gommeuse perfore le voile, l'ulcère, le détruit partiellement ou en totalité, et établit une communication plus ou moins considérable entre la bouche et les fosses nasales. De là des troubles graves divers, portant surtout sur deux fonctions, la déglutition et la parole.

Il ne faut pas trop assombrir toutefois ces conséquences déjà si déplorables. La perforation peut être limitée à une étendue restreinte, et par suite rester curable. Plus étendue même, elle est souvent réparable par des moyens chirurgicaux; enfin elle peut être palliée par de très-ingénieuses applications prothétiques.

Mais sortons des généralités et revenons au cas actuel. Quelle en est la gravité?

Ici, la perforation, la division du voile était produite quand la malade s'est présentée à notre examen, et même le travail ulcératif avait déjà détruit la luette, les piliers antérieurs et la moitié du voile environ. Nous avons réussi à enrayer l'ulcération, à la limiter; mais, bien entendu, nous n'avons pu refaire ce qui était perdu. Il y a donc et il restera toujours une vaste perte de substance.

Mais la cicatrice faite, et vous voyez qu'elle est en bonne voie de formation, que va-t-il se produire, et quelle sera la conséquence finale de cette lésion?

Ce qui va se produire et ce qui se produit déjà est fort curieux, et je vous engage à suivre pas à pas le phénomène surprenant qui se prépare et que je vais essayer de vous décrire.

Vous avez pu remarquer, depuis quelques jours, que le moignon du voile, primitivement incliné en arrière et en bas, s'est peu à peu redressé pour prendre une position plus horizontale, et s'est manifestement porté en arrière. Cela n'est qu'un prélude, et je puis, sans crainte d'erreur, vous annoncer ce qui va suivre. Déjà, ce qui reste du voile semble se porter en arrière, vers le pharynx et y adhérer sur quelques points; cette tendance s'accusera de plus en plus; bientôt le voile, complétement horizontal, se soudera latéralement aux parois du pharynx et se confondra avec elles, au point que ces deux organes, voile et pharynx, ne formeront plus, à un jour donné, qu'une voûte commune, percée tout à fait en arrière d'un orifice de communication avec les fosses nasales. Il est même possible que cet orifice, énorme aujourd'hui, se rétrécisse progressivement, au point que la perte de substance du voile soit en partie comblée, et que le canal naso-pharyngien soit, sinon intercepté, du moins très-sensiblement rétréci. C'est-à-dire qu'alors, en définitive, l'arrière-gorge, au lieu de communiquer librement et largement avec les deux cavités nasale et buccale, s'ouvrira surtout dans la bouche et se trouvera séparée des fosses nasales par un septum cicatriciel presque complet, creusé tout au plus à son centre d'un étroit pertuis.

Résultat bien inattendu que celui dont je vous entretiens, et presque paradoxal, n'est-il pas vrai? Une destruction du voile produisant une occlusion ou une atrésie de l'isthme du gosier! On s'attendrait à ce que la cloison que forme le voile entre l'arrière-bouche et les fosses nasales venant à se détruire dans une étendue plus ou moins considérable, il se fit là, dans l'arrière-gorge, une sorte de cloaque, établissant une large communication entre les fosses nasales et la bouche. Point du tout, c'est juste le contraire qui se produit en certaines occasions. La cloison du voile se reforme par la rétraction cicatricielle, et il se fait à sa place un septum plus complet qui intercepte la communication normale du pharynx avec l'arrière-cavité des fosses nasales, ou qui du moins la rétrécit considérablement, au point de la réduire parfois à un simple pertuis.

Je ne doute pas que dans le cas actuel les choses ne marchent de la sorte, et déjà vous pouvez surprendre, chez notre malade, le début de ce singulier processus pathologique. Il ne saurait se produire ici, vraisemblablement, une oblitération complète, une occlusion vraie de l'isthme du gosier, car la perte de substance a été trop considérable pour être jamais comblée complétement; mais l'orifice postérieur, qui présente encore aujourd'hui un énorme diamètre, se rétrécira très-certainement, comme il commence du reste à le faire, et cela dans des proportions qui ne laisseront pas de provoquer votre étonnement (1).

Mais qu'adviendra-t-il des troubles fonctionnels que nous avons observés chez cette malade?

Il en est trois principaux: la phonation confuse et nasillarde, le trouble de la déglutition, une légère obtusion de l'ouïe.

Cette c sion de l'ouïe est due probablement, à ce que le pharynx sion atteint par l'infiltration gommeuse au niveau des trompes ache. Elle est donc subordonnée aux lésions du pharynx. : MM s lésions ont subi une amélioration parallèle à celle du Co comme conséquence, le trouble de l'ouïe devait s'amend signé il s'est amendé en effet d'une façon notable. Ce progrès se continuera, cela n'est pas douteux.

Pour ce qui regarde la déglutition, nous n'avons plus rien à craindre actuellement. Les aliments solides sont ingérés sans le moindre embarras. Les liquides même, depuis quelques jours, sont avalés sans reflux; ce qui tient à deux causes, d'abord à ce que le moignon du voile, dégorgé, a pu reprendre en partie les fonctions dont il reste susceptible, et en second lieu à l'habitude qu'a prise la malade de boire avec certaines précautions subvenir à son infirmité par un mode de déglutition spécial.

Mais reste la voix. La voix, certes, s'est très-notablement améliorée. Inintelligible tout d'abord, elle est devenue de jour en jour plus claire et plus distincte. Toutefois, elle conserve un timbre nasillard, désagréable, et certaines syllabes ne sont encore articulées que d'une façon très-confuse.

Cette infirmité, Messieurs, j'ai regret à le dire, subsistera; elle est définitive.

Elle peut cependant être palliée, et palliée d'une façon presque complète, je l'espère, à l'aide d'un appareil prothétique. C'est merveille, parfois, de voir ces ingénieux appareils modifier, refaire la voix d'un instant à l'autre. Ils consistent simplement en un voile artificiel, mobile, fabriqué soit en caoutchouc, soit en toute autre substance analogue, et adapté sur une pièce rigide que soutiennent les dents. C'est un appareil de ce genre que je compte placer ici, dès que les parties seront en état de le recevoir.

Enfin, Messieurs, j'arrive à la question pratique la plus importante, celle du traitement.

Vous connaissez déjà la médication que nous avons mise en usage dans le cas actuel. Elle se composait: 1° de l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur; 2° de gargarismes iodés (eau, 250 gr.; iodure de potassium et teinture d'iode, āā 2 grammes); 3° d'attouchements quotidiens sur les parties ulcérées avec un pinceau chargé de teinture d'iode.

Vous savez aussi, sans que j'aie besoin d'insister à nouveau sur ce point, quels rapides et merveilleux succès nous a donnés cette médication.

C'est qu'en effet, Messieurs, le grand remède, le remède par excellence contre la syphilide gommeuse en général et celle de la bouche en particulier, c'est l'iodure de potassium.

Non-seulement il faut que vous sachiez que l'iodure est un remède héroïque en pareil cas, mais j'ai de plus à cœur que vous reteniez bien ceci: c'est qu'il est le *seul* remède auquel il soit prudent, je dirais volontiers auquel il soit *licite* d'avoir recours contre la syphilide gommeuse du voile. Le mercure est ici, non pas inefficace, mais cent fois moins actif que l'iodure, et en tout cas *trop lentement actif* pour qu'on puisse faire fonds sur lui dans une maladie où les instants sont comptés, où le moindre retard dans l'action curative peut avoir pour conséquence la rupture du voile.

Ce n'est pas tout que de donner l'iodure, il faut encore l'administrer *à sa dose*, à la dose convenable contre une lésion de cet ordre.

Il est indispensable dans les cas de ce genre, surtout dans ceux où le mal est déjà avancé, de frapper immédiatement un grand coup et d'administrer d'emblée l'iodure à forte dose. « N'hésitez pas, nous disait M. Ricord dans ses cliniques; donnez l'iodure immédiatement, séance tenante, et donnez-le *largâ manu*; car toute hésitation, tout retard, toute intervention timide peut conduire à une perforation irréparable. »

Si l'on procède par petites doses, si l'on se contente de trente, quarante, cinquante centigrammes par jour, le remède n'agit pas, ou du moins il n'agit pas assez ni assez vite pour prévenir un danger imminent. C'est en tâtonnant, en hésitant de la sorte qu'on aboutit à la rupture du voile.

D'emblée, sans crainte, il faut, je le dis *il faut*, prescrire une dose véritablement active: deux ou trois grammes dès le premier jour; et même si, les jours suivants, le mal ne paraît pas suffisamment influencé, la dose quotidienne du remède devra être élevée à quatre, cinq ou six grammes.

Sans doute, Messieurs, sous l'influence de pareilles doses, le malade pourra présenter quelques-uns des phénomènes qui composent ce qu'on appelle l'iodurie, tels que coryza, larmoiement, céphalalgie, ptyalisme léger, etc.; mais que sont ces inconvénients en face du danger qui menace? Trop heureux sera le malade s'il peut éviter à ce prix une infirmité déplorable!

D'ailleurs, les effets pénibles de l'iodure ne sont pas toujours proportionnés à sa dose. Il est des sujets qui, pour cinquante centigrammes de ce remède, éprouvent des phénomènes semblables à ceux que leur produit une dose quatre ou cinq fois plus forte. — De plus, ces effets sont très-variables suivant les sujets. Tel ne peut accepter quelques centigrammes d'iodure sans être pris d'iodurie, et tel autre absorbe des doses considérables sans en éprouver le moindre phénomène. Vous en avez une preuve actuellement sous les yeux. Notre malade, à qui, dès le premier jour, nous avons prescrit une dose de deux grammes d'iodure, puis de trois et quatre grammes les jours suivants, ne s'est jamais plainte du moindre symptôme pénible. Et sa voisine de lit, pour une dose de cinquante centigrammes a présenté des phénomènes d'iodurie des plus intenses, coryza effroyable, larmoiement, bouffissure presque érysipélateuse des yeux et du visage, céphalalgie, abattement, etc.

Et j'ajoute: les phénomènes de l'iodurie seraient-ils même plus intenses et plus sérieux qu'ils ne le sont, il n'y aurait pas encore à balancer. Même dans cette hypothèse, il faudrait encore passer outre, et donner l'iodure à fortes doses; car c'est à ce prix seulement qu'on peut prévenir une lésion grave et trop souvent irréparable.

Sachez-le bien, les deux écueils, les deux causes réelles d'insuccès sont, en pareil cas, une intervention *trop tardive* ou une intervention *trop timide* de la médication iodurée.

Donner l'iodure le plus tôt possible et le donner à haute dose, *largâ manu* voilà, Messieurs, le véritable secret de la médication et la clef du succès.

---

(1) Suite. (Voir notre précédent numéro.)

(1) Cette prévision s'est réalisée. Quelques semaines plus tard, on pouvait voir chez cette malade le moignon du voile, devenu horizontal, adhérant complétement au pharynx par ses bords latéraux, et circonscrivant en arrière un orifice ovalaire par lequel le pharynx communiquait avec les fosses nasales. Cet orifice se rétrécissait de semaine en semaine. Je ne doute pas qu'il ne se rétrécisse encore davantage. — Le lecteur consultera avec intérêt, à propos de ces atrésies cicatricielles de l'isthme du gosier, un mémoire du Dr H. J. Paul (de Breslau), traduit par M. Verneuil, dans les Archives de médecine. (De l'adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx à la suite d'ulcérations, etc. Arch. gén. de méd., 1865, T. II, p. 422).

ÉLÉPHANTIASIS

de la jambe droite. — Compression digitale de la fémorale. — Guérison.

Par M. le Dr Vanzetti (de Padoue).

Pauline S... (de Bovelenta), servante, âgée de 21 ans, est une fille lourde, très-replète et de constitution lymphatique, bien réglée; elle est reçue dans ma clinique, le 16 février 1861, pour une éléphantiasis de la jambe droite.

La malade ressentait une grande lourdeur et gêne dans les mouvements de cette jambe, dont les téguments étaient de couleur un peu plus foncée. La circonférence surpassait celle du côté sain: au mollet, de 10 centimètres (c'est-à-dire 40 au lieu de 30); au-dessus des mollets, de 7 centimètres (soit 27 au lieu de 20), enfin, au dos du pied, de 3 centimètres (25 au lieu de 23). L'enflure remontait à six travers de doigts au-dessus du genou, mais en s'amoindrissant; elle était uniforme, d'une consistance très-rénitente; une pression très-forte, faite avec le bout du doigt, y laissait à peine de traces et ne causait pas de douleur. L'enflure du pied était séparée de celle de la jambe par un sillon très-profond.

D'après les explications de la jeune fille, nous devons croire que la maladie s'est développée à la suite de plusieurs attaques d'érysipèle ou de tympanite, qui, chaque fois, lui causaient de la fièvre, avec chaleur à la jambe, rougeur, douleur, plus un gonflement qui persistait, alors que les autres symptômes disparaissaient. Le premier accès avait eu lieu à l'âge de quatorze ans, le second à dix-sept, le troisième à dix-huit ans; plus tard, les accès se répétèrent plus souvent, sans que la malade puisse en préciser le nombre et les époques. — Le soir, la jambe était toujours plus lourde et un peu plus enflée que le matin.

Cette enflure ayant augmenté très-sensiblement depuis trois mois, la jeune fille en fut effrayée et se fit recevoir à ma clinique.

Les belles guérisons d'éléphantiasis que M. Carnachan venait d'obtenir par la ligature de la fémorale, me donnèrent l'idée d'employer sur cette malade le nouveau mode de traitement. Cependant, le volume de la jambe n'étant pas arrivé au degré extrême qu'on observe quelquefois, bien que la maladie datât de six années, je voulus, avant d'entreprendre une opération sanglante, essayer si je ne pourrais peut-être pas en obtenir la guérison par la compression digitale de la fémorale. Ce moyen me parut, par son innocuité même, devoir primer tous les autres, dût-il prolonger bien plus le traitement que la ligature de la fémorale, dont je restais toujours maître de faire usage en dernier ressort.

Voulant m'éviter toute illusion sur les effets que je pouvais obtenir par cet essai, j'ai d'abord fait garder pendant vingt jours constamment le lit à cette malade, sa jambe étant bandée et sur un plan incliné, afin de ne pas attribuer à la compression digitale des résultats dûs seulement au repos horizontal et au bandage compressif.

Au bout de ces vingt jours, le membre ne présentait pas de changement notable; son volume était le même que si la malade ne se fût reposée qu'une nuit. Le bandage compressif assez serré, que nous lui avions appliqué, avait causé plusieurs fois des douleurs au coude-pied.

Après quelques jours, pendant lesquels je permis à la malade de se lever et de marcher sans bandage, le 13 mars, soit environ un mois après son entrée, je fis commencer la compression digitale, en ne l'ordonnant que pendant le jour, afin de ne pas troubler le sommeil de la malade.

Dès les neuf premières heures de compression, nous trouvâmes les téguments de la jambe moins foncés en couleur et plus souples; la malade trouve aussi son membre moins lourd. — Les 14, 15 et 16 mars, on fait à peu près douze heures de compression; le 17, deux heures seulement, attendu que la malade commence à se plaindre de douleurs à l'endroit où elle s'exerce, et qu'une légère rougeur se montre sur ce même point. — Je dois noter que chez cette malade, la compression présenta certaines difficultés, à cause de son embonpoint, la délicatesse de la peau de l'aine, enfin, à cause de la faiblesse des battements de son artère fémorale, qui nous laissait quelquefois difficilement apprécier si elle était bien faite.

Le 18 mars j'examinai la jambe et je fus fort étonné des modifications très sensibles qu'elle nous offrait: sa circonférence avait diminué de deux centimètres, la dureté des téguments était beaucoup moindre: en saisissant le mollet, la peau faisait

déjà de petites rides ; par la pression, le doigt laissait un enfoncement assez profond. Un phénomène inattendu et singulier nous surprit tout particulièrement : c'est qu'à la face interne et postérieure du mollet on voyait des « traînées blanchâtres, » qui faisaient contraste avec la couleur sombre du reste des téguments. Les « vergetures » rappelaient exactement celles qu'on observe sur « le ventre des accouchées. »

Du 17 au 21 mars on ne fit pas de compression pour laisser la peau de l'aine reposer. Durant ces jours je ne voulus pas regarder la jambe pour mieux juger si elle n'avait pas perdu l'amélioration que nous y avions remarquée. A l'examen fait le 21, je fus très-agréablement surpris de constater une amélioration progressive surprenante : la mollesse des téguments avait encore augmenté, ils étaient mous, le doigt y faisait un enfoncement profond avec une pression modérée, on pouvait déjà distinguer un peu la tête du tibia ; en tenant soulevée la jambe et en lui imprimant des secousses on voyait tremblotter un peu le mollet ; les vergetures blanchâtres persistaient toujours, la rainure du coude-pied était moins profonde ; la malade était très-gaie du mieux qu'elle-même constatait.

Malheureusement, le traitement a dû être suspendu du 25 mars au 31 avril ; la malade, habituée à une vie active, était prise de céphalalgie intense et de fièvre, dès que son séjour au lit se prolongeait plusieurs jours.

Le 1er mai, sa santé étant depuis deux semaines en bon état, on reprit la compression, que l'on fit douze heures pendant quatre jours, avec amélioration très-manifeste de l'état de la jambe. On appliqua alors un bandage amidonné, et on permit de nouveau à la malade de se lever. Après six jours, nous fûmes obligés de tendre l'appareil pour le rétrécir.

Au bout d'un mois et demi, pendant lequel nous avions eu soin de serrer toujours plus le bandage, la malade, s'en trouvant très-bien, parce qu'il lui permettait de marcher et d'agir, nous demanda de quitter la clinique pour aller reprendre son service. Nous acquiesçâmes à sa demande, en lui enjoignant de continuer de serrer le bandage dès qu'elle le sentirait trop large et de revenir à la clinique pour le renouveler quand il serait usé.

Cette jeune fille vint se faire voir plusieurs fois dans le cours de l'année (1861). Nous trouvâmes que son amélioration, ou, pour mieux dire, sa guérison relative, vraiment surprenante, persistait. Depuis lors je l'avais perdue de vue, et je regrettais beaucoup de n'avoir pu suivre les résultats « définitifs » de son traitement, lorsque, heureusement, le 6 mars 1864, c'est-à-dire presque trois années après sa sortie, cette fille vint de nouveau à la clinique pour visiter une de ses amies. Enchanté de pouvoir constater l'état de sa jambe, nous en fîmes de suite l'examen : nous trouvâmes, à notre grande satisfaction, que son éléphantiasis avait « complétement disparu, » et que sa jambe droite, dont la peau pouvait être soulevée en plis minces, présentait même un léger « degré d'atrophie » relativement à l'autre. — La jeune fille nous dit qu'elle se trouvait en cet état depuis longtemps et qu'elle n'avait jamais cessé de se bander, comme nous le lui avions conseillé. Elle avait, en effet, sa jambe enveloppée d'un bandage très-bien confectionné, composé de tours de bande cousus les uns sur les autres, et recouverts d'empois. Elle changeait cet appareil tous les quinze ou vingt jours.

Le nombre des guérisons obtenues par la ligature de l'artère fémorale est déjà assez considérable pour ne plus laisser de doutes sur l'efficacité de cette méthode. Elle mérite réellement d'être considérée comme une des grandes conquêtes de la chirurgie moderne. La science et l'humanité doivent donc être reconnaissantes à M. Carnachan (de New York), de son heureuse idée d'intercepter le cours du sang, dans le vaisseau principal du membre, contre une maladie qui, jusqu'alors, était réputée incurable et, d'ordinaire, plaçait le malade dans une situation très-pénible et grave. Je dois cependant faire observer que M. Frayer (de Calcutta) (1) a perdu son malade, de pyémie, trois semaines environ après l'opération. — Si de nouvelles observations viennent prouver que la guérison de cette maladie a lieu au moyen de la simple compression digitale, on comprend quel immense avantage il y aura, pour les malades, mis ainsi à l'abri des dangers inhérents aux opérations sanglantes. Nous croyons donc devoir recommander aux chirurgiens d'essayer d'abord de la compression digitale.

(1) « Edinburgh med. » : journ. novem. 1865. — « Gazette des hôpitaux », n° 126, 26 octobre 1867.

CORRESPONDANCE

Genève, 29 novembre 1867.

A M. le rédacteur en chef de la « Gazette des hôpitaux » :

Monsieur,

A propos de la présentation à l'Académie, par M. le professeur Robin, de mon « transfuseur », construit par MM. Robert et Collin, M. Mathieu vous adresse une réclamation dans votre estimable journal (numéro du 28 nov.).

M. Mathieu réclame la priorité pour le principe et la base de ce transfuseur ; je lui cède volontiers cette priorité pour la forme générale de l'instrument, et pour la boule aspiratrice de caoutchouc ; d'autant plus volontiers que cette priorité appartient aux fabricants américains, qui emploient cette boule et cette forme à divers usages, comme pompe aspirante et foulante, etc., etc.

Mais M. Mathieu dit encore n'avoir jamais obtenu la disparition complète de l'air contenu dans la boule aspiratrice, « ce qui le fit renoncer à son transfuseur ».

C'est justement là que commence mon idée, que n'a pas eue M. Mathieu ; c'est de remplir d'eau tiède (privée d'air par l'ébullition) le corps du transfuseur et la boule aspiratrice, de façon que cette eau chasse jusqu'au dernier globule de l'air y contenu ; et surtout de ne remplir d'eau le transfuseur, que lorsqu'il adhère à la peau, autour de la place à saigner ; de sorte que l'eau couvre la peau, que le sang jaillit sous cette eau ; sans pouvoir subir le contact de l'air. Mon transfuseur, en place, représente un cylindre ininterrompu d'eau tiède, celui de M. Mathieu figure un cylindre d'air.

De plus, M. Mathieu doit faire la saignée à l'air libre, avant la pose de l'instrument, moi je fais la saignée sous l'eau, après la pose de l'instrument, loin de tout contact d'air.

Enfin rien ne fait adhérer sur la peau l'instrument de M. Mathieu ; l'air se mêle librement au sang, dans sa coupe de verre posée après la saignée. Pour moi, j'applique sur la peau, à la place à saigner, une ventouse annulaire indépendante du transfuseur, cette ventouse, adhérente à la peau par la puissance de succion de la ventouse-anneau mise en jeu par une pompe aspirante, en caoutchouc, de M. Capron, forme un manchon vide d'air et imperméable à l'air ; sur ce manchon s'adapte le corps du transfuseur ; dans l'espace libre entouré, isolé, par ce manchon, arrive l'eau qui chasse l'air ; dans cette eau joue la lancette, et le jet de sang vient chasser l'eau et remplir à son tour l'instrument. Ce n'est qu'alors que commence la transfusion.

Il est matériellement impossible qu'un seul globule d'air se mêle au sang. L'instrument est vide d'air et plein d'eau, il n'adhère à la peau que par la ventouse, et si de l'air voulait se glisser, de l'extérieur du manchon vers le jet de sang, la ventouse se détachera, l'instrument tombera, la transfusion sera suspendue, mais pas un globule d'air n'aura touché le sang.

Ainsi donc, « ventouse annulaire » faisant manchon isolateur au jet de sang ; « saignée faite sous l'eau, » par une lancette cachée dans l'instrument ; transfuseur représentant un « cylindre d'eau, » vide d'air, sont en résumé les trois idées que M. Mathieu n'a pas eues, et qui m'ont permis de présenter un instrument complet, et avec lequel la transfusion est facile et sans danger de coagulation du sang ou de pénétration de l'air.

Dr Roussel.

— M. Bonnafont nous envoie la rectification suivante :

Dans le numéro de jeudi, il s'est glissé une erreur qu'il importe de restituer, car elle me fait dire le contraire de ce que j'ai ou lu exprimer ; ainsi, dans le dernier paragraphe de ma lettre à l'Académie, au lieu de lire : *Sur la paroi externe* de la caisse, il faut lire : *Sur la paroi interne* ; car, pour ceux qui s'insèrent sur les parois du conduit auditif externe, et ce sont les plus nombreux, l'arrachement, etc., etc.

Bonnafont.

La science française vient de perdre une de ses illustrations. M. Flourens, qu'une longue maladie avait éloigné depuis quelques années de ses chaires et de ses siéges académiques, vient de s'éteindre après une lente agonie, à l'âge de 74 ans. Ses obsèques ont eu lieu ce matin. La cérémonie religieuse a été célébrée en grande pompe, de onze heures à midi, à l'église Saint-Médard, que remplissait un grand concours de savants et d'amis.

A une heure, un nombreux cortége a accompagné le corps au cimetière du Père-Lachaise. Le deuil était conduit par les fils de l'illustre défunt et par les députations des divers corps auxquels il appartenait.

La plupart des membres de l'Académie des sciences et du Muséum s'étaient joints au cortége. On y comptait aussi un grand nombre de membres de l'Académie française et du Collége de France.

M. Flourens était membre et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, où il avait recueilli, à ce dernier titre, la lourde succession de Cuvier ; membre de l'Académie française, où il occupait le fauteuil de Michaux ; professeur au Muséum d'histoire naturelle et au Collége de France, membre du conseil municipal de la ville de Paris, ancien pair de France, commandeur de la Légion d'honneur.

Tous les honneurs dus à son rang élevé lui ont été rendus. Les cordons du poêle étaient tenus par M. Chevreul, de l'Académie des sciences et du muséum, M. Patin, de l'Académie française, M. Stanislas Jullien, du collége de France et M. le baron Poisson, membre du conseil municipal. Un bataillon de ligne accompagnait le cortége. Après les dernières prières, M. Chevreul a dit quelques paroles d'adieux à son ancien collègue et ami. Des discours ont été prononcés ensuite par M. Elie de Beaumont au nom de l'Académie des sciences, par M. Patin, au nom de l'Académie française, et par un membre du conseil municipal, dont nous ignorons le nom, pour ce dernier corps.

M. Flourens a occupé une trop grande place dans la science pour que nous ne devions pas consacrer plus tard une notice plus étendue à sa mémoire.

Nos lecteurs liront avec intérêt le rapport adressé à l'Empereur par S. Exc. le ministre de l'instruction publique, pour justifier l'élévation de M. Bérard au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Rapport à l'Empereur et décret sur la promotion de M. Bérard dans la Légion d'honneur.

Paris, le 15 novembre 1867.

Sire,

Au commencement du siècle, Berthollet conçut la pensée de réunir périodiquement un petit nombre de savants illustres dans sa retraite voisine de Paris, dont la munificence de Napoléon Ier devait plus tard conserver la possession à la vieillesse. La Société d'Arcueil comptait avec orgueil, selon l'expression de son fondateur, le nom de M. Laplace inscrit sur sa liste. La science exigeant d'autant plus d'efforts qu'elle acquiert plus d'étendue et de perfection, la Société avait pour but d'accroître les forces individuelles par une réunion fondée sur l'estime réciproque de ses membres et sur des rapports bien établis de goûts et d'études communes. Les plus grandes découvertes de cette époque sont nées ou se sont développées dans ce milieu. Trois volumes renferment les annales de cette académie intime qui, dans sa courte existence de quinze ans au plus, a inscrit son nom parmi les illustres du monde.

La Société se composait des membres dont les noms suivent : Arago, Bérard, Berthollet, Biot, Chaptal, de Candolle, Dulong, Gay-Lussac, Humboldt, La Place, Poisson, Thénard. Malus en avait fait partie.

Aujourd'hui, M. Bérard, doyen de la faculté de médecine de Montpellier, est le seul témoin survivant des travaux de cette illustre pléiade.

Par un rare privilége, M. Bérard ouvre, pour la cinquantième fois, un cours de chimie, qui n'a jamais cessé d'offrir à ses auditeurs l'aspect clair, élégant et sérieux de la science la plus moderne, et que la faveur publique a constamment suivi.

Le nom de M. Bérard rappelle des travaux considérables, restés classiques, et des découvertes consacrées par le temps, sur la polarisation de la chaleur, sur les rayons chimiques et calorifiques du spectre solaire, sur la chaleur spécifique d gaz, sur la maturation des fruits, etc., mémoires deux fois couronnés par l'Institut.

Il rappelle que son père, professeur lui-même à Montpellier, et associé de Chaptal, est l'inventeur du four à combustion continue, qui a doté les fabriques d'acide sulfurique de leur principal élément de production à bon marché.

L'enseignement des deux Bérard aura, sans discontinuer, profité à la jeunesse du midi de la France pendant quatre-vingts ans.

M. le doyen actuel de la faculté de médecine de Montpellier occupe non-seulement une place considérable dans la science française, qu'atteste, depuis 1819, son titre de correspondan de l'Académie des sciences ; mais, à l'exemple de Berthollet, il a ouvert sa maison à toutes les illustrations de la science, et elle est devenue le siége d'une noble hospitalité pour tous les savants que leurs loisirs ou les besoins de leurs études attirent à Montpellier.

Les longs services rendus par M. Bérard dans toutes les directions, au département de l'Hérault et à la ville de Montpellier ; l'éclat des leçons qu'il a professées à Marseille lui ont fait, dans tout le Midi, la plus juste et la plus incontestable popularité.

J'ai l'honneur de proposer à Votre Majesté de donner à cette belle et utile carrière, une des gloires de l'Université, une consécration qui sera accueillie avec reconnaissance par tous les élèves de l'école de Montpellier, en élevant, à l'occasion du cinquantième anniversaire de son entrée dans le professorat, M. Bérard au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Le Ministre de l'Instruction publique,

V. Duruy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Circulaire relative à la gratuité des examens dans les facultés et écoles supérieures de pharmacie.

Paris, le 30 novembre 1867.

« Monsieur le recteur,

» Je suis consulté sur la question de savoir si un étudiant, qui a obtenu la gratuité des actes à accomplir pour l'obtention d'un grade et qui échoue dans un examen, peut exciper de la décision qui lui a accordé la gratuité, pour se représenter sans frais aux mêmes épreuves. La question s'est déjà présentée plusieurs fois, et elle a toujours été résolue négativement. Les cas, qui étaient très-rares sous l'empire des anciens règlements, se sont multipliés depuis que les décisions impériales du 18 août 1864 et du 5 décembre 1865 ont admis de nouvelles catégories d'étudiants non passibles de droits ; il devient donc nécessaire de notifier à tous les chefs d'établissements la règle précédemment adoptée. Du moment où un étudiant a subi un examen, il a épuisé son droit à la gratuité pour ledit acte, et, si l'épreuve lui est défavorable, il ne peut se représenter qu'en acquittant le droit d'examen proprement dit ; mais il continue à jouir, tant pour le certificat d'aptitude et le diplôme que pour les actes subséquents, du bénéfice de la décision qui l'avait placé dans la catégorie des non passibles de droits.

» Je vous prie de notifier à MM. les doyens ainsi qu'à M. le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie cette disposition, qui a été également adoptée par mon collègue, M. le ministre de la guerre, en ce qui concerne les élèves entretenus, par son département, dans les écoles de médecine et de pharmacie de Strasbourg.

» Recevez, Monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

» Le ministre de l'Instruction publique,

» V. Duruy. »

EXPÉDITION AU PÔLE NORD.

Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs de prêter leur attention à l'appel au public que contient notre numéro d'aujourd'hui. Cet appel est fait par la Société de géographie et par le comité de patronage en faveur de l'expédition au pôle Nord. La France est conviée à donner son concours pour vivifier une idée hardie, noble, glorieuse pour nous tous ; une idée qui permettra d'inscrire une date mémorable, de plus, dans nos annales maritimes ; il s'agit d'aller planter le pavillon français au pôle Nord même. Nos confrères, leurs amis, voudront tous, nous en sommes sûrs, concourir à cette grande entreprise. En ce moment, l'Allemagne, l'Angleterre organisent des expéditions pour réussir à tracer cette voie qui promet de dévoiler tant de mystères scientifiques. Dans cette lutte généreuse et pacifique, la France ne peut rester en arrière. On répondra à notre chaleu-

reux appel. L'expédition sera faite par un équipage français, placé sous le commandement de M. Gustave Lambert, ancien élève de notre École polytechnique, hydrographe, navigateur qui a déjà exploré les sévères régions arctiques. Sous ses ordres, on en est sûr, rien ne sera négligé, tout sera fait pour arriver à obtenir le résultat si ardemment désiré par le monde savant.

— Par décret en date du 1er décembre 1867, M. Eudes, dit Deslongchamps, docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de zoologie et de physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

— La Faculté de médecine de Paris a fait sa présentation pour la chaire d'anatomie, devenue vacante par suite de la mutation de M. Jarjavay, passé à la chaire de clinique chirurgicale. La Faculté a présenté : en 1re ligne, M. Sappey ; en 2e ligne, M. Marc Sée, tous deux à l'unanimité.

— M. Daremberg ouvrira son cours sur l'*Histoire des sciences médicales* au collége de France, le vendredi 13 décembre, à midi et demi, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera de l'Histoire générale de la médecine, et de l'Histoire particulière des épidémies au dix-septième siècle.

— M. le docteur C. Miot a commencé le lundi, 2 décembre, ses conférences cliniques sur les maladies des oreilles, et il les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à sa clinique, rue Larrey, 8, de dix à onze heures du matin.

— La Société médicale du Panthéon, dans sa séance du mercredi 4 décembre 1867, a renouvelé son bureau pour l'année 1868.

Ont été nommés : président, M. le Dr Bossu. — 1er vice-président, M. Laboureur. — 2e vice-président, M. le Dr Dupré. — Secrétaire général, M. le Dr B. de la Grandière. — 1er secrétaire annuel, M. le Dr Anger. — 2e secrétaire annuel, M. le Dr Sandras. — Trésorier, M. le Dr Girault. — Archiviste, M. Guyot de Grandmaison.

— La société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris se réunira mercredi prochain à la mairie du 1er arrondissement.

Ordre du jour. — 1° Rapport et vote sur une demande d'admission. — 2° De la contagion de la fièvre typhoïde, par le Dr Machelard. — 3° Des maladies des yeux chez les indigents, par le Dr Coursserant.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	728
M. Ch. Poudra, élève	1
TOTAL	729

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda-formulaire des médecins-praticiens pour 1868

ET CARNET DE POCHE RÉUNIS, CONTENANT :

Outre le Calendrier-Agenda à deux jours à la page : 1° *Petit Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, avec la *posologie* et plus de 500 formules ; 2° *Accouchements ;* 3° *Médecine légale*, rapports complets et authentiques sur diverses questions ; 4° *Analyse des urines*, au point de vue séméiotique ; 5° *Renseignements divers ;* 6° *Dictionnaire des rues de Paris*, publié par le docteur ANTONIN BOSSU.

Le nouveau CODEX a été mis à contribution pour les nombreuses corrections qu'a reçues cette édition.

PRIX DIVERS DES AGENDAS-FORMULAIRES

N° 1.	Reliure chagrin, fermant au crayon.	3 »
N° 2.	— — — en portefeuille.	3 50
N° 3.	Le même avec trimestres mobiles.	4 »
N° 4.	Reliure forme serviette, trimestres mobiles.	5 »
N° 5.	Reliure chagrin, portefeuille, avec petite trousse, poche en soie.	6 »
N° 6.	Le même, avec trimestres mobiles.	7 »
N° 7.	Reliure avec poche et portefeuille intérieurs, petite trousse, trimestres mobiles, etc.	8 »
N° 8.	Le même, avec fermoir en maillechort, etc.	9 »
	Broché, avec couverture imprimée.	1 75
	Cahier plein, doré sur tranche.	2 50
	Cahier recouvert en soie, avec trimestres mobiles.	3 »

Les *Agendas* reliés sont tous dorés sur tranche. — Ceux à petite trousse sont munis de *passettes élastiques*.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical par M. le Dr CHASSAIGNAC. 2 vol. gr. in-8 compactes. Prix : 18 francs. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr CHASSAIGNAC; 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte. Prix : 28 fr. — Paris, V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. FANO, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 figures et dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. 1° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, avec planches ; 2° Leçons sur la trachéotomie, avec 10 planches ; 3° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode pour leur ablation, in-8 avec 8 planches, par M. le Dr CHASSAIGNAC. Prix de chaque volume : 3 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

(1889) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 145. — JEUDI 12 DÉCEMBRE 1867. (40e ANNÉE) JEUDI 12 DÉCEMBRE 1867. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

Paris, 11 décembre 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

Discussion sur la tuberculose.

M. Pidoux a employé deux séances à discuter le fait de l'inoculabilité de la tuberculose et à réfuter la nouvelle doctrine de la phthisie que M. Villemin a essayé de fonder sur ce fait. L'argumentation de M. Pidoux, portant en grande partie sur des points de pathologie générale que nous n'avons point encore abordés dans notre analyse de l'ouvrage de M. Villemin, il est nécessaire, autant pour l'intelligence de toutes les parties de cette argumentation que pour l'exposition complète de tous les éléments de la question, que nous revenions encore une fois sur ce travail, qui est, d'ailleurs, le pivot de la discussion. L'importance du sujet excusera d'avance l'étendue que nous serons peut-être obligé de donner à cet article. Une maladie qui, à elle seule, compte pour près de la moitié dans la mortalité annuelle de nos hôpitaux, vaut bien qu'on s'en occupe longuement. Personne ne se plaindra des développements que pourra prendre cette discussion.

Ce n'est ni par hasard, ni par un pur caprice d'expérimentation, que M. Villemin a pratiqué ses inoculations. Il y a été conduit par une série de déductions analogiques que lui a fournies l'étude comparée de divers produits morbides, faite à la lumière des nouveaux principes généraux d'anatomie et de physiologie pathologiques. L'analogie une fois admise, — la légitimité de cette analogie est précisément l'un des points les plus discutables de cette doctrine — l'analogie une fois admise, disons-nous, entre les conditions et le mode de développement de la granulation tuberculeuse et de diverses autres altérations pathologiques, dont personne ne conteste la nature spécifique et l'inoculabilité, telles que la syphilis et la morve, il n'y avait qu'un pas à faire pour fonder sur ces prémisses l'hypothèse de la spécificité et de l'inoculabilité de la tuberculose. Cette hypothèse, il fallait la vérifier. L'inoculation a été le moyen de vérification. Et des résultats de ces inoculations qui confirmaient à ses yeux les données de l'induction, M. Villemin a non-seulement déduit toutes les conséquences relatives à l'histoire de l'évolution de la phthisie, à laquelle il fallait donner désormais une interprétation toute nouvelle; mais il est remonté encore aux principes d'où il était parti, pour les affirmer de nouveau au nom de l'expérimentation, fermant ainsi le cercle dont il avait tracé d'abord la première moitié. C'est à cause même de cet enchaînement, qui, aux yeux de M. Villemin, lie indissolublement les résultats de l'expérimentation aux principes de la physiologie morbide, qu'il importe de résumer ici, le plus brièvement qu'il nous sera possible de le faire, et les principes qui l'ont guidé dans ses expériences et les conséquences qu'il en a tirées, afin d'être mieux à même, à notre tour, d'apprécier la valeur des objections qui ont été faites ou pourront être faites encore aux uns et aux autres.

Dans la partie préliminaire de son livre, qui constitue une sorte de Traité substantiel et très-résumé de pathologie générale, M. Villemin commence par établir quelques principes, parmi lesquels nous devons signaler particulièrement les suivants :

Tout élément vivant a besoin, pour exprimer un acte physiologique ou pathologique, d'une impression déterminante quelconque. Ces impressions viennent de deux sources différentes. A l'une de ces sources appartiennent tous les agents placés dans le milieu ambiant extérieur; à l'autre correspondent les principes introduits dans l'organisme et qui atteignent les éléments par l'intermédiaire du milieu intérieur. A ces deux voies, par où les agents de détermination arrivent aux éléments, correspondent deux ordres de causes morbides : les causes externes, directes, topiques; les causes internes, indirectes, générales. Il faut noter ici, pour bien entrer dans la pensée de l'auteur, que par ce mot « interne » il ne veut pas dire que les causes naissent en dedans de l'économie, et encore moins en dedans des éléments organiques, mais seulement qu'elles agissent par l'intermédiaire du milieu intérieur, dans lequel sont plongés les éléments auxquels toutes causes déterminantes sont toujours extérieures. Dans cette donnée générale d'étiologie, M. Villemin signale deux points laissés obscurs jusqu'ici et qui n'ont pu être éclairés, d'après lui, que par l'étude toute moderne de l'histologie : il s'agit de l'individualité et de l'autonomie des éléments organiques dans l'évolution des phénomènes pathologiques, ainsi que de la nécessité absolue, pour qu'ils réagissent, d'être directement impressionnés par un agent d'irritation; ce qui implique « la négation formelle de toute spontanéité de leur part et l'admission forcée d'une cause déterminante quelconque. »

Ainsi, passivité de l'élément anatomique, réaction de ce même élément sous l'impression directe d'un agent d'excitation quelconque. Telle est la proposition principale dans laquelle se résume cette étude étiologique. Cette réaction, il fallait la suivre et l'étudier dans les divers tissus qui entrent dans la composition des grands systèmes organiques et dans le mode spécial à chacun d'eux, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique. C'est ce qu'a fait M. Villemin.

Pour nous éloigner le moins possible du sujet qui nous occupe plus spécialement, nous ne parlerons ici que de ce qui a rapport au mode de réaction du système lymphatico-conjonctif, qui est seul en cause en ce moment. Sous l'influence des irritations morbides, dit M. Villemin, le système lymphatico-conjonctif ne réagit pas autrement qu'il ne le fait dans son fonctionnement physiologique ; seulement le produit de réaction, au lieu d'avoir son siége ordinaire et sa destination normale, se trouve déplacé et intempestif. Au lieu d'aboutir à des néoplasmes physiologiques, il donne lieu à des néoplasmes pathologiques. Ainsi, par exemple, le tubercule, par ses noyaux et ses petites cellules agglomérées en un point, constitue un véritable tissu conjonctif, rappelant un peu les appareils lymphoïdes. Les éléments morphologiques qui le composent sont les mêmes que ceux de la lymphe, et comme eux dus à la prolifération de corpuscules conjonctifs. La granulation tuberculeuse ne serait donc qu'une modification du tissu connectif au milieu duquel elle s'est développée. De même du cancer, qui ne serait pas plus que le tubercule constitué par des éléments spécifiques sans analogue dans l'économie, mais bien par des éléments qui peuvent toujours être rapportés à l'une ou à l'autre des espèces globulaires des systèmes végétatif ou épithélial. Dans l'un comme dans l'autre cas, les cellules conjonctives mises en activité pour la création soit d'un nodule tuberculeux, soit d'une masse cancéreuse, ont dû être impressionnées par un agent qui a imprimé à leur réaction une tournure, une évolution et une fin différentes, dans leur ensemble, des irritations communes. Ces caractères ne sont donc imputables qu'à la nature de la cause déterminante.

Etant établi que le tubercule n'est constitué primitivement par aucun élément spécifique, mais bien par une simple modification du tissu connectif au milieu duquel il s'est développé, restait, pour le distinguer des autres processus anatomiques, et déterminer en définitive ses caractères propres, « sa spécificité », à l'étudier dans ses évolutions, comparées elles-mêmes aux évolutions des autres produits morbides.

On connaît tout ce qui est relatif à l'évolution du processus tuberculeux ; nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit, à cet égard, dans nos précédents articles. Nous nous bornerons à rappeler seulement que, d'après les recherches histologiques les plus récentes, il a été démontré, contrairement à ce que l'on avait cru pendant longtemps, que la granulation tuberculeuse n'a rien de spécifique ni dans la forme et les dimensions de ses éléments, ni dans leur groupement, ni dans leur provenance et leurs métamorphoses successives. On sait aujourd'hui que les noyaux et les petites cellules agglomérés dans un nodule tuberculeux, se rencontrent non-seulement dans d'autres processus pathologiques étrangers à la tuberculose, mais encore qu'ils ont leurs représentants dans les éléments normaux de la lymphe, des ganglions lymphatiques, des follicules clos, de la rate, des tissus adénoïdes et, en général, dans toute la catégorie des organes lymphoïdes. A ne considérer que la forme des éléments qui le composent, le tubercule serait donc très-analogue aux tissus lymphatiques. Mais là ne se borne pas la ressemblance, d'après M. Villemin. « La consistance caséeuse, dit-il, à laquelle aboutissent les productions tuberculeuses d'une façon si invariable qu'elle a passé pour le phénomène caractéristique de ces lésions, est aussi une propriété particulière à quelques tissus lymphatiques. Ainsi, sous certaine irritation, les cellules d'un ganglion éprouvent, dans bien des cas, la dégénérescence caséeuse. » C'est même en se fondant sur ce caractère commun qu'on a cherché à établir l'identité de la tuberculose et de la scrofule. Il ne s'agit ici que de leur analogie.

D'autres productions morbides ont aussi les analogies les plus grandes, dans l'opinion de M. Villemin, avec la lésion tuberculeuse, autant sous le rapport de la forme des éléments, que de leur groupement et des métamorphoses qu'ils éprouvent à une certaine période de leur évolution. Telles sont notamment les granulations de la morve et les gommes syphilitiques. Les granulations qu'on trouve dans les poumons des chevaux morveux ont un aspect extérieur qui rappelle entièrement celui des granulations de la tuberculose. La gomme syphilitique, de son côté, rappelle aussi, par certaines apparences extérieures et par sa structure histologique, les productions tuberculeuses. Les granulations morveuses, ainsi que les gommes syphilitiques, sont formées, comme les masses tuberculeuses, par l'agglomération d'un nombre considérable de petits foyers. De part et d'autre, les centres de ces foyers sont habituellement composés de calculs et de noyaux à forme lymphatique, tandis que les zones périphériques sont constituées par des cellules plus volumineuses et en voie de multiplication. Quand la métamorphose régressive s'empare des processus, elle atteint non-seulement les petits éléments des centres, mais aussi les cellules des zones intermédiaires, d'où il résulte que la morve et la syphilis donnent lieu, dans les poumons, à des altérations semblables à celles que l'on a désignées du nom de « pneumonie caséeuse, tuberculeuse, épithéliale. »

C'est cette analogie, rapprochée de l'ancienne croyance à la contagion de la phthisie tuberculeuse et de quelques faits cliniques qui ont pu paraître justifier jusqu'à un certain point cette croyance, qui a porté M. Villemin à se demander si, comme la morve et la syphilis, ses alliées pathologiques, la tuberculose ne serait point virulente et inoculable, et qui l'a induit à entreprendre la série d'expériences que l'on connaît, pour vérifier cette hypothèse. On sait maintenant le reste.

Quant à la spécificité du tubercule, qui ne ressort nullement, comme on vient de le voir, de sa composition anatomique, ses caractères histologiques appartenant à une famille, à un genre morbide et non à une espèce, M. Villemin en trouve le témoignage dans le fait même de son inoculabilité, qui donne toujours pour produit le tubercule et non une autre lésion, et qui entraîne, par conséquent, à ses yeux, l'idée d'un agent producteur ou d'une cause intime spécifique.

Nous avons dit, en commençant cet article, que de la constatation de ce fait que le tubercule est inoculable, M. Villemin avait déduit une série de conséquences qui tendaient à présenter l'histoire de la phthisie sous un jour nouveau. — En effet, toute l'étiologie actuelle se trouverait, de ce fait, renversée, l'hérédité n'aurait plus qu'un rôle secondaire, effacé, presque inutile, la diathèse n'aurait plus la signification qu'on lui a donnée jusqu'ici. Enfin tout un système nouveau de prophylaxie devrait s'ensuivre, et la logique conduirait même jusqu'à l'idée de la recherche du « vaccin » de la tuberculose.

Entrer dans ce nouvel ordre de considérations, nous entraînerait beaucoup trop loin. Il devra nous suffire pour le moment de les mentionner; d'autant qu'elles seront certainement mises en cause de nouveau dans la discussion, comme elles l'ont été déjà dans les argumentations de MM. Chauffard et Pidoux. Le seul but que nous nous proposions, et que nous désirerions avoir rempli à la satisfaction de nos lecteurs, était de mettre, sous les yeux, de tous les principaux éléments de la discussion et d'exposer le plus sommairement possible les idées et les principes ainsi que les faits qui ont servi de base à la nouvelle doctrine de la tuberculose. Nous nous occuperons maintenant, dans nos prochains articles, des argumentations qui lui ont été opposées.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. DEBROU.

Ligature de la carotide primitive pour une hémorrhagie causée par une plaie de la région sus-hyoïdienne.

(Observation recueillie par M. Hunin, interne du service).

Le 28 août 1865, à onze heures du soir, le sieur M....., âgé de 31 ans, très-fort et très-vigoureux, homme d'équipe au chemin de fer, se trouvait à boire avec des camarades, en face de la gare, lorsqu'une rixe s'étant élevée, il reçut, au côté droit du coup, un cou de couteau. Il perdit beaucoup de sang sur le lieu même, et fut porté à l'Hôtel-Dieu, où il arriva vers minuit. Je le reçus à son arrivée, et le trouvai pâle, en état de demi-syncope, avec un pouls excessivement faible. Il n'y

avait pas d'hémorrhagie à ce moment. On voyait des caillots qui remplissaient une plaie à bords très-nets et réguliers, dirigée verticalement, commençant au sommet de l'apophyse mastoïde droite et descendant à peu près le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien dans une longueur de 6 cent. Cette plaie, qui avait été faite par un couteau, servait d'ouverture à une plaie sous-cutanée, se dirigeant en avant et en bas vers le larynx.

Le blessé ne répondait rien aux questions qu'on lui adressait, soit à cause de son extrême faiblesse, soit à cause de l'ivresse où il se trouvait : car, outre que les personnes qui le conduisaient déclarèrent qu'il avait bu, l'odeur alcoolique exhalée par cet homme ne laissait aucun doute sur ce point.

Les mouvements que l'on fit pour le coucher et le soulever du brancard, firent réparaître l'hémorrhagie et je me hâtai de comprimer au fond de la plaie, avec mes doigts, pour arrêter le sang qui sortait en abondance par un gros jet. Je pus m'assurer ainsi que la plaie pénétrait profondément, sous la peau, jusqu'au niveau du corps de l'os hyoïde et du larynx, mesurant 10 cent. au moins dans la région sus-hyoïdienne. Au fond de la plaie je sentais battre ou bien la carotide externe, ou bien le tronc de la carotide primitive, au niveau de sa bifurcation en carotide externe et interne. Aussitôt que je retirais mes doigts, un flot de sang considérable jaillissait ; et je pris le parti de comprimer avec une main au fond de la plaie, et avec l'autre extérieurement, et d'attendre ainsi jusqu'à l'arrivée de M. Debrou, que je fis demander.

Lorsque M. Debrou arriva, trois quarts d'heure après environ, je cessai la compression, et l'hémorrhagie sembla arrêtée. Mais bientôt elle reparut, après un vomissement dans lequel le malade rendit des matières vineuses et alcooliques. Ce vomissement ne contenait pas de sang ; deux des camarades du blessé, restés près de lui, affirmèrent qu'il n'en avait point rendu par la bouche, après l'accident, et cette double circonstance prouva que la plaie n'avait pas pénétré dans l'arrière-bouche, ni le pharynx. M. Debrou examinant alors la plaie, pendant que je comprimais la carotide primitive, constata qu'elle avait de 10 à 12 cent. de trajet ; que, commençant en arrière, sur le bord du sterno-mastoïdien, elle paraissait se terminer au niveau du corps de l'os hyoïde, en suivant une direction oblique et sous-cutanée.

Quant à déterminer quelle artère était ouverte, cela fut impossible. Aussitôt que cessait la compression, le sang sortait abondamment par un fort jet, et il parut même qu'il était fourni par deux points très-rapprochés, peut-être par deux artères ouvertes. M. Debrou admit que l'hémorrhagie ne venait pas de la carotide externe : d'une part, parce que le jet n'était pas assez gros pour être fourni par ce tronc ; en second lieu, parce que, si ce tronc avait été la source de l'hémorrhagie, celle-ci, très-vraisemblablement, aurait fait périr le malade, depuis le moment de la blessure. Il admit que c'était l'une des branches, ou peut-être deux des branches données par la carotide externe, dans l'espèce de bouquet que forment la faciale, la linguale et la thyroïdienne supérieure, vers leur origine.

Dans tous les cas, il était certain qu'il y avait là une voie ouverte au sang, et que cette voie demandait à être fermée immédiatement. Où fallait-il porter la ligature ? Après un temps de réflexion, M. Debrou se décida pour la carotide primitive, et il lia ce tronc à la partie moyenne du cou.

L'opération fut faite rapidement, sans le moindre accident, et ne donna pas lieu à la perte de plus d'une cuillerée à café de sang. Pendant son exécution, un aide comprimait au fond de la blessure, au-dessus du larynx. Peu après le malade fut changé de chemise, parce que la sienne était couverte de sang. Dans les efforts qu'il fit pour cela, il eut un vomissement, qui fit sortir, par la plaie supérieure, un peu de sang liquide et des caillots. Mais aucune hémorrhagie n'eut lieu, ni par la plaie de la blessure, ni par celle de l'opération, qui en était distincte et séparée ; et une simple compresse fut passée autour du cou avec un peu de charpie.

Dans la journée qui suivit, 29 août, le malade est très-affaibli, somnolent, et accuse une céphalalgie intense, attribuable peut-être autant à l'excès de boisson et à l'hémorrhagie qu'aux suites de l'opération. Il y a une légère douleur de gorge, en avalant. Pouls à 120, peu développé. — Absence de battements artériels dans la faciale, la temporale. — Tilleul sucré, bouillon.

Le 30, pesanteur de tête avec élancements vagues, aussi marqués au côté gauche qu'au droit. Somnolence ; peau chaude, 128 pulsations. — Le bouillon est pris avec plaisir.

31. Le sommeil a été meilleur. Peau moins brûlante ; pouls à 112. 2 selles provoquées par un lavement.

1er septembre, battements dans la tête assez forts, plus à droite qu'à gauche. — Un potage et 2 bouillons.

2. Tête plus libre, moins douloureuse. Pouls à 104. — Vin de Bordeaux, 100 grammes, soupe et un œuf.

3 septembre. Tête lourde et embarrassée, quoique le malade ait ses idées très-nettes et les exprime parfaitement. La gorge est un peu douloureuse. Parole facile, déglutition facile.

4. Etat satisfaisant. Pouls, 96.

5. Le sommeil a été réparateur. Le malade est gai, demande à manger. — 2 soupes, œuf, 100 grammes vin de Bordeaux.

Le 8, les forces reviennent. Le malade est moins pâle. La tête encore lourde et embarrassée, autant à gauche qu'à droite. On s'assure que la vue est parfaite et égale aux deux yeux.

Le 9, la « ligature » s'est avancée vers la peau, et vient d'elle-même quand on l'attire avec une pince. Le fil examiné était composé de quatre brins rassemblés d'un fil de soie ordinaire pour ligature de simple artériole. Le nœud est si serré qu'on affirmerait, au premier abord, que rien absolument n'a été compris dans l'anse. En coupant ce nœud avec précaution, on recueille une petite rondelle très-mince de substance grisâtre qui, laissée dans l'eau pendant deux jours, se ramollit, s'étend et devient un anneau qui a le calibre de l'artère carotide. Le disque ou anneau ainsi obtenu, a de 3 à 4 millimètres de hauteur, et offre une ouverture égale à celle d'une forte plume d'oie. Il est absolument certain que l'artère seule a été comprise dans l'anse de fil.

A partir de ce moment, la guérison fit des progrès de plus en plus rapides. La plaie traumatique tend à se fermer, et le trajet, qui s'étendait de l'extérieur à l'intérieur, sous les téguments, n'a pas donné de foyer purulent. La plaie de la ligature, qui est restée indépendante de l'autre, tend aussi à se fermer, quoiqu'elle arrive moins vite à ce résultat. — Le malade mange avec appétit, dort bien, se lève, à dater du 13 septembre, et parle déjà de quitter l'hôpital.

On le retient à grand'peine jusqu'au 23, et alors on est obligé de le laisser sortir, sur ses instances réitérées. A ce moment, la plaie traumatique est fermée ; celle de la ligature ne l'est pas encore.

Le malade, revu le 3 octobre, est dans un état satisfaisant ; son teint est coloré, ce qui est son état naturel ; il mange bien, se promène un peu chaque jour. Il éprouve des douleurs assez fortes dans le front, par moments, avec un sentiment de vide dans la tête. Cependant, il dort assez bien et peut se promener. On lui recommande expressément de ne se livrer à aucune fatigue et de ne point reprendre son travail avant deux mois. La plaie de l'opération est presque fermée.

Dans le courant de janvier 1866, M.... a repris son travail, qui consiste à surveiller les porteurs de coke, à la gare. Il se porte très-bien et éprouve seulement, parfois, de la pesanteur ou un peu de douleur dans la tête. Il a repris à peu près ses forces ordinaires. Ses cicatrices sont linéaires et peu apparentes. Son visage est très-coloré, suivant son état antérieur et habituel, et également des deux côtés. Sur la figure, ni dans les yeux, on ne remarque aucune différence dans l'aspect ou la coloration. Mais, quand on recherche les artères de la face, on ne les sent pas battre, au côté droit. La temporale, la faciale, les labiales droites ne donnent aucun mouvement de pulsation. On ne sent pas battre non plus les troncs artériels au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde, ni le tronc carotidien, le long du larynx. Le battement reparaît seulement vers le quart inférieur du cou, au-dessous de la cicatrice.

Le malade a été revu plusieurs fois, en 1866 et en 1867. Sa santé ne s'est pas démentie ; et il est aussi fort, aussi bien portant qu'à aucune époque de sa vie. Il n'éprouve ni douleur, ni embarras dans la tête ; mais les battements artériels n'ont reparu ni dans la temporale, ni dans la faciale, ni dans les troncs carotidiens, au-dessus ou au niveau du larynx, à droite. (Juillet 1867.)

Remarques. — Cette opération de la ligature de la carotide primitive est surtout remarquable par la simplicité de ses suites. Et ce motif seul suffirait pour rendre sa publication utile.

On peut se demander si, au lieu de porter la ligature sur le tronc de la carotide primitive, il n'eût pas été suffisant, et par cela même préférable, de lier la carotide externe, en incisant la paroi antérieure de la plaie faite par le couteau, d'autant plus que le sommet de cette plaie, creusée dans l'épaisseur du cou, arrivait à peu près jusqu'au niveau de la terminaison de la carotide primitive. En agissant ainsi, on se ménageait la possibilité de découvrir la branche ou les branches artérielles ouvertes et de les lier à leurs deux bouts, ou bien, si l'on ne pouvait y parvenir, on liait la carotide externe. Ce plan d'opération était satisfaisant, en effet, et aurait pu réussir, ou même être préféré. Le chirurgien l'a écarté, comme exposant à plus de mutilation, à une nouvelle hémorrhagie pendant les recherches des vaisseaux, et comme étant plus difficile à exécuter à la lumière des bougies. Sans doute, il se pouvait que la ligature de la carotide primitive fût suivie d'une hémorrhagie secondaire, par le retour du sang dans la plaie, par voie anastomotique ; et ce motif était, en réalité, le seul qui parlât en faveur de la ligature de la carotide externe.

Mais, si l'on a vu l'hémorrhagie reparaître ainsi plusieurs fois (chez les malades de Marjolin, de Giroux), il y a d'autres cas où la ligature de la carotide primitive, faite pour des plaies d'une ou de plusieurs branches de la carotide externe, n'a pas été suivie d'hémorrhagie secondaire (Collier et Roux — il s'agissait, dans les deux cas, d'une blessure de la langue). L'observation actuelle est un fait de plus en faveur de cette manière d'agir.

On a pu remarquer, dans le récit qui précède, que « deux ans après la ligature, » les artères faciale, temporale, et même le tronc de la carotide externe ne donnaient pas de battements appréciables au toucher. A quelle époque a lieu le retour des battements artériels, dans les branches périphériques d'un tronc lié ? Ce retour même a-t-il lieu, ou ne se fait-il pas ? Il semble que les documents nécessaires pour répondre à cette question fassent défaut dans les auteurs et même dans les observations publiées. Chez l'opéré M...., la circulation anastomotique s'établit facilement, rapidement, sans accidents cérébraux, et l'une des causes de ce résultat a été l'âge de l'opéré (31 ans), car les accidents encéphaliques sont plus à craindre dans un âge un peu avancé. Mais, malgré le rétablissement de la circulation par voie anastomotique, les branches artérielles de deuxième ou troisième calibre reprennent très-lentement leurs dimensions premières, ou, peut-être ne les reprennent jamais. Voici une observation, à l'appui de cette conclusion. Chez une femme, opérée à l'hôpital de Meath, par M. Portes, de la ligature de la carotide primitive droite, à sa partie inférieure, pour un anévrysme de ce tronc, à son extrémité supérieure. L'autopsie faite, « sept ans après, » par ce chirurgien, fit constater : 1° que la carotide interne était oblitérée jusqu'au point où elle donne naissance à l'artère ophthalmique ; 2° que la carotide externe était perméable, mais beaucoup plus petite que celle du côté sain ; que toutes les branches issues d'elle « offraient la même diminution de calibre, à l'exception de la thyroïdienne supérieure qui conservait ses dimensions ordinaires. » (Dublin medical Press, 12 août 1840 — et Archiv. générales de médec., tome IX, 3e série, page 210.) On comprend aisément pourquoi la thyroïdienne était ici plus large que les autres branches de la carotide externe, par suite de sa large communication avec la thyroïdienne inférieure et de sa participation très-active au rétablissement du cours du sang par anastomose. Mais, dans ce cas comme dans le nôtre, les artères de la face n'avaient pas repris leur calibre normal, et, probablement, elles n'avaient aussi cessé de battre.

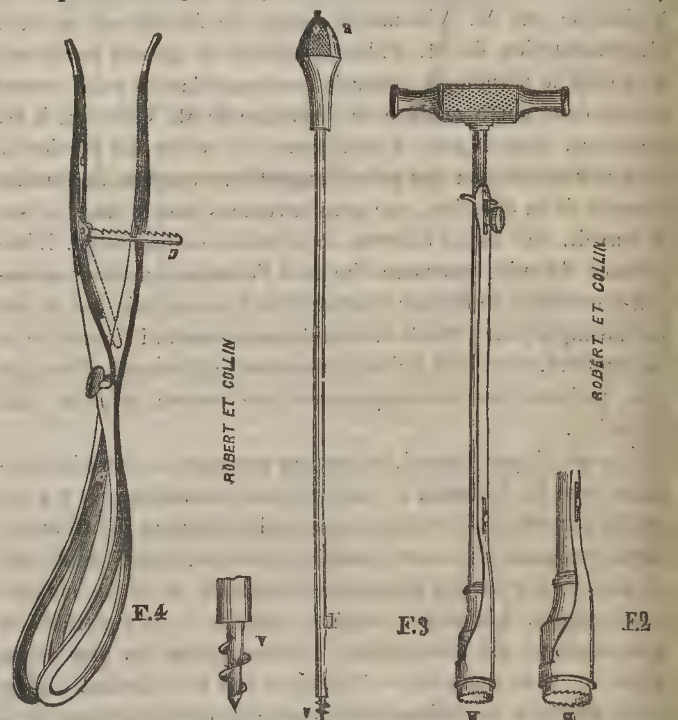
S'il en est ainsi, après sept ans, il est à croire que le même résultat persiste toujours. De sorte que les branches normales, sorties d'un tronc lié, jusqu'à une certaine distance, perdent leur calibre, tandis que les capillaires conservent leurs dimensions ordinaires, et que certaines artères collatérales acquièrent plus de volume, et même des battements par le fait de la circulation anastomotique.

CÉPHALOTRIPSIE INTRA-CRANIENNE.

M. Béclard a présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 26 novembre, divers instruments construits par MM. Robert et Collin sur les indications de M. le Dr Guyon, pour pratiquer la céphalotripsie intra-crânienne.

M. Depaul, sur l'invitation de M. Béclard, a pris la parole et donné l'explication de ces instruments.

La première figure représente une tige longue de 36 cent.,



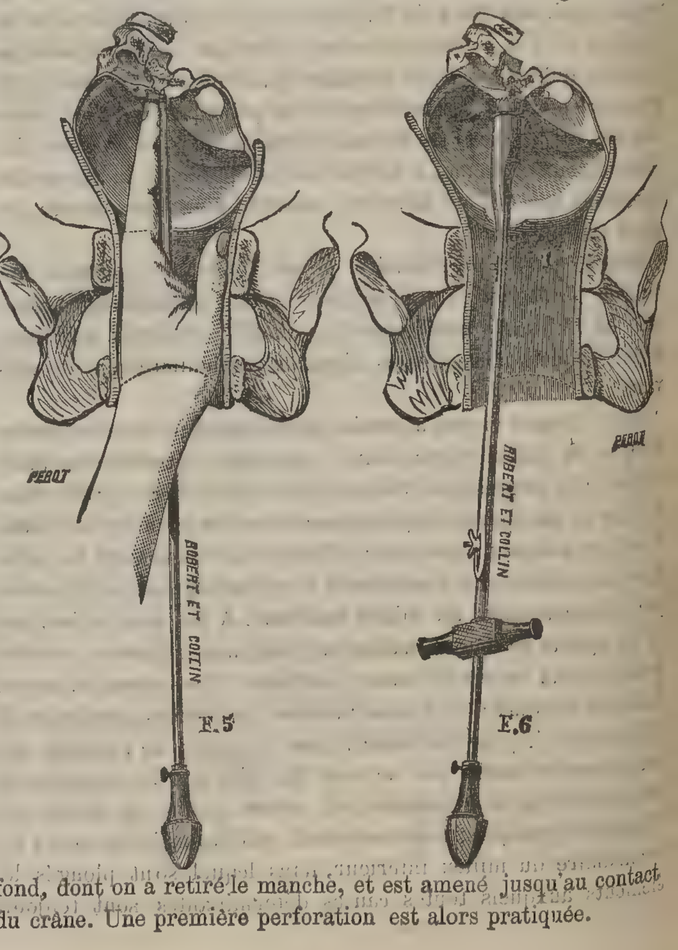
et large de 7 millim., terminée par un tire-fond, et pourvue d'un manche mobile.

Les figures 2 et 3 sont des tréphines montées sur une douille de 28 cent. de longueur ; elles sont pourvues d'un protecteur.

La figure 4 est un petit forceps dont les cuillers, courbes sur le plat, n'ont que 3 cent. dans leur plus grande largeur ; les branches de ce forceps sont très-élastiques, ce qui permet de les rapprocher jusqu'à 3 cent. Une crémaillère mobile maintient les branches rapprochées.

EXPLICATIONS.

1° Le tire-fond conduit sur l'index de la main gauche, est vissé sur la voûte du crâne ; la couronne la plus large ayant 3 cent. de diamètre, est elle-même conduite le long du tire-



fond, dont on a retiré le manche, et est amené jusqu'au contact du crâne. Une première perforation est alors pratiquée.

2° Figure 5. La main gauche est introduite dans le vagin et l'index dans le crâne, à travers la perforation.

L'index reconnaît alors la tente du cervelet, qui le conduit, par l'un de ses bords, aux apophyses clinoïdes.

Le tire-fond, conduit le long de la paume de la main et du doigt, est vissé sur la selle turcique.

3° Figure 6. La couronne la plus étroite, qui est de 2 cent. de diamètre, est alors conduite le long de la tige, ainsi fixée, et la perforation de la base du crâne est opérée.

4° Le forceps est alors introduit et permet d'aplatir la base du crâne, puis d'opérer les tractions nécessaires pour l'extraction.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 décembre 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Six Traités publiés par MM. Frédérick Beeker, directeur d'un établissement de gymnastique suédoise curative, à Hanovre, touchant une nouvelle méthode de gymnastique appliquée au traitement de diverses maladies (Commissaire, M. Bouvier).

2° Un rapport de M. le Dr Chabannes sur le service médical des eaux minérales de Vals, pendant l'année 1867 (Commission des eaux minérales).

3° Deux rapports de M. le Dr Barbran, l'un sur les épidémies qui ont régné dans les arrondissements de Rochefort, l'autre sur la variole (Commission des épidémies).

4° Une lettre par laquelle M. le préfet de la Seine transmet un mémoire et une brochure de M. le Dr Crimotel sur l'emploi d'un appareil électrique de son invention destiné à constater la réalité des décès.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les Drs Voillemier, Dolbeau, Desormeaux et Giraldès, qui se mettent sur les rangs pour la place vacante dans la section de pathologie externe.

2° Un exposé des titres de M. le Dr Boinet, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. le sénateur surintendant des Beaux-Arts, par laquelle il informe l'Académie que M. le ministre de la Maison de l'Empereur lui fait hommage du buste en marbre de Trousseau, exécuté par feu Paul Gayrard.

M. J. Guérin annonce la mort de M. Vogel, membre associé, à Munich; puis il présente, de la part de M. le Dr Gaillard (de Poitiers), un mémoire manuscrit intitulé : « Essais sur les familles pathologiques. »

RAPPORT.

M. Depaul, au nom de la commission de vaccine, donne lecture du rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1866.

M. Briquet demande que ce rapport soit discuté avant d'être envoyé à M. le ministre.

M. Guérin fait remarquer que rien n'empêche d'envoyer ce rapport à M. le ministre, puisqu'on pourra en discuter les conclusions après.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la tuberculose. La parole est à M. Pidoux pour la continuation de son argumentation.

Voici la première partie du discours de M. Pidoux. Nous publierons un résumé de la deuxième partie dans l'un des prochains numéros.

Discussion sur la tuberculose.

M. Pidoux. Le chaos de la phthisie débrouillé par Laënnec se reforme aujourd'hui sous nos yeux. C'est un bon signe, c'est la promesse d'une époque nouvelle pour la doctrine de la phthisie et le présage d'un progrès.

Laënnec, absorbé par l'anatomie pathologique et la séméiologie et par le besoin de créer de toutes pièces le diagnostic des maladies de poitrine, s'est arrêté au seuil des causes de la phthisie. Il vous apprend à distinguer le tubercule pulmonaire de ce qui n'est pas lui, mais il ne se croit pas obligé de remonter plus haut et de dire ce qu'il est dans l'ordre des productions morbides, ni quelle place la phthisie occupe dans la série des maladies chroniques. Mais où le génie d'un homme et d'une époque s'arrête, l'esprit humain, avide d'infini, ne peut pas s'arrêter. Le microscope et la pathologie expérimentale, une nosologie des maladies chroniques plus vivante, le besoin de placer la médecine de l'espèce avant et au-dessus de la médecine de l'individu, posent aujourd'hui à la phthisiologie des problèmes nouveaux. Il faut chercher, il faut trouver. Maintenant que, grâce à la séméiotique moderne, nous connaissons extérieurement la phthisie, il est temps que nous cherchions à pénétrer plus avant dans son intérieur, dans sa vie même, et qu'on songe à s'occuper enfin des problèmes que le bon sens et la sagesse de Laënnec ont réservés à nos explorations.

On connaît le rapport plein de faits et d'enseignements de M. Colin sur les expériences très-intéressantes de M. Villemin, touchant l'inoculation du tubercule de l'homme aux animaux. M. Chauffard a porté du premier coup la question à une hauteur qui est d'un bon exemple, parce qu'elle n'a exclu ni l'examen sévère des faits, ni la rigueur des déductions scientifiques; mais il s'est volontairement restreint sur le terrain circonscrit par le rapport de M. Colin. Ce rapport presse aussi pas à pas M. Villemin sur la ligne expérimentale que celui-ci s'est choisie; il contrôle les faits par les faits. Mais, comme M. Chauffard, quoique d'une autre manière, il n'a pas quitté l'expérimentateur, l'inoculateur du tubercule, et il ne l'a suivi ni critiqué dans ses conclusions sur la nature et la cause de la tuberculose. C'est sur ce terrain de la pathologie générale de la phthisie et de sa clinique spéciale, que je me propose d'examiner les travaux de M. Villemin.

Pour M. Villemin, la phthisie tuberculeuse des poumons est virulente, spécifique et contagieuse; virulente et spécifique, comme la syphilis; virulente, spécifique et contagieuse, comme la morve-farcin.

Pour le démontrer, il fallait d'abord prouver que cette maladie ne peut pas se développer spontanément, ou par le fait des causes déterminantes communes. C'est ce que tente M. Villemin; mais, comme la masse des faits les mieux connus se pose insurmontable devant lui, il nie carrément en principe, que les organismes vivants et leurs éléments soient et puissent être spontanément altérables. Ainsi : 1° impossibilité que la phthisie naisse sous l'influence des causes communes; 2° nécessité d'un virus tuberculeux. Voilà ses deux propositions.

Rien, dit M. Villemin, ne peut mettre l'homme dans la condition de faire du tubercule. Il faut donc qu'il vienne du dehors. Or, comme, suivant lui, les causes communes du dehors, à quelque ordre qu'elles appartiennent, n'apportent pas à l'homme le tubercule tout fait, et qu'elles ne peuvent que le mettre dans la condition d'en faire, force est bien que l'organisme ne soit que le récipient de ce tubercule dont la semence lui arrive toute faite du dehors, comme dans les inoculations aux lapins, force est bien que le tubercule ne naisse que du tubercule.

C'est la doctrine de la spécificité appliquée à la tuberculose. Tout le monde sait qu'une maladie spécifique, est une maladie qui se comporte comme une espèce naturelle, qui se reproduit et ne peut se reproduire que d'elle-même, et toujours la même dans l'espace et dans le temps. Nous sommes sûrs de cela pour la syphilis, pour le vaccin. La variole et la morve sont certainement virulentes, inoculables et contagieuses, mais nous ne sommes pas sûrs qu'elles ne puissent naître que par inoculation et contagion. Nous sommes même assurés que la morve peut se former spontanément dans certaines conditions connues; et nous ne sommes pas sûrs que si le mode ordinaire de propagation de la variole est la contagion, les épidémies de cette maladie ne soient pas assez souvent des explosions spontanées. Pour toutes ces maladies, comme pour la rougeole, la scarlatine, etc., la filiation n'est pas difficile à suivre, et leur virulence, leur contagiosité, leur spécificité, par conséquent, ont été reconnues du premier coup, parce qu'elles sautent aux yeux.

Au contraire, c'est au fur et à mesure que l'étude de la médecine est entrée dans les voies scientifiques d'une observation rigoureuse, que la croyance à la contagiosité et à la spécificité de la tuberculose en général, et de la phthisie pulmonaire en particulier, s'est graduellement éteinte. Il faut donc bien admettre que si cette maladie est contagieuse, ce qui n'est pas encore rigoureusement démontré, elle ne l'est pas d'une manière absolue; qu'elle ne l'est pas d'une manière si relative et si conditionnelle, qu'elle ne peut pas prendre rang dès aujourd'hui parmi les maladies contagieuses et spécifiques, et qu'il n'y a vraiment pas lieu de modifier beaucoup nos idées et nos pratiques à son endroit.

Pour prêter de la croyance à cette opinion, il eût été plus naturel et plus logique que, comme pour la spécificité et la contagion de la morve, l'éveil eût été donné par la médecine aux expérimentateurs, et que le contrôle confirmatif fût revenu de ceux-ci aux médecins. En quoi l'inoculation du tubercule de l'homme au lapin, et du lapin au lapin ou à tout autre animal peut-elle prouver, à l'encontre de l'expérience clinique de tous les jours, que la phthisie pulmonaire de l'homme est virulente et spécifique? Je comprends que si on pouvait suivre à la piste la contagion de la phthisie, on dût être curieux de savoir si cette maladie, fortement suspecte de contagiosité, est en même temps virulente et inoculable; mais je ne comprends pas que, de cette inoculabilité chez les animaux, on conclue à sa contagion chez l'homme sans consulter l'expérience clinique, et lorsque celle-ci témoigne tous les jours du contraire. Dans le volume de M. Villemin, je ne trouve, à part ses inoculations, que des présomptions, des analogies, des hypothèses, des comparaisons forcées, des inductions illégitimes, pas l'ombre d'une preuve clinique. Plus il s'est trouvé seul avec ses inoculations, plus il a senti le besoin de leur tout demander; et il a si bien fait, qu'il en a tiré non-seulement une phthisiologie, mais une pathogénie universelle, en contradiction avec les données les plus belles et les plus sûres de la science moderne.

Fasciné par ses inoculations, et ne voulant pas croire la tuberculose susceptible de se produire chez l'homme autrement que chez les lapins, M. Villemin commence par nier les diathèses et toute spontanéité morbide de l'organisme. Conséquent avec lui-même, il enlève bientôt à l'animal jusqu'à la moindre spontanéité physiologique, et l'oblige ainsi à lui faire venir tout du dehors. Il lui fallait un organisme qui ne peut rien faire que sollicité par un agent extérieur. L'organisme et ses éléments sont aussitôt dépouillés de toute intussusception, de toute autonomie. Le sang lui-même est rendu passif et M. Villemin ne lui accorde que d'être le véhicule ou le milieu intérieur des agents morbifiques venus du dehors. Or, comme les causes communes, les agents de l'hygiène, qui nous viennent du dehors, ne sont pas par eux-mêmes des causes morbifiques, et ne peuvent le devenir que par la spontanéité organique, il ne reste qu'une chose, c'est que les causes des maladies soient toutes spécifiques ou ne puissent se développer, comme les espèces animales ou végétales, que par leurs semences ou leurs germes. Les inoculations du tubercule aux lapins l'ont prouvé; donc la tuberculose est spécifique, virulente et contagieuse.

M. Villemin couronne sa doctrine en proclamant une panspermie nosologique, en faisant flotter dans les nuages les germes de la tuberculose et de toutes les maladies. Il fournit des preuves bien inattendues à la doctrine de l'homogénie illimitée de M. Pasteur. Je crois cependant que la pathologie est un champ où la doctrine plus philosophique et plus vraie des générations spontanées ou de l'hétérogénie pourrait recueillir bien des faits précieux. La pathologie n'est, en effet, que la connaissance des hétérogénies auxquelles l'organisme vivant est sujet : les maladies ne sont que des hétérogénies. Seulement, tandis qu'en histoire naturelle l'hétérogénie est ascendante ou progressive, en pathologie elle est descendante et rétrograde, c'est-à-dire altérante et funeste quand elle ne se limite pas. La tuberculose en est un exemple : c'est une hétérogénie régressive ou une dégénération spontanée.

Le tubercule est une des hétérogénies morbides les plus banales, et, par conséquent, les moins spécifiques. Dans les circonstances ordinaires, les maladies spécifiques ne naissent que d'elles-mêmes; le tubercule naît de tout. Les causes externes les plus diverses et les plus opposées le déterminent également; tout lui est occasion, tant il vient de nous, tant il est bien un des produits de l'altérabilité propre et spontanée de nos éléments organiques.

Si beaucoup de causes non spécifiques déterminent la génération spontanée, un plus grand nombre encore la préparent. Et ce sont les causes les moins occultes et les plus naturelles, des causes qui n'ont rien de séminal. Dans un très-grand nombre de cas on peut les toucher du doigt et voir la phthisie prévue, naître et se développer sans aucune intervention spécifique et contagieuse.

Au sujet des mots en apparence contradictoires, de causes diverses déterminant la génération spontanée du tubercule, M. Pidoux entre dans quelques développements pour montrer que la spontanéité, ou l'intussusception, ou l'autonomie, — ce qui est tout un, — n'excluent pas l'intervention des causes occasionnelles. Il est entendu que, quand on parle de spontanéité, tant dans l'ordre pathologique que dans l'ordre physiologique, on place l'organisme dans son milieu, c'est-à-dire qu'on le suppose entouré des agents de l'hygiène, ses conditions d'existence favorables ou nuisibles. Ces excitations extérieures de la vie, qui peuvent devenir des causes d'altération, sont loin d'empêcher la spontanéité, elles servent, au contraire, à la manifester sous toutes ses formes. Quelle que soit la part qu'une cause externe puisse prendre à la détermination d'une maladie, la spontanéité morbide ou hétérogénique tout entière.

Nous sommes donc bien les auteurs de nos maladies, poursuit M. Pidoux, même lorsqu'elles sont spécifiques et surtout lorsqu'elles sont spécifiques, car elles n'ont que l'apparence de nous venir du dehors. Les virus, les contages ne viennent du dehors qu'au sens purement littéral. Ce sont vraiment les causes les plus internes, les plus vivantes qu'on puisse imaginer, puisque formées par l'organisme, elles sont capables de conserver hors de lui toute leur vitalité et de se reproduire comme des espèces.

M. Villemin, alors même qu'il pourrait démontrer l'existence d'un virus ou de contages, peut produire la phthisie comme la syphilis ou la variole, n'a pas vu que ces semences pathogéniques ne seraient que le produit d'une génération morbide spontanée et qu'il faudrait toujours en venir à une hétérogénie qui, ayant procédé une fois de l'organisme, n'aurait pas de raison pour n'en pas procéder encore. Il s'est enfermé ainsi dans un cercle vicieux qui supprime toute étiologie, toute prophylaxie.

La tuberculose, c'est l'altération constitutionnelle, l'hétéroplasie propre et organique de l'appareil fondamental de la nutrition, qui est l'appareil lymphatique. Cet appareil a ses altérations ou ses hétérogénies spéciales plus ou moins profondes, comme la scrofule; ses altérations spécifiques, comme la syphilis, la morve; la tuberculisation proprement dite forme son hétérogénie organique banale, celle qui n'a besoin d'aucune excitation spécifique pour se produire et peut se développer sous l'influence d'une multitude de causes qui n'ont de commun que d'appauvrir le champ de la nutrition. La phthisie tuberculeuse, en effet, est au nombre des maladies organiques et diathésiques. Or, les malades primitivement diathésiques ne sont jamais ni spécifiques, ni virulentes, ni contagieuses. On ne voit jamais une maladie diathésique résumée dans un contage ou dans un virus. Diathèse et virus semblent s'exclure.

Rien n'est moins vivant et ne concentre moins d'action morbide que le tubercule. Placé au bas de l'échelle des hétéroplasies, il pullule comme les organismes inférieurs, meurt et infecte comme les produits de décomposition, sur place et par sa masse, comme le pus commun, incapable comme lui de fournir des contages et de se propager à distance. Ses propriétés, facilement nécrobiotiques, sont incompatibles avec les propriétés d'un virus et d'un contage, et s'opposent, par conséquent, à sa spécificité. Le tubercule est, en effet, avec les processus inflammatoires fibrineux, avec les processus gangréneux et avec le pus, la production morbide la plus susceptible de nécrobiosie. Dès qu'il est formé, dès qu'il a atteint l'état de granulation grise, le tubercule ne peut plus faire un mouvement sans rétrograder, sans mourir; et pendant qu'il régresse et meurt, il infecte et nécrobiose partout de proche en proche.

M. Villemin regarde le tubercule comme semblable, histologiquement, à la matière des gommes syphilitiques et des granulations morvo-farcineuses, et il en a conclu qu'il devait, comme elles, provenir de maladies virulentes et se reproduire de la même manière. Il aurait dû se souvenir que, lorsque la syphilis en arrive à produire des tumeurs gommeuses, c'est qu'elle a perdu sa spécificité et sa violence, et qu'elle n'est plus qu'un produit tuberculiforme dont la constitution exclut toute capacité de virulence. De sorte qu'au lieu de dire : le tubercule ressemble à la matière de la gomme syphilitique, donc il est spécifique et virulent, M. Villemin aurait dû dire : donc il n'est ni spécifique ni virulent.

De même pour la morve-farcin. M. Villemin n'a pas vu que la matière tuberculiforme dont il parle est loin de la matière virulente reproductrice de la maladie; que c'est le sang, que ce sont surtout les produits du catarrhe et des ulcérations des fosses nasales qui représentent cette matière virulente. L'inoculation de la matière farcineuse, qu'il compare au tubercule, ne détermine que des lymphangites de voisinage. Ce qui a empêché M. Villemin de voir ces choses, c'est qu'il se fait du virus une idée singulière, l'idée d'une chose distincte de la matière organique commune qui ne lui servirait en quelque sorte que d'enveloppe. Ce serait une sorte de doctrine animiste des virus, dans laquelle l'agent spécifique est conçu comme une âme existant par elle-même, et le pus et le tubercule comme des corps sans vie que le virus viendrait animer.

On le voit, dans la tuberculose, c'est le terrain qui est tout, ce n'est pas la semence. La maladie se fait de toutes pièces. Les causes n'étant pas séminales, sont secondaires. Aussi M. Villemin rejette tout à fait la diathèse et presque complétement l'hérédité, qu'il remplace par la semence pathogénique, le virus.

Mais, avant d'entrer dans l'examen des conditions extérieures et des causes internes qui disposent l'organisme à la génération spontanée des tubercules, il me reste une chose à dire, c'est que l'appauvrissement seul du champ de la nutrition ne suffit pas à la prolification tuberculeuse. La faiblesse est une condition puissante de déviation nutritive ou d'hétérogénie. Mais, pour que celle-ci se produise, il faut ajouter à l'idée de faiblesse l'idée d'un nouveau mode d'exécution et de vie, l'idée d'irritation.

L'hétérogénie et, par conséquent, la pathologie commencent donc à l'irritation. Je me borne, pour le moment, à constater ce grand fait, comme M. Villemin, mais en niant que ce mode nouveau d'excitation et d'existence soit toujours produit par un stimulus irritant venu du dehors et agissant directement et traumatiquement, comme la doctrine que je combats, sur le point où la force formatrice irritée se dévie. Ce serait supposer l'organisme inaltérable. Dans cette hypothèse de l'inaltérabilité spontanée de l'organisme, les causes nuisibles ou irritantes, venues de l'extérieur, n'auraient pas même le pouvoir de l'altérer. Il n'y aurait pas non plus de virus et de contages, puisque ces causes morbides spécifiques sont des produits de l'organisme vivant, et que si l'organisme était inaltérable, il serait incapable de former des poisons morbides. Il faut donc toujours en revenir à la spontanéité et aux hétérogénies morbides, qui n'excluent point la réalité des influences extérieures nocives. Des milliers de sujets plongés au sein des mêmes causes morbifiques y répondent de mille manières différentes. Ces causes mettent en jeu la spontanéité pathologique, mais ne la nécessitent pas. La spontanéité de chaque organe et de chaque élément organique se détermine en vertu de leur constitution même.

Après avoir montré que la nature du tubercule est incompatible avec celle des virus, j'essaierai de faire voir, dans une prochaine séance, que les tuberculeux, que les phthisiques, que la nature de la phthisie pulmonaire, enfin, ne répugnent pas moins à l'idée de maladie spécifique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine tiendra sa séance publique annuelle mardi prochain, 17 décembre, à trois heures, dans la salle ordinaire des séances. L'ordre du jour comprendra : 1° le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1867, par M. Fréd. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel; 2° la proclamation des prix proposés pour les années 1868 et 1869; 3° la lecture de l'éloge de M. Rostan, par M. J. Béclard, secrétaire annuel.

— La mort de M. Flourens ouvre une riche succession scientifique et littéraire. De ses nombreux titres, celui de membre de l'Académie française ne sera pas le moins envié. L'histoire naturelle et la physiologie ont compté, depuis Buffon, plus d'un éminent représentant au sein de l'Académie. Il est question, dit-on, d'appeler, dans cet illustre aréopage, notre confrère, M. le Dr Claude Bernard, en remplacement de M. Flourens. Nous applaudirions de grand cœur à ce choix.

— La Société médicale d'Observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 13 décembre à huit heures du soir à la Faculté de médecine.

Ordre du jour. — Lecture de M. Bordier : Empoisonnement mercuriel. — Lecture de M. Topinard : Rhumatisme musculaire aigu; rhumatisme des bourses séreuses; guérison par la poudre de Dover — Rapport de M. Odier sur la candidature de M. Carrière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

(1892)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 146. — SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1867. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Grossesse tubaire. — Rupture du kyste fœtal coïncidant avec l'expulsion d'une caduque utérine. — Autopsie.

De toutes les grossesses extra-utérines, les plus dangereuses sans contredit sont celles qui siégent sur quelque point de l'une ou l'autre trompe, et que l'on nomme tubo-interstitielles, tubaires, etc.

Plus que toute autre, elles exposent à des hémorrhagies mortelles dans la cavité du péritoine. On a même dit que c'était là leur terminaison presque constante.

On peut consulter à ce sujet une excellente monographie de M. le Dr Goupil dans le traité des maladies des femmes qu'il a fait en commun avec M. Bernutz.

On y verra que, le plus souvent, l'hémorrhagie s'est faite par une rupture du kyste fœtal, quelquefois, exceptionnellement, par celle d'une veine ou d'un ovaire.

Les ruptures du kyste fœtal dans les grossesses tubaires surviennent ordinairement entre le second et le quatrième mois. On en possède des observations très-nombreuses, et, pour en recueillir de nouvelles, il faut que celles-ci présentent dans leurs détails quelque chose de particulier.

Tel était le cas chez une femme, morte à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Bucquoy, et à l'autopsie de laquelle nous avons dernièrement assisté.

Les pièces pathologiques seront sans doute présentées à quelque société; mais le fait nous a semblé trop intéressant pour que nous ne disions pas ici en quelques mots ce que nous avons vu nous-même à l'autopsie, et ce que le chef de clinique de M. Bucquoy, M. Duguet, a bien voulu nous apprendre sur les symptômes observés durant la vie.

La femme dont il s'agit était étrangère, et ne savait pas le français; elle est entrée à l'Hôtel-Dieu fort peu de temps avant sa mort. Elle avait alors une métrorrhagie qui durait déjà depuis quelque temps; elle était pâle, très-affaiblie et profondément anémiée.

Au toucher, on trouvait le col de l'utérus volumineux, entr'ouvert et comme villeux. L'extrémité du doigt pénétrait assez haut entre les deux lèvres.

La malade avait eu une grossesse antérieure parfaitement normale, suivie d'un accouchement à terme.

Peu de temps après son entrée dans le service de M. Bucquoy et alors qu'on se demandait quelle était la cause des métrorrhagies, elle rendit, par le vagin, à la suite d'efforts d'expulsion, une caduque presque entière. Le seul point qui fût déchiré et manquât devait correspondre à l'une des cornes de l'utérus.

Nous ne parlerons pas des symptômes généraux, qui tenaient à la fois de la péritonite et de l'hémorrhagie interne.

Peu de temps après, la mort survint subitement, dans une syncope.

A l'autopsie, on trouva le ventre rempli de caillots et de sang liquide.

Dans le petit bassin, à gauche de l'utérus, existait une tumeur grosse comme le poing, d'un rouge violet, et sillonnée de vaisseaux sanguins à la surface.

Cette tumeur avait pour siége la trompe dilatée; le pavillon faisait partie de ses enveloppes; elle s'était rompue dans une étendue de trois centimètres environ, et l'hémorrhagie, évidemment, s'était faite par cette rupture.

Cependant parmi les caillots trouvés dans le petit bassin, quelques-uns étaient de couleur blanche, assez fermes et d'une date moins récente que les autres.

L'utérus avait à peu près doublé de volume, il contenait dans sa corne gauche un reste de caduque qui complétait parfaitement la caduque expulsée pendant la vie. Le col, hypertrophié comme le corps, présentait vers son orifice les petites saillies villeuses déjà remarquées.

Rien de particulier dans les ovaires.

Le cœur, fortement contracté, ne contenait ni sang ni caillots. Le foie, la rate, les reins, etc., étaient petits, exsangues et remarquablement pâles.

La tumeur pelvienne, une fois incisée par M. Duguet sur un point autre que celui où s'était faite la rupture spontanée de la surface, donna issue à un fœtus de trois mois environ, parfaitement conformé, et attaché par un long cordon au placenta qui doublait le kyste.

Ce que ce fait offre de particulier, c'est surtout l'expulsion d'une caduque utérine, pendant les contractions que provoqua sans doute la *fausse couche interne*, pour nous servir de l'heureuse expression de M. Duguet.

Cette expulsion d'une caduque vers le moment de la rupture d'un kyste fœtal, n'est signalée dans aucune des observations de grossesse extra-utérine que nous avons lues.

Mais Duverney, dans une observation reproduite dans le mémoire de M. Goupil, où elle porte le n° 4, rend compte en ces termes d'un fait qu'il faut rapprocher du précédent :

« Vers le 4 juillet 1708, à une heure après minuit, je fus appelé pour voir Mme Galet, potière d'étain, âgée de 21 ans, demeurant sous les piliers des Halles, mariée depuis un mois, laquelle, après une grande évacuation par haut et par bas, tomba dans une grande faiblesse. Etant auprès d'elle, je la trouvai sans pouls, et, l'interrogeant, elle se plaignit de ressentir une pesanteur considérable dans la matrice, accompagnée d'une grande douleur dans les cuisses; elle me dit qu'elle croyait être grosse de deux mois ou environ, et qu'elle voyait un peu de sang tous les jours depuis huit jours. Je la fis réchauffer avec des serviettes, je lui fis prendre quelques cuillerées d'une potion cordiale, mais ces secours furent inutiles; les faiblesses augmentèrent avec un froid aux extrémités; elle me disait à tout moment qu'elle avait envie de dormir. J'appris qu'il s'était évacué quelque chose avec douleur en allant à la selle, et, suivant son récit, je jugeai que c'était un fœtus, parce qu'en la touchant, je trouvai le corps de la matrice ouvert et un peu mouillé. Je la fis confesser : elle mourut dans ces faiblesses et ne fut pas longtemps malade.

» J'en fis l'ouverture au bout de 24 heures. Je trouvai le ventre fort tendu; à peine était-il ouvert que le sang épanché dans la capacité, s'écoula abondamment; je pris une poëllette et j'en remplis un grand vaisseau. Et après avoir ôté beaucoup de sang caillé qui était dans la région hypogastrique et avoir visité toutes les parties, je vais à la matrice. Je la trouvai de la grosseur de deux œufs; et, l'ayant examinée, je trouvai la trompe du côté gauche aussi grosse que la matrice, et déchirée d'un côté

» Ayant dilaté l'ouverture, j'aperçus une membrane remplie d'un corps solide; l'ayant ouvert, je trouvai le fœtus avec un placenta attaché à la trompe; les vaisseaux de cette partie étaient fort dilatés et gros comme le tuyau d'une plume à écrire. On trouva dans la cavité de l'utérus un arrière-faix dont le cordon était rompu; c'est une preuve qu'il y avait eu un fœtus dans sa cavité. Le chirurgien m'apporta cette trompe, et, après avoir bien examiné cette partie, je découvris, à quelque distance du pavillon, l'obstacle qui avait arrêté l'œuf dans la trompe.

» La jeune femme était fort vive; elle avait sauté et dansé dans une noce, ce qui avait causé la fausse couche qu'elle eut, et qui fut accompagnée de grands vomissements. »

Ecartons d'abord les commentaires de Duverney sur la cause probable de cet accident.

Ce fait présente dans sa marche, dans ses grands traits, et même dans la plupart des détails secondaires, une analogie singulière avec celui de M. Bucquoy.

Chez l'une et chez l'autre malade, les phénomènes graves furent précédés de métrorrhagies peu abondantes, mais habituelles depuis un certain temps.

Chez l'une et chez l'autre, quelque chose fut expulsé avec douleur de l'utérus, pendant des efforts de défécation.

Chez l'une et chez l'autre, on put croire qu'il s'agissait d'un avortement proprement dit, et, à l'Hôtel-Dieu, la caduque presque entière, retrouvée par M. Duguet, était de nature à confirmer dans cette opinion, si la mort n'avait pas prouvé qu'il devait y avoir autre chose.

Aussi pourrait-on se demander si Duverney, qui avait posé, pendant la vie, ce diagnostic sans aucun doute, n'a pas pris pour un *arrière-faix dont le cordon était rompu*, un reste de caduque coloré par du sang. Chez la malade de M. Bucquoy, si l'hémorrhagie utérine eût continué jusqu'à la mort, et si le sang eût pénétré par imbibition les villosités de la muqueuse, l'erreur aurait été possible pour un observateur inattentif ou prévenu.

Quoi qu'il en soit, cette coïncidence d'un double travail simultané, tant de congestion et de rupture vers le kyste fœtal tubaire, que de contractions expulsives vers l'utérus, gravide ou non, ne doit pas passer inaperçu.

Outre l'intérêt évident que la connaissance de ce fait peut présenter à l'occasion dans la pratique, on y trouve l'application d'une loi souvent mise en doute, notamment par Velpeau : *que l'utérus peut prendre part aux phénomènes d'une grossesse extra-utérine*. Cette part peut être plus ou moins grande; elle doit varier selon que le kyste fœtal est plus ou moins indé-

---

FEUILLETON

Nouvelles à la plume.

Il est d'étranges susceptibilités ! Quelques membres de l'Académie impériale de médecine, poussant l'esprit de corps jusqu'à des limites impossibles, se sont émus de mon dernier feuilleton, non pas tant pour ce que je contais à l'endroit de l'Académie des pas-perdus, que pour ce que je ne disais pas de l'Académie officielle.

Je ne me consolerai jamais de faire, sciemment, de la peine à quelqu'un, et surtout aux personnages vénérables qui composent le cénacle de la rue des Saints-Pères; mais, en conscience, pouvais-je m'imaginer que les demi-dieux de notre ciel médical étaient comme les fils de Para-Brahma qui veulent pour eux seuls les tam-tams et les cymbales? N'ont-ils pas assez de leurs brevets d'immortalité, sans ambitionner, à l'exclusion de tous autres, le bruit et la publicité?

Cependant, cette sollicitude inquiète m'agrée et je m'en réjouis tout à fait pour l'Académie et pour la presse; pour l'académie parce qu'elle comprend que le silence autour d'elle est pire que le suaire; et pour la presse parce qu'on reconnaît la légitime et salutaire influence qu'elle exerce et parce qu'on mesure sa puissance d'après les services qu'elle rend.

Ces deux grandes institutions, l'Académie et la presse, ont, depuis longtemps, compris que leur union était nécessaire, et leur mariage, d'abord basé sur la raison, repose aujourd'hui sur une estime réciproque et sur une affection commune.

Je ne veux, pour rien au monde, jeter le trouble dans un ménage si bien assorti : je prétends, au contraire, en resserrer les liens qui, sous mes mains, seront des nœuds de myrthes et de roses.

Parlons donc aujourd'hui de l'Académie impériale de médecine, d'autant mieux que mardi prochain est son jour de gala, qu'elle ouvre ses portes au sexe enchanteur auquel nous devons nos mères, et que MM. Tardieu, Ricord, Dubois et Béclard vont nous apparaître, à la lueur de douze lampes, ornés de l'épée inoffensive et de l'habit à palmes violettes.

Je n'ai jamais pu assister à cette solennité sans une émotion profonde; une habitude de vingt-cinq ans ne parvient pas toujours à calmer les battements de mon cœur quand je vois de jeunes femmes et même de jeunes filles affronter, sans sourciller, l'éloquence médicale. Heureusement M. Dubois (d'Amiens) est passé maître en l'art de la parole et je l'ai vu plus d'une fois se tirer, à son honneur et au contentement de son auditoire, des passages les plus scabreux. Cependant, je le répète, je ne suis pas toujours sans inquiétude, et, même à défaut d'une émotion trop vive, j'éprouve à cette solennité un ineffable plaisir, celui de voir un galant homme voiler les nudités de la science avec des fleurs de rhétorique et trouver l'art de tout dire en même temps que de bien dire.

M. Béclard qui, depuis quelques années, supplée son chef de file, empêché pour raison de santé, a bravement conquis tous ses grades en cet art difficile, et l'Académie, comme par le passé, peut mettre sur le transparent indicateur de sa séance solennelle :

La mère en permettra *le spectacle* à sa fille.

D'ailleurs, la vie de Rostan que M. Béclard doit nous raconter mardi, ne prête ni à un équivoque ni à un sous-entendu; l'exposition de l'organicisme intéressera peut-être moins l'auditoire féminin que la description d'un chapeau d'Herbaut ou d'une toilette Worms, mais elle ne fera, à coup sûr, tirer aucun éventail de la poche et se cacher derrière lui deux beaux regards pudiques. Pourtant..... mais non, M. Béclard ne nous dira pas l'histoire des 100,000 francs souscrits, un pistolet sur la gorge, et nous ne saurons pas encore cette fois si l'administration des hôpitaux les a jamais reçus.

Je serai sur ce point aussi réservé que l'orateur académique, mais, en guise de compensation, on me permettra de rappeler l'origine de l'affectueuse sympathie qui m'a toujours attaché à ce vénéré maître.

C'était en 1842, j'étais étudiant et nul n'ignore le profond in-

pendant de l'utérus et de ses annexes ; et, en effet, en parcourant les observations publiées, de grossesses extra-utérines, on voit que la conservation des dimensions de l'utérus, et celle de l'épaisseur, de la coloration, de la structure normale de la muqueuse ont été notées presque exclusivement dans des grossesses abdominales, tubo-abdominales, etc.

Je n'en excepte pas l'observation reproduite sous le N° 9 dans la monographie de Goupil, et qui paraît avoir été abdominale, malgré son titre, ni celle qui porte le N° 3 dans le même ouvrage, car, malgré l'opinion de son auteur anonyme, rien n'indique que dans ce cas la grossesse ait été tubaire, et Goupil ne l'a pas admis.

Il ne faut pas oublier, du reste, que les différences individuelles, les idiosyncrasies, tiennent une large place, peut-être la plus importante, dans le retentissement que l'utérus ou l'ovaire éprouve de congestions momentanées ou du développement de tumeurs dans les organes qui l'avoisinent.

C'est pourquoi certaines femmes ont des hémorrhagies presque continuelles par suite de grossesse extra-utérine, tandis que, chez d'autres, les pertes sont rares ou manquent entièrement.

Les phénomènes de la menstruation n'offrent-ils pas de pareilles différences, suivant les sujets ?

Ne voit-on pas certaines femmes présenter, à chaque époque menstruelle, un décollement de la muqueuse utérine par des coliques d'expulsion ?

N'en voit-on pas d'autres chez lesquelles une congestion marquée, avec tumeur, s'opère en même temps sur certains points de l'utérus, de ses annexes, ou même du péritoine ? chez lesquelles enfin l'on observe, pour ainsi dire, de « vraies fluxions » sur telle ou telle partie des organes contenus dans le petit bassin ?

Nous reviendrons bientôt sur ce sujet, que nous étudions depuis longtemps d'une manière toute spéciale.

Rappelons seulement, pour conclure, que si le siége d'une grossesse extra-utérine peut influer sur la congestion ou l'hypertrophie de l'utérus, la constitution, la sensibilité propre de chaque femme, à ce point de vue, y joue aussi un rôle essentiel.

Quant aux contractions utérines au moment de l'hémorrhagie, par rupture du kyste fœtal, peut-être pourrait-on les expliquer autrement : par l'hémorrhagie elle-même, comme les convulsions terminales, qui surviennent chez les animaux saignés à blanc.

Dr Victor Revillout.

DES MALADIES ORGANIQUES

Du cœur et de l'aorte et du double souffle crural, d'origine saturnine,

Par le Dr P. Duroziez.

Le cœur et le système vasculaire sont altérés par le plomb qui ne localise pas son action, et s'en va attaquant tous les organes et tous les tissus; telle est la thèse que je viens développer devant vous. Beau a décrit l'état passager, l'état fonctionnel ; je voudrais décrire l'état chronique, l'état organique. « Dans l'intoxication saturnine, dit Beau, dans son « Traité d'auscultation », on trouve la céphalalgie pulsative, les vertiges, la dyspnée, les battements des carotides, les palpitations, qui augmentent d'intensité après l'action de monter, de marcher, etc.... mais surtout il y a des bruits artériels, et le pouls des individus affectés présente plus de volume, pendant la durée de la cachexie, qu'après sa terminaison. Stoll insiste, à plusieurs reprises, sur la tension, la plénitude, la vibration du pouls. Tanquerel des Planches reconnaît aussi du volume et de la largeur au pouls, mais il lie ce symptôme à l'existence de la colique seule, les individus exposés à absorber une grande quantité de plomb ayant le pouls petit et grêle. Nous accorderons à Tanquerel des Planches, continue Beau, que la colique, en s'ajoutant à la cachexie, puisse élever le volume du pouls à un degré plus considérable que si la cachexie existait seule; mais la cachexie, même isolée de toute autre complication, a pour symptôme un pouls très-développé, à condition, toutefois, qu'elle soit assez marquée pour donner lieu à la production des bruits artériels. En même temps que les bruits artériels existent, que le pouls est plein, on constate, à la région précordiale, une matité dont l'étendue, plus considérable qu'à l'état normal, indique une augmentation dans le volume du cœur. Cette matité se rétrécit à mesure que la cachexie se dissipe, que le pouls s'abaisse à son volume normal et que les bruits disparaissent. » Nous arrêtons ici la citation.

Or, la cachexie disparaît-elle toujours complétement pour le cœur et les artères ? Ne laisse-t-elle jamais aucune trace ? L'état passager indiqué par Beau ne passe-t-il pas, parfois, à l'état chronique? Une maladie chronique organique n'est-elle pas constituée ? Enfin, dans l'état pléthorique décrit par Beau, n'y a-t-il pas altération de l'endo-carde et de la membrane interne de l'aorte, en même temps que dilatation du cœur, n'y a-t-il pas un état organique décidé, analogue à celui que nous trouvons dans l'alcoolisme, par exemple ? Nous sommes étonné que Beau ne l'ait pas recherché.

Marey, comme Beau, n'a étudié que la forme passagère de la maladie et a négligé ce qui pouvait rester après elle : il a rencontré, un très-grand nombre de fois, une forme singulière du pouls dans la colique de plomb ; mais il ne donne qu'un seul tracé, qui ne peut évidemment représenter toutes les formes de la lésion à ses différents degrés.

Beau et Marey diffèrent en ceci, que le premier ne trouve rien de spécial au pouls de l'intoxication saturnine ; c'est le pouls de ses maladies à bruits artériels ; tandis que, pour Marey, le pouls de la colique de plomb est caractéristique, pathognomonique. Marey paraît être de l'avis de Tanquerel des Planches, qui lie le volume et la largeur du pouls à l'existence de la colique seule. Nous pensons que c'est une erreur : nous rencontrons la vibrance du pouls dans l'intoxication aiguë, qu'elle se manifeste par des coliques, par de l'arthralgie ou par de la céphalalgie. Quoi qu'il en soit, Marey n'a pas parlé de lésion organique, il a seulement signalé le tracé du pouls.

Garrod a remarqué qu'à Londres la goutte est fréquente chez les individus qui travaillent au plomb ; nous ne discutons pas la théorie qu'il a émise ; il suppose que l'acide urique s'accumule dans le sang, n'étant plus excrété par les reins, que le plomb a paralysés. Le plomb agit-il sur la paroi artérielle en vertu de la séquestration de l'acide urique dans l'économie ? ou bien n'agirait-il pas comme corps étranger toxique contenu dans les vaisseaux, comme astringent à dose extra-thérapeutique ? On sait que l'acétate de plomb a été employé et préconisé contre les anévrysmes ; qu'on a renoncé à son usage. L'influence du plomb sur la tunique artérielle est donc admise depuis longtemps. Cependant, dans leur article « Maladies de l'aorte » du « Dictionnaire des sciences médicales », Ball et Charcot indiquent spécialement la vieillesse, la goutte, le rhumatisme, l'alcoolisme comme causes de la dégénérescence ossiforme et athéromateuse de l'aorte; l'intoxication saturnine n'est pas citée. Or, si, comme le dit Garrod, l'intoxication saturnine produit la goutte, celle-ci produisant les athérômes, celle-là doit les produire aussi ; mais, avant l'athérôme chronique, existe l'athérôme aigu. Laissant les hypothèses de côté, nous allons nous adresser à la clinique.

Les bruits chlorotiques existent et sont fréquents dans l'intoxication saturnine. Prennent-ils, à un certain degré, une forme spéciale, celle du double souffle crural ? ou bien celui-ci appartient-il à un autre ordre de lésions, aux lésions organiques ? Appartient-il à la fois aux lésions purement sanguines et aux lésions organiques ? Quelle en est la valeur séméiotique ? C'est ce que nous tâcherons d'élucider, car c'est un point capital de notre travail, mais fussions-nous obligé de rester dans le doute, nous aurions encore des faits nombreux où le cœur est évidemment altéré dans les orifices, où l'aorte est malade et le titre de notre travail serait encore vrai.

Il semble que, dans l'intoxication saturnine, nous passions par des degrés successifs de l'état chlorotique à l'état organique sans qu'il soit possible de fixer le point où finit l'un, où commence l'autre, et ceci n'est pas particulier à l'intoxication saturnine, mais à beaucoup d'autres états, et peut-être à la chlorose elle-même. Tantôt la lésion organique sera évidente, la forme chlorotique ne sera pas douteuse, mais souvent l'esprit sera hésitant, nous aurons l'état chloro-organique. Parfois nous saisirons la succession de ces formes chez un même sujet que nous aurons pu étudier à deux époques suffisamment éloignées, des bruits organiques évidents succédant à des bruits chloro-organiques ou chlorotiques. Par un effet contraire, nous verrons des bruits chlorotiques remplacer les bruits organiques, la maladie perdant de sa gravité et guérissant. Mais ce sera plus souvent chez des individus différents que nous étudierons les différentes formes, les malades ne restant pas, en général, assez longtemps en observation, et la maladie marchant trop lentement pour qu'il nous soit facile d'étudier sur place toutes les transformations de la maladie.

La lésion du cœur est variée, elle peut toucher le péricarde et s'adresser à tous les orifices, mais il semble que le plus souvent l'orifice aortique et l'aorte soient atteints.

Est-il possible de fixer le moment où apparaissent les bruits organiques, le moment où les valvules deviennent malades ? La forme des bruits peut-elle nous aider ? Le premier bruit dépend de plusieurs causes ; ce n'est pas le claquement seul de la valvule qui le produit ; le bruit peut être altéré sans que nous soyons en droit d'accuser la valvule, la forme du premier bruit ne nous servira donc pas à fixer la lésion de la valvule. En est-il de même pour le second ? Celui-ci semble formé presque uniquement par le claquement de la valvule et de la paroi artérielle. Le plus souvent, dans l'état chlorotique, lorsque le premier bruit est altéré, le second conserve sa netteté. Une altération de timbre du second claquement nous paraîtra donc correspondre à une altération des sigmoïdes et des artères. Ce sera la forme du second claquement qui nous servira de critérium dans l'appréciation de la lésion des valvules et de l'aorte. Il est hors de doute que chez le fœtus, où sont les plus grandes chances d'intégrité des valvules, les claquements ont toute leur netteté et tout leur éclat, tandis que chez les vieillards, qui présentent constamment des bruits durs, parcheminés, les valvules sont plus ou moins altérées. Or, dans beaucoup de cas d'intoxication saturnine, nous trouvons cette forme sénile des bruits, qui appartient à beaucoup d'autres états, à l'intoxication alcoolique, par exemple.

Si l'analogie était permise en médecine, nous pensons qu'on trouverait un état analogue à celui qu'a indiqué, dans l'intoxication alcoolique, le Dr Lancereaux (Dictionn. des sciences médicales. — Alcoolisme), et dont le Dr Blachez a rapporté un exemple dans une des séances de la Société des médecins des hôpitaux au commencement de cette année.

« La face interne de l'aorte, parfaitement lisse, dit M. Blachez, est marbrée de taches d'un blanc jaunâtre, d'apparence athéromateuse; les tuniques interne et externe en sont considérablement épaissies. A l'examen microscopique, le Dr Cornil a reconnu que l'hypertrophie de la membrane interne de l'aorte est due à une multiplication extrême d'éléments embryonnaires. C'est un exemple d'endartérite récente, rarement observable à cette période. »

Nous regrettons qu'on n'ait pas indiqué l'état des valvules du cœur qui auraient pu présenter la même altération que l'aorte. Nous arrivons, en effet, aux mêmes lésions athéromateuses par la sénilité, par l'alcoolisme et par l'intoxication saturnine ; le début n'a-t-il pas dû être le même ? Il doit y avoir, dans les premiers temps, une modification des membranes qui nous donne l'explication de plusieurs formes de bruits que nous rencontrons dans l'intoxication saturnine.

Cette modification donne-t-elle la raison du double souffle crural ? Oui, lorsque la lésion produit l'insuffisance aortique. Mais, admettons que l'insuffisance n'existe pas, l'altération de l'aorte joue-t-elle un rôle dans la production du double souffle ? Celui-ci dépend-il d'une lésion des parois qui auraient perdu leur

---

térêt que Rostan portait à la jeunesse des écoles. Je lui avais été présenté et recommandé dans une maison amie, et, comme à cette époque je n'étais encore attaché à aucun hôpital, je suivis naturellement sa clinique de l'Hôtel-Dieu. On sait le soin avec lequel il guidait les élèves dans l'interrogatoire et l'examen des malades, surtout quand il s'agissait d'une affection de cerveau dont il faisait alors sa préoccupation habituelle.

Grâce à la recommandation dont j'avais été l'objet, le maître avait pour moi une bienveillance plus attentive et me montrait un intérêt moins banal qu'aux autres, si je puis ainsi dire.

Un jour, c'était au mois de juillet, soit que la chaleur fût trop forte, soit que mon estomac de vingt ans eût des besoins inaccoutumés, toujours est-il que je tombai évanoui à côté de M. Rostan, au milieu de la foule d'élèves qui entouraient le lit d'un malade atteint de congestion cérébrale.

Le lit voisin était vide ; on m'y étend, et le maître, tirant admirablement parti de l'aventure : — Voici, dit-il, une occasion précieuse d'établir *pratiquement* le diagnostic différentiel de la syncope et de la congestion cérébrale.

Et je devins ainsi le sujet de la leçon clinique.

Je revins à moi comme je pus ; mais M. Rostan m'a toujours su gré du service que je lui avais rendu, et, depuis ce jour, m'a voué une affection dont le souvenir m'est cher, et que je retrouverai, je n'en doute pas, dans l'oraison académique de M. Béclard.

Ces réminiscences d'un autre âge m'ont étrangement éloigné de mon sujet, et je vais peut-être m'attirer de nouveaux reproches, si je continue à m'occuper ainsi des morts à l'exclusion des vivants.

Et cependant, c'est grâce aux morts que les vivants deviennent immortels, et il est bien de montrer, au moins de temps en temps, un peu de reconnaissance à ceux qui cèdent leur place dans l'olympe de la profession.

Si cette reconnaissance se mesurait à l'ardeur avec laquelle ces places sont briguées, on ne s'impatienterait pas de quelques souvenirs nécrologiques, et l'on verrait constamment brûler des cierges sur le bureau du président.

Mais les morts, quoiqu'on fasse pour eux, auront toujours tort, et l'ambition seule allumera des cierges.

Pour ceux-là, la fabrique est inépuisable. A toute vacance qui se produit, on voit surgir les prétentions les plus absurdes; quelle espérance pouvez-vous avoir ? disais-je un jour à un de ces candidats impossibles. — De l'espérance, me répondit-il, je n'en ai guère, bien qu'on ne sache jamais ce qui se trouve au fond d'une urne à scrutin ; mais ma lettre de présentation, publiée par les journaux, me sert auprès des imbéciles, — vous savez si le monde en est plein, — et pour eux, dont l'argent a la même valeur que celui d'Arago, je suis digne de l'Académie puisque je m'y présente.

D'autres espèrent renouveler à leur profit l'histoire comique de ce candidat qui, s'effaçant modestement devant un concurrent redoutable, ne voulait, disait-il à chaque académicien, qu'une seule voix comme fiche de consolation, et qui, au jour solennel, se trouva les avoir toutes.

Malheureusement pour cette catégorie d'ambitieux, les académiciens d'aujourd'hui sont moins accessibles à la pitié, et presque tous portent haut et défendent ferme le drapeau de la science.

A cet effet, on raconte que, dans une des dernières élections, un candidat dont les titres scientifiques s'effacent devant une haute position, trouvait chez un de ses juges une résistance qu'il ne pouvait vaincre. — Mes travaux scientifiques, disait le postulant, ne peuvent être comparés, j'en conviens, à ceux de mes concurrents, mais j'ai rendu des services à l'Etat..... — Très-bien, interrompit l'immortel, votre place n'est pas alors à l'Académie de médecine, mais au Sénat.

On ne sait si ce sage conseil a été suivi et si le visiteur ainsi éconduit sera plus heureux en frappant à la porte du Luxembourg qu'en cognant à celle de la rue des Saints-Pères.

Quoi qu'il en soit, et malgré ces dehors d'indépendance, MM. de l'Académie n'aiment pas à se recruter partout. Je connais des savants modestes, des travailleurs infatigables, qui ont plus fait pour la science que dix académiciens réunis, et qui n'entreront jamais dans le saint cénacle ; tout leur crime est de n'appartenir ni à la Faculté, ni aux hôpitaux, ni à l'administra-

contractilité, ou qui se seraient épaissies sous l'influence de la paralysie des vaso-moteurs? Dépend-il en partie d'une systole plus brève, plus convulsive du cœur? Dépend-il uniquement de l'état du sang? Tout doit concourir à la production du double souffle crural, si commun dans l'intoxication saturnine.

Mais nous devons être frappé de l'analogie du tracé indiqué par Marey dans la colique de plomb et de celui de l'insuffisance aortique; aussi, malgré nous, lorsque cela est possible, nous pensons à l'insuffisance aortique comme explication la plus fréquente du double souffle intermittent crural, tout en acceptant la part de la lésion dynamique, de la paralysie des nerfs vaso-moteurs, de la lésion de l'aorte sans insuffisance de l'orifice.

Les autopsies fournissent-elles quelques résultats? Les expériences physiologiques peuvent-elles nous éclairer?

L'attention n'a pas été fixée sur le cœur et sur les artères dans l'intoxication saturnine, de sorte que beaucoup d'autopsies nous servent peu sous le rapport que nous étudions. On était trop imbu de l'idée que l'intoxication plombique ne laisse pas derrière elle de lésions organiques.

Tanquerel des Planches nous paraît, en effet, mal apprécier la valeur des autopsies. Sur 49 cadavres d'individus qui ont succombé à la colique saturnine, 20 présentent quelques traces de congestion; 5 des ramollissements partiels; 6 le tube digestif épaissi; 7 un développement considérable des glandes de Brunner; 3 un développement considérable des glandes de Peyer; le 16 tassement ou le retrait du paquet intestinal; 4 une couche de mucus épais, comme coagulé; 1 les ganglions du grand sympathique très-hypertrophiés. Or, dit Tanquerel des Planches, ces lésions peuvent appartenir à une autre maladie que l'intoxication saturnine; donc, dans la colique de plomb, il n'y a pas de lésions.

Pour l'arthralgie et la paralysie saturnines, Tanquerel des Planches dit n'avoir trouvé aucune lésion appréciable. Lancereaux, je crois, a été plus heureux.

Pour l'encéphalopathie, Tanquerel des Planches reproduit le même raisonnement que pour la colique; il cite néanmoins de nombreuses lésions.

Le docteur A. Ollivier a montré la lésion rénale dans l'intoxication saturnine aiguë; elle n'est pas douteuse dans l'intoxication chronique.

Les expériences faites sur les animaux, à l'aide de doses élevées, ne peuvent nous éclairer. On ne donne, du reste, aucun renseignement sur l'état du cœur dans les autopsies.

Il y a donc l'élément d'un travail important dans la recherche des lésions produites par le plomb sur le système vasculaire.

Probablement ce travail a déjà été commencé, peut-être même a-t-il été fait? Nous n'en connaissions pas l'existence, quand nous avons fait nos recherches, au commencement de l'année 1867.

Sans doute nous n'avons pas résolu la question; nous aurons du moins fixé l'attention des médecins sur ce point. Notre but a été de généraliser l'influence du plomb sur l'économie, d'étendre au système vasculaire les lésions saturnines et de montrer que l'endocardite peut naître au contact de toute matière irritante, d'où qu'elle provienne.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 13 novembre 1867. — Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE

M. Guéniot donne lecture d'une note relative à un cas d'anévrysme cirsoïde.

RAPPORT

M. Desprès donne lecture du rapport suivant :

M. Gyoux a adressé à la Société une observation de cancroïde de la lèvre inférieure, ce qui a nécessité plusieurs opérations; une dernière, entre autres, à la suite de laquelle une autoplastie a dû être pratiquée. C'est sur cette dernière opération que M. le Dr Gyoux appelle notre attention, et que portera ce rapport.

Un cancroïde récidivé occupait la presque totalité de la lèvre inférieure. Pour l'enlever, le chirurgien a circonscrit le mal entre deux incisions formant ensemble un V, et qui partaient du bord libre des lèvres vers les commissures jusqu'à la région sus-hyoïdienne. De chaque côté, un lambeau rectangulaire a été disséqué, et l'un et l'autre ont été réunis sur la ligne médiane. Un grand nombre de points de suture ont été placés; la réunion s'est effectuée promptement. Mais, peu de temps après, le résultat n'a pas semblé bon. La lèvre supérieure ne touchait pas tout le bord de la lèvre inférieure restaurée. Du côté gauche, il y avait une encoche. S'inspirant alors des conseils de M. Verneuil et d'un mémoire de M. Desgranges (de Lyon) (Gazette hebd., 1854, p. 956, « Nouveau procédé de cheiloplastie »), M. Gyoux a enlevé sur la lèvre inférieure deux lambeaux triangulaires ayant leur base sur le bord libre de cette lèvre restaurée, de façon à la tendre davantage et à la faire remonter vers la lèvre supérieure.

Ainsi, deux opérations : l'une pour remplir le vide laissé par l'ablation du cancer, l'autre pour rapprocher la lèvre réparée de la lèvre supérieure; tel est le fait dont je vous entretiens. Avant d'entrer ici dans une courte discussion de principes opératoires, je dois le dire, il résulte de l'examen de la photographie du malade de M. Gyoux, que, même après la seconde opération autoplastique, la bouche ne pouvait être fermée qu'au moyen de grands efforts. Il y a sur les traits du malade, représenté après guérison, des plis accusateurs. Le malade contracte énergiquement la portion de l'orbiculaire des lèvres qui reste dans la lèvre supérieure, et il y a un pli très-marqué au niveau des entrecroisements du sphincter des lèvres avec le buccinateur. Du reste, il est dit dans l'observation que, après la dernière opération, le malade devait prendre des précautions pour boire.

La cheiloplastie en deux temps, ou, si l'on aime mieux, la cheiloplastie avec opération complémentaire reparaît, vous le voyez, et, comme précédemment, elle laisse à désirer. On cherche la grâce, et je ne vois pas qu'on se préoccupe de la fonction. Il est donc utile de se poser aujourd'hui quelques questions.

Lorsque toute la lèvre inférieure a été enlevée et restaurée, faut-il, comme M. Camille Bernard, enlever un lambeau triangulaire de la lèvre supérieure proéminente pour rendre à la bouche de la régularité? (Malgaigne « Méd. opér., » 1853, page 449.)

Faut-il, à l'exemple de M. Desgranges (de Lyon), enlever un lambeau triangulaire de la lèvre à chaque commissure, pour rendre à la bouche sa forme normale? Faut-il, comme l'a fait M. Gyoux, enlever aux commissures, et aux dépens de la lèvre inférieure deux lambeaux triangulaires pour tendre cette lèvre?

Je crois que l'on peut répondre sans hésitation, non! La proéminence de la lèvre supérieure n'est point une difformité, et j'ajoute que, même proéminente, cette lèvre sert très-bien. Remplacer le bord libre élastique de cet organe par un bord cicatriciel, sans absolue nécessité, me paraît une erreur. Il faut une bouche qui puisse s'ouvrir et se fermer bien plutôt qu'une bouche régulière. Or, MM. Camille Bernard et Desgranges, en enlevant un ou deux lambeaux triangulaires à base située sur le bord libre des lèvres, rétrécissent la bouche de 2 à 4 centimètres, ce qui réduit d'autant l'ouverture de la bouche. Je pense que si ces deux chirurgiens avaient donné des détails sur les fonctions de la bouche de leurs opérés, nous pourrions trouver quelques particularités qui légitiment ce raisonnement. D'ailleurs, j'ai fait plusieurs opérations de cancroïde des lèvres, j'ai restauré une lèvre supérieure manquant en totalité par suite d'une gangrène étendue, j'ai vu des lèvres proéminentes, mais tout s'est arrangé; la lèvre saillante s'est amincie, et si la bouche était arrondie, elle se dilatait néanmoins librement, de façon à permettre l'introduction des aliments. Nos collègues, du reste, ont une expérience à cet égard, et je ne manquerai pas d'y faire appel ici.

L'opération pratiquée par M. le Dr Gyoux était dirigée dans le but de faciliter le rapprochement de la lèvre restaurée, de la lèvre supérieure; le but a été atteint en rétrécissant la lèvre reparée, et la tension de celle-ci a fait supposer que l'affrontement était suffisant. Je ne puis m'empêcher de dire que des incisions libératrices eussent mieux valu et qu'il eût été plus profitable d'appliquer sur la lèvre inférieure en dehors de son bord un de ces procédés autoplastiques employés pour l'étropion, tel que le procédé de Walther.

Il y a quelque chose à revoir dans les procédés autoplastiques des lèvres. J'ai observé chez un de mes malades une déformation consécutive de la bouche après une opération où deux lambeaux réguliers avaient été taillés. Cette déformation était passagère, et existait quand le malade riait. Un des lambeaux rapportés ne renfermait pas de muscles ou renfermait une portion de muscle dépourvue de nerf. Comme il s'agissait d'une lèvre supérieure restaurée, c'était l'un des muscles zygomatiques qui ne fonctionnait plus. De sorte que, quand le malade riait, un des coins de la bouche seulement était soulevé. Je croirais volontiers qu'il y avait une particularité analogue chez le malade de M. Gyoux. Il restait sans doute un muscle, ou une portion de muscle d'un seul côté, quelques fibres du peaucier ou du triangulaire du menton qui tiraient le lambeau. Sans doute une bride sous-cutanée, ou une cicatrice adhérente concouraient aussi à la déformation, mais que l'une ou l'autre cause ait existé il n'en reste pas moins une indication qui doit guider pour tailler les lambeaux dans des opérations semblables, ou pour commander une opération complémentaire autre que celle de MM. Camille Bernard et Desgranges.

Il est écrit dans les chapitres qui ont trait à l'autoplastie qu'il est inutile de chercher à conserver des nerfs dans les lambeaux. Cela est juste à plus d'un égard. Mais pour la face, pour la peau de cette région, où il y a des muscles peauciers, non-seulement les nerfs, mais encore les muscles doivent être l'objet de l'attention du chirurgien. Un muscle laissé dans un lambeau le tirera dans un sens variable. Un nerf moteur coupé, paralysant une commissure, sera la cause d'une déformation comme celle que l'on observe dans la paralysie faciale.

Or, ceci étant, on doit se demander s'il vaut mieux faire des lambeaux paralysés ou s'il vaut mieux ne se préoccuper ni des muscles ni des nerfs, sauf à recourir plus tard à des opérations complémentaires.

Je pense qu'en principe un lambeau paralysé est une mauvaise chose, et je crois qu'on peut établir la possibilité et l'utilité de la conservation des muscles dans les parties profondes. Ainsi les zygomatiques, le triangulaire du menton, le buccinateur, et si on les coupe, de tacher de sauvegarder de façon à ce qu'ils soient également coupés pour qu'ils reprennent, sur des points symétriques, des lambeaux. En même temps il faudrait, je me hâte de le dire, ménager les nerfs moteurs de ces muscles, et, cela est toujours facile puisque les nerfs arrivent dans ces organes par leur face profonde.

Si, malgré les précautions, les muscles étaient inégalement coupés, une déformation existerait, et il faudrait y remédier. J'ai déjà dit qu'il ne me paraissait pas qu'on dût chercher la régularité au dépens de l'étendue de la bouche. Faute de mieux ou pourrait paralyser le muscle conservé par des sections sous-cutanées. Mais on pourrait souvent pratiquer, du côté dévié, une perte de substance en dehors du bord libre des lèvres, afin de relever les parties abaissées. Je sous-entends, on le comprend, les opérations nécessitées par des cicatrices manifestement adhérentes.

Votre commission vous propose, d'ailleurs, d'adresser des remerciements à M. le Dr Gyoux et de déposer son observation dans nos archives.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A M. le rédacteur en chef de la « Gazette des hôpitaux. »

Monsieur et très-honoré confrère,

Conformément à la décision adoptée par la commission générale dans sa séance du 6 décembre, nous vous transmettons, avec prière de l'insérer prochainement dans le journal que vous dirigez, la déclaration suivante :

« La commission générale de l'Association des médecins de la

---

tion, ni à l'armée; car, hors de là, comme hors de l'Eglise, point de salut.

Quand quelque pomme d'or ne les divise pas, toutes ces catégories s'entendent parfaitement entre elles; elles accordent un jour la rhubarbe pour que le lendemain on leur passe le séné. Chacune d'elles marche serré et personne ne bouge dans les rangs. L'armée surtout se meut avec un ensemble admirable; on sent que ces gens-là ont toujours pratiqué la discipline. Si on s'étonnait de ne voir à l'Académie aucun représentant de la médecine navale, il n'en faudrait accuser que la rivalité qui, de tout temps, a existé entre l'armée de terre et l'armée de mer; la première est maîtresse de la place et a toujours repoussé, et repoussera, comme un seul homme, toute tentative d'abordage.

Après l'armée viennent les hôpitaux pour la régularité des mouvements et l'ensemble de la tactique; toutes les élections de l'année ont montré l'accord parfait de cette catégorie et en même temps son ambition de s'augmenter en nombre. Sur six nominations faites en 1867, on compte quatre membres des hôpitaux : MM. Vigla, Chauffard, Demarquay et Hérard; un professeur, M. Hardy; et un pharmacien, M. Mialhe.

Cette proportion, dont chaque année nous fournit une édition nouvelle, est le thermomètre de l'ambition et de la fraternité de MM. des hôpitaux.

La Faculté, quoique moins bouillante que sa voisine, fait également bien à l'Académie ses petites affaires. On aurait plutôt compté les professeurs non académiciens que ceux qui peuvent tour à tour revêtir la robe rouge et l'habit à palmes violettes.

Il est vrai que la Faculté a une ressource que nulle autre ne possède, c'est que son doyen, quand il ne l'a point encore, a le droit, sans élection, de couvrir son chef vénérable du tricorne académique; elle a usé une fois de ce droit superbe, en 1851, en faveur de Bérard, professeur de physiologie.

Le premier médecin du souverain, celui que l'on appelait archiatre sous l'ancien régime, a le même droit que le doyen de la Faculté. On sait que M. Conneau, au commencement de l'empire, déclina noblement cet honneur que lui offrit, il faut le reconnaître, une servilité de mauvais goût.

En présence de cette double exception d'élection, l'une en faveur du doyen de la Faculté et l'autre en faveur de l'archiatre, je me suis demandé quelle ordonnance, quel décret ou quel règlement seraient enfreints, si l'Académie au complet se trouvait un jour en présence d'une de ces deux exceptions. Ou l'Académie aurait alors 101 membres, ce qui serait contraire à l'ordonnance de sa constitution; ou le doyen ferait antichambre, ce qui serait une égale violation de la même ordonnance.

Evidemment, pour rester dans la légalité, il faudrait suivre l'exemple des naufragés de la Méduse et tirer au sort le nom de l'académicien voué à la mort. L'expédient serait dur, j'en conviens, mais il serait le seul légitime.

Autre difficulté, car l'Académie en fourmille : M. le président a donné lecture, mardi dernier, d'une lettre de M. le sénateur, surintendant des Beaux-Arts, par laquelle il informe l'Académie que M. le ministre de la maison de l'Empereur lui fait hommage du buste en marbre de Trousseau, exécuté par feu Paul Gayrard.

D'autre part, l'art. 88 du règlement de l'Académie est ainsi conçu : « La proposition de placer dans l'enceinte de l'Académie le buste ou le portrait d'un membre décédé ne peut être faite que cinq années après son décès, etc. »

L'Académie a naturellement accepté le buste offert par M. le ministre de la maison de l'Empereur, mais pour le tenir pendant cinq ans dans quelque coin de son galetas.

Pauvre Trousseau! toi, une gloire de l'Académie et de la médecine française, qui eût dit qu'un jour ton buste vénéré attendrait pendant cinq ans à la porte de cette Académie, à qui si souvent tu donnas ton érudition et ta verve?

Qu'au moins l'Académie n'aille pas égarer ce buste dans le déménagement qu'elle est appelé à faire, et qu'elle ne l'oublie pas dans le grenier où va l'exiler, pendant cinq ans, son impitoyable règlement.

Le Louvre, le Luxembourg et Versailles sont moins difficiles que l'Académie de médecine; ils ne tiennent pas à la porte, pendant cinq ans, une illustration française.

ST-LAZARE.

Seine déclare qu'elle réprouve d'une manière absolue l'idée de conférer à la même personne la double présidence de l'Association des médecins de la Seine et de l'Association générale des médecins de France. »

Agréez, Monsieur le rédacteur, etc.

Les vice-présidents : BARTHE, NÉLATON.

Pour copie, le secrétaire général :

ORFILA.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine pratique vient de procéder au renouvellement de son bureau, pour l'année 1868.

Ont été élus : président, M. Legrand du Saulle ; 1er vice-président, M. Mattei ; 2e vice-président, M. Mallez ; secrétaire général, M. Dupuy ; secrétaire annuel, M. Léon Duchesne ; secrétaire-adjoint, M. Allix ; trésorier, M. Caron.

— La Société médicale des hôpitaux a voté une somme de cinq cents francs pour la souscription destinée à élever un buste à Trousseau. La Société de médecine pratique, dont le regretté professeur faisait partie, vient également de s'inscrire pour cent francs.

— M. le Dr Marey commencera son cours au Collége de France le mardi 17 décembre. Il exposera dans les deux premières leçons la théorie générale de la contraction musculaire.

— Les Drs F. et A. Sichel commenceront un nouveau cours public et gratuit de clinique ophthalmologique à leur dispensaire, rue Servandoni, N° 12, le mardi 17 décembre 1867, à une heure, et le continueront les jeudis, samedis, lundis et mardis suivants.

— La « Revue de Paris, » que nous avons été heureux de mettre à la disposition de tous les lecteurs de la « Gazette des hôpitaux, » est l'objet de nos constantes préoccupations. Après en avoir élevé la rédaction, nous nous sommes décidé à lui donner une périodicité plus considérable.

A partir du 1er janvier prochain, la « Revue de Paris » paraîtra le 1er et le 15 de chaque mois, en livraisons de 160 pages de texte.

Le prix de l'abonnement annuel sera fixé :

Pour Paris, à. . . . . 25 francs.
Pour les départements, à. . . . 30 francs.

Pour nos confrères, le prix en sera porté à 20 francs.

Mais nous continuerons, malgré cette nouvelle augmentation de périodicité, à donner l'abonnement annuel au prix de « 16 francs » à tous nos confrères actuellement abonnés, ou qui nous adresseront leur adhésion avant le 25 décembre prochain.

Nous saisissons cette occasion pour remercier nos confrères de leur bienveillant appui : la « Revue de Paris » fera tous ses efforts pour continuer à mériter leur approbation.

Dans son dernier numéro, la « Revue de Paris » a publié les articles suivants :

I. Bédarrides. — Dupérier et le droit provençal. — II. Ch. de St-Julien. — La lance d'Achille (fin). — II. — Paul Géma. — L'Esclavage au Soudan occidental. — IV. Marquis de Saint-Hilaire. — Une Tragédie moderne. — V. Dr A. Viaud Grandmarais. — Les Serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure (avec planches). — VI. E. Revillout et Champollion. — L'Abbé de L'Epée. — VII. E. de Grenville. Feuilles volantes.

Les souscriptions sont reçues aux mêmes conditions qu'à Paris, à Bruxelles, chez M. G. Mayolez, 35, rue de l'Impératrice.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Traitement des abcès du foie, observations recueillies à Mexico et en Espagne, par le Dr Lino Ramirez, in-8 de 92 pages ; prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils.

Des réformes à opérer dans l'organisation des hôpitaux et de la nécessité de créer des hôpitaux cantonaux ainsi que des hôpitaux spéciaux, précédé d'une **Notice sur l'asile de Saint-Cyrice** (hôpital pour les *Maladies des yeux*), par le docteur Viallet, médecin-fondateur de l'Asile de Saint-Cyrice, professeur du Cour d'Accouchements à la Maternité de Rodez (Aveyron), in-8, Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1867, P. Asselin.

Études sur les diverses espèces de phthisie pulmonaire et sur le traitement applicable à chacune d'elles, par le Dr Bidlot (de Liége), 1 vol. in-8 de 253 pages ; prix : 4 fr. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Compendium d'électricité médicale, par le Dr Henri-Van Holsbeck, 3e édition, revue, corrigée et augmentée d'un aperçu des progrès faits en électro-thérapie jusqu'en 1868, 1 gros vol. in-12 de 680 pages, avec 15 figures dans le texte ; prix : 7 fr. — Paris, 1868, Adrien Delahaye.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine, 9 ; ou à* M. MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice, 35 ;*

Ceux de l'Angleterre, à M. H. BAILLIÈRE, *libraire de Londres, 219, Regent street ;*

Ceux de la Suisse, a MM. JULLIEN frères ; *libraires à Genève ;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD

(1904) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 16 DÉCEMBRE 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des Sciences. — M. Péan a entretenu l'Académie de l'extirpation de la rate pratiquée par lui avec succès.

Il y a quatre mois encore, le Dr Ch. Kidd, dans un article sur le chloroforme publié par le *Dublin quarterly journal of medical science* racontait l'impression profonde que lui avait fait éprouver le spectacle d'opérations du même genre. « Tous les cas, dit-il, se sont terminés d'une manière fatale. Ce n'est pas souvent qu'on a l'occasion de voir une telle dévastation par maladie. Un des patients supportait le chloroforme étonnamment bien. Un des cas est donné dans *Guy's Reports* par mon habile et soigneux ami Briant; le second est mentionné par Wells; le troisième fut absolument semblable aux deux autres...

« J'ai vu un peu de ce qu'on pourrait nommer la « chirurgie héroïque » à Londres et à Paris. Mais tout le reste mis ensemble n'eût pas produit le même sentiment de terreur devant le patient mourant, que l'inévitable résultat de l'extirpation de la rate. »

Et cependant, il le rappelle, le Dr Kidd avait été pendant quelque temps rédacteur et « reporter » de la *Lancet*; comme tel, il avait assisté à des milliers d'opérations sur lesquelles il prenait des notes, pour en rendre compte dans son journal : « *Y have watched or noted largely over...*;» il avait observé des faits de toute nature, « vu plus d'une centaine d'ovariotomies,— été témoin d'une ligature placée sur le tronc de l'aorte, et à laquelle le patient avait survécu quarante-huit heures. »

Amputations simultanées des deux jambes, œsophagotomie, sections césariennes, etc., etc., figurent sur la liste des opérations que M. Ch. Kidd oppose à l'extirpation de la rate, comme moins terribles à contempler. « Il me semblait que le chloroforme, ajoute-t-il, maintenait seul en vie le patient, *malgré le couteau*. »

Opérée le 6 septembre, la « patiente » de M. Péan se porte bien.

Société médicale des hôpitaux. La dernière séance a été occupée en grande partie par des présentations d'ouvrages et d'instruments. Parmi les premiers figurait, offert par M. Bergeron, un fascicule comprenant deux articles : « Assistance publique et Association » publiés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par notre collègue et ami, M. le Dr Brochin.

Les instruments étaient des thermomètres que M. Potain a fait construire pour les usages médicaux, et qui, pour avantages, ont ceux d'être petits, peu encombrants, peu fragiles, suffisamment exacts, et de contenir un liquide coloré, dont le degré d'ascension est très-facile à voir. Nous n'entrerons pas dans le détail de leur fabrication qui nous a paru très-ingénieux.

— M. le docteur Hervieux a parlé d'une femme qui portait depuis dix ans, à la suite d'une première grossesse, des varices très-étendues, dont elle fut guérie radicalement par une phlébite puerpérale suppurative.

Cette femme, âgée de 34 ans, domestique de profession, était entrée vers la fin d'août à la Maternité, dans le service de M. Hervieux. Elle y accoucha le 1er septembre. Bientôt après, elle fut prise de fièvre, de diarrhée, d'accablement. La prostration devint de plus en plus marquée; la face, jaunâtre; il existait de la tympanite; et aux deux jambes, au milieu d'un empâtement œdémateux considérable, on remarquait des flexuosités variqueuses sur presque toutes les veines superficielles.

Au bout de quelques jours, il se fit une détente; l'œdème diminua; mais, en même temps, il se formait, vers la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, un premier foyer purulent, qu'il fallut ouvrir. Puis il en parut plusieurs autres, qu'on incisa également; en même temps la main droite présentait une tuméfaction phlegmoneuse qui fut combattue avec succès par des cataplasmes et des onctions avec l'onguent napolitain.

Le 15 septembre, on observa une péritonite partielle qui céda aux vésicatoires et aux ventouses scarifiées.

Un nouveau phlegmon, qui se formait à l'épaule gauche, fut guéri par les mêmes moyens que le premier.

Durant ce temps, dans un espace de quelques semaines, vingt-deux incisions avaient été faites à la partie interne des deux membres.

Ainsi le résultat que d'ordinaire on ne peut pas atteindre par les moyens chirurgicaux les plus violents, par les caustiques, et le fer rouge, une phlébite oblitérante, suppurative, l'avait obtenu en détruisant les veines affectées. La malade est guérie à jamais de ces varices; et elle doit cette guérison à l'état puerpéral, cause de la phlébite.

A ce propos des phlébites puerpérales, M. Hervieux s'est demandé pourquoi des années entières peuvent s'écouler sans qu'on en observe un seul cas, malgré le grand nombre des femmes qui sont atteintes de varices lors du terme de leur grossesse; tandis que, dans d'autres années, les phlébites sont très-fréquentes. Il en accuse les caprices de l'empoisonnement puerpéral, qui, suivant les temps, les lieux, les personnes, produira chez l'une une péritonite, chez une autre un érysipèle, chez celle-ci une scarlatine, chez celle-là une pleurésie, ailleurs un phlegmon; ailleurs enfin, une phlébite variqueuse.

La séance s'est terminée par quelques courtes observations échangées entre M. Dumontpallier et M. Hervieux sur l'interprétation à donner aux phlegmons de la main droite et de l'épaule gauche chez la malade dont il s'agit.

Suivant M. Dumontpallier, s'il n'y « faut pas voir des accidents de résorption purulente », ce seraient des épiphénomènes de l'empoisonnement puerpéral, qui auraient un sens favorable pour le pronostic, car ils marqueraient une tendance du poison morbide à abandonner les organes internes pour se porter sous la peau. Trousseau l'aurait constaté maintes fois pour l'érysipèle des enfants, comme pour l'état puerpéral.

M. Hervieux a répondu que le premier phlegmon s'était formé trop tôt pour être un résultat d'absorption purulente, car, lors de son début, il n'existait encore aucun foyer purulent bien distinct.

Quant à la valeur, pour le pronostic, de manifestations phlegmoneuses sous la peau, dans l'état puerpéral ou dans l'érysipèle, il la croit pour le moins douteuse.

Hôpitaux. — Dans le service de M. le professeur Gosselin, à la Charité, se trouvent deux malades atteints l'un et l'autre d'abcès prostatiques survenus dans le cours d'une blennorrhagie.

Ils ont été traités l'un et l'autre par des injections souvent répétées, et M. Gosselin insiste sur l'abus de ces injections journellement employées contre les écoulements du canal de l'urèthre.

Cette pratique est devenue vulgaire, parce qu'elle peut tarir sur le moment la sécrétion de la muqueuse; mais elle ne guérit pas le fond du mal, qui n'en dure pas moins le temps ordinaire.

Vouloir, à tout prix, se débarrasser en quelques jours d'une blennorrhagie qui doit normalement se prolonger trois ou quatre mois, c'est le plus souvent tenter l'impossible; et, comme les injections qu'on emploie dans ce but sont bien loin d'être indifférentes pour la muqueuse qui les reçoit, on s'expose à des accidents infiniment plus graves que la blennorrhagie ne l'est en elle même.

Un des malades en question a été menacé d'abord de conserver une fistule urineuse au périnée. L'abcès de la prostate, avant d'être ouvert à l'extérieur, s'était fait jour dans le canal de l'urèthre, et livrait passage à l'urine.

M. le professeur Gosselin a recommandé au malade de vider chaque fois sa vessie à l'aide d'une sonde molle en caoutchouc.

Nous avons déjà parlé de ce genre de sondes, extrêmement faciles à introduire toutes les fois qu'il n'existe pas de rétrécissement proprement dit.

Même chez les vieillards qui sont atteints d'affections anciennes de la prostate, et chez lesquels l'urèthre est plus ou moins coudé, elles pénètrent comme d'elles-mêmes, sans qu'il soit besoin d'aucune adresse pour les pousser dans le canal.

On peut ainsi, très-souvent, éviter l'usage des sondes à demeure, dont le contact finit toujours par être irritant pour les organes.

Chez le malade dont nous parlons, la plaie se rétrécit de plus en plus, et il est à peu près certain qu'il ne restera pas de fistule.

Chez l'autre, il y eut également une double ouverture d'abcès de la prostate. Le malade rendit du pus provenant de cet organe, en allant à la selle, et en urinant. On put craindre que le rectum et la vessie ne fussent mis en communication directe par un même abcès qui se vidait à la fois dans l'un et dans l'autre; mais le malade ne rendit pas d'urine par l'anus, et l'on en conclut que la prostate avait contenu plusieurs abcès, qui s'étaient vidés séparément.

— Dans le service de M. le professeur Jarjavay, nous avons vu plusieurs malades, dont nous parlerons avec détails un autre jour. Nous signalerons seulement, comme méritant une étude spéciale, une tumeur de l'orbite, survenue chez une femme après l'extirpation du globe oculaire, une rétraction des muscles qui rapprochent les mâchoires chez un homme rhumatisant, des brides vaginales singulières, une rétroflexion de l'utérus, etc.

—L'Italien, dont l'anévrysme est maintenant à peu près guéri, peut étendre sa jambe, mais il conservera une paralysie de toutes les parties où se distribue le nerf sciatique poplité interne. Ce nerf a été complétement détruit, ou tout au moins gravement compromis par le voisinage de la poche anévrysmale. La peau du mollet est insensible de la manière la plus absolue. Les muscles de cette région ne se contractent plus, et, comme le nerf sciatique poplité externe, situé plus en dehors, est intact, ainsi que les diverses branches du nerf crural, ce fait offre une belle occasion pour étudier sur le vivant la distribution du nerf détruit.

— Avant de terminer, je dois encore dire quelques mots de plusieurs succès que M. le professeur Jarjavay vient d'obtenir rapidement dans des kératites, par l'emploi des vésicatoires à la tempe et du calomel à doses fractionnées (3 décigrammes par jour en trois doses). Cette médication n'est pas nouvelle; mais elle est efficace, et mérite comme telle d'être rappelée au souvenir des praticiens.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. DESGRANGES.

Tumeur de l'ovaire gauche, composée de masses aréolaires considérables, et de trois kystes, dont l'un contenait douze litres d'un liquide fortement albumineux et hématique. — Ovariotomie. — Suites très-simples. — Guérison en 18 jours.

(Observation recueillie par M. le Dr CHRISTOT, chef de clinique chirurgicale.)

Depuis 1862, c'est-à-dire dans une période de cinq ans, M. Desgranges a pratiqué six fois l'ovariotomie à Lyon. « Sur ces six opérations, quatre ont été suivies de succès; » ce qui donne le chiffre très-encourageant de deux tiers de guérisons.— Aujourd'hui nous publions la sixième observation, qui nous paraît remarquable à tous les titres.

Catherine M..., 36 ans, d'une forte constitution, a été réglée à treize ans, et depuis toujours régulièrement, du moins jusqu'au « début » de la maladie actuelle, qui remonte « à cinq ans. » A cette époque, la malade s'aperçut qu'elle portait dans le flanc droit « une tumeur du volume du poing; » toutefois longtemps auparavant la région était devenue douloureuse, et déjà existaient des troubles fonctionnels de l'estomac qui depuis ont persisté.

« La marche du mal » fut rapide : en trois mois, le ventre acquérait un volume considérable, les deux tiers environ de celui qu'il offre aujourd'hui. Puis à cette période ascendante de la maladie succéda une période d'arrêt, si bien que, pendant quinze mois, la tumeur resta sensiblement la même. Enfin, dans ces trois ou quatre derniers mois, sans cause appréciable, la masse ovarique s'accrut de nouveau, mais inégalement dans ses différentes parties.

Avant que la malade s'aperçût de la tumeur abdominale, elle avait ressenti des troubles fonctionnels du tube digestif, consistant en pesanteurs épigastriques pendant la replétion stomachale, en envies de vomir, en nausées et souvent même en vomissements une heure ou deux après les repas. En outre, tous les matins, Catherine M..., au sortir du lit, avait des vomissements bilieux, se produisant avec la régularité la plus grande, presque sans effort et sans douleur. Depuis l'apparition de la tumeur, ces symptômes ne se sont ni amendés, ni aggravés.

Quelque temps après le début du mal, l'hypogastre, la fosse iliaque et le flanc du côté gauche deviennent le siége de « douleurs fixes, persistantes, » présentant des alternatives de soulagement et d'aggravation.

Le traitement a consisté dans l'usage des résolutifs locaux et de moyens internes qui sont restés complétement inefficaces. Vers la fin de 1863, les douleurs devenant plus intenses, décident le médecin de la malade à appliquer un cautère au niveau de la fosse iliaque du côté gauche. Ce cautère suppura pendant quatre mois, laps de temps au bout duquel on le laissa tarir. Il n'y a « jamais eu de ponction. »

Etat actuel. — Le 17 juin, la malade entre à l'Hôtel-Dieu,

salle Sainte-Anne, service de la clinique chirurgicale et là nous observons l'état suivant :

Le ventre est distendu par une masse volumineuse, trilobée, dont un lobe occupe les régions inférieures de l'abdomen et les deux autres les côtés. Le lobe le plus volumineux est situé à gauche ; il se perd insensiblement sur le bord des fausses côtes.

A la palpation : la tumeur est molle, mais non d'une façon uniforme. A droite, sur les limites de l'hypochondre, du flanc et de l'ombilic, empiétant sur ces différentes régions, existe une masse solide très-dure, ovoïde, à grand axe transversalement dirigé, ayant, autant qu'on peut en juger, le volume de la tête d'un fœtus à terme.

Autour de cette masse solide, dans une zone assez étendue, on sent des portions moins dures, moins résistantes, cependant non fluctuantes.

La fluctuation ne se perçoit que suivant certains diamètres. Elle est nulle aux extrémités du diamètre bilatéral de l'abdomen. Elle est nulle également suivant un diamètre vertical, allant de l'épigastre à l'hypogastre. Elle est au contraire des plus manifestes suivant une ligne oblique joignant l'hypochondre gauche à l'hypogastre. Cette circonstance permet de diagnostiquer à ce niveau une poche volumineuse.

A la percussion : matité s'étendant en haut jusqu'à l'apophyse xyphoïde et de chaque côté jusqu'à la partie supérieure des hypochondres, un peu plus du côté gauche que du côté droit. Sonorité dans les parties profondes du flanc droit et dans la partie la plus élevée des hypochondres.

Matité et sonorité gardant leur siége respectif, quelle que soit l'attitude que l'on fasse prendre à la malade.

On ne déplace que difficilement la tumeur en masse. Son volume empêche toutefois d'accorder à ce signe une grande importance pour le diagnostic des adhérences. Pendant les manœuvres de déplacement, la malade n'accuse aucune douleur profonde, ni du côté du foie, ni du côté de la rate, ni du côté des autres viscères.

A cause de la distension du ventre, il est presque impossible de juger si la paroi est mobile sur la masse ovarique ; mais quand la malade fléchit le tronc et s'asseoit, par exemple, sur son lit, l'ombilic se rétracte fortement.

Au toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus a conservé sa mobilité. Il est en antéversion ; la lèvre postérieure est plus volumineuse qu'à l'état normal ; elle a perdu sa souplesse et présente quelques granulations de petite dimension.

Circonférence abdominale, 1,14 cent.

Arc sterno-pubien, 0,52 cent.

Indépendamment des douleurs fixes, qui font craindre des adhérences au niveau de la moitié gauche de l'abdomen, Catherine M... se plaint d'autres troubles fonctionnels.

La menstruation, depuis le début de la maladie, est devenue fort irrégulière. Les règles revenaient fréquemment deux fois par mois, peu abontantes, et toujours accompagnées de vives douleurs dans les lombes et de pesanteur fatigante à l'hypogastre.

La miction a présenté quelques troubles. Fréquemment incontinence, se produisant quand la malade était restée pendant quelque temps sans uriner. Cette incontinence apparaissait de préférence au moment de la menstruation.

La respiration est normale. Les fortes inspirations seules sont pénibles. Légère oppression après exercice prolongé.

Pouls à 64. Circulation de retour gênée dans le membre inférieur gauche, qui, au mois d'avril dernier, devint œdémateux et força la malade à s'aliter pendant plusieurs semaines. Aujourd'hui, l'œdème persiste, quoique à un faible degré.

Depuis que la malade est à l'Hôtel-Dieu, nous avons pu observer par nous-même que ses vomissements reviennent tous les matins avec une extrême opiniâtreté. De tous les moyens employés pour les conjurer, la potion de Rivière est celui qui réussit le moins mal, encore se montre-t-il très-infidèle.

Catherine M... sollicite avec instance l'opération, à laquelle assistent M. Berne, ex-chirurgien en chef de la Charité, M. Chauvin, professeur de physiologie à l'École de médecine, M. le Dr Saunier (de Villefranche), MM. les docteurs Christot et Horaud, M. Robert, élève en médecine. Elle est pratiquée en dehors des hôpitaux, dans la maison de Sainte-Marthe, où la malade reçoit les soins les plus intelligents et les plus dévoués.

10 septembre, opération. — Ethérisation préalable, gênée au début par de l'agitation, à laquelle succèdent bientôt un calme parfait, un sommeil régulier et une insensibilité complète.

1° Incision de 15 centimètres sur la ligne médiane, partant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le bistouri divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la ligne blanche, la couche cellulo-adipeuse sous-péritonéale, ici très-abondante ; ligature de deux veines ; torsions de vaisseaux de petit volume.

Le péritoine est soulevé à l'aide d'une pince à dissection et ponctionné ; une sonde cannelée, introduite par l'orifice de la ponction, permet de le diviser dans toute l'étendue de la plaie cutanée.

2° Ponction de la tumeur avec le trocart de M. Kœberlé. L'instrument est dirigé vers le côté gauche de la masse où l'on avait reconnu, avant l'opération, une poche considérable. Il s'écoule par la canule du trocart « douze litres d'un liquide sirupeux, fortement hématique, tenant en suspension un très-grand nombre de petits grumeaux albuminoïdes.

A mesure que le kyste se vide, un aide comprime méthodiquement la paroi abdominale, non-seulement pour faciliter la sortie du liquide, mais surtout pour empêcher l'issue des intestins au dehors et l'entrée de l'air dans la cavité péritonéale. En même temps, la paroi kystique est fixée à l'aide des crochets que porte la canule du trocart.

Cette poche vidée, la tumeur est attirée au dehors à l'aide des pinces à mors plats de Charrière. Toutefois, elle résiste. Un second coup de trocart, donné sur la ligne médiane, ne permet l'issue que d'une centaine de grammes environ d'un liquide épais et blanchâtre.

M. Desgranges, craignant des adhérences, introduit la main dans l'abdomen, entre le kyste et la paroi, et acquiert la certitude qu'ils jouissent l'un et l'autre d'une indépendance parfaite. Les lèvres de la plaie sont alors écartées à l'aide de crochets mousses, et des tractions méthodiques et progressives amènent enfin au dehors une tumeur énorme, constituée, en grande partie, par des masses aréolaires.

3° Ligature du pédicule à l'aide d'une cordelette cirée et du nœud de Fergusson fortement serré. On sectionne le pédicule au-dessus de sa ligature, en empiétant légèrement sur la tumeur.

4° On éponge soigneusement la plaie, sans aller jusque dans la cavité abdominale, qui ne renferme pas de caillots. Une anse d'intestin grêle, qui tend à faire procidence entre les lèvres de l'incision, est soigneusement refoulée, et sept points de suture entortillée, pratiqués à l'aide des longues épingles dorées de Spencer-Wells, servent à réunir immédiatement la plaie, en comprenant la séreuse.

Le pédicule est embroché à l'aide de deux fortes épingles de maillechort, qui le fixent solidement à l'angle inférieur de la suture. Un linge cératé protége les téguments contre la pression des épingles, dont les extrémités acérées sont sectionnées avec les tenailles incisives.

Deux points de suture entrecoupée servent à réunir les parties superficielles de la plaie, au-dessus du pédicule.

On complète le pansement à l'aide d'un linge fenêtré, enduit de glycérine, et recouvert d'un gâteau de charpie.

La malade est replacée dans son lit. Les extrémités sont chaudes, le facies coloré, le pouls plein, régulier, à 79. Rien, en un mot, ne fait craindre l'état syncopal qui se produit souvent après l'ovariotomie.

Deux vessies de glace sont appliquées sur l'abdomen.

De onze heures à une heure, douleurs vives, se calmant de une heure à trois, pour redevenir plus intenses. A ce moment de la journée, la face est pâle et la malade légèrement affaissée ; elle se plaint beaucoup des nausées et des envies de vomir, provoquées par l'éther.

A cinq heures, elle prend deux cuillerées de la potion ci-dessous, et, immédiatement, les douleurs se calment. A sept heures, léger assoupissement.

Prescription : infusion de feuilles d'oranger ; potion avec eau de laitues, 60 grammes ; eau de laurier-cerise, 10 grammes ; chlorhydrate de morphine, 10 centigrammes ; sirop de nymphæa, 30 grammes.

12 septembre. Nuit calme. Quelques instants de sommeil. Quatre fois la malade a uriné, non sans des douleurs très-vives.

Ce matin : facies coloré, peau tiède, légèrement sudorale ; pouls plein, régulier, à 78 ; langue blanchâtre ; pas de nausées, pas d'envies de vomir ; soif modérée.

Respiration normale, pénible seulement dans les fortes inspirations.

Ventre aplati, indolore, même à une pression peu forte, si ce n'est au niveau du flanc gauche, où les douleurs continuent à être vives.

Bon état de la plaie. Léger suintement séro-sanguinolent autour du pédicule.

Prescription : « ut suprà ». Régime : bouillon maigre.

13 septembre. Journée d'hier bonne. Quelques douleurs fugaces dans le ventre, toujours plus accusées du côté gauche.

A sept heures du soir, assoupissement qui dure jusqu'à deux heures du matin, avec de rares intervalles de réveil. A ce moment de la nuit, la malade prend une tasse de bouillon, et, deux heures après, une cuillerée de sa potion. Alors se manifestent trois ou quatre envies de vomir qui retentissent douloureusement dans les régions abdominales et amènent un peu d'agitation, qui se calme bientôt.

Ce matin, la malade est tranquille ; la peau est chaude et humide ; le pouls à 80 ; quelques douleurs lancinantes dans les régions inférieures de l'abdomen. Léger ballonnement sur le trajet du gros intestin. Ventre indolore à la pression.

Pas de rougeur, pas de tuméfaction des bords de la plaie. Mince couche de pus dans les intervalles des points de suture.

Prescription et régime : « ut suprà ».

Pansement : application d'un tampon de perchlorure de fer pur sur le pédicule. — Linge fenêtré, trempé dans un glycérolé phéniqué (acide phénique, 0,50 centig. ; glycérine, 30 gramm.).

14 septembre. Nuit tranquille ; sommeil encore fréquemment interrompu. — Le matin, à six heures, la malade a pris trois lavements émollients, dont le dernier a seul amené l'évacuation d'une notable quantité de gaz. Le ventre reste ballonné.

Suppuration sanguinolente autour du pédicule. Elle est insignifiante sur le reste de la plaie.

Pouls à 84. Respiration beaucoup plus accélérée qu'hier, à 34.

Prescription, régime et pansements : « ut suprà ».

15 septembre. Repos presque continuel pendant la nuit. Un mieux très-sensible s'est manifesté depuis hier, à une heure, moment auquel la malade a pris un lavement qui a provoqué l'expulsion d'une grande quantité de gaz.

Ce matin : calme parfait ; respiration régulière ; pouls à 84,86.

Ventre indolore. Suppuration plus abondante, seulement autour du pédicule. On supprime la glace. Régime : potages au tapioca. Pansement : « ut suprà ».

16 septembre. Apparition des règles ; elles coulent sans douleurs. Elles avaient été précédées par quelques souffrances dans les lombes.

Pouls à 82. La langue se dépouille. Appétit. Bon état du ventre et de la plaie. On enlève trois épingles. Régime : Potages, aile de poulet et eau rougie. Pansement : « ut suprà ».

17 septembre. Petit abcès au niveau de l'angle supérieur de la plaie. La pression en fait sortir une cuillerée à soupe d'un pus crémeux et bien lié.

Bon état général et local. Mêmes régime et pansement.

18 septembre. On enlève les quatre dernières épingles ; on les remplace par des fils pouvant se serrer à volonté et retenus, de chaque côté de la plaie, à l'aide de bandelettes collodionnées.

Suppuration abondante autour du pédicule. Plaie presque linéaire entre les points de suture ; elle ne donne naissance qu'à une quantité insignifiante de pus. Le petit abcès de l'angle supérieur se vide facilement et suppure peu.

La malade a eu deux selles spontanées, toutes les deux sans souffrance ; l'une dans la journée d'hier, l'autre ce matin même.

Régime : « ut suprà ». Pansement quatre fois par jour.

19 septembre. Dans la journée d'hier, envies de vomir fréquentes, pendant et après les repas. Cependant la nuit est bonne, et ce matin la malade est calme ; le pouls à 72 ; le ventre détendu.

La partie inférieure de la plaie est toujours, au niveau du pédicule, le siége d'une suppuration abondante. Le tégument y est excorié sur une surface assez étendue, et, des deux côtés, les épingles, maintenant le pédicule, ont creusé un sillon profond, surtout du côté droit. Ces deux épingles sont enlevées.

Petits abcès au niveau des deux points de suture supérieurs. Le pus s'en écoule sans difficulté et en quantité presque insignifiante.

Prescription : sirop de pepsine avant et après les repas.

Régime : côtelette, poulet, potages, légumes et vin.

Pansement : quatre fois par jour.

Les journées du 22, 23, 24, 25 septembre se passent de la manière la plus satisfaisante. La suppuration se tarit rapidement au niveau des points de suture, plus lentement au niveau du pédicule. Le pouls tombe à 68, 64 et à 60. L'appétit est soutenu, les digestions bonnes ; les envies de vomir ne reparaissent pas.

Le 26 septembre, on sectionne le pédicule qui ne tient plus que par un filament très-ténu et dont la partie mortifiée s'est déjà exfoliée en presque totalité et d'une façon insensible. Le pédicule laisse à sa place un infundibulum profond, à bourgeons charnus de bonne nature, à suppuration peu abondante.

Le 28 septembre, la malade se lève pendant deux heures ; elle peut hasarder quelques pas dans sa chambre avec le secours d'une seule personne. Les jours suivants, elle reste levée pendant quatre, six et huit heures. La marche, pénible d'abord, cesse bientôt de l'être, surtout quand la malade prend la précaution de soutenir le ventre au niveau de la suture. Les grandes fonctions se font de la façon la plus régulière ; l'appétit est bon, les digestions excellentes ; les forces reviennent et l'embonpoint aussi.

Le 4 octobre, la malade nous quitte. La plaie est complétement cicatrisée et la cicatrice tellement rétractée, suivant son diamètre vertical, que ce dernier ne mesure pas plus de 6 cent.

Le ventre est soutenu au niveau de l'hypogastre par un bandage composé d'une pelotte concave, sur la partie médiane de laquelle se trouve une saillie assez accusée pour soutenir exactement la cicatrice. Cette pelotte est fixée par un ressort élastique, comme les bandages ordinaires.

La marche est facile et s'exécute sans douleur.

« Anatomie pathologique de la tumeur extirpée. » Tumeur composée de trois poches : une, très-volumineuse, contenait douze litres d'un liquide fortement albumineux et hématique. Les deux autres, de petit volume, étaient pleines d'un liquide très-épais et blanchâtre.

Dans les parois du grand kyste, on trouve un grand nombre de masses aréolaires volumineuses. L'une d'elles a la grosseur d'une tête de fœtus à terme ; une autre est attachée à la paroi interne par un large pédicule et présente le volume d'une orange ordinaire.

Indépendamment de ces masses aréolaires interstitielles, il en existe deux autres isolées des kystes. La première est située à la partie antérieure de la masse ; la seconde à la partie postérieure. Celle-ci mesure 8 centimètres dans son plus grand diamètre ; celle-là ne dépasse pas le volume d'une pomme de dimension moyenne.

En résumé :

1° Tumeur complexe de l'ovaire, à marche envahissante, exigeant impérieusement une intervention radicale, c'est-à-dire l'ovariotomie ;

2° Opération rendue très-simple par le manque d'adhérences ; adhérences que certains troubles fonctionnels devaient cependant faire appréhender, et, en particulier, des douleurs extrêmement fixes et persistantes dans le flanc gauche ; la rétraction de l'ombilic dans les mouvements de flexion du tronc, etc., etc. ;

3° Guérison rapide et absence complète de tout accident sérieux après l'opération.

Voici maintenant, résumés de la façon la plus succincte, les autres succès obtenus par M. Desgranges :

Obs. I. — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit, d'une capacité de dix litres environ ; une des poches pleines de pus. — Adhérences pariétales récentes et peu étendues. — Ovariotomie. — Suites simples. — Guérison au 34e jour (In *Gaz. des Hôpit.*, 1862, pag. 549).

Obs. II. — Kyste biloculaire de l'ovaire droit. — Liquide hématique et très-albumineux. — Ponction. — Amélioration passagère, à la suite de cette opération. — Reproduction du liquide. — Développement rapide de la seconde poche. — Adhérences épiploïques très-étendues. — Etat général gravement menacé. — Ovariotomie. — Suites très-simples. — Guérison en 28 jours (In Journ. de méd. de Lyon, janv. 1866).

Obs. III. — Kyste triloculaire de l'ovaire droit. — Masse solide. — Douze litres de liquide fortement albumineux. — Pas d'adhérence. — Ovariotomie. — Suites très-simples. — Guérison en 23 jours (In Journ. de méd. de Lyon, sept. 1867).

ETUDES SUR LES EAUX DE VALS

Du traitement de la dyspepsie

par M. le Dr Clermont (de Lyon).

Un tiers des malades qui viennent à Vals, y sont conduits

par cet état morbide complexe sans définition exacte possible, et que l'on est convenu d'appeler « dyspepsie » (mauvaise digestion), nom généralisé, impropre et sous lequel on comprend aujourd'hui nombre de maladies diverses.

De même que l'on serait mal fondé d'appeler indistinctement toutes les affections du poumon une « dyspnée » (mal respirer), de même aussi on étend trop la signification du mot « dyspepsie, » quand, perdant de vue que mal digérer n'est, le plus souvent, qu'un symptôme, on s'en sert pour désigner des lésions de genres différents, et nous avons vu avec bonheur le regrettable docteur Beau donner le premier signal d'un retour à des idées plus en rapport avec les faits.

Or, si nous nous arrêtons un instant à étudier la dispepsie considérée comme une maladie distincte et dans ses rapports avec les eaux carbo-sodiques de Vals, c'est qu'il existe en effet des exemples de gens qui, pour une cause ou une autre, chagrins, excès de travail ou de toute autre nature, ont tout simplement une digestion lente, laborieuse, incomplète, accompagnée parfois de vomissements, d'éructations acides, de borborigmes ou de flatuosités inodores, mais sans altération caractérisée dans les autres fonctions, sans lésions anatomopathologiques connues, et dont tous les symptômes semblent être sous la dépendance d'une innervation amoindrie.

Sous le nom de dyspepsie, nous comprendrons donc seulement ici cette lésion fonctionnelle de l'appareil digestif, de l'estomac particulièrement, dont les indigestions, la flatulance, les aigreurs, la gastrodynie composent le plus ordinairement le cortége, et nous conserverons aux autres formes les noms qu'elles ont depuis longtemps dans les cadres nosologiques, nous appuyant sur cette considération que les dyspepsies sympathiques ne sont souvent autres que des maladies dont le siége est déjà loin de l'estomac, et qu'un diagnostic bien établi doit faire renvoyer à une lésion primordiale.

Si la dyspepsie essentielle, dont la marche est ordinairement lente et que l'on voit se perpétuer des années, soit d'une manière continue, soit par de fréquentes récidives, ne présente pas d'abord un état de gravité qui fasse craindre pour les jours du malade, elle n'en devient pas moins dangereuse dans la suite par des altérations anatomiques dont elle finit par être la cause; en effet, l'estomac ne peut être le théâtre fréquent d'indigestions et d'autres troubles dyspeptiques, sans être atteint à son tour, ainsi que les organes qui ont avec lui des relations de fonctions ou de sympathie.

Bientôt la vraie dyspepsie fait place à la gastrite chronique, à l'engorgement des tuniques de l'estomac ou à d'autres lésions qui étendent plus loin leur sphère d'activité, et jettent le malade dans un état de cachexie la plupart du temps sans remède.

Les eaux alcalines de Vals réunissent un ensemble d'excellentes conditions pour comprendre toutes les formes de dyspepsie; nous voulons dire: quel que soit l'épiphénomène qui l'accompagne. Ordinairement, c'est l'eau de la source « Saint-Jean, » que nous employons. Elle suffit presque toujours à détruire les troubles légers de la digestion. Il n'est pas besoin pour cela d'une eau très-fortement chargée de principes minéraux, laquelle aurait même l'inconvénient, nous l'avons souvent constaté, d'irriter trop la muqueuse gastrique, au lieu de la stimuler doucement.

L'ingestion dans l'estomac d'une trop grande quantité à la fois de sel alcalin, d'après les plus récentes observations, a bien pour effet de neutraliser les acides qu'elle y rencontre; mais bientôt après, par une réaction physiologique, elle augmente l'acidité dans le viscère, en amenant une plus grande sécrétion de ces sucs, naturellement acides. On entretiendrait donc la maladie par une eau trop sodique, tandis que l'on réussit à la guérir par l'eau de la « Saint-Jean. »

Son succès est prompt dans la dyspepsie à forme sèche, assez fréquente, « car l'insuffisance possible du suc gastrique, dit M. le professeur Pétréquin, n'a rien qui doive surprendre, quand on songe à la quantité énorme qui est nécessaire à la nutrition. » Il en est de même dans la forme acide, alors que les malades éprouvent dans l'arrière-gorge, dans la bouche et sur les gencives une sensation qu'ils comparent à celle qu'y produirait du vinaigre.

C'est un des grands avantages de la station de Vals, de posséder plusieurs sources à faible minéralisation, et surtout celle de la « Saint-Jean » dont l'eau contient quelques traces sensibles d'arséniate de soude, et dont on trouve à chaque instant l'emploi, lorsqu'un peu de douleur vient compliquer la dyspepsie.

Elle est bien la meilleure des tisanes pour les dyspeptiques; elle ramène bientôt de bonnes digestions à celui qui en est privé même depuis longtemps. Elle l'arrête ainsi sur la pente qui le conduirait d'une lésion fonctionnelle à une lésion de tissus, car la dyspepsie simple, avons-nous dit, est toujours au moins liée à l'abaissement de l'innervation qui engendre la tristesse, la mélancolie, puis ultérieurement la cachexie, résultat de tous les désordres morbides, effets ordinaires eux-mêmes d'un sang appauvri.

L'usage de l'eau de « Saint-Jean » a pour conséquence presque immédiate, nous l'avons déjà dit, de réveiller l'appétit. Le malade doit se défier de cet heureux changement et n'obéir que peu à peu à cet instinct renaissant; il fera donc bien de laisser pendant deux ou trois jours se retremper les forces de l'estomac, avant de lui accorder la ration d'aliments qu'il semble demander.

S'il y a complication de diarrhée, l'eau de la source « Rigolette » sera un excellent adjuvant; s'il y a constipation, on pourra employer de temps en temps l'eau des sources « Désirée ou Précieuse. »

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

Résumé de la deuxième partie de l'argumentation de M. Pidoux.

M. **Pidoux**. J'ai parlé, dans la séance précédente, du tubercule au point de vue de la spécificité que lui attribue le mémoire de M. Villemin; aujourd'hui je me propose de vous entretenir des tuberculeux, des phthisiques considérés à ce même point de vue.

Je range les phthisiques ou les tuberculeux sous trois chefs: 1° ceux qui le deviennent sous l'influence de causes externes appréciables; 2° ceux qui le deviennent sous l'influence de causes internes ou pathologiques appréciables; 3° ceux chez lesquels on ne peut saisir ni au dehors ni au dedans, de causes soit excitantes, soit préparatoires, bien appréciables et bien positives, et qui deviennent phthisiques en vertu de ce qu'on appelle diathèse.

Je l'ai dit plus d'une fois: la phthisie tuberculeuse pulmonaire est, de toutes les maladies chroniques, la plus constitutionnelle et la plus diathésique, et, en même temps, celle qui l'est le moins. Elle suppose donc une échelle de prédispositions très-étendue, depuis la plus indéterminée et la moins appréciable, pour l'observateur, jusqu'à celle qui est la mieux formée et qui, reconnaissable à des signes classiques, accuse une diathèse confirmée et peut se passer d'occasions pour éclater ou s'organiser en maladie.

Il y a des phthisies accidentelles qui ne supposent pas de diathèse proprement dite ou préexistante: elles sont acquises par des causes extérieures.

Il y en a d'acquises par des causes internes ou pathologiques; elles résultent de transformations régressives d'autres maladies chroniques, et peuvent aussi se développer indépendamment d'une diathèse tuberculeuse préexistante.

Il y en a, enfin, d'évidemment diathésiques.

Ces trois catégories embrassent tous les cas; et dans l'étiologie ou la formation d'aucune d'elles, il n'y a de place pour l'intervention d'un agent spécifique ou d'un virus. Du commencement à la fin, tout exclut le génie et les lois des maladies produites par ces agents.

Voyons d'abord les phthisies accidentelles ou acquises par les causes externes. Il y a des multitudes livrées à la phthisie par leur condition sociale, et qui, dans d'autres milieux, auraient certainement échappé à cette maladie. Qui ne sait que toutes les conditions sociales sont égales devant les maladies spécifiques?

Quoi qu'en ait dit Laënnec, l'influence du froid et des refroidissements, dans les pays tempérés, joue un rôle puissant dans la production de la phthisie accidentelle, acquise par l'action des milieux; il s'agit des refroidissements souvent répétés, d'exposition habituelle aux intempéries et aux vicissitudes atmosphériques, agissant sur des individus mal garantis et qui sont dans de mauvaises conditions pour résister à ces influences: alimentation mal réparatrice, vêtements insuffisamment protecteurs, travail excessif, excès, etc. Que l'action habituelle du froid humide agisse sur ces organisations sans défense, et on verra se produire à la longue vers la muqueuse des voies respiratoires, une faiblesse et une habitude d'irritabilité qui, au lieu de se traduire par la bronchite aiguë, finiront par une irritation grave et profonde qui attaquera la muqueuse dans sa substance même et produira dans son épaisseur, ainsi que dans les tissus sous-jacents, une pullulation d'éléments lymphoïdes innombrables et mort-nés, qui détruiront la base même de toute réparation, le tissu plasmatique, et exciteront dans les vaisseaux capillaires afférents des exsudats et une suppuration qui, mêlée au détritus organique, infecteront l'économie et produiront cette fièvre hectique subaiguë, en phlegmasies disséminées de la phthisie muco-tuberculeuse, improprement désignée, depuis quelques années, sous le nom de pneumonie caséeuse.

C'est la phthisie des malheureux, des ouvriers, des soldats en campagne; une des formes les plus communes de la phthisie acquise par les causes externes, celle qu'on observe si souvent en hiver et au printemps dans nos hôpitaux. Elle ne suppose que le minimum de cette prédisposition personnelle qui, élevée à sa plus haute expression, constitue la diathèse.

Rien n'est mieux fait pour nous apprendre le procédé de la nature dans la tuberculose, que cette étude de l'échelle des prédispositions et des degrés de la diathèse qui conduisent à la maladie formée, jointe à l'étude des causes de tout genre, externes et internes, qui la préparent ou la font éclater. Cette étude donne la connaissance simultanée de l'unité et des variétés de la phthisie. C'est une phthisiologie comparée, qui ruine par sa base la doctrine de M. Villemin.

En effet, s'il y a des phthisies acquises et des phthisies héréditaires et constitutionnelles, des phthisies non diathésiques et des phthisies diathésiques; et si pourtant, au milieu de ces variétés, il y a unité de phthisie, quel enseignement que ce processus gradué des phthisies tuberculeuses comparées! comme les unes éclairent les autres, et quelle présomption que c'est bien là une maladie commune, une maladie sans virulence et sans spécificité!

Ici M. Pidoux examine avec détails la question particulière de la phthisie muco-tuberculeuse et inflammatoire désignée sous le nom de pneumonie caséeuse, et après quelques critiques adressées, à ce sujet, à plusieurs auteurs allemands, notamment à M. de Niemeyer, il montre qu'elle rentre bien effectivement dans la grande unité de la phthisie tuberculeuse des poumons, et que cette première forme est éminemment propre à faire voir l'un des aspects le plus pratiques de la question.

Voyons maintenant, continue M. Pidoux, si la seconde catégorie de phthisiques, ceux chez lesquels la maladie se forme, non sous l'influence des causes externes, mais par le fait de causes internes ou pathologiques autres qu'une diathèse tuberculeuse préexistante, ne s'explique pas aussi bien, et peut-être mieux encore que la précédente, sans l'intervention d'un virus tuberculeux ou d'un agent spécifique.

Il n'est plus douteux pour moi, qu'un grand nombre de phthisies, de celles surtout qu'on observe dans la société, chez les gens aisés et chez les riches, ne soient le terme où aboutissent des maladies constitutionnelles, antérieures, d'une autre nature que la tuberculose.

Ces maladies chroniques qui, en vieillissant, en s'affaiblissant ou en dégénérant, préparent le terrain à la phthisie tuberculeuse, sont particulièrement l'arthritisme embrassant la goutte et le rhumatisme, puis la scrofule et l'herpétisme.

Les phthisies qui naissent de la transformation rétrograde de ces maladies chroniques et héréditaires, présentent des caractères bien différents des phthisies incurables qui composent la première catégorie, et souvent même des caractères et une marche tout à fait opposés.

Au lieu d'être, comme les précédents, une proie facile pour la tuberculisation, ces sujets opposent à cette dégénération morbide une grande résistance. La constitution de ces sujets offre souvent un contraste marqué avec celle que les gens du monde, comme beaucoup de médecins encore veulent toujours trouver chez les poitrinaires.

Comment se fait-il donc qu'avec cette constitution opposée à celle qui caractérise les phthisiques prédestinés, ces sujets en soient cependant souvent affectés? Pourquoi la tuberculose s'établit-elle lentement et difficilement chez eux? Quelles sont les causes de cette résistance?

Les voici. Il y a des tempéraments pathologiques et des maladies constitutionnelles qu'on peut appeler antagonistes de la phthisie. Tels sont, au premier rang, le tempérament arthritique, l'arthritisme rhumatismal et surtout goutteux. Lorsque la goutte et le rhumatisme sont récents, et dans toute leur force, ils excluent généralement la tuberculose, ainsi que la suppuration. Alors l'antagonisme est à son maximum. Il n'en est plus ainsi lorsque l'arthritisme s'est affaibli et a dégénéré. Il laisse alors trop souvent dans l'antagonisme une disposition à la phthisie. On voit survenir, dans ce cas, une foule d'affections mobiles, facilement transformables les unes dans les autres, qui épuisent les sujets et les conduisent aux maladies ultimes et organiques. La phthisie en est un des termes fréquents. Deux séries de cas se produisent alors: ou bien les descendants de ces races arthritiques dégénérées naissent frappés de la diathèse tuberculeuse sans mélange; la maladie ne rencontrant pas chez eux d'éléments d'antagonisme, elle est purement et uniquement tuberculeuse. Ou bien ces sujets, autrefois arthritiques eux-mêmes ont conservé des reliquats de la maladie constitutionnelle; dans ce cas, les symptômes et la marche de la phthisie éprouvent des modifications remarquables. Un antagonisme s'établit entre la constitution arthritique qui tend à s'affaiblir et la constitution tuberculeuse qui tend à se développer. L'arthritisme, qui dans la vigueur excluait la tuberculisation, dégénéré, cède le terrain à la phthisie, non sans la modifier par la résistance qu'il oppose encore plus ou moins à son envahissement. A mesure que la première disposition morbide s'use et tend à disparaître, la tuberculose s'étend, la cachexie s'établit et la phthisie finit par régner sans partage.

Eh bien, je le demande, est-ce là la conduite des maladies spécifiques? Est-ce qu'elles ont d'autres sources qu'elles-mêmes? Est-ce qu'elles dérivent d'autres maladies par transformation rétrograde? Est-ce qu'elles ont des équivalents? Ces mutations, dont on voit tant d'exemples, sont-elles dans les mœurs des maladies spécifiques? Ne sont-ce pas là les allures des maladies communes?

J'ai dit que diathèse, maladie constitutionnelle, maladie organique et maladie spécifique s'excluaient. Je pourrais me demander maintenant s'il est possible qu'une maladie spécifique soit héréditaire, et si on observe l'hérédité dans ces sortes de maladies. Sans nier absolument l'hérédité, M. Villemin ne lui laisse aucune importance.

La phthisie tuberculeuse des poumons est positivement héréditaire. Seulement elle l'est beaucoup moins souvent qu'on ne le croit dans le monde, même dans le monde médical. Je ne crois pas que le nombre de phthisiques, nés de parents phthisiques, s'élève à plus d'un quart ou même d'un cinq ou sixième. Le nombre de ceux qui sont nés de parents non phthisiques est beaucoup plus grand. Mais ce qui est très-digne de remarque, c'est la proportion considérable des phthisiques issus de parents affectés de maladies constitutionnelles et héréditaires autres que la tuberculose. Il ne faut pas s'en étonner, car les maladies chroniques, qui, toutes ont pour caractère d'être ou de pouvoir être héréditaires, sont bien loin de se transmettre avec leurs formes nosologiques. Dans le plus grand nombre des cas, même, l'hérédité les transforme.

Un autre fait, bien positif encore, c'est que le plus généralement la transformation marche des maladies capitales ou ini-

tiales vers les maladies mixtes, puis vers les ultimes et organiques.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de constater ici, c'est que la phthisie naît moins souvent d'elle-même que d'autres maladies constitutionnelles moins graves. Ce fait enlève tout son crédit au système de la spécificité et de la virulence de la tuberculose.

M. Villemin, dans sa tendence à rejeter tout ce qui peut gêner son système, va jusqu'à nier la scrofule.

Quelque partisan que l'on soit de la différence de la scrofule et de la tuberculose, on ne peut nier les points de contact de ces deux maladies. Beaucoup de médecins croient encore à leur identité. Cependant personne ne regarde la scrofule comme une maladie virulente, spécifique et contagieuse. Si la scrofule n'est pas spécifique, comment le serait la tuberculose? M. Villemin, gêné par la présence de ce nœud, le coupe. Il creuse un vide sans fond entre la scrofule et la tuberculose, et faisant de celle-ci une maladie qui a son caractère propre, il nie la scrofule comme maladie spéciale, existant par elle-même.

La tuberculose et la scrofule ne sont pas comparables. L'une est une maladie chronique initiale, qui peut être superficielle, qui est guérissable, et qui n'est pas une maladie organique quoiqu'elle puisse le devenir. L'autre, la tuberculose en général et la phthisie pulmonaire en particulier, sont des maladies ultimes et organiques. Elles sont trop souvent le terme d'affections chroniques qui n'ont en elles-mêmes rien de tuberculeux. Eh bien, la scrofule joue, à l'égard de la tuberculose, le rôle de ces maladies initiales, qui, à travers des transformations rétrogrades, aboutissent à la phthisie. La scrofule n'est donc pas la tuberculose, mais elle y conduit en dégénérant, en s'usant à la manière des autres maladies chroniques initiales, et en lui imprimant son cachet.

Voilà donc encore une autre source de tuberculose. Or, indépendamment de ce que cette multiplicité d'origine est en opposition avec la notion de spécificité, pourquoi la maladie terminale serait-elle spécifique et virulente quand la maladie initiale ne l'est pas? Selon les lois bien connues de la spécificité morbide, c'est le contraire qu'on devrait observer.

Que d'autres maladies, spécifiques ou non, qui traînent après elles la phthisie! la rougeole, la coqueluche! Pourtant le tubercule produit à la suite de ces maladies spécifiques, n'a rien de leur spécificité; il est impropre à la reproduction de la rougeole et de la coqueluche. Comment le virus tuberculeux a-t-il pu naître du principe spécifique de ces deux maladies?... Toujours des contradictions. Rien dans ce système qui tienne devant l'observation clinique. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 décembre 1867, M. Sappey, docteur en médecine, a été nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Jarjavay, appelé à une chaire de clinique.

M. Verneuil, docteur en médecine, a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Richet, appelé à une chaire de clinique.

M. Morel, docteur en médecine, a été nommé professeur d'anatomie et anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Erhmann, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Par arrêté ministériel du 30 novembre 1867, l'article 3 du règlement du 23 décembre 1854, portant qu'aucun pharmacien de 2e classe ne pourra être reçu pour les départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, est abrogé.

— L'École de médecine de Bordeaux a décerné, — dans sa séance de rentrée, — les récompenses suivantes :

Élèves en médecine. — 1re année. — 1er prix : M. Poinsot; — 2e prix : M. Verdalle. — 1er accessit : M. Nau; — 2e accessit *ex æquo* : MM. Pasturaud et Pintaud-Desallées.

2e année. — 1er prix *ex æquo* : MM. Caboy et Guément; — 2e prix : M. Pitres. — Mentions honorables : MM. Durand, Meynier et Pourteyron.

3e année. — 1er prix : M. Girard; — M. Lande; — Mentions honorables : MM. Pujo, Poumeau-Delille et Roy de Clotte.

Élèves en pharmacie. — 1er prix : M. Landry; — 2e prix *ex æquo* : MM. Charrier et Landiech.

— L'Annuaire de «l'Union médicale» a inscrit, par erreur, le nom de M. le Dr Naret parmi les officiers de santé. L'administration de ce journal s'est empressée de publier un «erratum», que M. le Dr Naret nous prie de porter à la connaissance de nos confrères.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Métamorphoses, mœurs et instincts des insectes (Insectes, myriapodes, arachnides, crustacés), par M. Emile Blanchard, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Magnifique volume pour étrennes, grand in-8 avec 200 figures originales dans le texte et 40 planches tirées à part. Prix broché, 30 fr.; relié, 35 fr. — Paris, chez Germer-Baillière.

De l'Influence des climats sur l'homme et des agents physiques sur le moral, par P. Foissac, docteur en médecine de la Faculté de Paris, lauréat de l'Institut. Paris, 1867, J.-B. Baillière et fils, 2 vol. in-8, d'environ 650 pages chacun; prix : 15 fr.

Traité pratique des maladies vénériennes, par le Dr Salari, médecin du service des mœurs de Marseille, 1 vol. in-12, orné de 12 planches photographiques; prix : 5 fr. — Paris, 1867, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd

(1906)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 18 DÉCEMBRE 1867.

SÉANCE ANNUELLE

DE L'ACADEMIE DE MEDECINE

Le programme de la séance publique annuelle, qui a été tenue hier, n'a différé en rien de celui des séances publiques précédentes : Rapport général sur les prix et Eloge académique. La lecture du rapport général sur les prix, introduite depuis quelques années dans ce programme par M. Dubois (d'Amiens) est de plus en plus goûtée. Elle n'a pas seulement l'avantage de présenter un résumé concis des divers rapports des commissions, que leur étendue ne permet guère de publier; mais elle offre, en outre, une occasion de faire, tous les ans, une sorte d'inventaire des progrès scientifiques, et d'apprécier l'esprit ainsi que la direction et les tendances générales des nouvelles recherches. C'est ainsi que l'honorable secrétaire perpétuel, ayant à caractériser l'ensemble des travaux couronnés par l'Académie, a saisi cette occasion pour répondre au reproche banal de matérialisme qu'il est de mode d'adresser depuis quelques années à l'enseignement médical, en disant que notre science ne se *matérialise* pas, mais qu'elle se *réalise*. Le réalisme dans la science, voilà le vrai programme sur lequel tout le monde peut tomber d'accord. Quoi de plus réaliste, en effet, que les divers mémoires qu'a couronnés l'Académie : les tumeurs fibro-plastiques, la mélanose, la détermination des signes auxquels on peut reconnaître l'époque de la mort d'un fœtus, l'uranoplastie, la carie dentaire, les fractures de la colonne dorso-lombaire, etc., c'est-à-dire des questions d'anatomie pathologique, de diagnostic, de médecine et de chirurgie pratique proprement dites! Est-ce à dire que ce réalisme exclut l'intervention du raisonnement? et faudrait-il, comme l'a fait un des compétiteurs, prendre à la lettre cette phrase de J.-J. Rousseau qu'on a beaucoup trop citée et dont on a tant abusé : « La vérité est dans les choses qu'on observe, et non dans l'esprit qui les juge? » Qui s'est jamais réduit, en réalité, et qui voudrait jamais se réduire à cette passivité dans l'observation, et à une pareille abdication de la raison et du bon sens?

Mais le réalisme est une barrière dressée devant l'idéalisme et ses abus, et c'est par là surtout qu'il vaut, c'est-à-dire, par ce qu'il empêche, presque autant que par ce qu'il suscite. A côté du témoignage direct, le rapport offre un témoignage indirect de la vérité de ce qui précède, en nous montrant, dans l'une des pièces du concours, un exemple des égarements auxquels peut conduire un idéalisme sans frein.

Sauf cette dernière dissertation, qui a obligé l'Académie à proposer de nouveau la question qui en était le sujet, M. le secrétaire perpétuel se loue, dans son rapport général, du résultat des concours pour la dernière année. Tous les prix, celui-là seul excepté, ont été mérités et accordés.

L'Académie aura désormais à disposer d'un nouveau prix, d'une fondation toute récente, et qui a pour objet déterminé de provoquer la recherche et la découverte de signes certains et faciles de la mort réelle.....

Mais il est temps d'en venir au morceau principal de ce banquet oratoire, à l'Éloge de Rostan. Il y a moins de quatre mois, nos lecteurs ont eu sous les yeux l'Éloge de cet éminent et si regretté professeur, prononcé à la Faculté de médecine par M. le professeur Béhier, ce qui ne nous empêche pas de reproduire aujourd'hui le nouveau panégyrique lu dans la séance d'hier par M. Béclard.

Ces deux discours ont, en effet, une physionomie très-différente, ce qu'expliquent à la fois et le genre différent de talent des deux auteurs et la différence du lieu et du public.

Parlant du haut de la chaire, au nom de la Faculté et en présence d'une assemblée exclusivement composée de médecins et d'élèves en médecine, M. Béhier s'est largement étendu sur l'analyse des travaux de Rostan, sur le milieu scientifique d'où il était surgi, pour s'y élever, grandir et régner à son tour en maître, et enfin sur cette doctrine tant discutée, tant débattue de l'organicisme, qui faisait l'orgueil de son auteur, et qui semble n'être sortie victorieuse de la lutte, que pour être plutôt étouffée sous l'exubérant développement d'un organicisme nouveau plus complet, plus large et pénétrant beaucoup plus avant dans les profondeurs de l'organisme.

M. Béclard, à qui M. Béhier avait laissé peu à faire à cet égard, et qui d'ailleurs se trouvait placé en face d'un auditoire un peu différent et ayant d'autres exigences, M. Béclard est entré plus intimement dans l'homme même, qu'il a jugé avec ce sentiment d'affection et de reconnaissance que ne dément en aucun point la vérité. Aussi le côté anecdotique tient-il, dans son discours, une plus grande place, — c'est, du reste, de tradition à l'Académie.

Cependant il n'était pas possible de parler de Rostan sans toucher aux questions de doctrine. Ce que M. Béhier avait fait plus amplement, en restant toutefois dans le domaine médical, M. Béclard l'a fait dans la mesure et la proportion que comportaient les circonstances, mais aussi en plaçant la discussion sur un plan plus élevé et plus général en même temps, sous lequel la figure de son héros a momentanément un peu disparu; mais il l'a retrouvée tout entière lorsqu'il a tracé, vers la fin de son discours, avec une extrême délicatesse de sentiment, le portrait de cet homme aimable et si heureusement doué, qui laissera, dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu, d'ineffaçables souvenirs.

Aussi des applaudissements nombreux et répétés ont-ils accueilli la fin de ce discours. Dr BROCHIN.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 17 décembre 1867.

Présidence de M. TARDIEU.

L'ordre des lectures comprend :

1° Le rapport général sur les prix décernés en 1867, par M. Fréd. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel. Ce rapport a été lu par M. Delpech. (Nous publierons ce rapport dans le prochain numéro.)

2° Le programme des prix proposés pour 1868.

3° Eloge de M. Rostan, par M. Jules Béclard, secrétaire annuel.

Voici l'éloge lu par M. Béclard :

ÉLOGE DE M. LE PROFESSEUR ROSTAN.

Messieurs,

Le jour même où la tombe se fermait sur l'homme éminent que l'Académie venait de perdre, il y a plus d'un an déjà, je résolus d'acquitter aujourd'hui, envers une mémoire qui m'est chère, la dette de la reconnaissance. A l'un des meilleurs amis de mon père, au compagnon fidèle des hommes qui ont entouré mon enfance et dirigé ma jeunesse, devenu plus tard un appui bienveillant et un chaud défenseur, je devais cet hommage. A l'Académie, dont je suis ici l'interprète, de louer comme il le mérite, le disciple de Pinel, bientôt maître à son tour; le chercheur exact et patient, conduit par les voies de l'observation dans le champ des découvertes, le clinicien consommé, le professeur élégant et méthodique, l'initiateur par excellence de la jeunesse novice et inexpérimentée.

Environné, jeune encore, et dès les premières années du siècle, d'une célébrité précoce, M. Rostan était demeuré parmi nous l'un des derniers représentants de la grande époque qui a précédé la nôtre. Il est le descendant de cette forte génération dont les œuvres impérissables ont jeté, dans le domaine des sciences, ces semences fécondes dont nous recueillons les fruits. Si la médecine de cette époque ne sut pas toujours se défendre contre les séductions de l'esprit de système, n'oublions pas que les fautes sont aussi des leçons.

Léon Rostan naquit à Saint-Maximin, petite ville de Provence célèbre par son église, dans laquelle sont venus tour à tour s'agenouiller tous les rois de France, depuis Philippe de Valois jusqu'à Louis XIV, auprès des saintes reliques de Marie-Madeleine, la pécheresse repentante de l'Évangile.

Ses parents habitaient le village de Tourves, situé à deux lieues de là. Amenée par une circonstance fortuite à Saint-Maximin, dans les premiers jours du printemps, madame Rostan y devint mère le 17 mars 1790. Sans être riche, la famille de M. Rostan appartenait à la bourgeoisie aisée du pays. Elle était liée d'amitié, et elle devait nouer des liens plus tendres avec les deux familles d'Astros et Portalis, dont l'une donna un cardinal à l'Eglise et l'autre un ministre des cultes à l'Etat.

Lorsque Léon Rostan fut en âge de recevoir les premières leçons, sa mère le conduisit à Marseille en compagnie de son frère aîné, et s'y fixa près d'eux pour surveiller leur éducation. A l'âge de dix ans, il vint à Paris avec son père. Placé d'abord dans un pensionnat de la place de l'Estrapade, où il ne resta que quelques mois, il entra ensuite à l'institution Lieutaud, dont les élèves suivaient les classes du lycée Napoléon. C'est là qu'il rencontra le jeune Chomel et que prit naissance entre les deux camarades cette franche amitié de collége que devaient rendre plus étroite encore les joies et les épreuves d'une commune carrière.

A seize ans, son éducation littéraire terminée, M. Rostan commençait l'étude de la médecine. Trois ans plus tard, il était nommé interne des hôpitaux et entrait à la Salpêtrière dans le service de M. Lallemand.

Le 13 mai 1812, M. Rostan soutenait sa thèse de docteur sous la présidence de l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique*, alors chef d'école, et qui devait trouver, dans ses travaux sur la folie, une gloire plus durable. A côté du nom de Pinel, on aime à relire sur le premier feuillet de cette thèse le nom de ses autres juges : Vauquelin, dont la science n'avait d'égale que la modestie, collaborateur infatigable et dévoué de Fourcroy; Laurent de Jussieu, l'immortel auteur du *Genera plantarum*; Duméril, disciple de notre grand Cuvier, dont il fut d'abord le maître d'anatomie, et que nous avons tous vu, rajeuni en quelque sorte par soixante années d'enseignement, l'orgueil de sa vie, porter d'un pas juvénile, du Jardin des plantes à l'Académie et à la Faculté, le poids de ses quatre-vingt-six ans; Richerand, le jeune ami de Cabanis, publiant à vingt et un ans le *Traité de physiologie*, œuvre élégante et facile, bien faite pour inspirer le goût d'une science qui s'offrait parée de toutes les grâces du style.

Le charlatanisme médical, tel était le sujet de thèse choisi par le candidat. A tout seigneur tout honneur : voici d'abord le charlatan patenté, dont le diplôme couvre la marchandise. Habile à se faire valoir, il a des prôneurs qui le vantent, des sots qui le croient, des protecteurs qui l'appuient. Celui-ci se pose en victime, et va criant partout à l'injustice; vous croyez peut-être qu'il cherche des juges? C'est à la multitude qu'il en appelle. Celui-là, mieux avisé, se met en quête d'une plume vénale, arme perfide, dont il connaît le prix. Non moins affamé de publicité, mais plus inoffensif, cet autre inonde de ses brochures, véritable fléau des bibliothèques, les Académies des deux mondes. En voici d'autres encore : ceux-là forment une légion. Faux disciples d'une doctrine qui s'annonce pompeusement comme le contraire de l'ancienne médecine, on les voit, pour complaire aux caprices d'un public follement épris de tout ce qui est nouveau, s'affubler d'un manteau d'emprunt, menteuse amorce qui recouvre une double imposture.

Le tour vient ensuite des bateleurs du salon et de la rue dont l'audace fait toute la science. Avec quel accent de généreuse indignation les manœuvres sans nombre de cet insaisissable Protée sont dénoncées et flétries! Mais l'auteur se gardera bien d'invoquer une loi dont on voudrait aujourd'hui redoubler les rigueurs : loi surannée, impuissante et illusoire, dont les arrêts manquent presque toujours de l'assentiment public, qui transforme les condamnés en victimes, et donnent à de mystérieuses pratiques l'attrait du fruit défendu.

Empêcherez-vous de consulter l'homœopathe, la religieuse, la châtelaine ou la somnambule? L'homme croit facilement à ce qu'il désire : la confiance des malades sera toujours inépuisable, comme l'espérance. L'Etat présente au public, marqués de son empreinte, ceux qui lui offrent des garanties éprouvées : il montre l'écueil et il signale le danger. Lorsqu'il a poursuivi, lorsqu'il a condamné ceux qui se parent d'un titre usurpé, sa mission protectrice est épuisée. L'intérêt collectif des hommes qu'une même profession réunit, ne saurait être en opposition avec l'intérêt social. C'est en faveur du malade, et non en faveur du médecin, que l'Etat prévoyant a délégué entre les mains du docteur, de l'officier de santé ou de la sage-femme, le monopole gradué de l'art médical.

Abandonnez ces préoccupations mesquines et rétrogrades de l'esprit de coterie. Quelle qu'en soit la valeur, l'amende n'est qu'une réclame; la véritable punition, la punition sensible, celle dont on ne peut se racheter, c'est le mépris des honnêtes gens. D'un côté des garanties sérieuses suffisamment publiques, de l'autre la plus grande liberté possible, telle est la solution légitime, inévitable, contre laquelle ne prévaudront pas les efforts des médecins coalisés. Les entreprises du mensonge échappent à la loi humaine et ne relèvent que de la conscience. Ce qu'il faut combattre, ce qu'il faut vaincre, c'est bien moins la cupidité menteuse que la superstition. L'ignorance, voilà le véritable ennemi.

J'ai lu quelque part qu'un médecin des colonies, qui possédait une sucrerie, s'aperçut un jour qu'on lui avait dérobé une somme considérable. Il assemble ses nègres : « Mes amis, leur dit-il, le grand serpent m'est apparu pendant la nuit; il m'a dit que le voleur aurait en ce moment une plume de perroquet sur le nez. » Le coupable aussitôt porte la main à son visage. « C'est toi qui m'a volé, dit le maître, le grand serpent vient de m'instruire. » On dira qu'il fallait avoir affaire à des nègres. Le docteur Noir, de récente mémoire, pourrait répondre que les blancs de nos jours ne sont guère moins crédules.

Le temps où les rois de France imposaient les mains pour la guérison des écrouelles n'est pas encore si loin de nous. Les dupes ne sont pas toutes sous la veste du paysan et sous la blouse de l'ouvrier : on en pourrait rencontrer sous l'hermine et sous l'épaulette. Un beau matin, un échappé de caserne annonce, à grand fracas, qu'il guérit, à la parole, tous les paralytiques; et dans ce Paris du dix-neuvième siècle, qui se dit la première ville du monde, il se trouve des gens de toutes conditions pour accourir à son appel. On se presse, on s'étouffe autour de la maison où le nouveau Tabarin a dressé ses tréteaux. Le glorieux habit de nos soldats d'Afrique, toujours au premier rang sur le chemin de la victoire, devient la scandaleuse enseigne d'une triste bouffonnerie.

Humilié par de pareils outrages au sens commun, l'esprit se

reporte involontairement en arrière. La sorcellerie indécente et sinistre du moyen âge s'est dissipée au souffle de l'esprit d'examen; mais le monde nouveau n'a pas encore vaincu le monde ancien. Il est une clientèle pour longtemps encore inféodée à la fraude et à l'imposture.

M. Rostan venait de soutenir sa thèse lorsqu'il fut nommé inspecteur du service médical à la Salpêtrière. Ce nouveau poste, en lui donnant des attributions plus étendues, le rapprochait en même temps de Pinel dont il devenait le disciple et l'ami.

Pour atteindre la supériorité dans un art, a dit M. Rostan dans l'introduction d'un de ses ouvrages, il faut l'aimer. L'exemple n'avait pas attendu le précepte. Vivant au milieu d'une population arrivée aux limites de l'existence, enfermé tout le jour dans les salles d'autopsie, il recueillait dans ce vaste champ d'étude les matériaux d'un de ces ouvrages que la main du temps ne saurait atteindre : tableau achevé, tracé d'après nature, saisissante histoire d'un mal terrible, dont il trouvait, le premier, les caractères anatomiques.

L'année 1814 le surprit au milieu de ces études. Introduit dans Paris, à la suite de la glorieuse et fatale campagne de France, le typhus était venu, comme pour augmenter encore les amertumes de la défaite, s'ajouter aux désastres de la patrie en deuil. Mêlés aux débris de notre armée, rapprochés par la fraternité de la souffrance et de la mort, de malheureux soldats, accourus de tous les points de l'Europe coalisée, encombrent bientôt l'immense asile dont M. Rostan est le médecin. Son dévouement grandit avec le danger ; sur pied nuit et jour, il se prodigue avec une abnégation sans bornes.

Tandis que le fléau sévissait dans toute sa rigueur, le bruit se répandit que l'empereur de Russie et l'empereur d'Autriche, désireux de donner aux médecins français une marque particulière de leur estime, ainsi qu'un témoignage de sympathie compatissante à leurs soldats malades, se rendraient à la Salpêtrière. Ils s'y rendirent en effet, et M. Rostan les accompagna avec les principaux fonctionnaires de l'établissement. Le souvenir de cette double visite était resté profondément gravé dans sa mémoire.

L'empereur de Russie vint le premier. Il parcourut les salles, examina tout, adressa de nombreuses questions et fit observer, à propos d'un détail de service, qu'en Russie les choses se passaient autrement. « En Russie, répliqua le jeune Provençal avec l'accent d'une franchise où perçait la secrète révolte du patriotisme, en Russie, c'est possible, sire, mais en France nous faisons mieux. » Alexandre le fixa de son regard doux et pénétrant, et ne répondit rien. L'empereur d'Autriche vint ensuite. La conversation prit un autre tour. Tandis qu'il traversait l'un des jardins : « Combien, dit-il, avez-vous de femmes ici ? — Trois mille, sire. — Cela ne doit pas être commode, » répondit le souverain.

L'épidémie diminuait de jour en jour ; tout faisait espérer qu'elle touchait à son terme. Epuisé de veilles et de fatigue, M. Rostan consentait enfin à prendre un repos nécessaire, lorsqu'il fut atteint de la manière la plus grave par le mal qu'il bravait depuis si longtemps. Assis à son chevet trois amis dévoués, tous les trois devenus célèbres, MM. Chomel, Ferrus et Georget, lui prodiguèrent les soins les plus tendres. Son heureuse constitution triompha de l'assaut meurtrier, mais sa convalescence fut longue. L'abbé d'Astros, grand dignitaire de la métropole de Paris, qui l'avait connu enfant, et que le mariage de son frère, le Dr d'Astros, avec la sœur de M. Rostan venait d'allier à sa famille, était au nombre de ses visiteurs les plus assidus, et lui donnait des marques de la plus affectueuse sollicitude. L'abbé sortait de prison. Son nom, alors dans toutes les bouches, rappelle un des épisodes les plus émouvants de la lutte du saint-siége contre le premier Empire.

Transporté et détenu à Savone, capitale par droit de conquête d'un département français, le Pape prisonnier, fort de sa faiblesse, et, dans ses épreuves, plus maître et plus obéi que jamais des consciences catholiques, refusait l'investiture aux évêques nommés par le gouvernement français. Tous les efforts de la diplomatie étaiens restés impuissants ; rien n'avait pu vaincre la résistance du Saint-Père. A la proposition d'une opulente dotation et d'une résidence princière à Avignon ou à Paris, l'inflexible captif avait répondu par ces mots bien connus : « La liberté, les catacombes et la pauvreté. »

Vers la fin de l'année 1810, Pie VII adressait directement à Paris, du fond de sa prison, une lettre apostolique, portant défense formelle de reconnaître le cardinal Maury récemment promu par l'empereur à l'archevêché de Paris. A quelques semaines de là, le chapitre de Notre-Dame, l'abbé d'Astros en tête, se présentait aux Tuileries à l'occasion de la nouvelle année. L'entière soumission de l'abbé aux ordres de l'Eglise n'était un mystère pour personne. Pressé de questions, incapable de s'abaisser jusqu'au mensonge, il laissa entrevoir la vérité. Depuis longtemps contenu, le ressentiment impérial éclata avec violence. L'abbé d'Astros fut arrêté dans le palais même, son domicile envahi, ses papiers fouillés, le bref du pape découvert.

Quatre années ne s'étaient pas écoulées que, par un retour de la fortune, le cardinal Maury reprenait le chemin de l'Italie où l'attendait la prison, tandis que les portes de Vincennes s'ouvraient devant l'abbé d'Astros. L'archevêché de Toulouse et la pourpre romaine devaient récompenser plus tard le serviteur fidèle et persécuté.

Sa santé rétablie, M. Rostan reprit avec une nouvelle ardeur ses recherches interrompues. En 1820 parut son ouvrage sur le ramollissement du cerveau : fruit de dix années de travail, l'œuvre la plus achevée qui soit sortie de sa plume. Dans ce livre, il montrait, il prouvait qu'il existe une maladie anatomiquement caractérisée par une diminution de consistance de la substance nerveuse ; maladie fréquente, la plus fréquente de toutes les affections cérébrales chez les vieillards ; maladie à marche lente, souvent accompagnée de l'ossification des artères du cerveau, tantôt circonscrite dans une étendue de quelques centimètres, tantôt s'étendant à tout un hémisphère ; annoncée par des phénomènes précurseurs de quelques semaines, de quelques mois, ou même de plusieurs années ; caractérisée à l'extérieur par l'affaiblissement progressif des sensations et des facultés intellectuelles et aussi par cette lésion du mouvement connue sous le nom de résolution des membres. Il décrivait, en même temps que Lallemand, une autre forme de la maladie, forme à courtes périodes, plus rare que la précédente, dans laquelle le ramollissement, accompagné d'injection sanguine, s'annonce par un appareil fébrile, par de la rigidité musculaire et par des convulsions des membres.

Cet ouvrage était dédié par son auteur aux membres du Conseil général des hôpitaux. « A vous, messieurs, disait M. Rostan, je dédie ce livre, à vous qui avez peuplé la France et l'Europe de jeunes médecins qui, dès les premières années, ont atteint cette notoriété qui ne s'acquérait autrefois que par une longue pratique. C'est dans vos hôpitaux que, jeunes d'âge, ils sont promptement devenus vieux d'expérience. Non contents de leur donner tous les moyens de s'instruire, vous leur avez fait goûter l'ivresse des premiers succès, le plus puissant des aiguillons pour le travail. »

Par une attention délicate, M. Rostan associait l'administration au succès de son enseignement. Deux années auparavant, il avait demandé et obtenu l'autorisation d'ouvrir dans les salles de la Salpêtrière, son premier cours de clinique. Ses débuts avaient été des plus heureux. Avides d'instruction, des auditeurs de tout âge accouraient pour entendre ce jeune professeur à la physionomie ouverte, à l'élocution facile, au langage simple, clair, intelligible pour tous, animé par le geste, relevé par un tour original.

Reportons-nous au Paris d'autrefois, au Paris de notre enfance, aujourd'hui disparu. Rappelez-vous les chemins défoncés, les quais fangeux qui conduisaient au lointain hôpital. Il fait jour à peine ; voyez au milieu de l'hiver, cette foule studieuse se presser dans un petit jardin, près de l'habitation du jeune maître, et le saluer au passage. Vous tous, qui avez conçu la généreuse ambition de transmettre, par la parole, le laborieux héritage de l'intelligence ; vous, dont le cœur a battu des nobles émotions de la chaire ou de la tribune, vous comprendrez la trace profonde qu'avait laissée dans l'esprit de M. Rostan le souvenir de ses premières impressions.

Inauguré à Leyde et à Vienne, illustré parmi nous par Corvisart et Laënnec, l'enseignement clinique venait de trouver un nouvel interprète qui, en lui imprimant bientôt un caractère plus pratique encore, allait en doubler l'utilité. Subordonnant les convenances de celui qui donne l'enseignement à l'intérêt de celui qui le reçoit, M. Rostan ne tarda pas à introduire dans son enseignement particulier une réforme qu'il transporta plus tard dans sa chaire de la Faculté, et qu'on est surpris de trouver adoptée partout, la France exceptée. Pénétré de cette pensée que ceux qu'il avait mission d'instruire auraient charge plus tard de la santé publique et qu'un professeur de clinique doit moins se proposer pour but d'attirer des auditeurs que de former des élèves, il fit participer activement au rôle du médecin, non pas seulement l'élite privilégiée qui a fait ses preuves, mais tous ceux qui assistaient à ses leçons.

Le 3 juillet 1833, à la suite d'un brillant concours, M. Rostan avait été nommé à la chaire de clinique médicale devenue vacante par le décès de M. Leroux. Ce qu'avait été le professeur libre, le professeur officiel le fut pendant trente ans, avec plus de maturité et d'expérience. Esclave du devoir, chaque jour on le voyait arriver à la même heure dans son service, avec cette scrupuleuse exactitude qui est la politesse des maîtres en même temps qu'un exemple. Arrivé au lit du malade, il désignait un élève parmi ceux qui l'entouraient, rentrait dans les rangs des auditeurs, et lui cédait la place. Le diagnostic formulé et le traitement institué, il reprenait alors la parole, confirmait ou redressait le jugement porté : leçon d'autant plus fructueuse que l'application marchait de pair avec le précepte. Touché de l'intérêt du professeur, secrètement intéressé au succès du traitement qu'il avait prescrit, l'élève n'avait garde d'oublier le lendemain le chemin de l'hôpital, et, tout en suivant la marche de la maladie, il s'attachait à son malade au double profit de la science et de l'humanité.

L'examen et l'interrogatoire des malades avaient lieu d'après un ordre méthodique que M. Rostan avait disposé sous forme de tableau. Dès l'année 1814, il en soumettait le programme manuscrit à l'approbation de Pinel, et on le retrouve longuement développé dans le *Traité de médecine clinique* publié en 1826. Dans ce livre, qui résumait son enseignement de huit années, la pathologie est spécialement envisagée au point de vue du diagnostic et des indications thérapeutiques. La partie théorique et critique, qui tient une si large place dans la plupart de nos ouvrages de médecine, cède ici le pas aux applications et aux déductions pratiques. Ce n'est point un traité de pathologie didactique, tableau complet des connaissances médicales de l'époque, mais un essai de pathologie appliquée destiné aux praticiens ; modèle précieux pour ceux qui seraient tentés de l'imiter.

Tandis qu'il rédigeait son *Traité de médecine clinique*, M. Rostan insérait dans les journaux de médecine du temps et dans diverses publications périodiques un grand nombre de mémoires et d'articles sur les sujets les plus variés. Dans un travail sur l'asthme des vieillards, il prouvait, par de nombreuses autopsies, que cette affection n'est pas ordinairement de nature nerveuse, mais qu'elle se rattache la plupart du temps à des altérations organiques du cœur, des gros vaisseaux ou des bronches. Dans un mémoire sur le diagnostic différentiel entre l'ascite, et les collections liquides enkystées, il montrait, notion devenue vulgaire, qu'en faisant varier la position du malade, on pouvait, en déterminant, à l'aide de la percussion, la position des points mats et celle des points sonores, tirer de leur situation relative des indications à peu près certaines sur le genre de l'hydropisie.

Vers la même époque, M. Rostan publiait, sous le titre de *Cours d'hygiène*, un livre destiné, ainsi qu'il le dit lui-même, « non-seulement aux médecins et aux élèves, mais aussi aux gens du monde, qui parlent si souvent des choses qu'ils ne connaissent pas, et surtout de la médecine, la plus difficile des sciences. » N'oublions pas que l'hygiène, ou l'art de conserver la santé, n'est qu'une science d'application basée sur la connaissance des milieux qui nous entourent et nous pénètrent, et que l'œuvre de M. Rostan représente une époque dont cinquante ans de progrès nous sépare. Parfaitement approprié aux lecteurs auxquels il s'adresse, le cours d'hygiène est, de tous les ouvrages de M. Rostan, celui où l'on peut le mieux juger sa manière d'écrire. La verve méridionale y déborde parfois ; on y trouve en revanche des pages où se révèle un véritable talent d'écrivain.

Dès les premiers écrits de M. Rostan, on voyait poindre les germes d'une doctrine dont il n'avait pas encore trouvé la formule. C'est Frédéric Bérard qui la lui donne ; elle s'appellera désormais l'organicisme : l'organicisme, expression barbare, lancée comme une invective par l'historien trop vanté de la doctrine de Montpellier, et tout aussitôt relevée comme un drapeau par le jeune et valeureux champion de l'Ecole de Paris.

Lorsqu'on veut se faire une juste idée des choses du passé, il faut se reporter en arrière, se retremper pour ainsi dire dans les opinions du temps, sans quoi le présent nous entoure, nous enveloppe, et il devient, à notre insu, le mobile de nos jugements.

Mathématicien avant d'être médecin, Pinel, transportant dans la science médicale les habitudes ordonnées et méthodiques des sciences exactes, venait de grouper tous les états morbides dans des catégories systématiques et de tenter, à la manière des naturalistes, une classification des maladies. La nosographie philosophique était devenue, en France, le livre et, pour ainsi dire, le code de l'enseignement. Tel fut le succès de cet ouvrage que trente ans après sa publication, M. Rostan écrivait : « Pinel parut, et sous son influence la révolution médicale, si impatiemment attendue et depuis si longtemps préparée, s'opéra. La raison pénétra dans le sanctuaire d'une science d'où elle avait été si souvent exilée, et la médecine épurée s'étonna de se trouver au niveau des autres sciences naturelles. » C'est en 1826 que l'élève reconnaissant traçait ces lignes, dans lesquelles l'illusion généreuse du disciple n'était déjà plus que la consolation du maître. A l'enthousiasme des premiers jours, depuis longtemps refroidi, avait succédé l'examen, et bientôt la controverse. Un astre nouveau, tout brillant de lumière, s'était levé à l'horizon. En face de l'analyse à la marche lente et circonspecte se posait fièrement et sûre d'elle-même une ambitieuse synthèse ; l'affirmation devant le doute, la véhémence du langage et la violence du geste en face d'un adversaire timide et peu disposé à combattre. La propriété la plus caractéristique de la fibre vivante placée au sommet de la doctrine et de ce fait-principe tout le reste se déduisant avec une singulière facilité et une apparente logique ; quoi de plus simple, quoi de plus séduisant pour l'impatiente jeunesse, ce premier appoint de tous les novateurs ! L'issue d'une lutte aussi inégale ne pouvait être douteuse, et Broussais s'emparait d'un sceptre qu'on n'avait pas su défendre, mais qu'on ne devait pas tarder à lui disputer.

Jeté au milieu de ces conflits passionnés au début de sa carrière, à l'âge où les impressions sont vives, M. Rostan ne pouvait rester indifférent. Il prit d'abord parti pour Pinel son maître, s'éleva contre l'intolérance de la dictature nouvelle, chercha, l'un des premiers, ses côtés faibles, et lui porta d'une main sûre quelques-uns de ses coups mortels dont elle devait périr. Avec l'ardeur et la vive imagination des enfants du Midi, enflammé par l'agitation et le bruit que les questions de doctrine avaient alors le privilége de soulever autour d'elles, M. Rostan ne peut résister au rêve d'être, à son tour, le législateur heureux d'une science engagée par tant de grands esprits, dans les voies les plus contraires.

« Dès les premières années de nos études médicales, disait M. Rostan, dans une thèse présentée le 11 juillet 1831 au concours pour une chaire de clinique médicale, nous avons senti la nécessité de relier à un principe commun toutes les parties de la science. Ce principe, nous croyons l'avoir trouvé dans l'organicisme. » Cette thèse était intitulée : *Bases générales et plan d'un cours de médecine clinique ;* elle n'était en réalité qu'une suite de propositions doctrinales qui, groupées plus tard dans un ordre plus méthodique et présentées sous une forme plus accentuée, furent publiées sous ce titre : *De l'organicisme.* Rapporter tous les phénomènes de la vie à l'organisation ; rattacher ce qu'on appelle les propriétés vitales à la texture des organes et à la combinaison des tissus qui les composent ; considérer tout phénomène morbide comme le résultat d'une modification organique matérielle, que cette modification soit dès aujourd'hui appréciable pour nous ou qu'elle échappe encore à nos moyens imparfaits de recherches : tel est le système. Il est contenu tout entier dans ce qui se voit et se touche.

Mais, répliquera tout aussitôt le vitalisme, qu'il descende de Stahl ou de Barthez, l'être vivant n'est-il donc qu'un assemblage d'organes et de tissus ? La montre n'est plus la montre quand elle cesse de marquer les heures ; elle n'est plus qu'un assemblage de métaux. L'homme est un organisme matériel : matière il se conforme aux lois de la matière, organisme il a une destination qui est de vivre, quelque chose, une ressort, une force, un principe qui le dirige vers son but. L'un dit : la matière organisée se suffit à elle-même ; et l'autre, la matière, quel que soit le groupement moléculaire qu'elle affecte, est toujours la matière, elle n'est rien sans la force. Celui-ci voit tout dans ce qu'il appelle la matière, celui-là dans ce qu'il conçoit sous le nom de force : force ou matière, notions abstraites, créations métaphysiques, aussi inintelligibles l'une que l'autre, et contre lesquelles se sont brisés dans tous les temps les efforts des plus grands génies de l'humanité.

Voici bien d'autres mystères. Cette multitude de plantes qui couvrent la terre, ces animaux sans nombre qui l'habitent n'ont pas toujours existé. Il y eut un temps, mesuré par de longues séries de siècles, où notre planète était deserte et nue. La terre elle-même n'a pas toujours été ce que nous la voyons aujourd'hui ; elle aussi a son passé et son histoire. Pourquoi ces créatures éphémères attachées à cette autre créature née aussi pour mourir ? A quelle fin toutes ces existences ? Quelle mission remplissent-elles au sein des innombrables mondes qui roulent dans l'espace sans bornes ? Qui le saura jamais ? Quel regard humain percera jamais ces ténèbres impénétrables ?

L'iucompréhensible n'a pas de degrés. Le temps où Descartes se flattait d'expliquer pourquoi le sang est rouge, pourquoi il ne se forme pas une troisième cavité dans le cœur, pourquoi les nerfs sortent autrement des deux premières jointures de l'épine du dos que des autres, pourquoi le nombril est la dernière partie qui se forme de la semence, ce temps, croyez-vous, est passé sans retour.

Ecoutez cependant ce qu'on dit autour de vous : Tout ce que vous savez, toutes ces découvertes dont la médecine de nos jours se montre si fière, tout cela n'est rien, répètent sans cesse les modernes Lycophrons dont parle M. Rostan, tout cela n'est rien si vous n'avez d'abord répondu à ceci : Voilà un aggrégat de matière ? pourquoi passe-t-il de l'état brut à l'état vivant ? et pourquoi vivant retourne-t-il en poussière ? Voici la formation organique primordiale, la cellule ; pourquoi se multiplie-t-elle ? pourquoi cette génération se fait-elle dans une certaine direction et non pas dans une autre ? Pourquoi ces organes variés se réunissent-ils dans l'ensemble du corps ? Pourquoi ces formes ? Pourquoi ces proportions ? Ces questions et beaucoup d'autres encore, non moins insolubles pour ceux qui les posent que pour ceux auxquels elles s'adressent, on les reproduit chaque jour sous toutes les formes, et l'on dépense en pure perte un temps précieux, beaucoup de paroles et beaucoup de talent.

Le pourquoi et le comment sont séparés par un abîme sans fond que la curiosité humaine ne saurait combler. Comment les êtres organisés vivent-ils et quelles sont les conditions de leur existence ? tel est le véritable problème biologique : il est là et non ailleurs. Vestige non effacé des anciennes conceptions aryennes, le pourquoi c'est l'éternel secret. L'un conduit au do-

maine bien déterminé de la science, c'est-à-dire à la recherche de la loi naturelle des choses : ici le savant peut avoir le légitime orgueil d'arriver à la vérité, je veux dire à cet ordre de vérités accessibles, comprises dans les limites de la certitude scientifique, les seules que l'homme ne soit pas libre de croire ou de ne pas croire. Avec l'autre s'ouvrent les champs indéfinis de l'hypothèse : là, se pressent en foule toutes ces questions d'ordre supérieur, dont il serait puéril de supposer que l'homme puisse jamais se désintéresser, problèmes sans limites où l'esprit s'aventure sans guide, d'où naît le doute souvent, et souvent aussi la foi comme un refuge, car il ne s'agit plus ici des vérités de l'expérience humaine, mais de la vérité absolue, c'est-à-dire de la vérité divine.

Le jour, jour mémorable entre tous, où le principe d'autorité a été vaincu par le génie de Galilée, un immense progrès s'est accompli. A peine allumé par l'immortel physicien de Pise, le flambeau de la philosophie expérimentale illumine le génie de Harvey, et tout aussitôt, un système admirablement ordonné, œuvre savante du médecin de Pergame, le plus grand des médecins de l'antiquité, système consacré par quatorze cents ans d'existence, et portant au front l'auréole d'un véritable dogme, s'évanouit et disparaît comme un vain fantôme devant la clarté nouvelle.

Bien des essais de restauration ont été tentés depuis cette époque. Plus d'une construction nouvelle s'est élevée sur les ruines du galénisme; mais le temps est un juge inexorable : aucune n'a résisté à cette infaillible épreuve. Mécanisme, solidisme, humorisme, chimisme, animisme, vitalisme, ni ces mots, ni les idées qu'ils recouvrent n'ont plus le privilége de passionner les esprits. En vain des disciples attardés promènent encore de temps à autre quelques lambeaux fanés; la foule regarde passer, indifférente ou moqueuse, ces débris d'un autre âge.

L'organicisme à vrai dire n'est pas un de ces systèmes tout d'une pièce déduit d'une conception première avec une inflexible logique : le doute y a sa place et l'on y trouve plus d'un tempérament. S'il s'annonce avec moins de bruit, il ne provoque pas du moins ces éclatantes défaites que suivent de près le silence et l'oubli. Protestation formelle contre la stérile poursuite des questions insolubles, l'organicisme, s'il n'était rien autre chose, échapperait à l'inévitable destinée; mais ces visées sont plus hautes, il montre les marques du système visiblement écrites, et il porte en lui ce vice originel dont les plus grands médecins de tous les temps n'ont pas trouvé le remède.

La médecine est une science naturelle. La philosophie de la médecine ne peut être que la philosophie des sciences; elle est contenue dans ce seul mot : La méthode.

Quel que soit le nom qu'elle se donne, une doctrine est toujours l'œuvre d'un seul ou de quelques-uns. Une science constituée est une œuvre impersonnelle qui réclame le concours et les efforts de tous. Toujours incomplète et toujours perfectible, elle est l'ouvrage du temps, ce grand architecte de la nature. Observation exacte des faits naturels et recherche de leurs lois, tel est son principe, tel est son unique symbole. Circonscrire les phénomènes, chercher à saisir les conditions de leur manifestation, afin de les reproduire en réalisant ces conditions, en un mot, fixer les lois de la vie dans l'état de santé et de maladie, ces divers états n'étant que les modes d'expression du problème biologique, voilà le rôle du médecin. L'étude des conditions d'existence des phénomènes, tel est le vaste champ ouvert à ses aspirations, et ce champ est sans limites.

Les principes qui faisaient le fond de sa doctrine, M. Rostan les développa dans son enseignement et dans ses ouvrages, avec l'ardeur d'une conviction profonde. Il ne les porta point à cette tribune. Membre de l'Académie depuis l'année 1823, les occasions cependant ne lui eussent pas manqué. S'il ne redoutait pas la lutte, on peut dire qu'il ne la recherchait guère.

M. Rostan a rencontré des contradicteurs : il n'eut jamais d'adversaires. On ne pouvait l'approcher sans être séduit par son affabilité gracieuse, ni le quitter sans emporter le souvenir de sa bienveillance et de son affectueuse politesse. A l'élévation des sentiments il unissait une chaleur de l'âme que l'âge, bien loin de diminuer, semblait avoir augmentée. Il éprouva et il inspira de longues amitiés que la mort seule a pu rompre. Généreux à l'extrême, couvrant ses libéralités des prétextes les plus délicats, jamais on n'aurait su tout le bien qu'il a fait, s'il ne s'était trouvé des cœurs reconnaissants dignes du bienfaiteur.

Un vif désir de plaire, joint à un esprit très-cultivé, donnait un grand charme à ses entretiens. Appréciateur éclairé du beau dans tous les genres, il avait choisi, avec un goût des plus fins, et réuni dans sa demeure quelques-unes des principales productions de l'art ancien et moderne. Recherchant la société et le commerce des artistes, il s'était lié avec les plus illustres. Plus d'une fois nous nous sommes rencontré chez lui avec l'élève et l'émule du chef de l'école française, Hippolyte Flandrin, auquel il inspira l'un des plus beaux portraits qui soient sortis de son pinceau. Exécuté d'après cette vivante image, par un habile ciseau, le buste en marbre de M. Rostan, pieux hommage offert, aujourd'hui même, par sa veuve, à l'Académie, perpétuera dans cette enceinte le souvenir de celui que nous avons perdu.

M. Rostan touchait à l'âge mûr, lorsqu'il épousa la femme que son cœur avait choisie. La compagne qu'il s'était donnée joignait aux agréments de la personne une haute raison et une grâce pleine de finesse et de modestie. Une fille, objet d'une ineffable tendresse, était née de cette union. S'il connut un peu tard les joies du foyer domestique, il en goûta du moins toutes les douceurs.

Par une attention délicate, il avait acquis peu de temps après son mariage la propriété de Vauxcelles, près de Vailly, aux lieux mêmes où madame Rostan avait passé son enfance. Il se plaisait à l'accroître et à l'embellir. Chaque année, il y passait les derniers mois de la belle saison, partagé entre la culture des fleurs et l'éducation de la fille bien-aimée qui grandissait à ses côtés.

Dans ce monde où tout passe vite, les jours heureux passent plus vite encore. Alors qu'il se reposait dans les pures affections de la famille, au sein d'un bonheur si bien fait pour ce cœur excellent, il ressentit les premières atteintes d'une maladie qui devait être longue et cruelle. Le mal s'annonça lentement d'abord. Dans les lettres qu'il adressait au docteur d'Astros, de Marseille, le fils de sa sœur, on peut en suivre les progrès. Dès le mois de septembre 1858, il lui écrivait de Vauxcelles : « Voici la saison, mon bien cher ami, où j'ai l'habitude d'aller vous voir. Je n'aurai pas ce bonheur cette année. L'âge arrive, et les infirmités ne vont pas tarder à m'assaillir. Déjà mon estomac s'est délabré, et, plus grand malheur encore, mon oreille devient dure. Mon cœur seul reste jeune, et je vous aime toujours avec la même tendresse. Je suis dans la poussière, au milieu des ouvriers. Comme tous les vieillards, hélas ! je forme mille projets ! » Et l'année suivante : « Je ne puis plus aller en Provence, il faut que la Provence vienne à Paris. » En novembre 1860, dans une lettre datée de Paris, il lui disait : « Je viens de passer trois mois à la campagne, trois mois qui se sont écoulés comme trois jours. Je fais planter, toujours planter, et je ne trouve jamais que ce soit assez. Ma santé est toujours bien ébranlée. « En 1862, madame Rostan mariait une des filles issue de son premier mariage. Il écrivait à son neveu : « Nous marions Amélie. Bientôt viendra le tour de ma chère enfant, qui est déjà grande et belle autant qu'elle est bonne. Ce moment, si Dieu me prête vie, me sera bien douloureux. » Au mois d'août 1865, son écriture est visiblement altérée. « Je suis cruellement éprouvé, disait-il ; surdité, diplopie, aphasie, je suis atteint de toutes parts. » Cette lettre, très-courte, se terminait par ces tristes mots : « Je ne puis pas t'écrire plus longuement. »

Cinq années auparavant, il avait été frappé d'un hémiplégie faciale qui disparut assez rapidement. Il commençait à renaître à l'espérance quand il reconnut, à des signes chaque jour plus certains, toute la gravité du mal dont il était atteint. Sans illusion, comme sans faiblesse, il en mesurait sur lui-même la marche fatale.

Aussi longtemps que ses forces le lui permirent, nous le vîmes encore parmi nous. La parole qu'il avait perdue une première fois, était revenue. Rien, en lui, ne semblait changé; seulement, son beau visage, autrefois souriant, était devenu morne et triste. La maladie ne devait lui épargner aucune de ses souffrances. Des accidents de toute sorte vinrent de nouveau l'assaillir, et bientôt il tombait pour ne pas se relever. Etendu sur son lit de douleur, il resta sans voix et presque sans regard pendant trois jours entiers, répondant encore à l'empressement de ses amis en leur serrant les mains avec effusion. Le 4 octobre 1866, se terminait cette longue et touchante agonie : M. Rostan rendait le dernier soupir entouré de sa famille en larmes.

Ainsi mourut M. Rostan, à l'âge de soixante-seize ans, après une carrière des mieux remplies. Si l'on réserve le nom de chefs d'Ecoles aux promoteurs bruyants et passionnés de ces conceptions éphémères qu'une même génération voit naître et mourir, à coup sûr M. Rostan ne fut pas chef d'Ecole. Il a été, ce qui vaut mieux, un véritable maître. Sachant rendre la science attrayante, aimant la jeunesse et aimé d'elle, il a exercé dans l'enseignement l'influence la plus salutaire, et ouvert à la médecine de notre temps les voies nouvelles qu'elle parcourt aujourd'hui. Loin de s'effacer, le souvenir des services qu'il a rendus grandira avec le temps.

Elevé sous le joug des systèmes, il crut à leur domination nécessaire, mais sa pratique fut toujours supérieure à sa doctrine. Clinicien plus expérimenté que subtil théoricien, les obscures profondeurs de la science ne tentèrent point sa curiosité, et il se résigna volontairement à ne connaître que ce qu'il pouvait pleinement savoir. Il a excellé dans l'art de distinguer les maladies, il s'est exercé avec un égal succès dans l'art plus difficile d'en diriger le cours, et il a enrichi de ses recherches la médecine contemporaine. En lui, l'Académie a perdu un de ses membres les plus honorés et la science médicale une de ses plus légitimes illustrations.

(La lecture de ce discours est accueillie par les applaudissements répétés de l'assemblée.)

Voici le programme des prix décernés pour 1867 et des prix proposés pour l'année prochaine.

PRIX DE 1867.

Prix de l'Académie. — « Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques. » De la valeur de 1,000 francs.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Lanelongue, chirurgien adjoint des hôpitaux, à Bordeaux.

Prix Portal. — « Des diverses espèces de mélanoses. » De la valeur de 1,000 francs.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur V. Cornil, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et à M. L. Trasbot, chef de service à l'école d'Alfort.

Prix Bernard de Civrieux. — « De la démence. » Ce prix n'a pas été décerné.

Prix Barbier. — De la valeur de 4,000 francs.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 3,000 francs à M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), pour son travail ayant pour titre : *Considérations pratiques sur l'uranoplastie appliquée aux divisions congénitales de la voûte palatine.*

Prix Capuron. — « Faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent un temps plus ou moins long dans la cavité utérine, après leur mort. Indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, l'époque à laquelle il faut faire remonter cette mort. » De la valeur de 1,000 francs. Décerné à M. Louis Sentex, chef interne à l'hôpital Saint-André (à Bordeaux).

Prix Amussat. — De la valeur de 1,000 francs. Décerné à M. le docteur Magitot, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales et thérapeutiques sur la carie dentaire.*

Prix Itard. — De la valeur de 3,000 francs.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 2,000 francs à M. le Dr Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), pour son *Traité des maladies mentales* et ses *Etudes sur les races humaines* ;

2° Un prix de 1,000 francs à M. le Dr Dutrouleau, ancien médecin en chef de la marine, pour son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* ;

3° Des mentions honorables à :

M. le Dr Foley (de Paris), pour son travail intitulé : *Du travail dans l'air comprimé* ;

M. le Dr Giovanni Polli, de Milan (Italie), pour son travail sur la *Thérapie sulfitique* ;

M. le Dr Armand Després (de Paris), pour son *Traité de l'érysipèle.*

Prix Godard, de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Chedevergne, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers, pour son travail intitulé : *Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire.*

Elle accorde :

Une première mention honorable à M. le Dr J. Daudé, de Marvéjols (Lozère), pour son *Essai pratique sur les affections du médiastin* ;

Une deuxième mention honorable à M. Larcher, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'histoire des polypes fibreux intra-utérins.*

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1866.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° Un prix de la valeur de 1,500 francs, partagé entre :

M. le Dr Cayrel, à Toulouse (Haute-Garonne) ; M. le Dr Bonnardon, à Vizille (Isère) ; Mme Bachelier, sage-femme à Chatellerault.

2° Des médailles d'or à :

MM. les Drs Barbereau, à Commentry (Allier) ; Catel, à Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Fouquet, à Vannes (Morbihan) ; Calvet, à Carcassonne (Aude).

3° Cent médailles d'argent à cent vaccinateurs, médecins et sages-femmes qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales :

1° Rappel des médailles d'argent à : M. de Laurès, médecin inspecteur des eaux de Néris (Allier), pour son excellent *Résumé de l'emploi des eaux de Néris et sur le danger de leur usage intempestif.*

M. Verjon, médecin inspecteur adjoint des eaux de Plombières (service militaire), pour son excellente *Etude des eaux de Plombières*, et les soins apportés dans la rédaction des documents demandés.

M. Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), pour son très-bon travail intitulé : *Du traitement des scrofulides par les eaux ferro-cuivrées de Saint-Christau.*

M. Roubaud, ancien médecin inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre), et médecin à ces eaux, pour son très-distingué rapport sur les *Différents modes d'action de l'eau minérale de Pougues.*

M. Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), pour son remarquable rapport contenant une étude attentive des diverses maladies modifiées par les eaux de Bourbonne.

M. Patézon, médecin inspecteur des eaux de Vittel (Vosges), pour ses *Etudes historiques sur la collection des Juntes de* 1553.

2° Des médailles de bronze à :

M. Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage (Isère), pour son très-remarquable mémoire sur l'*Herpes preputialis* consécutif aux maladies vénériennes, et sur le traitement de cette maladie par les eaux d'Uriage.

M. de Pietra-Santa, médecin à Paris, pour sa très-consciencieuse et très-remarquable étude sur l'influence de l'air des Pyrénées dans la phthisie pulmonaire, et ses observations sur la température, l'hygrométrie et l'ozonométrie des Pyrénées.

M. Bertillon, médecin inspecteur des eaux d'Ussat (Ariége), pour son très-bon rapport et son étude exacte et bien faite des eaux d'Ussat.

M. Batbédat (François), médecin inspecteur des eaux de Préchaque (Landes), pour son excellent rapport, contenant un examen intelligent des diverses questions que comporte le résumé officiel.

M. Billout, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie), pour son bon rapport et son étude des *desiderata* de ces eaux et des cas où elles sont plus spécialement indiquées.

3° Des médailles de bronze à :

M. Armieux, médecin des hôpitaux militaires à Baréges, pour son mémoire intitulé : *Etudes médicales sur Baréges.*

M. Martin, médecin en chef de l'hôpital militaire à Baréges, pour sa très-bonne étude pratique des eaux, et des cas divers dans lesquels elles ont été employées.

M. Arrat-Balous, pour son excellent rapport sur les eaux d'Eugénie-les-Bains.

M. Kuhn, médecin inspecteur des eaux de Niederbronn (Bas-Rhin). Bon rapport et excellente étude sur le traitement des calculs biliaires par les eaux de Niederbronn.

4° Des mentions honorables à :

M. Montagnan, médecin inspecteur des eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées).

M. Millet (d'Orange), médecin inspecteur des eaux de Montmirail (Vaucluse).

M. Logerais, médecin inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1866 :

1° Une médaille d'or à M. le docteur Piedvache, de Dinan (Côtes-du-Nord), qui, ayant depuis longtemps épuisé les récompenses que décerne l'Académie, n'en continue pas moins à lui adresser d'utiles travaux.

2° Des médailles d'argent à MM. les docteurs Coural, de Saint-Chinian (Hérault) ; Narbonne, de Narbonne (Aude) ; Monteils-Pons, de Florac ; Bocamy, de Perpignan ; Chevance, de

Wassy (Haute-Marne); Danvin, de Saint-Pol (Pas-de-Calais); Bouteiller, de Rouen.

3° Rappel de médailles d'argent à MM. les docteurs Bancel, de Toul (Meurthe); Mignot (Antoine), de Chantelle (Allier); Martin-Duclaux, de Villefranche (Haute-Garonne); Penant, de Vervins (Aisne); Fouquet, de Vannes; Le Bêle, du Mans; Masse, médecin militaire à Blidah (Algérie).

4° Des médailles de bronze à MM. les Drs Perny, médecin-major de 1re classe; Cottin, de Montfort (Ille-et-Vilaine); Debrou, d'Orléans: Nève, de Bar-le-Duc; Allaire, de Thionville; Guillemand, de Louhans; Gevrey, de Vesoul.

5° Des mentions honorables à MM. les Drs Bertrand, de Besançon; Grémaud, de Poligny (Jura); Dupouy, de Bascons (Landes); Poussié, de Marvéjols (Lozère); Béraud, de Carpentras (Vaucluse); Mottard, de Saint-Jean de Maurienne (Savoie); Daniel, de Brest; Loysel, de Cherbourg.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1868.

Voici les questions proposées par l'Académie :

Prix de l'Académie. — « Des épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — « Des tumeurs de l'encéphale et de leurs symptômes. »

De la valeur de 600 francs.

Prix Bernard de Civrieux. — « Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée. »

De la valeur de 800 francs.

Prix Capuron. — « Du traitement des affections utérines par les eaux minérales. »

De la valeur de 1,500 francs.

Prix Barbier. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Orfila. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante :

« De la digitaline et de la digitale.

« Isoler la digitaline; — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline.

« Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement?

« Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu?

« *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement? »

Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie interne.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1869.

Prix de l'Académie. — « Des maladies du cervelet. »

De la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — « De la sclérose dans les différents organes. »

De la valeur de 600 francs.

Prix Bernard de Civrieux. « Faire l'histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, et l'étudier spécialement au point de vue thérapeutique. »

De la valeur de 1,000 francs.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix Capuron. — « Du retour de l'utérus à l'état ordinaire après l'accouchement.

» Applications médico-légales des résultats de cette étude à la détermination du temps depuis lequel une femme est accouchée. »

De la valeur de 1,500 francs.

Prix Godard. Ce prix sera accordé au meilleur travail sur la pathologie externe.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Lefèvre. — « De la mélancolie. »

De la valeur de 2,000 francs.

Prix d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, pendant cette cinquième période (1863 à 1868), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix sera de la valeur de 8,000 francs.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 20 décembre 1867.

Ordre du jour : Lecture par M. Caudmont : *Des difficultés du cathétérisme.*

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

(1924)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 149. — SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1867. (40e ANNÉE) SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1867. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

SOMMAIRE. — Rapport général sur les prix décernés en 1867. — Des maladies organiques du cœur et de l'aorte. — Discussion sur la tuberculose. — Correspondance. — Chronique et nouvelles. — Bulletin bibliographique.

RAPPORT GÉNÉRAL
SUR LES PRIX DÉCERNÉS EN 1867
LU DANS LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 10 DÉCEMBRE 1867

Par M. Frédéric DUBOIS (d'Amiens),
Secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

Messieurs,

Pascal a dit quelque part que les anciens ont plutôt manqué du bonheur de l'expérience que de la force du raisonnement. Nous ne savons si cette pensée a été inspirée à Pascal par la méditation de l'histoire de la médecine, mais il suffit de jeter un coup d'œil sur tous les incidents de cette histoire pour être frappé de la justesse et de la profondeur de cette remarque, et en la considérant à ce point de vue, on peut se rendre raison de toutes les hypothèses, de toutes les suppositions et de toutes les vaines théories successivement soutenues dans les différentes Ecoles de l'antiquité.

Si donc il nous était permis de nous servir ici d'expressions aujourd'hui usitées dans les lettres et dans les arts, nous dirions que les anciens, ayant ainsi presque entièrement manqué de faits déduits de l'expérience, sont tombés dans un *idéalisme* presque perpétuel, tandis que les modernes, s'étant attachés de préférence à ces mêmes faits, sont restés dans un *réalisme* qui se prononce de plus en plus. Faut-il s'en plaindre ou faut-il s'en féliciter? nous ne craignons pas de le dire, il faut plutôt s'en féliciter. Non qu'il soit dans notre pensée de bannir le raisonnement de toute étude médicale et de s'en tenir aux faits purs et simples. Non, grâce à Dieu! nous ne sommes point de ceux qui, pour mieux faire valoir ces faits, je pourrais même dire, en me servant de leur langage, pour nous les faire mieux goûter, s'attachent à nous les servir *sans mélange de raisonnement*.

Nous croyons au contraire (et ici nous empruntons encore leur langage) que les faits doivent être fortement assaisonnés de raisonnement; et qu'à ce prix seulement ils ont de la valeur; mais laissons là ce langage et disons tout simplement que les raisonnements déduits de l'expérience doivent être accueillis par les esprits les plus sages; mais que pour cela ils doivent suivre les faits et non les inspirer. Telle est, du reste, aujourd'hui, la tendance des hommes les plus sérieux dans l'étude des sciences médicales. On y obéit dans nos facultés et à cette tribune. En vain des reproches, dictés par la malveillance, nous ont été adressés à ce sujet dans ces derniers temps. Nos écoles, a-t-on dit, et par suite nos Académies, se sont jetées dans un matérialisme déplorable. C'est par le plus souverain mépris qu'on doit répondre à ces attaques absurdes et odieuses. Notre science ne se matérialise pas, elle se réalise. Personne parmi nous ne méconnait les forces immatérielles qui président à l'évolution des organes et qui poussent la matière dans les voies de l'organisation. Personne non plus ne songerait à nier l'existence de celles qui président à l'accomplissement des fonctions. Mais il est une étude qui, pour nous médecins, prime toutes les autres, c'est celle de l'organisation elle-même, considérée dans ses arrêts, dans ses altérations, dans ses transformations; c'est l'étude des symptômes qui, suivant l'expression énergique de Broussais, ne sont que les cris de douleur des organes souffrants.

Déjà, messieurs, et à plusieurs reprises, nous avons fait remarquer que l'Académie, imbue de ces principes, s'attache à suivre, par le choix des questions qu'elle propose annuellement pour sujets de prix, les progrès de la science ainsi comprise.

Nous pourrions dire que cette année l'Académie s'est montrée plus que jamais réaliste, en demandant d'une part une étude sur les tumeurs *fibro-plastiques*, comme sujet de son propre prix, et d'autre part une esquisse des *différentes espèces de mélanose*. Ces demandes n'ont pas été vaines. Un excellent mémoire a été adressé à l'Académie au sujet des tumeurs fibro-plastiques. M. Legouest en a rendu compte à la Compagnie, et, comme toujours, il a fait preuve d'un jugement exquis et d'une parfaite connaissance de la matière. Ce mémoire est l'œuvre de M. le Dr Lanelongue, chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux. L'auteur, du reste, avait puisé aux bonnes sources, il s'était inspiré des travaux de MM. Robin et Broca sur ces sortes de tumeurs, surtout en ce qui concerne leur anatomie pathologique, et je ne ferai qu'emprunter les paroles de M. Legouest en disant que le travail de M. Lanelongue porte l'empreinte d'un esprit éminemment scientifique, familiarisé de longue main avec l'observation et servi par une plume toujours facile, quelquefois élégante.

Ce travail a donc paru complet à l'Académie; elle a trouvé qu'il répond parfaitement à la question proposée, et elle s'est empressée d'accorder à M. Lanelongue le prix dit prix de l'Académie, qui est de 1,000 francs.

Nous venons de le dire, la question proposée comme sujet du prix fondé par M. Portal était à peu près du même ordre que la question précédente, il s'agissait encore d'une déviation des lois qui président dans nos organes au mouvement moléculaire qui constitue la *nutrition*.

On sait qu'un changement continuel s'opère dans l'intimité de nos tissus, qu'il y a une destruction et une réparation perpétuelles dans le sein de nos organes, un départ et un apport continuels de molécules nutritives; de sorte, a-t-on dit, que, semblable au vaisseau des Argonautes, notre corps, au bout d'une certaine période, ne conserve plus une seule pièce de sa construction première. L'esprit seul est permanent, il acquiert toujours et n'éprouve aucune déperdition; que s'il paraît, avec les années, éprouver quelque affaiblissement, il n'est pas mutilé, il est empêché par l'altération des organes. Mais, maintenant, comment se fait-il que parfois telle partie du corps, au lieu de se réparer avec de nouvelles molécules, se laisse pénétrer de matériaux en quelque sorte hétérogènes, tantôt avec analogue et tantôt sans analogue avec les tissus qui entrent dans la composition du corps, et alors arrivent les altérations de couleur, de forme, de consistance, etc. Telle est cette altération à laquelle on a donné le nom de *mélanose*, et qui fait le sujet du prix dont nous avons ici à nous occuper.

Un seul mémoire a été envoyé à l'Académie sur ce sujet, mais ce mémoire est considérable. C'est l'œuvre de deux collaborateurs: l'un déjà connu par des succès remportés dans nos concours; l'autre livré aux études de médecine comparée.

M. Gubler, dans un rapport où il a déployé un véritable talent, nous a fait connaître, et cela en pénétrant au cœur même de la science, tout le mérite de ce beau travail.

Les auteurs ne se sont livrés à aucune hypothèse en traçant cette histoire de la mélanose. Ils avaient à traiter une question qui n'offrait en elle-même rien d'attrayant; c'est une sombre et triste histoire que celle de la mélanose, l'art n'y entre pour rien, le médecin reste simple historien, spectateur d'un désordre qui marche tous les jours vers une terminaison fatale.

Ce n'est d'abord qu'une simple tache noire qu'on prendrait pour une ecchymose; mais bientôt l'homme de science y reconnait, avec MM. Trousseau et Leblanc, une aberration du pigment; puis le mal prend de plus grandes proportions et différentes formes: tantôt ce sont des infiltrations de la matière noire, tantôt comme des masses agglomérées.

Les auteurs n'ont rien omis d'important dans cette histoire, surtout en ce qui concerne l'anatomie pathologique. M. Gubler s'est plu à reconnaître que leur mémoire est basé sur des faits nombreux et bien observés; que, sobres de déductions et de vues théoriques, ils ont mis judicieusement en relief tous les caractères essentiels, cliniques et anatomiques des différentes espèces de mélanose. La partie consacrée à l'histoire de la mélanose dans l'espèce chevaline a été traitée également avec beaucoup de soin.

L'Académie, en conséquence, a accordé le prix fondé par M. le baron Portal à nos deux auteurs, qui sont MM. Cornil, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Trasbot, chef de clinique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

La question proposée pour le prix fondé par M. Capuron était au fond, cette fois, une question de médecine légale. Les restes d'un enfant ou, si l'on aime mieux, d'un fœtus, sont soumis à l'examen d'un médecin. Le magistrat lui demande si cet enfant est mort dans le sein de sa mère, et, cela étant, combien de temps il y a ensuite séjourné.

Voici quel était le programme de l'Académie:

« Faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent un temps plus ou moins long dans la cavité utérine après leur mort; indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, l'époque à laquelle il faut faire remonter cette mort. »

Un seul mémoire a été envoyé au concours ouvert pour le prix de M. Capuron; cela se conçoit facilement: lorsqu'il s'agit d'une maladie connue depuis longtemps, décrite dans tous nos traités de pathologie et jusque dans nos dictionnaires, les mémoires sont nombreux, mais ils ne consistent guère que dans des compilations plus ou moins exactes; mais lorsqu'il s'agit, comme dans le cas présent, d'une question originale exigeant de nouvelles recherches, lorsqu'il y a surtout à faire œuvre d'esprit, à apprécier les faits et à en tirer des inductions imprévues, il n'en est plus de même. Or M. Blot, rapporteur de la commission, nous a fait voir que l'auteur de cet unique mémoire a fait, à tous ces points de vues, dans le cas présent, une œuvre méritante.

Nous ne dirons rien de l'épigraphe que l'auteur a empruntée à J.-J. Rousseau. Le philosophe de Genève prétend que la vérité est tout entière dans les choses qu'on observe et non dans l'esprit qui les juge. Il y aurait trop à contester si l'on cherchait à faire l'application de cette pensée au programme posé par l'Académie. S'il ne s'agissait, en effet, que de faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent un temps plus ou moins long dans la cavité utérine, la vérité serait ici, comme le veut Rousseau, tout entière dans les faits dont l'auteur nous donnerait le tableau, et, comme le dit Rousseau, moins l'esprit y mettrait du sien, plus nous serions dans le vrai. Mais ici le programme de l'Académie imposait l'obligation d'indiquer, par la nature de ces altérations, l'époque à laquelle on doit faire remonter la mort de l'enfant. Or, alors la vérité n'est plus seulement dans les choses, elle sort de notre esprit, c'est notre intelligence qui vient de la créer. Mais laissons-là J.-J. Rousseau et passons au travail que nous avons ici à faire connaître. Ce que nous venons de dire suffit déjà pour montrer qu'il se compose de deux parties principales, bien que l'auteur l'ait divisé en quatre. C'est dans la seconde qu'il a fait l'énumération des diverses altérations subies par le fœtus dans le sein de sa mère après qu'il a cessé de vivre.

M. Blot a fait ici une observation très-juste. C'est bien dans cette partie que doivent se trouver les faits destinés à la solution du problème posé par l'Académie; mais l'auteur n'a pas assez insisté sur ce qui aurait pu le mieux servir à élucider la question proposée. Hâtons-nous de dire cependant que M. Blot a été juste envers l'auteur, il s'est plu à faire remarquer qu'il y a là tout un ordre de faits anatomiques signalés pour la première fois et tout spécialement par l'auteur du mémoire, qui a su trouver dans les altérations anatomiques du globe oculaire des indices propres à révéler presque jour par jour le temps écoulé depuis la mort. Aussi la commission, tout en reconnaissant ce qu'il y a d'imparfait dans cette œuvre, a-t-elle proposé d'accorder à M. le docteur Louis Sentex, chef interne à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, le prix fondé par M. Capuron.

Nous avons dit tout à l'heure, messieurs, que l'Académie, dans le choix de ses questions, a eu surtout en vue de prémunir les candidats contre les abus de ce qu'on nomme aujourd'hui l'idéalisme, et de les maintenir dans la voie de ce qui est accessible à nos sens et à la raison; de là des questions telles que l'histoire des tumeurs fibro-plastiques et des différentes espèces de mélanoses, de là le tableau des altérations cadavériques chez les fœtus mort-nés.

Pour le prix fondé par madame de Civrieux, l'Académie n'a pas entendu sortir de cette voie, bien qu'elle ait proposé pour sujet de ce prix la *démence*, mais ici la question s'offrait sous deux aspects différents aux candidats, ils avaient à choisir entre deux méthodes: ou bien considérer la *démence* sous son côté véritablement sérieux et progressif, chercher ce qu'il y a dans son histoire de réel, d'incontestable, en un mot de scientifique, ou bien se laisser aller à tout ce qu'il y a de purement idéal ou même de fantastique dans cette histoire.

Deux mémoires ont été adressés à l'Académie sur cette question. Une commission tout à fait compétente en a pris connaissance; elle avait pour rapporteur M. Baillarger, excellent juge en cette matière.

Dans le mémoire inscrit sous le n° 2, l'auteur, il faut le reconnaître, a fait tous ses efforts pour répondre aux vues de l'Académie, mais ses forces l'ont en quelque sorte trahi. Ici, il est vrai, il y avait bien des problèmes à résoudre et des obscurités à dissiper; c'est à peine si aujourd'hui encore on s'entend non-seulement sur la définition de la démence, mais même sur celle de la folie. Ainsi, on vient nous dire que l'homme aliéné diffère de l'homme jouissant de toute sa raison, en ce qu'il a des idées, des passions, des déterminations différentes de celles du commun des hommes *raisonnables*; en ce qu'il conserve la conscience de son existence et de celle des objets qui l'environnent, etc.; de sorte qu'à ce compte il faudrait bien se garder de penser autrement que le commun des hommes. Ce serait s'exposer à éprouver le sort de Démocrite chez les Abdéritains. Notre concitoyen, s'écriaient-ils, a perdu la raison, la lecture l'a gâté! Alors en effet personne dans le commun des hommes ne s'était avisé de rechercher si les mondes sont limités ou ne le sont pas, personne n'avait eu l'idée de mesurer les cieux; ce sont là, disait-on, d'invisibles fantômes, enfants d'un cerveau creux.

Quant à la définition de la démence, l'auteur du n° 2 a cru devoir la donner, mais il n'a pas été heureux dans l'emprunt qu'il a fait à Guislain. « Chez le dément, dit Guislain, l'intelligence s'use d'abord, puis l'instinct, et l'homme ainsi réduit finit par ne plus être qu'un estomac. » Je ne veux pas faire la guerre ici à Guislain, mais il suffit d'énoncer cette proposition pour en montrer le peu de valeur.

Il était d'autres points sur lesquels l'auteur n'a pas assez insisté, ce qui est à regretter; ainsi il y avait à s'entendre sur les rapports qui doivent exister entre les troubles ou même le simple affaiblissement de l'intelligence et les lésions anatomiques du cerveau. Nous n'avons pas besoin de dire que l'Académie ne partage nullement l'opinion des psychologues qui prétendent que la plupart des maladies mentales, et particulièrement la démence, ne présentent pas d'altérations dans le cerveau et ne se trouvent caractérisées que par ces mêmes troubles et cet affaiblissement des facultés intellectuelles. Doctrine fâcheuse qui porterait à négliger la partie la plus essentielle de la pathologie mentale. Nous allons y revenir. Disons d'abord, avec M. Baillarger, que l'auteur du mémoire aurait assez bien résumé l'état présent de la science, s'il avait su mettre à profit des travaux un peu plus importants que ceux dont il a usé. Son cadre est classique, il n'y a rien à dire sous ce rapport, mais il n'a pas creusé son sujet, surtout en ce qui concerne l'anatomie pathologique. Ainsi, il aurait dû se demander s'il faut attribuer aux progrès de la démence ces remarquables atrophies des hémisphères cérébraux qu'on trouve chez les déments paralytiques, et de même, comme l'a encore remarqué M. Baillarger, il aurait dû rechercher s'il faut attribuer à cette même affection quelque influence sur le poids des hémisphères cérébraux.

Le cerveau peut en effet s'atrophier, mais faut-il en inférer que cette atrophie tient à l'inaction de cet organe, et qu'il en serait ici comme des muscles qui s'atrophient par le seul fait de leur inaction. En résumé, tout en reconnaissant que l'auteur était entré dans une bonne voie, l'Académie, en raison de l'insuffisance de ses recherches, a pensé que le prix ne pourrait lui être accordé; elle applaudit à ses premières recherches, encore quelques efforts, et peut-être eût-il remporté la palme, l'Académie aurait été heureuse de la lui accorder.

Quant au mémoire inscrit sous le n° 1, l'Académie se gardera

bien de s'exprimer d'une manière aussi favorable sur son auteur. Nous parlions tout à l'heure de réalisme et d'idéalisme; il semble que l'auteur a voulu nous donner comme type du plus étrange idéalisme qu'on puisse imaginer; on en est à se demander si ces études ont été faites dans une de nos écoles, si même il a fait une étude quelconque du sujet proposé; son travail peut être donné comme un exemple des égarements auxquels peut conduire un semblable idéalisme. L'auteur n'a pas même su distinguer la démence des autres genres de folie; il est vrai que par contre il nous a donné les prétendus caractères de la démence qu'il appelle *philosophique*, puis de la démence *politique*, etc.

Il commence donc par la démence qu'il appelle philosophique, et ici il prend à partie l'école dite positiviste, contre laquelle il n'a pas assez d'anathèmes, et alors il nous fait le plus triste tableau de l'état actuel de la société; comme quoi le crime règne partout, comme quoi les campagnes se couvrent de ronces, comme quoi l'Euphrate et la Germanie préparent la guerre contre nous, absolument comme au temps de l'empire romain; mais ce qui lui paraît le plus menaçant, c'est toujours le positivisme, dont il fait une religion, religion, dit-il, qui a la prétention d'être seule savante, intelligente et sage, et cela après avoir tout renversé, même la médecine, dont elle a fait un art vétérinaire.

Ces citations, ainsi que l'a fait remarquer M. Baillarger, suffisent pour faire comprendre à quel point de vue s'est placé l'auteur et quel compte on doit tenir de pareilles divagations. L'Académie en est donc, messieurs, à éprouver le regret, cette année, de ne pouvoir décerner le prix fondé par madame de Civrieux.

L'Académie n'a eu à enregistrer que quatre mémoires pour le prix fondé par M. le baron Barbier; ceci pourra paraître singulier, mais il est à présumer que si l'Académie n'avait pas usé du droit qui lui a été conféré : d'ajouter quelques mots aux paroles du testateur, elle en aurait eu par devers elle un beaucoup plus grand nombre; en voici la raison : M. Barbier avait voulu qu'on demandât aux concurrents des moyens complets de guérison pour toute maladie reconnue à peu près incurable; telle que le cancer, l'épilepsie, l'hydrophobie, etc. Or, l'Académie sait que, lorsqu'il s'agit de remèdes infaillibles pour ces sortes de maladies ils abondent et arrivent de toutes parts. Ainsi, pour ne citer que l'hydrophobie, l'Académie, il n'y a pas bien longtemps, en avait reçu un si grand nombre que, pour se prononcer, elle a dû faire un rapport collectif et procéder, comme on le dit, par fournées. Mais les paroles de M. Barbier ayant été complétées par celles-ci : « Des récompenses pourront être accordées à ceux qui, sans avoir atteint le but proposé par le testateur, s'en seront le plus rapprochés, » les aspirants comprirent qu'on voulait ainsi les faire entrer dans une voie scientifique, et alors ils sont devenus plus réservés. Demandez, en effet, non pas qu'on vous donne des moyens complets de guérison pour une maladie réputée incurable, pour une maladie qui jusque-là a résisté à tous les efforts de l'art, mais tout simplement des faits qui tendent à prouver qu'on s'est rapproché de ce but inespéré, qu'on a amené des améliorations notables, et cela à l'aide de sages médications : vous aurez à coup sûr une notable réduction dans le nombre des concurrents; ainsi nous n'avons eu cette fois que quatre mémoires envoyés à l'Académie, et encore, de ces quatre mémoires, un seul a-t-il mérité de fixer l'attention de l'Académie; ce mémoire est dû à M. Ehrmann, de Mulhouse, il est considérable et conçu dans un bon esprit, il ne comprend pas moins de 125 pages in-folio, il est inscrit sous le n° 4. Ce travail a pour titre : *Considérations sur l'uranoplastie.*

Cette dénomination, messieurs, pourrait peut-être, au premier abord, paraître singulièrement choisie, en ce sens que, si l'on s'en tenait à l'étymologie, il y aurait à hésiter entre la voûte céleste et la voûte palatine; mais, après tout, il n'y a pas de confusion possible; quelque malade qu'on suppose la voûte céleste, il n'y aurait pas moyen de lui appliquer une autoplastie quelconque, et d'ailleurs, l'auteur du mémoire a eu soin de nous prévenir que la sienne n'est applicable qu'aux divisions congénitales de la voûte palatine. Il s'agit, en effet, de compléter en quelque sorte, l'œuvre de la nature. Je l'ai dit ailleurs, en parlant d'un des plus beaux succès opératoires de M. Roux, cet édifice humain si longuement et si merveilleusement organisé dans le sein de la mère, peut arriver au monde inachevé, imparfait; il semble que la nature s'est trouvée comme en retard, et s'est ainsi laissée aller à ce qu'on nomme des *arrêts de développement.* Mais, pour combler ces vides, pour achever ces cloisons vivantes, où prendre des matériaux? De quel ciment se servir pour les faire adhérer et comment y entretenir la vie? Avant M. Ehrmann, on se contentait généralement d'emprunter des portions de membranes muqueuses aux parties voisines, et de là tant d'insuccès. Mais comme l'a fait judicieusement remarquer le savant rapporteur, M. Béclard, M. Ehrmann a été jusqu'à faire concourir le périoste à cette réparation, sans parler d'autres perfectionnements qui ont contribué aux succès qu'il a obtenus. Sur neuf opérations pratiquées par M. Ehrmann, nous voyons que sept fois il a complétement réussi, et cela sur des sujets d'âges très-divers. Le procédé au fond n'est pas nouveau, la première idée, comme le fait très-bien observer M. Béclard, appartient à M. Langenbeck. Si M. Ehrmann en était l'inventeur, l'Académie n'aurait pas hésité à lui accorder le prix fondé par M. le Dr Barbier, mais elle a estimé, avec sa Commission, que dans une opération aussi difficile, aussi délicate, les améliorations de détail sont certainement des éléments de succès. Aussi a-t-elle cru devoir accorder à cet habile chirurgien une récompense de 3,000 francs.

L'Académie, Messieurs, avait encore trois séries de récompenses à accorder; mais il faut dire que les programmes dictés par les testateurs n'avaient apporté aucune entrave, aucune restriction aux travaux des compétiteurs; ces programmes étaient conçus de la manière la plus large et la plus libérale. Ainsi, M. Amussat avait demandé un travail ou des recherches quelconques basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, mais tels qu'ils auraient réalisé ou préparé un progrès important dans la thérapeutique chirurgicale. M. Godard s'était borné à nous prescrire de donner son prix au meilleur mémoire sur la pathologie externe. M. Itard, enfin, avait dit, de son côté, que son prix devait être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Ces appels généreux ont été entendus : pour le prix Amussat, un travail inscrit sous le n° 2 a été soumis à notre examen par M. le Dr Magitot. Cet ouvrage est imprimé, il a pour titre : *Recherches expérimentales et pratiques sur la carie dentaire.* Notre collègue, M. Colin, ne s'est pas borné à en donner, au nom de la Commission chargée de l'examiner, une savante analyse. Tous les faits ont été appréciés par lui à leur juste valeur, les expériences surtout ont été, de la part de M. Colin, l'objet d'un examen, d'une appréciation minutieuse et approfondie. C'est qu'aussi il s'agissait d'un ouvrage qui ne doit rien à la tradition, dans lequel l'auteur a consigné des vues originales, résultats d'expériences qui, pour la plupart, lui appartiennent; il y avait donc à faire un examen non plus seulement de science acquise, mais surtout d'expérimentation. Un auteur qui a ainsi procédé ne doit pas être cru sur parole; quelle que soit la confiance qu'il inspire, il faut vérifier ses assertions, en chercher les fondements et en constater la valeur. C'est ce qu'a fait le rapporteur de la Commission; M. Colin, familiarisé de longue main avec la méthode expérimentale, a pu nous donner ainsi une idée exacte du mérite du livre de M. Magitot. Aussi, l'Académie faisant droit aux vœux de sa Commission a-t-elle décerné à M. Magitot le prix fondé par L. Amussat, qui est de la valeur de 1,000 fr.

Nous venons de dire que le prix fondé par M. Godard laissait aux candidats la plus grande latitude, puisque ce prix pouvait être accorde au meilleur mémoire sur la pathologie externe. L'Académie en a trouvé trois qui méritaient toute son attention; mais celui qui de beaucoup se trouvait en première ligne est dû à M. le Dr Chedevergne, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers. Ce mémoire, inscrit sous le n° 7, est intitulé : *Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire.* M. Legouest, au nom de la Commission nommée pour examiner ce travail, en a rendu le compte le plus favorable. Ce n'est pas non plus une simple analyse que M. Legouest en a donné à l'Académie, il ne s'est point borné à le reproduire presque intégragralement : en même temps qu'il suivait l'auteur en quelque sorte pas à pas, il soumettait à un sévère raisonnement chacun de ses paragraphes, et il a été facile à l'Académie de reconnaître dans l'auteur un praticien consommé, un opérateur sage et habile. M. Chedevergne donne en effet et presque partout, et de la manière la plus claire, des explications satisfaisantes, il ne se contente pas d'énumérer tous les accidents, il vous met en mesure de les prévoir, et il indique les ressources que l'art peut offrir en pareilles circonstances.

L'Académie, d'accord avec sa Commission, a donc cru devoir accorder à M. Chedevergne le prix fondé par M. Godard, qui est de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie s'est empressée en outre d'accorder une première mention honorable à M. Daudé, de Marvéjols (Lozère), auteur d'un *Essai pratique sur les affections du médiastin;* et une seconde mention honorable à M. Larcher, interne des hôpitaux de Paris, pour son travail sur *l'Histoire des polypes fibreux intra-utérins.*

Il ne nous reste plus, Messieurs, à vous parler que du concours ouvert pour le prix fondé par M. Itard. Il s'agissait, venons-nous de dire, du meilleur ouvrage de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Ce concours a été brillant, quatorze mémoires avaient été soumis à l'examen de l'Académie; or, parmi ceux mêmes que l'Académie ne pouvait récompenser, il s'en est trouvé qui, certes, n'étaient pas sans mérite; ainsi nous citerons l'ouvrage de M. Dorvault, c'est un travail de premier ordre en pharmacie, il renferme à lui seul toute une bibliothèque. Aussi, est-ce avec un véritable regret que la Commission a reconnu qu'il était trop en dehors des vues du testateur pour qu'on pût le comprendre parmi ceux qui avaient droit à une récompense. L'Académie a donc dû se reporter sur d'autres travaux, au nombre desquels, ou plutôt en tête desquels il faut placer ceux de M. Morel, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Saint-Yon; et, celui de M. le Dr Dutrouleau, médecin en chef de la marine.

Deux grandes publications recommandaient M. Morel à l'attention de l'Académie. Un traité sur l'aliénation mentale et un livre sur la dégénérescence intellectuelle et morale de l'espèce humaine. M. Guéneau de Mussy, parlant au nom de la Commission, a dit avec raison, que ces écrits témoignent à la fois d'un esprit philosophique et éminemment pratique; c'est un médecin, un penseur, a-t-il ajouté, et un écrivain.

M. Dutrouleau a comblé en quelque sorte par son ouvrage une lacune de notre littérature médicale. La Commission a trouvé qu'il a su d'abord et très-habilement compulser les travaux déjà publiés sur les maladies des Européens dans les régions tropicales; c'est une revue qu'il a faite avec un remarquable discernement. Mais ce n'est pas tout, attaché pendant dix-sept ans au service médical des colonies, il a réuni ses nombreuses et importantes observations, et ce sont surtout ces documents qui lui ont servi à l'édification de son œuvre. Le prix fondé par M. Itard était de 3,000 fr. L'Académie croit avoir fait un acte de justice en attribuant 2,000 fr. à M. le Dr Morel et 1,000 fr. à M. le Dr Dutrouleau. Puis une première mention honorable a été accordé à M. Folley, auteur d'un mémoire intéressant *Sur les effets de l'air comprimé chez les ouvriers employés à la construction des piles de ponts sous une pression de deux à trois atmosphères.* Une seconde mention pour les travaux du Dr Poli, de Milan, *Sur la médication sulfatique.* Enfin, une troisième mention à M. le Dr Desprès qui, dans son travail *sur l'érésipèle,* a montré, suivant M. Guéneau de Mussy, un amour de l'observation si sincère, une passion scientifique si estimable que l'Académie n'a pas voulu les laisser sans récompense, ou du moins sans encouragement.

L'Académie, Messieurs, comme bien vous devez le prévoir, après avoir ainsi décerné les prix institués par les testateurs, a, comme de coutume, présenté à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, ses trois grands rapports annuels : l'un sur le service des épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1866; l'autre, sur le service de la vaccine dans le cours de la même année, et enfin celui qui a trait aux eaux minérales pour l'année 1865. Des médailles de divers ordres avaient été proposées à M. le ministre pour récompenser le zèle que les médecins ont déployé dans l'accomplissement de leurs devoirs. M. le ministre a bien voulu approuver ces propositions.

Nous devons ajouter que M. Depaul, directeur général du service de la vaccine, ne s'en est point tenu à son rapport administratif, il a su, comme de coutume, relever ce travail en traitant cette question de science, et l'Académie a entendu, avec le plus vif intérêt, les développements dans lesquels il est entré.

Disons maintenant, messieurs, que l'Académie a lieu d'être satisfaite du résultat des concours pour la présente année, à l'exception du prix fondé par Mme de Civrieux, et qui avait trait à la démence. Tous les autres ont été remportés, et l'Académie s'en applaudit; ces succès témoignent des progrès de la science; ils prouvent, en outre, que si l'Académie, à l'occasion, sait se montrer sévère, elle sait aussi se montrer favorable au vrai mérite. Aussi inspire-t-elle toute confiance. Les nombreux legs dont elle dispose en sont une preuve; récemment encore, il vient de lui en être notifié un très-différent, il est vrai, de tous les autres, par son programme, mais qui n'en fait pas moins honneur à l'Académie et à celui qui vient de l'instituer.

Voici le texte même qui nous a été transmis, il est dû à M. le marquis d'Ourches, décédé à Saint-Germain en Laye :

« Un prix de 20,000 francs, a-t-il dit, sera prélevé sur les valeurs de ma succession pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle. La condition expresse de ce prix est que ce moyen puisse être sûr et pratique, même pour de pauvres villageois sans instruction;

» 2° Un prix de 5,000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, à l'aide soit de l'électricité, du galvanisme ou de tout autre procédé exigeant, soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances spéciales ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde. »

On ne peut certainement qu'applaudir aux bonnes intentions de M. le marquis d'Ourches, et l'Académie se fera un devoir de s'y conformer. M. le marquis d'Ourches, on le voit, a été mû par la crainte qu'inspire encore aujourd'hui à bien des gens la croyance aux inhumations précipitées. Un médecin connu par de laborieuses et estimables recherches sur cette question, M. le Dr Bouchut, a dit avec raison que la doctrine de l'incertitude des signes de la mort, et la croyance aux histoires d'enterrements précipités ont presque toujours préoccupé les esprits, malgré les efforts de quelques savants tout dévoués à la défense de l'opinion contraire. Il en résulte que la science elle-même est comme encombrée d'ouvrages composés dans le but de démontrer cette incertitude des signes de la mort, et par conséquent le danger des inhumations précipitées. Mais, il faut le dire, il est bien peu de ces ouvrages qui soient à la hauteur de la question, la plupart n'offrent d'autre intérêt que celui des épouvantables histoires qu'ils renferment, et ne doivent guère leur réputation qu'à cette appréhension d'être enterré vivant, qu'ils ont fait naître dans le cœur de l'homme.

On comprend dès lors comment cette crainte a pu préoccuper M. le marquis d'Ourches, crainte exagérée peut-être; mais, je le répète, l'Académie n'en sera pas moins reconnaissante envers sa mémoire, et elle n'en devra pas moins inscrire son nom au nombre de ses bienfaiteurs.

DES MALADIES ORGANIQUES

Du cœur et de l'aorte et du double souffle crural, d'origine saturnine (1),

Par le Dr P. Duroziez.

Nous arrivons à la partie clinique de notre travail, que nous sommes obligé de supprimer presque complétement, à cause des limites imposées par le mode de publication.

55 malades nous ont paru présenter des lésions du côté du cœur et de l'aorte.

Sous le rapport des professions, nous trouvons 34 peintres en bâtiments, 1 peintre sur verre, 1 peintre de voitures, 1 polisseuse en caractères, 1 fondeur en caractères, 1 typographe, 1 plombier, 1 lampiste, 1 fondeur de capsules pour bouteilles, enfin, 10 ouvriers ayant travaillé à la fabrique de Clichy.

Si nous cherchons les symptômes qui se sont manifestés en dehors du cœur, nous trouvons : coliques 46 fois, arthralgies 18 fois, œdème ou anasarque 13 fois, céphalalgie 10 fois, hémoptysie 4 fois, bronchite spécifique 3 fois, tremblement des bras 3 fois, amaurose plus ou moins complète 3 fois, puis, exceptionnellement, l'hémiplégie, l'amnésie, l'aphasie, le délire, les hallucinations, la démence, la paraplégie, l'eczéma, l'ictère, les vomissements, la salivation.

Nous nous bornerons à énumérer :

1° Les autopsies que nous avons pu rencontrer.

2° Les cas où les souffles du cœur étaient évidemment organiques.

3° Les cas où les bruits étaient altérés avec coïncidence du double souffle crural.

4° Nous laisserons de côté les cas où les bruits étaient altérés sans coïncidence du double souffle crural.

Enfin nous omettrons quelques cas où le double souffle crural existait sans qu'il y eût une altération notable des bruits et les exemples nombreux de simples bruits chlorotiques.

Nous rapporterons un cas de goutte saturnine-type que nous avons observé, mais qui a déjà été publié.

I. Autopsies.

I. L..., 63 ans, ancien peintre en bâtiments, meurt le 25 avril 1867.

Autopsie. — Adhérences partielles de la dure-mère et des méninges. Méninges épaissies se séparant facilement des circonvolutions. Un peu d'œdème du cerveau, un peu de liquide dans les ventricules. Sur la couche optique droite, on trouve un petit kyste.

Cœur gros, avec hypertrophie concentrique du ventricule gauche. Plaques laiteuses nombreuses, surtout à droite et en bas. Bicuspide épaissie, peut-être insuffisante. Colonnes charnues hypertrophiées. Plaque blanche sur la grande lame de la bicuspide. Sigmoïdes de l'aorte un peu déformées, bridées, épaissies. Légère insuffisance de l'orifice. Aorte dilatée, hypertrophiée, semée de taches athéromateuses, non calcaires; de même pour toutes les artères cérébrales, rénales, etc.

Foie congestionné. Rate assez ferme, déformée, avec épaississement de la séreuse. Reins granuleux, un peu petits. Pas de liquide dans le péritoine.

(1) Suite. (Voir notre numéro du 14 décembre.)

Nous trouvons ici toutes les artères athéromateuses, chez un individu qui a présenté tous les signes d'une intoxication saturnine profonde, coliques, paralysie des extenseurs, céphalalgie, albuminurie, perte de la mémoire, démence: nous nous croyons autorisé à supposer que la lésion profonde des artères peut bien aussi dépendre de la même intoxication.

II. En juin 1865, j'ai vu, à la Charité, une insuffisance aortique, avec hypertrophie concentrique du ventricule gauche, chez un homme mort de colique de plomb et d'anémie.

Notons ici cette hypertrophie concentrique du ventricule gauche, accompagnant l'insuffisance aortique qui, d'habitude, produit la dilatation du ventricule. Or, cette concentricité de l'hypertrophie dépend-elle de l'action du plomb, ou bien d'une lésion rénale que nous trouvons si souvent dans l'intoxication saturnine? Dans le cas présent, nous n'avions pas de renseignements sur l'état des reins et de l'urine.

III. M...., 66 ans, peintre en bâtiments, 1864.

Autopsie. — Cœur assez gros, ferme, peu dilaté. Restes d'anciennes péricardites, épaississement de la séreuse. Valvules peu altérées. L'eau ne tient pas dans l'aorte : on aperçoit un intervalle entre les sigmoïdes de l'aorte.

Les reins sont granulés à leur surface, singulièrement fermes. Foie gros, rebondi, avec semis de granulations à la surface. Granulations fibrineuses à la surface de la pie-mère.

Ici, la lésion des reins domine, l'albuminurie est considérable. La lésion du cœur existe, mais peu importante, il faut l'avouer. Qu'est-ce que ces granulations à la surface du cerveau et du foie?

IV. D...., 46 ans, peintre. 1865.

Autopsie. — Cœur gros, épais, rebondi, dans la portion gauche seulement. Le ventricule gauche a des parois énormes d'épaisseur et une cavité plutôt diminuée qu'augmentée. Les oreillettes sont normales, ainsi que le ventricule droit, l'artère pulmonaire et l'aorte. L'endocarde est en général opalin, le péricarde est couvert de plaques laiteuses abondantes. Les valvules sont blanches, épaissies. La tricuspide marche parfaitement bien, la bicuspide de même; l'insuffisance, si elle existe, est minime. Les sigmoïdes de l'aorte sont presque normales; l'eau s'écoule lentement. L'orifice vu sous l'eau, du côté du ventricule, me semble suffisant, un peu moins parfaitement cependant que l'orifice pulmonaire. Le cœur ne contient pas de caillots. Les poumons ne présentent rien d'anomal. Un liquide abondant a envahi les plèvres et le péritoine. Il y en a peu dans le péricarde.

Le foie est peu altéré; cependant il est globuleux, jaune, et offre une surface opaline; il est couvert de plaques laiteuses.

Maladie de Bright très-avancée; reins petits, remplis de kystes séreux et sanguins.

Ici encore, la lésion des reins domine. Nous retrouvons l'hypertrophie concentrique du ventricule gauche, liée à la lésion rénale, probablement.

V. F..., 66 ans, travaille à Clichy.

Autopsie. — Crâne très-épais, cerveau un peu mou, à l'aise dans la cavité de la dure-mère.

Ascite abondante. Foie un peu petit. Rate petite. Reins petits. Adhérences nombreuses du péritoine. Les organes sont difficiles à retrouver et à détacher. La rate est enfouie au milieu d'adhérences nombreuses. Les reins sont un peu pâles. Le sommet des pyramides qui plonge dans les calices est passé à l'état fibreux. Le foie est ferme, brun, verdâtre. Le tissu fibreux y est abondant. Les deux poumons présentent aux deux sommets deux dépressions qui correspondent à deux kystes, renfermant de la matière crétacée. Quelques adhérences des plèvres; un peu d'emphysème, un peu d'engouement. Aorte dilatée dans la partie ascendante et descendante. Plaques laiteuses saillantes, nombreuses sur le péricarde. Un peu d'hypertrophie du cœur. Bicuspide épaissie dans son bord libre; pas de rétrécissement, peut-être un peu d'insuffisance. C'est l'orifice aortique qui est le plus altéré. Deux loges sont réunies en une seule : les deux côtés qui se regardent pour deux valvules se sont accolés, puis un tiraillement s'est opéré à la jonction de la cloison commune avec l'aorte, de manière à réduire beaucoup cette cloison, qui est crétacée et inégale.

Quel était l'état de ce malade avant son entrée à la fabrique de Clichy?

Notons ces kystes crétacés aux sommets des poumons. Quelle a pu être l'influence de la poussière de plomb sur leur production et sur l'organisation de ces fausses membranes épaisses qui unissaient tous les viscères abdominaux? Il y a là évidemment un problème intéressant et grave à résoudre. Malheureusement nous ne pouvons que le poser. La lésion de l'aorte est profonde, énorme dans ce cas; mais quelle part faut-il faire à l'intoxication saturnine? Nous ne saurions le dire; nous ne pouvions toutefois passer cette observation sous silence.

VI. G...., 51 ans, peintre. 1864.

Autopsie. — Traces de pleurésie, fausses membranes.

Le cœur est remarquable : il est gros, sans être énorme. Les ventricules sont dilatés; les parois ne sont pas très-épaisses. Les oreillettes sont immenses, surtout la gauche, qui nous étonne par sa capacité. La tricuspide ne présente rien de remarquable. Le ventricule droit est large, l'entonnoir est rebondi. La bicuspide, très-épaissie, s'ouvre par une fente qui n'admet qu'un doigt : l'orifice, en même temps que très-rétréci, est insuffisant. Le ventricule gauche est un peu dilaté. L'orifice aortique est dilaté en proportion du ventricule. Les sigmoïdes sont peu altérées : pourtant à l'eau, l'orifice est insuffisant, bien qu'il ne présente qu'un très-petit pertuis d'insuffisance. L'aorte n'est pas notablement athéromateuse. On sent une tumeur du volume d'un gros marron, placée au point de réunion des quatre cavités, faisant plutôt saillie du côté de l'oreillette gauche et contenant une sorte de mastic; la cavité est tapissée de matière calcaire et n'est en communication avec aucun vaisseau.

Etait-ce un tophus goutteux? Malheureusement nous ne l'avons pas examiné avec les réactifs, mais tout nous invite à croire qu'il s'agit bien là d'un de ces tophus que l'on trouve disséminés dans différentes parties du corps chez les goutteux, et, dans cette hypothèse, notre malade serait un singulier exemple de la goutte saturnine de Garrod. Remarquons que, chez cet homme, les accidents se sont manifestés surtout du côté de la poitrine et du cœur. Il n'a eu que peu d'accidents du côté des jointures, et les coliques semblent n'avoir pas existé. A tous égards, ce malade méritait l'attention; malheureusement nous ne l'avons examiné que quelques heures avant sa mort.

Nous voulons rapporter ici une autre observation, avec autopsie, d'intoxication saturnine, bien que nous n'ayons rien constaté du côté du cœur. Peut-être, à cette époque, notre attention n'était-elle pas suffisamment fixée sur le point que nous cherchons aujourd'hui à établir; nous aurons ainsi cité toutes les autopsies d'intoxication saturnine que nous avons faites; celle-ci est un nouvel exemple de l'abondance des dépôts fibrineux à la surface des divers organes, dont nous parlions dans l'observation précédente. La fibrine est-elle augmentée dans l'intoxication saturnine?

VI *bis.* — B..., 36 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 13 ans, meurt le 16 mars 1857.

Il a eu des coliques répétées et intenses.

A l'autopsie, on trouve le cœur attiré à droite par la formation de fausses membranes épaisses et dures dans la plèvre droite, avec dépôt de tubercules miliaires au sommet du poumon. Le trou ovale est largement ouvert. Les autres détails nous manquent pour le cœur.

L'intérêt était concentré sur la moelle.

Le malade avait présenté tous les signes d'une lésion grave de la moelle. Et, en effet, nous trouvons celle-ci détruite, coupée au-dessous de la cinquième paire dorsale, qui est intacte, tandis que toutes les autres paires dorsales inférieures sont séparées de l'axe rachidien. On note de plus, le long de la partie postérieure de la moelle, à partir de la cinquième paire, une production ressemblant à de la couenne organisée, et mesurant 6 centimètres de longueur, 15 millimètres de largeur, et 3 ou 4 millimètres d'épaisseur.

La méninge était épaissie au même endroit. On trouvait du liquide crémeux sous les muscles au niveau de l'omoplate droite; les reins renfermaient un noyau crémeux.

Ces autopsies établissent-elles un rapport intime entre l'intoxication saturnine et les lésions du cœur et de l'aorte?

Quelles lésions avons-nous rencontrées?

Pour l'aorte, la dégénérescence athéromateuse est considérable dans les observations I et V; l'insuffisance aortique est évidente pour les observations I, II, et douteuse ou peu marquée pour les observations III et VI.

Le cœur est hypertrophié et présente presque dans tous les cas une hypertrophie concentrique du ventricule gauche, qui paraît liée à l'altération des reins et à l'albuminurie.

I. Hypertrophie du ventricule gauche. Albuminurie. Reins granuleux.

III. Cœur assez gros, peu dilaté.

Albuminurie considérable. Reins granulés, singulièrement fermes, à tissu fibreux développé.

IV. Ascite. Œdème des jambes. — Hypertrophie concentrique du ventricule gauche; maladie de Bright très-avancée.

V. Ascite. Œdème des jambes et des bourses. — Pas d'albuminurie. Reins pâles, petits. Etat fibreux du sommet des pyramides.

Un peu d'hypertrophie du cœur.

On pourrait donc expliquer l'hypertrophie du cœur et la forme concentrique par la lésion des reins; mais la maladie du cœur n'en dépendrait pas moins de l'intoxication saturnine.

Quant à la lésion de l'aorte, peut-elle être rapportée à l'âge seul? Il est vrai que nos malades atteints de lésion grave de l'aorte sont âgés de 63 et de 66 ans; mais, même à cet âge, on peut ne pas avoir les sigmoïdes détruites.

Chaque signe isolé peut évidemment ne pas porter la conviction dans l'esprit de l'observateur; c'est l'ensemble des faits qui doit décider la solution du problème.

(*A suivre.*)

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

Résumé de la deuxième partie de l'argumentation de M. Pidoux (1).

Que n'aurais-je pas à dire des phthisies suspendues par la grossesse et reprenant après? et de celles dont l'état puerpéral favorise d'emblée le développement? et de celles qui suivent les allaitements prolongés?

Sur dix diabétiques, cinq au moins meurent tuberculeux, sans diathèse préexistante. On voit encore là ce grand fait de la production de la tuberculose par la transformation rétrograde de certaines maladies, et toujours la négation formelle de la spécificité.

Si, de l'examen des phthisies acquises par des causes externes ou l'influence des milieux, et de celles acquises par les causes internes ou la métamorphose dégénérative des maladies chroniques capitales, je passe à l'étude des phthisies qui, n'étant pas dues visiblement à ces deux ordres de causes, doivent être attribuées à l'action lente et obscure d'une diathèse, il me sera encore plus facile d'écarter l'idée d'un virus ou d'un agent spécifique comme cause unique de la tuberculose.

De quelque manière qu'on l'entende, la diathèse exclut le virus et, par conséquent, la spécificité. Quand un sujet porte constitutionnellement le germe d'une maladie, il n'a pas besoin que ce germe lui vienne d'ailleurs. La diathèse est personnelle, non inoculable; elle ne se transmet pas, si ce n'est héréditairement. Le virus est essentiellement impersonnel; il appartient à tout le monde et ne fait pas acception des personnes. L'action des diathèses est plus profonde que celle des virus. Du moment où les diathèses sont ou peuvent être héréditaires, c'est qu'elles ont pour siége le germe ou la substance même de l'organisme. Les virus ne vont pas aussi loin. Ils imprègnent et affectent les éléments transitoires de l'organisme, mais non ses éléments permanents, les seuls qui puissent être héréditaires. Si la tuberculose était virulente, elle ne serait ni diathésique ni héréditaire. Or, elle est certainement l'un et l'autre.

Je n'ai pas encore parlé de la contagion de la phthisie. Si je n'en ai pas parlé, c'est que M. Villemin n'en parle que pour mémoire. Il ne cite pas un fait; ses lapins eux-mêmes, tuberculisés par inoculation, n'ont pas été contagieux pour leur famille.

Depuis très-longtemps, j'ai cherché à constater des cas de contagion de la phthisie humaine. Je n'ai jamais rien observé qui pût m'autoriser à conclure. Je ne nie pas les observations d'autrui, mais elles ne m'ont point convaincu jusqu'à présent. Il faut que la lumière se fasse sur ce point. Je n'ai aucun parti pris à son égard.

Quoi qu'il en soit, tous ceux qui se défient de la contagiosité de la phthisie placent le maximum de cette propriété à la période de ramollissement, au troisième degré de la maladie, ou tout au moins à son deuxième. Or, c'est à son premier degré que M. Villemin prétend que ce produit est le plus virulent. Il en est ainsi, d'ailleurs, de tous les virus. Trop mûrs, ils perdent leur inoculabilité. Cependant la contagiosité de la phthisie croîtrait avec la diminution de sa virulence. Il y a là une contradiction plus apparente que réelle, virus et contage n'étant point une même chose.

Toutes ces questions, d'ailleurs, sont à vérifier.

Il règne sur la phthisie, ainsi que sur la constitution et la provenance des sujets qu'elle affecte, des préjugés qui ont contribué souvent à donner du crédit à l'idée de sa contagiosité. On veut toujours que le phthisique descende de parents phthisiques et porte sa condamnation écrite sur son habitude extérieure. Alors, quand on voit devenir phthisique un sujet qui n'a ni cette provenance héréditaire ni le physique convenu du poitrinaire, et qui a cohabité avec un autre phthisique, on n'hésite pas, on en fait un contagionné. Qu'on interroge mille phthisiques, on n'en trouvera pas deux, je ne dis pas contagionnés, mais qui se soient exposés à l'être. On parle de la fréquence de la phthisie dans les grandes villes, dans les quartiers populeux, dans les casernes, les ateliers, etc. Mais n'y a-t-il donc pas, dans ces conditions-là, mille causes capables de favoriser le développement de la phthisie, indépendamment de la contagion?

Mais, dira-t-on, que de phthisiques dont l'affection n'est acquise ni par des causes extérieures, ni par des causes internes ou pathologiques transformées, dont l'origine, la constitution, les habitudes hygiéniques sont antituberculeuses, chez lesquels, par conséquent, rien n'autorise l'idée d'une diathèse, et qui, pourtant, deviennent tuberculeux! Qu'est-ce que cela prouve pour la virulence et la contagiosité? Ces sujets-là ne sont pas rares, il est vrai, mais 199 sur 200 ne se sont point exposés à des contacts prolongés avec des phthisiques. Ces gens-là commencent par où les autres finissent.

Que de problèmes, que de choses là où M. Villemin n'en a vu qu'une! Tout a disparu à ses yeux devant l'inoculation. Il a manqué, dans ses expériences et sa théorie, aux principes fondamentaux de la méthode naturelle, qui commande d'envisager les faits sous toutes leurs faces, de tenir compte de tous leurs caractères, dans l'ordre de leur importance ou de leur subordination. Il n'a pas voulu observer comment la phthisie se forme. Il l'a prise toute faite comme un être naturel, et, la reproduisant chez des animaux facilement tuberculisables, il a conclu, non à son inoculabilité, mais à sa contagiosité chez l'homme. Il n'en avait pas le droit. Une maladie peut être inoculable sans être contagieuse.

Quant aux inoculations elles-mêmes, tout le monde peut voir à quoi elles se réduisent de jour en jour, et le chemin que cette question a fait depuis six mois. Voilà que déjà les produits de la tuberculisation, que M. Villemin déclarait stériles, sont inoculables et reproduisent la granulation grise. Le jour où il a reconnu ce fait, il aurait dû sentir toute sa doctrine ébranlée.

L'inoculabilité de la matière caséeuse, du liquide des cavernes, des crachats, etc., a fait faire un grand pas à la question. Elle a étendu le champ des variétés anatomiques et des procédés pathologiques de la phthisie. Jointe à la direction que dessinent partout sous nos yeux les travaux qui s'accumulent sur cette maladie, cette inoculabilité de la matière caséeuse retire de plus en plus la phthisie du domaine des maladies spécifiques, pour la ramener dans celui des maladies communes.

Qu'on nous laisse croire que nous avons raison, partisans de

(1) Fin. — Voir notre numéro du 17 décembre.

l'étiologie commune de la phthisie, de la dégénération tuberculeuse spontanée sous l'influence de causes accessibles que nous recherchons partout, pour couper à peu près le mal dans ses racines.

Un fait certain, c'est que le tubercule guérit spontanément. Tel est le fondement de notre espoir dans la diminution lente et progressive de la tuberculisation. Une maladie n'est susceptible de guérison par l'art que quand la nature peut la guérir spontanément. Pour l'aider dans cette œuvre de restauration, nous n'avons qu'une chose à faire, c'est de rejeter, comme une pensée funeste, l'idée de spécificité de la tuberculose, et de regarder cette maladie comme l'aboutissant commun d'une foule de causes diverses internes et externes; c'est de la regarder, par conséquent, comme une maladie une et multiple tout à la fois, amenant le même résultat final : la destruction nécrobiotique et infectante du tissu plasmatique d'un organe, par une foule de voies que l'hygiéniste et le médecin doivent s'appliquer à fermer.

CORRESPONDANCE

Occlusion pneumatique.

M. J. Guérin a adressé à M. le président de l'Académie des sciences la lettre suivante, qu'il a reçue de M. Maisonneuve :

Paris, le 29 novembre 1867.

Mon cher ami,

Dans le travail que j'ai lu à l'Académie, je n'ai point contesté les propriétés aspiratrices de votre appareil; j'ai dit, au contraire, que cet appareil réalisait « l'aspiration continue. » Seulement, les faits dont j'avais été témoin m'avaient fait croire que, dans votre préoccupation de l'occlusion des plaies ou de leur soustraction au contact de l'air, vous n'aviez pas remarqué cette propriété aspiratrice de votre appareil, ou que, dans tous les cas, vous ne la mettiez pas à profit, puisque vous fermiez les plaies avec des sutures très-exactes avant d'appliquer le manchon de caoutchouc.

Cependant, depuis que j'ai lu votre travail de 1866, il est évident que les propriétés aspiratrices de votre appareil y avaient été parfaitement indiquées.

C'est donc à vous qu'appartient l'honneur d'avoir réalisé « l'occlusion par aspiration continue ».

Recevez, etc. MAISONNEUVE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la nomination de M. le professeur Jarjavay, à la chaire de clinique chirurgicale à l'hôpital des Cliniques, et de la nomination de M. le professeur Richet à la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, les mutations suivantes doivent avoir lieu dans le personnel chirurgical des hôpitaux de Paris :

M. Voillemier passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ;
M. Broca de Saint-Antoine à la Pitié ;
M. Dolbeau de Cochin à Beaujon ;
M. Lefort du Midi à Cochin ;
M. Panas du Midi à Saint-Antoine;
M. Tillaux de Bicêtre à Saint-Antoine ;
M. Labbé de la Salpêtrière au Midi ;
M. Liégeois de Lourcine au Midi ;
M. Péan des Enfants-Assistés à la Salpêtrière ;
MM. Guéniot, Sée (Marc) et Cruveilhier fils, chirurgiens du Bureau central, sont nommés :
M. Guéniot chirurgien de Lourcine ;
M. Sée chirurgien de Bicêtre ;
M. Cruveilhier chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés.

Agenda médical pour 1868, contenant :

1° *Un formulaire magistral*, par M. CAZENAVE, conforme au nouveau CODEX ; 2° *Mémorial thérapeutique du Praticien*, par MM. TROUSSEAU, PAJOT et DIDAY; 3° *Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie*, par le docteur REVEIL ; 4° *Résumé pratique des Eaux minérales*, par le docteur Constantin JAMES; 5° *Notice sur les stations hivernales*, par le docteur DE VALCOURT.

Plus un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes : la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Ecoles préparatoires de Medecine de France, les Ecoles de Médecine militaire et navale ;* l'Académie de Médecine et les diverses Sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 450 pages.

PRIX :
- Broché. . . . . 1 fr. 75
- Cartonné à l'anglaise. . . . . 2 »
- Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille. 3 »

RELIURES DIVERSES

N° 1. Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier. . . .	3 fr.	»
N° 2. — à patte — —	3	50
N° 3. — — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	3	75
N° 4. — — — en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille. . . .	4	50
N° 5. — — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	4	75
N° 6. — — — et petite trousse.	5	»
N° 7. — — — —	7	»
N° 8. — — — — avec fermoir maillechort.	9	»

NOTA. — Ces divers Agendas sont expédiés *franco*, dans toute la France et l'Algérie, pour le prix qu'ils sont annoncés ; mais alors il faut en envoyer le montant en un mandat de poste ou en timbres de 10 et 20 centimes.

Cet Agenda se trouve à la Librairie de P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

(1924)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 150. — MARDI 24 DÉCEMBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 24 DÉCEMBRE 1867. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX. — Brève histoire des théories actuellement régnantes au sujet de la sensibilité récurrente. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE (M. Fano). Du traitement de l'ophthalmie blennorrhagique. — Des maladies organiques du cœur et de l'aorte. — Souscription. — Bibliographie.

PARIS, 23 DÉCEMBRE 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Académie des Sciences. — M. Guérin a fait sur les résultats obtenus par sa méthode d'occlusion pneumatique, une communication trop importante et trop pratique pour que nous n'en publions pas prochainement des extraits textuels.

M. Wuelz vient de reproduire artificiellement la *névrine*, substance cristalline extraite des centres nerveux, par M. Liebreich. La formule en est assez complexe, car ce corps se rattache à la fois aux séries de l'étylène, du méthylène et de l'ammonium.

Hôpitaux. — Dans les salles de M. Jarjavay, se trouve une femme qui présente une affection rare : un rectocèle vaginal des plus marqués. Lorsque cette malade tousse ou fait des efforts, on voit apparaître à la vulve une tumeur qui devient de plus en plus saillante. Pour en reconnaître la nature, il suffit d'introduire le doigt dans le rectum. On trouve alors que la paroi recto-vaginale s'est abaissée dans le vagin et forme un infundibulum. Le doigt recourbé d'arrière en avant pour y pénétrer, traverse sans obstacle l'orifice vulvaire, et vient se présenter à la vulve, coiffé de la paroi recto-vaginale qui fait hernie.

Dernièrement M. Bourdon avait observé dans son service à la Charité, un fait semblable.

— A propos d'un malade entré pour de profondes blessures qu'il s'était faites volontairement à la région antérieure du cou, dans un accès de délire alcoolique, M. Jarjavay a fait ressortir l'utilité, en pareil cas, des pansements simples sans réunion de la plaie.

Les organes situés à la région du cou sont très-mobiles ; ils glissent les uns sur les autres, et comme l'a montré Dieffenbach, si l'on réunit les téguments, on expose le malade à des infiltrations purulentes, à des phlegmons diffus dans le tissu cellulaire très-lâche dont ces organes sont entourés, etc. Puisqu'on ne peut donc mettre obstacle au soulèvement de la trachée dans les mouvements de déglutition, il faut au moins laisser la plaie ouverte pour donner un libre écoulement aux liquides exsudés. Ce précepte est classique ; et si nous en parlons, c'est qu'il est très-pratique, et que son application a eu les meilleurs résultats chez le malade de M. Jarjavay. Les plaies se cicatrisent rapidement sans complications d'aucune sorte.

Brève histoire des théories actuellement régnantes au sujet de la sensibilité récurrente.

Pendant une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M Gubler nous a rappelé à quelle date il avait émis sa théorie sur la *sensibilité récurrente*, expliquée par une circulation nerveuse. C'était dans des leçons professées à la Faculté de médecine en 1858, l'année même où M. Claude Bernard a publié les leçons qu'il avait faites deux ans plus tôt, au Collége de France, sur « la physiologie et la pathologie du système nerveux. »

Nous avons dit précédemment que la théorie de M. Gubler, bien que différente de celle de M. Claude Bernard, s'appuyait sur les mêmes données ; nous allons le montrer aujourd'hui en retraçant brièvement l'histoire de la *sensibilité récurrente*.

Ce fut Magendie qui le premier vit persister la sensibilité dans le bout périphérique d'une racine motrice ou d'un nerf moteur divisé par lui. M. Longet lui disputa d'abord cette découverte, puis, ne retrouvant plus cette propriété dans les racines motrices, après un certain nombre de nouvelles expériences, il la nia.

La réalité du phénomène était donc mise en doute : M. Magendie n'avait pas pu le reproduire ; et M. Claude Bernard qui avait assisté aux premières observations de *sensibilité récurrente*, ne fut pas plus heureux pendant un certain temps ; mais il finit par découvrir les causes de ces insuccès. Pour mettre à nu les racines antérieures, on ouvrait le canal rachidien, et l'animal, épuisé à la fois par cette grave opération même, et par le sang qu'il avait perdu, avait une sensibilité beaucoup plus obtuse qu'à l'état normal. Il importait donc de diminuer autant que possible l'étendue des délabrements, et de laisser reposer le sujet avant de chercher une sensibilité qui n'est jamais des plus exquises et qui disparaît une des premières.

Dès lors, en coupant une racine motrice, ou un nerf moteur, on trouva toujours le bout périphérique sensible aux diverses excitations. M. Claude Bernard avait ainsi démontré, en 1847, d'une façon définitive, la sensibilité récurrente, et pour l'expliquer, il proposa d'abord l'hypothèse de filets anastomotiques transmis par les nerfs sensitifs aux nerfs moteurs, et remontant le long de ceux-ci vers la moelle.

Mais cet éminent physiologiste ne s'en tint pas là. Il ne se borna pas, comme le fit plus tard M. Vulpian, à constater le fait, en y voyant le résultat d'une disposition anatomique pour ainsi dire accidentelle et sans importance ; au contraire, il en fit la base de toute sa doctrine sur le système nerveux considéré dans ses parties et dans son ensemble.

« Ce phénomène de la sensibilité récurrente, disait-il le » 19 décembre 1856, est le fait le plus important de l'histoire » générale du système nerveux, en ce qu'il montre le lien qui unit » deux éléments associés dans leurs fonctions, et qu'il établit » l'unité physiologique de la paire nerveuse, unité que les tendances analytiques de la névrologie topographique auraient pu » faire méconnaître. C'est à ce criterium nouveau que nous aurons recours pour distinguer, parmi les nerfs crâniens, ceux » qui jouent le rôle de racines antérieures, et ceux qui jouent le » rôle de racines postérieures, et le mode de leur association...

» En étudiant ce phénomène sur les nerfs rachidiens, nous » verrons que toujours une racine postérieure sensible communique la sensibilité à une seule racine motrice. Mais, en » remontant vers la tête, les choses ne se passent plus de même, » et l'on voit que la racine sensible peut communiquer à plusieurs racines motrices la sensibilité récurrente ; ces racines, » quoique multiples, ne représentent donc que l'élément moteur » d'une seule paire nerveuse. »

Et à propos de la paire nerveuse, dans la même leçon : « Nous » avons dit que, dans chaque tronc nerveux, à un élément moteur correspond un élément sensitif : ils forment une véritable » paire. Un nerf moteur ou un nerf sensitif n'existe pas plus » physiologiquement à l'état isolé qu'un élément zinc ou un » élément cuivre n'existe au point de vue électrologique. Dans » une pile il n'y a que des couples de métaux ; dans les nerfs » mixtes, on ne saurait voir que la réunion d'un certain nombre de paires élémentaires de nerfs. »

Enfin, cette leçon se termine par l'alinéa suivant :

« Je voulais, avant d'aborder au point de vue physiologique, » l'étude du système nerveux, vous signaler seulement aujourd'hui les données physiologiques d'après lesquelles nous considérerons la paire nerveuse. Au commencement de la prochaine séance, nous vous donnerons la preuve expérimentale » de son unité physiologique en vous faisant l'histoire, aussi » complète que possible, de la sensibilité récurrente. »

On voit quelle place immense occupe la sensibilité récurrente dans la théorie générale de M. Claude Bernard sur le système nerveux. C'est la base de cette théorie. Il n'existerait plus de paire nerveuse, si l'on admettait dans quelque nerf moteur de quelque vertébré l'absence de cette propriété fondamentale, ou sa présence dans les nerfs sensitifs. Rien ne pourrait être laissé à l'imprévu, au hasard des anastomoses, à la rencontre de filets nerveux provenant de telle ou telle source et disposés à suivre un trajet rétrograde : chaque paire doit rester isolée de toute autre.

« Mais le point sur lequel je veux surtout appeler votre » attention, dit encore M. Claude Bernard, c'est que cette » communication des propriétés de la racine postérieure est » spéciale et n'établit la solidarité physiologique qu'entre les » deux racines correspondantes de la même paire. La section » des racines postérieures situées au-dessus ou au-dessous » n'enlèvera pas sa sensibilité à une racine antérieure, tant » qu'on respectera la racine postérieure qui lui correspond ; il » y a donc, entre les deux racines correspondantes, une communauté de propriétés qui fait de la paire nerveuse une unité » physiologique qu'on doit ne pas oublier toutes les fois qu'on » veut rester dans l'appréciation exacte des phénomènes dans » lesquels intervient le système nerveux. »

Il ne faut pas s'étonner ensuite si M. Claude Bernard consacre toute une série de leçons dans son premier volume à cette *sensibilité récurrente*, considérée en général, et, s'il y revient encore sans cesse dans le second, à propos de chacun des nerfs crâniens, particulièrement du facial qu'il considère comme *exclusivement moteur* à son origine.

« Lorsque, dit-il, il a été question de la distinction à établir » entre les propriétés des nerfs et leurs fonctions, j'ai longuement insisté sur les phénomènes de la sensibilité récurrente » que l'on trouve dans les racines antérieures ou motrices, sensibilité qui, vous le savez, leur vient par la périphérie des racines postérieures. Le nerf facial est de même sensible, » *quoique ce soit un nerf moteur.* Comme les nerfs moteurs, » il tient sa sensibilité d'une racine sensitive, et cette racine » sensitive, c'est la cinquième paire. On rencontre en effet, » entre la cinquième paire et le nerf facial, la relation qui unit les racines postérieures aux racines antérieures, relation telle » que la section de la cinquième paire fait perdre, ainsi que nous » le verrons, la sensibilité récurrente au facial....

» On avait dit que le facial naît comme une racine antérieure, » à laquelle le nerf de Wrisberg viendrait se joindre à la manière des racines postérieures.....

» Cette opinion ne me paraît pas soutenable physiologiquement, ni même anatomiquement. »

Nous ne pouvons pas entrer dans le détail des démonstrations physiologiques faites par M. Claude Bernard à propos de chacun des nerfs crâniens, démonstrations qui reposent toujours sur l'étude de la *sensibilité récurrente* communiquée aux nerfs moteurs par les nerfs sensitifs correspondants dans les mêmes paires physiologiques.

Nous en avons assez dit pour montrer que M. Claude Bernard regarde cette propriété, telle qu'il l'a décrite et définie, comme étant le point capital et la clef de voûte de nos connaissances sur le système nerveux.

M. Vulpian dit, au contraire, dans ses leçons postérieures de neuf ans :

« La sensibilité récurrente mérite à peine d'être considérée » comme un fait de physiologie générale ; elle n'existe pas vraisemblablement chez tous les animaux ; on ne peut pas la constater chez les animaux dits à sang froid, chez les batraciens, » par exemple. M. Moreau a tenté en vain de produire des phénomènes de sensibilité récurrente chez des poissons. Il est certain, d'autre part, que son intensité varie beaucoup dans les » différentes classes de mammifères où on l'a cherchée. J'ai examiné si la sensibilité récurrente existe dans les racines antérieures des nerfs chez les oiseaux (pigeons), je n'en ai pas trouvé » la moindre trace. »

On le voit, pour M. Vulpian, la sensibilité récurrente n'a rien de fixe, de déterminé, de constant. Ce phénomène, quand par hasard il se rencontre, ne peut conduire à une déduction scientifique : *il mérite à peine d'être considéré comme un fait de physiologie générale.*

La différence est déjà grande entre cette doctrine de M. Vulpian et celle de M. Claude Bernard. Mais ce n'est pas tout.

M. Vulpian trouve bien satisfaisante une formule assez vague de M. Claude Bernard, qui, isolée, pourrait en effet, jusqu'à un certain point, permettre d'attribuer *un caractère accidentel* aux phénomènes de sensibilité récurrente; mais il ajoute :

« Magendie s'était demandé si on ne pourrait pas expliquer » la sensibilité récurrente par des anses terminales unissant les » extrémités des fibres motrices à celles des fibres sensitives. » Mais il était loin, disait-il, de croire que cette explication fût » admissible..... Il eût rejeté plus catégoriquement encore cette » hypothèse, s'il avait pu savoir que les anses terminales » qu'on admettait de son temps n'existent que très-exceptionnellement, *si même elles existent.* »

Or, voici ce qu'avait écrit à ce sujet, en 1858, M. Claude Bernard, dont l'opinion ne semble pas avoir changé depuis :

« On admet encore, et cette fois je crois que c'est avec raison, » que les nerfs du sentiment se terminent en anse. Cette vue » me semble justifiée par les phénomènes de sensibilité récurrente qui montrent qu'il existe entre les nerfs moteurs et les » nerfs sensitifs un lien périphérique. Puisqu'il est démontré » que quelque chose unit les extrémités périphériques des deux » espèces de nerfs, il faut bien admettre qu'une communication » existe entre eux, affectant la disposition en anse. Ce serait » une sorte de réflexion du filet sensitif qui, au lieu de se terminer dans la peau, remonterait par la racine antérieure » jusque dans la moelle. Cette disposition récurrente rattache-

» rait le nerf moteur à la racine sensitive. C'est au moins ce » qu'il semble légitime de conclure des expériences que nous » vous avons exposées dans les dernières leçons. »

Et la question sur laquelle porte cette divergence n'est pas minime; car M. Vulpian, avant de s'attacher à établir que les fibres nerveuses sensitives se terminent, *en général, sinon toujours*, par des extrémités *libres et isolées*, débute ainsi :

« Comment se fait la terminaison des nerfs? C'est une ques- » tion dont l'examen peut nous mettre à même de juger *de la » valeur de certaines hypothèses*, plus ou moins spécieuses, » relatives au mécanisme de l'action nerveuse, et, entre autres, » de l'hypothèse de la circulation nerveuse. »

Nous arrivons à cette hypothèse, imaginée par M. Gubler, et d'après laquelle, suivant les expressions de M. Vulpian « la sen- » sibilité récurrente serait un phénomène de sensation re- » flexe. »

A côté de M. Gubler on peut citer, à cette occasion, comme le fait du reste M. Vulpian, MM. Jacubowitz, Lionel Beale et Caccio. Ils ont travaillé à faire admettre que les fibres nerveuses sensitives s'unissent par leur extrémité périphérique aux fibres motrices, et que vers ce point elles sont munies de cellules nerveuses semblables à celle qu'on trouve dans l'encéphale, dans la moelle épinière, ou dans les ganglions.

Mais, plus que tous les autres, M. Claude Bernard, par sa théorie de *la paire nerveuse*, a dû contribuer à faire éclore celle de *la circulation nerveuse*.

Il avait, en effet, montré que le courant nerveux, l'impression douloureuse, par exemple, se transmettait d'un faisceau à l'autre de la moelle, en traversant toute la longueur des nerfs qui en partent et y aboutissent;

Il avait comparé à des piles électriques, les paires nerveuses avec leurs racines et leurs origines dans la moelle. Or, dans une pile en action, il se produit une circulation incessante de fluide impondérable.

Différant encore en cela de M. Vulpian, il admettait comme démontrée la présence de cellules nerveuses vers la terminaison des fibres sensitives, ainsi qu'on peut le voir par le passage suivant :

« L'anatomie donnerait encore un appui à cette manière de » voir, car, à l'extrémité des nerfs de sensibilité périphérique, » on a trouvé, dans un très-grand nombre de cas, des cellules » nerveuses terminales, analogues à celles qui se rencontrent » dans l'encéphale; »

Enfin M. Claude Bernard ne paraît pas éloigné d'admettre une communication proprement dite, un abouchement entre les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs à leur terminaison, car il ne rejette pas cette hypothèse, comme il le fait pour plusieurs autres, après l'avoir posée lui-même en ces termes :

« Ou bien la sensibilité arriverait-elle à la racine antérieure » en parcourant un circuit, passant *des dernieres ramifications » des nerfs sensitifs aux filets terminaux des nerfs moteurs*, » et revenant par eux à la moelle? »

Est-ce à dire que nous regardions la théorie de M. Gubler comme étant la reproduction d'un autre système? Non, sans doute; elle n'en est pas moins originale pour avoir été préparée par toute une série de travaux et de données scientifiques. Il faut en tenir compte, comme de celles que nous avons examinées, et de celles, non moins plausibles qu'a présentées M. Brown Sequard. On sait que, dans cette dernière, la sensibilité récurrente est considérée comme un effet secondaire et indirect de la contraction musculaire provoquée par l'excitation d'un nerf moteur.

Cette hypothèse tient une large place dans l'œuvre de M. Brown Sequard.

Ce n'est point une idée en l'air, abandonnée aussitôt émise; bien au contraire, c'est tout une doctrine, qui se soutient toujours par les mêmes arguments.

M. Brown Sequard l'avait d'abord, dès 1849, indiquée, en passant, dans un travail sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle.

Il en fit l'objet d'un mémoire spécial qu'il présenta l'année suivante à la Société de biologie, et y revint depuis lors à toutes occasions, entre autres, dans sa polémique avec M. Chauveau, sur les effets d'une section incomplète de la moelle épinière.

Enfin, il développa cette interprétation de la *sensibilité récurrente* dans des leçons qu'il fit à Londres en 1858, qu'il publia dans la *Lancet*, puis, deux ans plus tard, à Philadelphie, et qu'il analysa dans son Journal de physiologie, vers la fin de l'année 1862.

Voici le résumé fait par lui de sa théorie à ce sujet :

« C'est parce qu'elles sont motrices, et non parce qu'elles sont » sensitives, que les racines antérieures des nerfs spinaux cau- » sent de la douleur quand on les excite; elles produisent des » crampes douloureuses. Les crampes et autres contractions » spasmodiques, celles de l'utérus dans l'accouchement et l'avor- » tement, celles du sphincter de l'anus, etc., causent de la » douleur, parce qu'elles s'accompagnent de contractions gal- » vaniques des fibres nerveuses sensitives des muscles. C'est » aussi une irritation galvanique de ces fibres, chaque fois que » les muscles se contractent, (irritation dont l'intensité est pro- » portionnelle à l'énergie de la contraction), qui nous donne la » sensation de l'état de nos muscles, d'après laquelle nous diri- » geons nos mouvements. »

La connaissance des nervi nervorum est venue apporter encore une nouvelle interprétation du même fait.

Nous n'insisterons pas davantage, car nous ne ferons à aucun de nos lecteurs l'injure de croire qu'ayant lu attentivement les leçons de M. Cl. Bernard, celles de M. Vulpian, ou même seulement les passages très-écourtés que nous en donnons, il puisse confondre les deux systèmes dont nous avons parlé, et ne pas sentir leurs différences comme leurs points de contact.

Les textes portent avec eux leur lumière.

Ainsi, si l'on venait prétendre que, chez la malade de M. Richet, nous avons nié que le nerf médian fût entièrement coupé, lorsque, dès le 9 novembre, nous avons écrit :

« Les deux bouts étaient séparés de telle sorte que, l'un » cherché, il fallut trouver l'autre; »

Si l'on disait que nous avons nié que la *sensibilité* du bout périphérique pût s'appeler *récurrente*, lorsque le même jour, avant tout autre, nous avons inscrit ces deux mots en tête de notre article, et les avons répétés sans cesse;

Si l'on ajoutait que nous avons nié que cette sensibilité récurrente pût s'expliquer par des filets anastomotiques récurrents, lorsque nous exposions alors cette hypothèse dans les termes suivants : « Ou que ces nerfs (radial ou cubital) lui » fournissent par les anastomoses qu'ils ont avec lui sur les » côtés des doigts, quelque filet sensitif récurrent; »

Ou si l'on prétendait que nous avons voulu expliquer la conservation de la *sensibilité tégumentaire des doigts* par l'intégrité du rameau palmaire cutané, lorsque nous avons eu soin de nous exprimer ainsi qu'il suit :

« A la rigueur, on pourrait trouver encore une troisième » hypothèse, qui ferait comprendre à peu près la *sensibilité » récurrente du bout périphérique*. »

« On sait que le nerf médian anime les téguments *de la » région thénar* par un rameau, le palmaire cutané, etc.... »;

Si, en un mot, quelqu'un prenait le contrepied de chacune de nos phrases, dans le but de nous attribuer des opinions absurdes, nous ne ferions pas de réponse.

De pareilles interprétations, mises en regard des textes, accuseraient suffisamment le manque d'attention, d'intelligence scientifique ou de bonne foi de ceux qui les auraient produites ou acceptées.

Elles retomberaient sur eux seuls, et ne sauraient nullement nous atteindre.

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Fano.

Du traitement de l'ophthalmie blennorrhagique, par le tartre stibié à haute dose et les onctions hydrargiriques sur l'orbite.

L'ophthalmie blennorrhagique est une affection des plus graves; abandonnée à sa marche, elle amène la destruction de l'œil, dans un espace de temps généralement court, par un mécanisme dont la connaissance importe au choix du traitement. Si l'ophthalmie blennorrhagique, considérée au point de vue de la lésion des tissus, appartient à la classe des « conjonctivites, » il faut convenir qu'elle diffère des phlegmasies ordinaires de la conjonctive par l'existence d'un chémosis dur, produit par l'infiltration de la lymphe plastique dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Dans les conjonctivites ordinaires, celles que l'on appelle « catarrhales, » on observe bien parfois un chémosis, mais celui-ci est « mou, » le plus souvent « séreux, » constitué par une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Dans l'ophthalmie blennorrhagique, le chémosis acquiert très-promptement cette consistance dure, les paupières participent à ce travail morbide dans leurs diverses couches organiques, et, dès le début, la peau de ces voiles présente une « rougeur érysipélateuse » qu'on n'observe pas non plus dans les conjonctivites ordinaires. Un dernier trait différentiel sépare les deux affections et permet de les reconnaître de prime abord. Dans la conjonctivite catarrhale, la muqueuse sécrète un produit qui se concrète sous forme de filaments dans le cul-de-sac conjonctival, ou de croûtes sur les bords palpébraux. Dans l'ophthalmie blennorrhagique, la sécrétion, séro-muqueuse le premier jour, devient promptement muco-purulente et très-copieuse.

Ce qui constitue le péril dans l'ophthalmie blennorrhagique c'est *l'infiltration plastique* du tissu cellulaire sous-conjonctival. En effet la cornée reçoit ses éléments nutritifs des vaisseaux de la conjonctive, c'est-à-dire des ramifications des artères ciliaires antérieures qui rampent dans le tissu sous-conjonctival. Lorsque ce tissu s'infiltre de sérosité, la circulation dans les artères de la conjonctive n'est pas entravée; mais, lorsque ce même tissu s'infiltre de lymphe plastique, que la conjonctive « durcit, » la circulation est interrompue dans les vaisseaux. La cornée cesse de recevoir les éléments nécessaires à sa nutrition; elle se mortifie; et cette mortification varie en étendue suivant le degré d'interruption de la circulation artérielle. Dans les cas les moins graves, c'est une ulcération limitée de la cornée, suivie, le plus souvent, d'une destruction de toute l'épaisseur de la portion correspondante du miroir, c'est-à-dire d'une perforation. L'ulcération n'est qu'une gangrène moléculaire. Dans les cas plus sérieux, alors que la circulation est entravée dans une plus grande étendue, il se forme un sillon qui envahit parfois toute la circonférence de la cornée, et celle-ci se sépare dans la plus grande partie de son étendue, laissant la cavité oculaire largement en communication avec l'extérieur. La perte totale de l'organe est la conséquence inévitable d'une pareille altération; tandis que, dans le premier cas, la vision peut demeurer seulement troublée par des synéchies antérieures ou des staphylômes cornéo-iridiens partiels.

La médication à mettre en usage dans l'ophthalmie blennorrhagique doit combattre cette infiltration plastique de la conjonctive, convertir un chémosis dur en chémosis mou. On peut ranger sous deux chefs les divers moyens employés dans ce but:

La plupart des médecins ont recours à une médication substitutive; dès le début du mal, ils cautérisent la muqueuse oculo-palpébrale avec un crayon de pierre infernale, cherchant ainsi à substituer une conjonctivite « traumatique » à une conjonctivite « spécifique. » Si l'affection est à une période plus avancée, s'il existe déjà un chémosis dur, ils commencent par sacrifier, ou même par exciser partiellement la conjonctive oculaire, après quoi il pratiquent la cautérisation. Si les paupières sont trop dures, par suite de l'infiltration plastique qui s'est faite dans leur tissu cellulaire, et qu'on ne puisse les renverser, pour promener le cylindre sur la face interne de ces voiles, ils emploient une solution concentrée d'azotate d'argent. Le reste du traitement consiste dans l'emploi d'un collyre au sublimé ou au nitrate d'argent à faible dose, et surtout en lotions fréquentes pour ne pas laisser séjourner la matière muco-purulente. Au début de ma pratique, j'ai eu recours à cette médication et, constamment, j'ai eu la douleur d'assister à la perte de l'œil affecté. Depuis, en étudiant, dans les annales de la science, la pratique de grands maîtres en ophthalmologie, j'ai reconnu qu'ils désapprouvent cette médication, et qu'ils préconisent le traitement antiphlogistique et altérant. C'est en me conformant à ces dernières données, que, depuis le commencement de cette année, j'ai soumis les divers sujets atteints d'ophthalmie blennorrhagique à la médication par le tartre stibié à dose rasorienne et par les onctions hydrargyriques belladonées à haute dose sur l'orbite. Les résultats favorables obtenus par ce mode de traitement ont déjà été consignés par quelques-uns de mes élèves dans d'autres recueils périodiques. J'y ajoute aujourd'hui une nouvelle observation qui m'a fourni le sujet de ma conférence clinique du 3 décembre dernier.

Obs. **Ophthalmie blennorrhagique à gauche d'abord, puis à droite. — Tartre stibié à dose rasorienne. — Onctions hydrargyriques belladonées à haute dose sur l'orbite. — Conservation des deux yeux avec des lésions relativement peu importantes des deux côtés.**

Joseph D..., âgé de 15 ans, mécanicien, se présente à ma clinique, le 28 octobre 1867. Il raconte qu'il est atteint de blennorrhagie urétrale depuis quatre jours et que, dans la soirée du 27 octobre, l'œil gauche est devenu malade.

Il existe une injection modérée et pâle de la conjonctive palpébrale; une injection pâle, avec quelques points ecchymotiques de la conjonctive scléroticale; une légère sécrétion muqueuse. Les paupières sont boursouflées; la peau est d'un rouge érysipélateux (potion avec tartre stibié, 0,50, et opium 0,05, à prendre par cuillerée à bouche, de deux en deux heures; trois onctions, sur l'orbite et les paupières avec gros comme une noix d'onguent hydrargyrique belladoné; bouillons et potages).

Le lendemain, les paupières sont très-tuméfiées par l'infiltration œdémateuse; la sécrétion est abondante et muco-purulente; la conjonctive scléroticale présente un chémosis déjà un peu dur. L'écoulement urétral continue au même degré (seconde potion de tartre stibié, 0,50 c.; continuer les onctions hydrargyriques).

Le 30, il n'y a eu ni vomissements, ni garderobes. La conjonctive fournit toujours une sécrétion muco-purulente abondante. L'œdème des paupières a diminué; il en est de même pour le chémosis qui n'a pas augmenté de consistance. La cornée reste transparente (traitement *ut supra*).

Le 31, le chémosis a pâli, mais est encore dur. La sécrétion muco-purulente a diminué; l'œdème des paupières s'est tellement amoindri que le patient arrive à découvrir le globe. Pas de vomissements, ni de selles. La muqueuse buccale est tuméfiée; les gencives sont recouvertes d'une sécrétion pultacée.

Le 2 novembre, même état de l'œil gauche. La cornée offre un peu de trouble dans son tiers inférieur et présente à ce niveau un petit sillon à convexité tournée en haut. La veille, l'œil droit s'est pris; la paupière supérieure en est un peu boursouflée; il s'écoule de l'intervalle des voiles une petite quantité de liquide séro-muqueux; la conjonctive est médiocrement injectée (troisième potion de tartre stibié; troisième dose d'onguent hydrargyrique de 30 grammes).

Le 4, l'œil gauche est le siége d'une sécrétion muqueuse peu abondante; la paupière supérieure est toujours boursouflée, le chémosis volumineux et dur; la vision est trouble; l'ulcération de la cornée s'est étendue en longueur. A l'œil droit, la paupière supérieure est boursouflée; l'écoulement muco-purulent est plus abondant qu'à gauche; le chémosis marqué et dur; la cornée reste brillante. La potion au tartre stibié ayant été épuisée, le malade l'a fait renouveler et en est actuellement à la cinquième. L'absence de toute garderobe fait prescrire un quart de lavement avec quarante grammes de miel de mercuriale.

Le 6, on constate qu'à l'œil gauche, l'ulcération de la cornée a perforé cette membrane de part en part et qu'une petite portion d'iris est engagée à travers l'ouverture. A l'œil droit, il existe, vers la partie inférieure de la cornée, une ulcération semi-lunaire, occupant un tiers environ de la circonférence de la membrane. La muqueuse buccale est toujours boursouflée.

Le 7, la petite portion d'iris, engagée à travers la perforation de la cornée gauche, se recouvre d'un exsudat plastique. A droite, il s'est fait une légère infiltration plastique autour de l'ulcération semi-lunaire de la cornée. Des deux côtés, la

sécrétion muco-purulente a diminué; le patient n'accuse plus de douleurs et peut découvrir les globes.

Le 9, l'ulcération de la cornée gauche n'a pas fait de progrès; le chémosis diminue à la partie supérieure de la conjonctive scléroticale. A droite, on aperçoit, à la partie externe de la cornée, une ulcération remplie d'un exsudat plastique, de la grandeur d'une petite lentille. La muqueuse buccale est toujours tuméfiée; les gencives sont saines (septième potion stibiée).

Le 11, on commence à voir le blanc de la sclérotique, à la partie supérieure du bulbe gauche. L'œil droit est aussi en voie d'amélioration; le chémosis est moins dur, le ramollissement de la partie externe de la cornée est très-limité. Depuis deux jours, il est survenu une diarrhée abondante; l'écoulement uréthral est insignifiant (on supprime la potion stibiée; le malade a avalé en tout quatre grammes de tartre stibié, en quatorze jours; et on continue les onctions hydrargyriques dont il a déjà consommé huit pots, c'est-à-dire deux cent quarante grammes).

Le 13, l'amélioration persiste, des deux côtés; à droite, le chémosis diminue d'épaisseur et se ramollit. La diarrhée a cessé; il n'y a pas de stomatite mercurielle. Le patient commence à se nourrir.

Le 16, la hernie iridienne de l'œil gauche a un peu augmenté de volume; la sécrétion conjonctivale est plutôt séreuse que muco-purulente. A droite le travail d'ulcération de la cornée paraît arrêté, le chémosis et la sécrétion conjonctivale ont notablement diminué. Les onctions hydrargyriques sont supprimées et on prescrit au malade de baigner les yeux, plusieurs fois par jour, dans une solution étendue de sulfate de zinc.

Le 21, l'amélioration progresse; la couleur blanche, propre à la sclérotique, se découvre de plus en plus à gauche; la conjonctive palpébrale supérieure tend à devenir granuleuse. A droite, la moitié inférieure de la circonférence de la cornée est un peu vascularisée. L'écoulement uréthral persiste à un faible degré. Le 25, toute sécrétion conjonctivale a cessé. A droite, l'ulcération superficielle de la cornée est cicatrisée; le limbe inférieur de la cornée reste un peu vascularisé (collyre laudanisé).

Le 4 décembre, je note qu'il existe, à l'œil gauche, une hyperhémie légère de la conjonctive oculo-palpébrale, la hernie iridienne est affaissée et recouverte d'une cicatrice; la pupille est ovalaire de haut en bas; de cet œil, le patient lit le nº 2 de Jœger. A l'œil droit, la conjonctive oculo-palpébrale est moins hyperhémiée qu'à gauche. Le tiers inférieur de la cornée présente une suffusion plastique ténue; la pupille, régulière, offre un exsudat plastique qui occupe une portion de l'aire de cette ouverture. De cet œil, le malade lit le nº 14 de Jœger.

DES MALADIES ORGANIQUES

Du cœur et de l'aorte et du double souffle crural, d'origine saturnine (1),

II. Les bruits de souffle sont évidents; le double souffle crural existe presque toujours.

La lésion est évidente, indiscutable. La cause seule peut être mise en doute. L'âge, en effet, dans plusieurs cas, peut être invoqué; cependant, sur 17 cas, 6 fois seulement les malades dépassent 50 ans; 3 fois, ils n'ont pas 30 ans; nous notons 1 fois 34 ans; 2 fois 40; 1 fois 41; 2 fois 47; 1 fois 49; 1 fois 50 ans.

VIII. R..., 28 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 13 ans. 1865.

Pouls à 108. Les palpitations sont violentes. Au cœur on trouve comme à la crurale un double souffle court auquel se mêle du froissement.

VIII. G..., 24 ans, peintre sur verres depuis 2 ans, 1867.

Pouls radial à 112, régulier, peu dicrote, un peu en chiquenaude. A la brachiale, le pouls est parfaitement dicrote. A la carotide, on note un double souffle. Double souffle crural parfaitement net. On entend un double souffle court sur toute la région précordiale; mais plus fort au niveau de l'aorte et de l'orifice aortique.

Nous ferons remarquer la fréquence du pouls que nous rencontrerons dans un grand nombre de nos observations, la lésion du cœur semblant précipiter le pouls. En effet, si nous mettons d'un côté les observations qui nous paraissent compliquées de lésions cardiaques, de l'autre, celles où nous ne trouvons que des bruits chlorotiques, il est remarquable de voir pour le chiffre 72.76, 16 cas de lésions cardiaques,

14 cas de lésions chlorotiques;

Pour les chiffres au-dessus de 76,

31 cas de lésions cardiaques,

10 cas de lésions chlorotiques;

Pour les chiffres au-dessous de 72,

16 cas de lésions cardiaques,

22 cas de lésions chlorotiques.

Donc, lorsqu'il y a une complication du côté du cœur, le chiffre du pouls s'élève notablement.

Les chiffres qui se présentent le plus fréquemment sont :

84 (16 fois) pour la lésion cardiaque;

72 (11 fois) pour l'absence de lésion cardiaque.

Au-dessus du chiffre 84, nous trouvons 1 cas (100 pulsations) pour les bruits chlorotiques;

14 cas pour les complications cardiaques

dont 1 fois 112.
3 — 108.
3 — 100.
4 — 96.
1 — 90.
3 — 88.

Nous sommes donc de plus en plus autorisé à conclure que, dans l'intoxication saturnine accompagnée de lésion cardiaque, le chiffre du pouls s'élève, et cette accélération du pouls ne pourrait-elle pas elle-même servir à établir la réalité de la lésion cardiaque?

Parmi nos observations de la première série (les souffles du cœur étant évidents, la lésion étant incontestable), nous ne trouvons qu'un cas où le pouls soit ralenti à 48; il est en même temps très-faible et très-petit, c'est chez un homme hémiplégique et aphasique qui ne présente rien d'aigu comme intoxication.

IX. L..., 49 ans, peintre en bâtiment. 1865.

Le cœur est gros, on en sent mal les mouvements. A gauche, on entend un souffle au premier temps : à droite on trouve un double souffle court.

X. L..., 52 ans, peintre en bâtiments depuis sa jeunesse. 1865.

Pouls à 72 régulier. La pointe bat dans le sixième espace intercostal, sur la verticale du mamelon. Le frémissement le plus intense alterne avec le pouls. Double souffle à la pointe. Le long du sternum, le second bruit est rauque et dédoublé et suivi d'un souffle manifeste surtout au niveau du creux épigastrique.

XI. R..., 58 ans, peintre depuis l'âge de 18 ans. 1866.

Pouls à 68, peu développé, vibrant. Double souffle crural parfaitement net; un peu de battement des carotides. Jugulaires dilatées, sans pouls veineux. On ne voit pas le cœur battre; il mesure 12 centimètres en hauteur sur 20 en largeur. On entend un peu de souffle aux deux temps.

XII. V..., 45 ans, peintre en batiments depuis l'âge de 13 ans. 1867.

Le pouls, à 60, est peu développé. Le cœur mesure 10 sur 15 : on le voit battre sur une surface un peu plus large que d'habitude; on entend sur toute la région précordiale un double bruit très-rauque, très-rude, râclant, qui se propage dans les carotides, que l'on voit battre. A la crurale, un peu d'impulsion; double souffle en avant, on ne produit pas facilement le souffle en retour.

XIII. F..., 22 ans, polisseuse en caractères. 1865.

Pouls radial, irrégulier, inégal, dicrote, un peu vibrant, peu développé. Les carotides battent. A la crurale, on trouve un double souffle au premier temps, puis un troisième souffle au second temps. Impulsion considérable de la pointe. Le cœur est gros, et s'avance à gauche. Frémissement au premier temps. A gauche, bruit de roulement au second temps. Au niveau de l'orifice aortique, souffle au second temps.

XIV. L..., 40 ans, peintre en bâtiments. 1865. Pouls, 96, petit, régulier. Jugulaires développées. Cœur gros. Frémissement au premier temps peu intense, assez doux. Double frottement au niveau de l'orifice aortique.

XV. G..., 47 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 11 ans. 1866.

Pouls à 88, parfaitement régulier, vibrant, développé. Pouls crural très-impulsif; double souffle crural. Le cœur mesure 12,5 sur 15; pas d'impulsion. Double souffle cardiaque peu intense.

XVI. D..., 41 ans, peintre en bâtiment depuis l'âge de 14 ans. 1857.

Pouls radial, à 72, régulier, peu développé. Souffle musical continu avec renforcement. Au niveau de l'orifice aortique dédoublement du second claquement avec un peu de frottement. A la pointe, souffle au premier temps, avec bruit de roulement au second.

XVII. L..., 47 ans, a travaillé à Clichy. 1867. Respiration sibilante. « Bronchite saturnine. » A la pointe, souffle au premier temps, second bruit peu modifié. Pouls à 84, non redoublé, mou, frémissant. A la crurale, souffle sibilant avec impulsion de l'artère, sans souffle au second temps.

XVIII. V..., 40 ans, a travaillé à Clichy. 1867.

« Bronchite saturnine. » Pouls à 64, assez développé, vibrant, peu dépressible. Au cou, battements artériels, pouls veineux net, bruit sonore, analogue à celui du cœur. Pas de souffles, pas de bruits chlorotiques. A la crurale gauche, double souffle parfaitement net.

XIX. L..., 50 ans, peintre depuis l'âge de 12 ans. 1866.

Pouls à 72, régulier, parfaitement dicrote, vibrant, d'insuffisance aortique. A la crurale on entend un double souffle-type. Le cœur mesure 15 en hauteur sur 17 en largeur. Battement très-léger de la pointe, à la vue; impulsion modérée. Double souffle à la base.

XX. L..., 62 ans, typographe. 1867.

Insuffisance aortique avec immobilité apparente du cœur. Double souffle cural.

XXI. S..., 64 ans, peintre en bâtiments. 1865.

A la pointe, souffle en jet de vapeur au premier temps. Double souffle crural parfaitement net. Jugulaires développées. Artères dures. Pouls un peu irrégulier.

XXII. L..., 55 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 28 ans.

Pouls à 48, très-faible, très-petit. Double souffle court au niveau de l'orifice aortique. Pouls de la crurale faible.

XXIII. G..., 70 ans, peintre en bâtiments. 1865. A la pointe, souffle en jet de vapeur. A l'orifice aortique, premier bruit sonore, suivi d'un second bruit sonore, accompagné de souffle.

XXIV. C..., 34 ans, peintre. 1863.

Souffle court au second temps, au niveau de l'orifice aortique. Double souffle crural.

Nous produisons maintenant les observations dans lesquelle les deux bruits du cœur sont altérés sans qu'il y ait de souffle véritable. Ici, nous n'avons plus la certitude de l'existence de la lésion; mais il nous paraît au moins probable que, dans plusieurs de ces cas, l'état chlorotique est dépassé et l'état organique atteint.

III. Les bruits du cœur sont altérés, sans qu'il y ait du souffle évident; le double souffle crural existe.

XXV. R..., 26 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 13 ans. 1865.

Pouls à 48, dicrote. Double souffle crural. Le cœur mesure 12 en hauteur sur 17 en largeur. Les deux bruits sont altérés. Souffle parfaitement net au premier temps. Second bruit rude, rauque, enroué au niveau de l'orifice aortique.

XXVI. G..., 24 ans, lampiste. 1867.

Pouls à 96. Double souffle crural type. Les bruits sont nettement altérés, parcheminés, un peu rudes.

XXVII. B..., 24 ans, imprimeur sur papiers peints, a travaillé à Clichy.

Pouls à 64. Double souffle crural. Bruits du cœur éclatants.

XXVIII. L..., 26 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 13 ans. 1867.

Pouls à 76. Double souffle crural. Double bruit dur au cœur.

XXIX. P..., 34 ans, peintre en bâtiment. 1867.

Double souffle crural. Souffle au second temps au niveau de l'orifice aortique.

XXX. B..., 32 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 12 ans. 1867.

Pouls radial à 84, très-faible. Légère impulsion des crurales avec double souffle intermittent parfaitement net. Les bruits du cœur sont durs et évidemment altérés à la base.

XXXI. C..., 34 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 15 ans. 1867.

Pouls radial à 72, assez développé, un peu vibrant. Double souffle crural parfaitement net. Les bruits du cœur sont un peu soufflants; toutefois, le souffle est très-court, avorté. Parfois, le second claquement est dédoublé.

XXXII. B..., 38 ans, a travaillé à Clichy. 1867.

Pouls radial à 64, redoublé, un peu vibrant; à la crurale, double souffle en avant et souffle en retour très-léger. Premier bruit du cœur ronflant. Second claquement peu modifié.

XXXIII. G..., 38 ans, a travaillé à Clichy. 1867.

Pouls radial à 60, redoublé. Double souffle crural. Bruits du cœur modifiés.

XXXIV. A. L..., 32 ans, peintre en bâtiments. 1867.

Pouls, 96. Bruits du cœur durs, parcheminés. Double souffle crural.

XXXV. M..., 39 ans, fondeur en caractères. 1867.

Double souffle crural. Dédoublement du second bruit accompagné de dureté.

XXXVI. M..., 40 ans, peintre en voitures. 1867.

Pouls radial à 84, dicrote, tendu. Les bruits du cœur sont modifiés; le second claquement est presque soufflant. Double souffle crural parfaitement net.

XXXVII. T..., 42 ans, a travaillé à Clichy. 1867.

Pouls radial à 88, assez développé, un peu raide. Double souffle crural parfaitement net. Double claquement du cœur modifié.

XXXVIII. B..., 44 ans, a travaillé à Clichy.

Pouls, 96. Double bruit dur au niveau de l'aorte. Double souffle crural parfaitement net, peu intense.

XXXIX. V..., 45 ans, peintre en bâtiments. 1866.

Pouls, 108, développé, vibrant. Double souffle crural. Claquements modifiés, durs.

XL. B..., 47 ans, fondeur de capsules pour bouteilles (étain et plomb). 1867.

Pouls, 64, redoublé. Triple souffle crural. Double bruit un peu rude au cœur.

XLI. L..., 63 ans, peintre en bâtiments. 1858.

Double bruit rude au cœur. Double souffle crural. Artères sinueuses dures.

XLII. D..., 57 anss peintre en bâtiment. 1867.

Pouls à 84 développé, dur, vibrant. Double souffle crural. Brnits du cœur modifiés. Artères dures.

Dans les observations précédentes, nous trouvons les bruits du cœur simplement modifiés et bien que nous ne constations plus toujours le souffle du second temps, nous acceptons la réalité d'une lésion des valvules que nous attribuons à l'influence plombique, en partie du moins, étant obligé de tenir compte des autres causes, de l'âge en particulier; mais celui-ci ne peut pas toujours être invoqué, puisque, sur 18 malades, 16 n'ont pas atteint 50 ans. Le double souffle crural noté dans tous ces cas ne l'est plus dans les 10 autres que nous supprimons, et dont quatre seulement s'appliquent à des sujets ayant dépassé 50 ans.

A mesure que nous nous éloignons de notre première série, nous trouvons les signes d'une lésion organique moins prononcés, nous ne le contestons pas. Nous aurions voulu donner ces dernières

(1) Fin. (Voir notre numéro du 14 décembre.)

observations qui servaient de lien entre l'état chlorotique et l'état décidément organique, sans nous appuyer sur elles, bien entendu, pour établir la réalité de la lésion organique du cœur et de l'aorte. Ne retrouvons-nous pas la même difficulté quand il s'agit de fixer la nature des bruits que l'on entend dans le rhumatisme articulaire aigu ? N'est-ce pas la même confusion, le même mélange des bruits organiques et chlorotiques ? Quelques autopsies tranchent facilement la difficulté pour le rhumatisme : dans l'intoxication saturnine nous n'avons pas la même ressource, ou, du moins nous ne l'avons pas eue, les malades mourant rarement dans l'état aigu de la maladie.

IV. Les bruits du cœur sont altérés sans être soufflants. Le double souffle crural n'existe pas, ou n'a pas été recherché.

Je laisse de côté les dix observations placées ici dans mon travail ; elles servaient de transition entre l'état franchement organique et l'état chlorotique.

V. De la goutte dans l'intoxication saturnine.

Nous ne pouvions terminer ce travail sans chercher les cas qui pouvaient se rapporter à la goutte ; il faut le dire, les observations bien nettes sont rares, et nous ne pourrions apporter à Garrod qu'un bien faible contingent, nous citerons une seule de nos trois observations.

XLIII. B..., 36 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 16 ans. Charité. 14 décembre 1866.

Il a eu une fois des coliques à 21 ans. A 28 ans, premier accès de goutte ; d'abord le pouce de la main droite, puis toutes les jointures des mains et des pieds ont été prises, enfin les genoux, les épaules, le sternum. Jamais il n'a eu d'amblyopie, jamais de paralysie. Le cœur mesure 10 en hauteur sur 16 en largeur. « Rien de notable comme ausculation. Bruit continu dans les crurales. Malade pâle.

Les doigts sont déformés et couverts de tophus.

20 janvier. Pouls 72. Le liséré persiste.

Aucun bruit anormal.

Le malade n'a eu qu'une fois des coliques. Le cœur nous a paru sain, comme si tout l'effort de la maladie se fût porté sur les jointures ; ce qui arrive dans les cas de goutte normale.

CONCLUSIONS.

1° L'intoxication saturnine produit des bruits tantôt chlorotiques, tantôt organiques du côté du cœur et des vaisseaux.

2° Au cœur on peut trouver les signes des différentes maladies organiques, rétrécissements et insuffisances aortiques ou mitraux, insuffisance de la tricuspide, péricardite.

3° Souvent les bruits du cœur sont altérés, rudes, parcheminés, séniles ; les claquements, surtout le second, se dédoublent ; les bruits sont successivement soufflés, parcheminés, dédoublés.

4° Le double souffle crural accompagne souvent cette forme des bruits.

5° Plus rarement le double souffle crural existe avec des bruits du cœur normaux.

6° Le double souffle crural est lié à l'intoxication saturnine.

7° L'augmentation de volume du cœur dans l'intoxication saturnine est évidente.

8° A l'autopsie, on trouve la paroi du ventricule gauche hypertrophiée, et des altérations athéromato-fibreuses des valvules et des artères.

9° Le plomb peut être employé comme agent thérapeutique dans les affections du cœur, mais il importe de savoir qu'il peut les produire.

10° L'intoxication saturnine peut attaquer directement le cœur sans avoir produit les coliques.

11° Le plomb qui agit thérapeutiquement sur les poumons, peut produire la bronchite, l'hémoptysie et l'asthme.

2 ° Dans l'intoxication saturnine on trouve surtout un doubl bruit rude ou soufflant au niveau de l'aorte et des sigmoïdes aortiques et le double souffle crural.

SOUSCRIPTION

Pour élever un monument à la mémoire de

TROUSSEAU

Liste précédente	728
M. Cotte, médecin aide-major.	3
TOTAL . . .	731

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le monde des bois, plantes et animaux, par Ferd. Hœffer. Splendide volume in-8, imprimé sur papier teinté, en caractères elzéviriens, avec 300 vignettes sur bois, dessins par Freeman, Raffet, Daubigny, Yan' Dargent, Poteau, Blanchard, Pizetta, Riocreux. Ouvrage de luxe enrichi de 27 gravures sur acier : 25 fr. Même édition sans les gravures sur acier : 15 fr. *Prix de la reliure* : 5 fr.

Le monde des papillons, texte et dessins de Maurice Sand, avec préface et une étude sur les papillons de George Sand, augmenté de la faune des papillons d'Europe, avec 50 chromolithographies, par A. Depuiset, membre des Sociétés entomologiques de Londres, Paris et Bruxelles, magnifique ouvrage in-4e, orné de 66 dessins sur bois, par M. Maurice Sand, et de 50 planches en chromolithographie. Prix, broché, 30 fr. — Relié, 35 fr. ; édition de luxe sur papier de Hollande, prix, 60 fr., relié, 70 fr.

Ces deux ouvrages, destinés aux étrennes, se trouvent à Paris. à la librairie J. Rothschild, rue Saint-André des Arts, 43.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

(1924)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — Revue thérapeutique. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Concours des hôpitaux. — Chronique et nouvelles. — Bibliographie. — Feuilleton : Les livres d'étrennes.

Paris, 27 décembre 1867.

Séance de l'Académie de Médecine

L'Académie a procédé, dans cette séance, au renouvellement du bureau pour l'année prochaine. M. Ricord, vice-président en 1867, passant de droit à la présidence pour l'année 1868, il s'agissait de lui donner un successeur. Le conseil qui propose habituellement ses candidats au choix de l'Académie, a proposé M. Blache. L'Académie a sanctionné ce choix par l'unanimité de ses suffrages. La proclamation du résultat du scrutin a été accueillie par les applaudissements de l'assemblée. Nous joignons de grand cœur nos applaudissements à ceux de l'Académie. M. Béclard a été réélu secrétaire annuel par acclamation. Enfin les deux nouveaux membres du Conseil sont MM. Devilliers et Gavarret.

Après ces opérations de scrutin, il ne restait pas assez de temps à l'Académie pour reprendre la discussion sur la tuberculose, mais il lui en restait assez pour entendre des lectures.

M. Oulmont, candidat pour la section thérapeutique, a lu un mémoire sur le *veratrum viride*, substance très-vantée en Amérique dans ces dernières années et encore peu connue en France. Les premiers résultats qu'en a obtenus M. Oulmont dans le traitement de la pneumonie, à l'exemple de quelques praticiens allemands, lui ont paru assez satisfaisants pour l'encourager à poursuivre ses essais ; mais, avant d'aller plus loin, il a voulu se fixer préalablement, par des expériences sur les animaux, sur l'action physiologique de cet agent. Tel est l'objet principal de son travail. Il a fait des expériences comparatives avec le veratrum viride, le veratrum album et la vératrine. Il résulte de ces expériences que le veratrum viride et le veratrum album ont une action analogue, consistant principalement en une hyposténisation énergique qui se traduit surtout par un ralentissement notable de la circulation et de la respiration et par un abaissement de la calorification. On conçoit le parti qu'on peut tirer de ces propriétés dans les maladies sthéniques et inflammatoires. Quant à la vératrine, les expériences ont conduit à ce résultat assez imprévu, qu'elle n'est point le principe actif du veratrum, et qu'il y a lieu de se livrer, à cet égard, à de nouvelles recherches.

On trouvera dans le compte rendu de la séance un exposé plus détaillé du mémoire de M. Oulmont.

Pendant que nous en sommes à la thérapeutique, nous ne voulons pas laisser échapper cette occasion de signaler, parmi les nombreuses présentations de livres et brochures faites au début de la séance, celle qu'a faite M. Pidoux du premier volume de la huitième édition du *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, que vient de publier M. Asselin.

Tout a été dit depuis longtemps sur cet important ouvrage que tous les praticiens ont ou doivent avoir dans leur bibliothèque. Aussi nous serions-nous peut-être dispensé d'en parler ici, si nous n'avions à indiquer les additions que contient cette nouvelle édition. Mais qu'on nous permette, avant, d'emprunter à la préface de cette huitième édition, dernière œuvre de l'un de ses auteurs, quelques passages qui portent l'empreinte de l'esprit dans lequel a été conçu et exécuté ce grand ouvrage.

Le grand mouvement qui s'opère actuellement dans les sciences médicales, donne à cet exposé de principes sur l'art un intérêt tout particulier.

« L'anatomie et la physiologie sont des sciences : la médecine est, avant tout, un art. A ce titre, elle a précédé et précédera toujours la science. Inséparable de la science, l'art en est néanmoins distinct; appuyé sur elle, il se l'assimile et s'en accroît incessamment. Au commencement des âges, il fut presque tout. Il n'était alors formé que d'une expérience rude mise au service d'un bon sentiment. Avec le temps la science éclaira de plus en plus l'art ou l'empirisme; mais l'art ne peut jamais abdiquer entre les mains de la science. Au lit du malade, la valeur de la science est relative; elle dépend toujours du sentiment de l'artiste, de la justesse et du tact avec lesquels il applique à un cas de maladie donné les notions que la théorie lui fournit.

» La science a changé bien des fois depuis Hippocrate ; et pourtant ce grand homme a fondé la médecine sur des vérités premières tellement solides qu'elles sont devenues le sens commun médical et les règles immuables de l'art. Ces principes, trouvés sans la science, ont vu passer à leurs pieds les flots changeants de celle-ci. C'est que l'art, fortifié par l'expérience, voit par l'intuition et le génie ; et que la science est assujettie au travail, au temps et à la contradiction : le progrès est sa loi. Or, le progrès d'une science donnée est solidaire du progrès de beaucoup d'autres. Les progrès de la physiologie et de la pathologie, qui sont des sciences, dépendent, par exemple, de ceux de la physique et de la chimie, qui précèdent la science de la vie et lui servent de condition dans l'ordre des connaissances comme dans l'ordre des choses ou de la nature. Que de tâtonnements et d'illusions la science a dû traverser pour arriver au point si imparfait encore qu'elle a atteint aujourd'hui!

» Cependant, un pas inouï et décisif a été fait depuis un demi-siècle. Les différentes sciences ont pris leurs assises. Elles sont toutes sur leurs bases propres et n'ont plus qu'à s'y développer. La physiologie, longtemps sans anatomie vivante, était obligée de chercher ses fondements dans la science des corps inorganiques. Aujourd'hui, elle est chez elle : elle va jusqu'à la connaissance immédiate des éléments organiques; elle sait qu'ils ont une vie propre à l'infini dans leur ordre ; une vie qu'on ne peut réduire à un règne inférieur qu'en la détruisant; et elle peut faire la biographie de chacun de ces éléments comme celle de l'organisme entier qui est composé de leur association hiérarchique. Ces systèmes de physiologie qui portent des noms aussi barbares qu'eux, la chimiâtrie et l'iatromécanique, sont devenus impossibles. Désormais la science de la vie ne peut plus errer que dans son propre domaine. L'animisme n'y a même plus son ancienne raison d'être, car chaque élément organique irréductible est doué d'une vie propre; et l'organisme entier n'est que l'assemblage consensuel et hiérarchique de ces éléments naturellement animés, essentiellement pénétrés d'une force d'évolution continue qui se propage sans interruption au moyen des germes.

» La science des modificateurs de l'organisme, agents de l'hygiène ou agents de la thérapeutique, peut donc se développer normalement. La matière médicale est entrée dans cette voie régulière et définitive. Elle se meut librement dans la physiologie et dans la clinique. En étudiant l'action des médicaments sur les animaux sains, comme la toxicologie l'avait fait pour les poisons, elle a créé la pathologie expérimentale, et elle a pu vérifier ce qu'on a professé depuis longtemps, savoir, que c'est par l'action pathogénétique dont elles sont douées que les substances médicinales actives modifient les maladies et peuvent les guérir.

» La matière médicale et la thérapeutique continuent à tenter, avec une sincère ardeur, des méthodes nouvelles, et elles aspirent par ces méthodes à un état plus positif et plus scientifique. Nous espérons que cette direction les y conduira... Mais si l'on veut que ce progrès soit vraiment médical, et que l'art en profite, il faut bien se persuader que la pathologie ne peut pas se déduire *a priori* de la physiologie, ni la thérapeutique de la toxicologie et de la pathologie expérimentale.

» On ne peut pas recommencer la médecine tous les jours. Le progrès qui ne s'appuie pas sur la tradition médicale est un faux progrès, condamné à périr... La meilleure part de ce que nous savons en thérapeutique nous vient de l'art, de l'empirisme, des tâtonnements de l'expérience clinique dirigés par la nécessité et la sympathie.

» Qu'aujourd'hui que nous connaissons les agents thérapeutiques cliniquement et par l'art, nous cherchions à les connaître physiologiquement ou par la science, non-seulement cela est possible, mais cela est nécessaire. La science doit donc venir au secours de l'art, l'éclairer, le perfectionner, l'organiser et lui donner de plus en plus conscience de lui-même. Mais quelques services que la science rende à l'art ; quelque muni qu'il soit par elle de faits positifs et de théories aussi approximativement justes que possible, l'art sera toujours lui, toujours souverain, pénétrant toujours plus avant dans le secret des maladies par le sentiment médical, que la science la plus positive par ses connaissances toujours provisoires... Aussi la vraie science médicale serait celle qui appuierait sur des faits démontrés, qui expliquerait à l'esprit et qui traduirait en principes les aperceptions profondes en vertu desquelles un médecin de génie, incapable

FEUILLETON

Les livres d'étrennes.

Nous avons coutume, chaque année, de signaler à nos lecteurs les livres qui nous semblent mériter leur approbation, et être dignes de leur choix, au moment des étrennes.

Cette année, nous sommes heureux de placer en tête de ces publications celles d'un libraire dont le nom est justement aimé et estimé de nos confrères. M. Germer Baillière, à côté de ses publications médicales, vient d'aborder les publications spéciales d'histoire naturelle. Son début a été un véritable coup de maître. Tous nos lecteurs partageront cette opinion en feuilletant le splendide ouvrage où M. Blanchard (de l'Institut) raconte l'histoire et les mœurs des insectes. Les illustrations y sont jetées à profusion ; elles sont, en tous points, dignes du texte du savant professeur. Nous félicitons vivement l'éditeur d'avoir mis au jour un livre aussi soigné dans toutes ses parties, et nous espérons que le succès de ce début l'engagera, chaque année, à nous donner une œuvre de cette valeur.

C'est encore à M. Blanchard que nous devons une histoire très-complète des poissons des eaux douces de la France. Ce livre nous initie aux mœurs de chaque genre de poisson; le dessin vient à l'appui de la description. Nous signalerons dans cet ouvrage un chapitre des plus intéressants sur l'histoire de l'ichthyologie. Cet ouvrage sort de la librairie de MM. J. B. Baillière et fils, qui viennent de publier aussi un Traité de botanique dû au savant M. Duchartre (de l'Institut). C'est le dernier mot de la science botanique actuelle.

Puisque nous prononçons le nom de cette science, comment, à côté du splendide *Règne végétal*, de MM. Baillon, Dupuy, Thorincq, Gérard, etc., ne pas citer l'œuvre très-remarquable que M. Asselin est en train de publier, sous le titre de *Plantes fourragères*. Le texte, savamment écrit par MM. Gourdon et Nandin, nous présente une série de cent planches, au moins, gravées sur cuivre, et coloriées avec le plus grand soin. Nous avons feuilleté bien des Atlas, et nous devons à la vérité de déclarer que nous connaissons bien peu de planches, où la plante soit plus vraie et plus vivante.

Ne quittons pas ce terrain sans saluer le livre si remarquable de M. le docteur Hœfer, le *Monde des bois*. C'est encore de l'histoire naturelle, mais dépouillée du côté scientifique grave, ce qui est loin de dire que l'ouvrage ne représente pas la science actuelle. Il suffit de nommer M. le docteur Hœfer pour dire *savant;* mais dans le *Monde des bois*, il s'est mis à la portée de tous, et c'est merveille de le voir se débattre au milieu des problèmes les plus ardus, et faire comprendre facilement ce qui, en réalité, est fort difficile. Tout ce que la gravure peut donner de plus remarquable vient au secours du savant écrivain, et cette dernière œuvre ne le cède en rien au *Monde des papillons*, aux *Fougères*, aux *Plantes à feuilles colorées*, qui ont si justement établi la réputation de l'éditeur, M. J. Rothschild.

Voulez-vous maintenant que nous quittions ces publications d'histoire naturelle pour jeter un coup d'œil sur quelques œuvres d'esprit ?

Au premier rang, nous plaçons sans contredit, les délicieux Contes que M. Edouard Laboulaye avait autrefois composés pour ce gracieux petit enfant que la mort vient de lui ravir. On ne peut, en les lisant, s'empêcher d'admirer la souplesse d'esprit du professeur au Collége de France, écrivant de manière à charmer les petits enfants, et, plus encore, à charmer les grandes personnes. MM. Furne et Jouvet ont eu la main heureuse en se faisant les éditeurs de ces *Contes Bleus* qui continueront le succès obtenu par les *Merveilles de la science*, de Louis Figuier. Ce sont, en effet, ces mêmes éditeurs qui nous donnent cette année un second volume illustré dans lequel M. Figuier nous raconte avec le charme que l'on sait, et la télégraphie aérienne, et la télégraphie électrique, et la galvanoplastie, et l'aréostation. Toujours infatigable, M. Louis Figuier a continué cette année, chez Hachette, son grand ouvrage de la *Vie des animaux*. Cette année, il aborde l'*Histoire des poissons, reptiles et oiseaux*. Tous ceux qui ont lu les premiers volumes de cette belle collection sont à même d'apprécier le talent de l'auteur, qui semble prendre des forces nouvelles à mesure qu'il avance dans sa laborieuse carrière.

Aux amateurs de littérature étrangère, nous signalerons les *Contes de tous pays*, de M. Emile Chasles. Nous mettrions volontiers, parmi les choses agréables et peu scientifiques, les *Hôtes du logis*, où M. S. Henry Berthoud continue à cacher, sous le charme du conteur, le peu de valeur du savant; mais il conte bien. MM. Garnier frères, éditeurs de ces deux derniers livres, ont encore publié l'*Histoire guerrière de la France*, intéressante à lire pour nous, et instructive pour nos enfants.

Et maintenant, chers confrères, voilà le gros de la gerbe. A vous de choisir, votre choix ne peut être qu'heureux.

Dr E. RENAUD.

souvent d'en rendre compte lui-même, voit et agit de telle ou telle manière conforme à la vérité pratique... etc. »

Réaliser, autant qu'il était en eux, l'union de la science et de l'art, et pour ce qui regarde particulièrement l'objet de cet ouvrage, l'influence réciproque de la physiologie et de la thérapeutique, tel est, en résumé, le but que se sont proposé les auteurs du *Traité de thérapeutique et de matière médicale*.

Acceptons, pour le moment, sans trop épiloguer sur quelques propositions qui demanderaient peut-être une sérieuse discussion, ce large programme qui, en somme, fait assez équitablement la part de la science avec ses tendances, nous dirions volontiers avec ses exigences modernes de preuves et d'expérimentations, sans toutefois lui sacrifier les enseignements féconds de l'empirisme et de la tradition.

Disons maintenant quelles sont les additions que les auteurs ont faites à cette nouvelle édition ; elles sont particulièrement relatives aux médicaments dont l'action physiologique a été mieux éclairée par les travaux modernes. Ce sont, parmi les substances médicinales qui agissent spécialement sur la nutrition et la sanguification, les préparations de fer, de mercure, d'arsenic et d'argent. Parmi celles qui agissent plus spécialement : 1° sur l'innervation centrale : l'opium et ses nouveaux alcaloïdes ; les anesthésiques, le protoxyde d'azote, la quinine, l'alcool ; l'électricité, le massage ; 2° sur l'innervation des diverses parties de l'appareil circulatoire : la digitale, les antimoniaux ; enfin le bromure de potassium. Le curare et la fève de Calabar, dont il n'était point question dans les précédentes éditions, ont leur place dans celle-ci. Les auteurs s'y sont occupés aussi de deux questions importantes : l'une de thérapeutique générale, l'antagonisme des médicaments ; l'autre, d'application pratique, l'emploi des médicaments par la voie des injections sous-cutanées. La matière médicale a été corrigée et refondue d'après les indications du nouveau Codex et de l'officine Dorvault. Enfin on y trouvera un compendium sur les eaux minérales, addition qu'apprécieront certainement les praticiens.

Nous n'avons pas à faire de vœux pour le succès de cette nouvelle édition de l'œuvre de MM. Trousseau et Pidoux. Ce succès est assuré et pour d'autres éditions encore.

D[r] Brochin.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du bromure de potassium ferrugineux.

Par M. le D[r] M. Petit.

Lorsqu'un médicament nouveau surgit, les premiers expérimentateurs qui en font l'essai ne peuvent agir qu'avec une certaine timidité et une grande circonspection. Il se trouve bien d'ardents promoteurs qui, entraînés par l'espoir du succès, vont au delà de la vérité scientifique ; mais, si les uns marchent lentement dans la voie du progrès, les autres engendrent avec leur exagération le doute ou le scepticisme.

Au nombre des médicaments qui actuellement jouissent d'une vogue méritée, on peut citer le bromure de potassium.

A peine était-il découvert, que l'analogie chimique qu'il a avec l'iodure de potassium, dut le faire employer comme un succédané de ce dernier. Les premiers essais tentés ayant été infructueux, ce médicament fut abandonné pendant un certain temps.

Mais, dans ces dernières années, son action physiologique ayant été sainement étudiée, on a pu en déduire des applications thérapeutiques d'une efficacité incontestable.

L'expérimentation procédant ainsi conduit bien rarement à l'erreur. Nous ne pouvons ici passer en revue les diverses publications qui ont paru sur ce sujet, nous dirons seulement que M. le D[r] A. Robin qui, depuis plusieurs années, étudie avec un soin tout particulier l'action thérapeutique du bromure de potassium, vient, dans un opuscule que nous avons sous les yeux, de confirmer les résultats obtenus par ses devanciers.

Rappelant très-succinctement l'opinion des différents auteurs qui ont écrit sur le bromure de potassium, notre confrère mentionne, dans un rapide résumé, son expérience particulière. De même que Brown Sequard, Wilhams, Blache, Namias, Aug. Voisin, etc., dans l'épilepsie et l'hystérie ; Smith, dans la coqueluche ; Besnier, dans la méningite tuberculeuse ; Andral, Bartholz, Gubler, dans le rhumatisme, et surtout dans les névroses en général ; Simpson, Bennett et Courty, dans les affections utérines ; de même M. Robin a employé avec succès ce médicament dans ces maladies et dans d'autres encore.

Mais si ce praticien a donné une impulsion toute nouvelle à l'emploi du bromure de potassium, c'est en lui associant le fer. Nul doute pour nous que cette association ne soit très-heureuse, car nous reconnaissons avec lui que l'indication du bromure de potassium implique très-fréquemment celle des ferrugineux. Personne, en effet, ne conteste la concomitance presque constante d'une névrose et d'un état chloro-anémique. Il faut donc pour répondre à cette double indication, l'emploi simultané d'un tonique et d'un antispasmodique. Nous avons dans le bromure de potassium un antispasmodique énergique, et dans le fer un tonique dont chacun connaît la puissance. En outre, le fer, joint au bromure de potassium, possède un nouvel avantage. En effet, s'il produit, comme il est dit dans les traités de thérapeutique (et nous entendons les meilleures préparations martiales, c'est-à-dire les solubles), si le fer produit, disons-nous, pour être absorbé, une irritation de la muqueuse de l'estomac et entraîne avec lui une partie du suc gastrique aux dépens de la digestion alimentaire ; s'il produit, après son absorption, une congestion du cerveau ; ces inconvénients assez sérieux ne sont-ils pas détruits par l'action sédative du bromure de potassium sur la muqueuse stomacale et contro-stimulante sur les centres nerveux ?

Donc, le fer, associé au bromure de potassium, jouit de la propriété d'être facilement absorbé, de n'irriter aucunement l'estomac et de ne pas congestionner le cerveau.

C'est ce qu'a parfaitement reconnu le D[r] A. Robin. L'indication étant aussi nettement formulée, il restait le *modus faciendi*. Là, le rôle du médecin s'arrête, et c'est à M. Landron, pharmacien, que revenait la tâche de résoudre cette question. Il est parvenu à réunir ces deux agents en une seule préparation, sous forme de pilules. Nous devons ajouter que ces pilules ne peuvent être comparées à celles de Magendie, qui ne sont que du bromure de fer, au lieu que celles de M. Landron sont du bromure de potassium ferrugineux, renfermant chacune quinze centigrammes de bromure de potassium et cinq centigrammes de sel ferreux.

Nous sommes convaincu que ce médicament nouveau est appelé à rendre un véritable service à la thérapeutique.

La pratique du D[r] A. Robin est déjà venue confirmer cette assertion, et ce médecin n'a eu qu'à se louer de son emploi dans les maladies nerveuses accompagnées de signes anémiques, dans certaines affections utérines, et dans les diverses cachexies. Il est, de plus, d'une grande utilité pour le médecin, qui possède ainsi un remède sûr, énergique, parfaitement dosé, que le malade prend avec facilité. Aussi nous n'hésitons nullement à recommander ce produit à nos confrères.

De la valeur de l'iode dans le traitement des maladies.

Depuis que Coindet (de Genève) a fait entrer l'iode dans la thérapeutique, tous les efforts du praticien ont tendu à combattre les inconvénients attachés à l'absorption de ce précieux médicament. Ses propriétés stimulantes et altérantes l'avaient désigné comme le fondant par excellence des engorgements ganglionnaires, et des tumeurs. On avait reconnu sa propriété dépurative, et son action sur l'estomac, en excitant l'appétit, en facilitant la digestion, l'avait fait inscrire parmi les meilleurs toniques.

Mais, devant ces qualités, le médecin restait incertain. Il ne pouvait oublier que l'iode, par sa causticité, donnait lieu à des accidents, irritation des muqueuses, nasales, laryngiennes et gastro-intestinales, les douleurs d'estomac, le coryza et le larmoiement ; telles étaient les causes principales de son délaissement. La pharmacie s'empara du médicament, et mit à l'étude les divers moyens par lesquels on pourrait combattre les inconvénients que nous venons d'indiquer ; et rechercher les formes sous lesquelles il serait enfin possible de faire prendre le médicament.

S'adresser aux composés d'iode n'était que reculer la difficulté ; car la meilleure de ces préparations, — l'iodure de fer, — doit souvent être rejetée, et par suite de la constipation opiniâtre qu'il occasionne, et aussi à cause des nombreux exemples d'intolérance de ses préparations.

Si, de plus, on songe à la saveur peu agréable des préparations iodées, on voit que les femmes et les enfants, chez qui l'iode est le plus souvent nécessaire, s'en dégoûtent facilement, et privent ainsi le médecin d'un remède précieux.

On comprend combien le problème se trouve compliqué ; et il n'est pas un médecin qui n'accueillera avec sympathie les résultats obtenus par M. Jolly.

Lauréat de l'école de pharmacie de Paris, et ancien interne lauréat de nos hôpitaux, M. Jolly avait été à même de voir dans les divers services, combien l'iode pouvait être heureusement employé, et il s'était mis courageusement à l'œuvre. S'il avait suffi de mélanger l'iode au vin, pour le faire prendre facilement aux malades, le résultat que nous signalons à nos lecteurs n'aurait qu'un intérêt secondaire ; mais, dans les combinaisons d'iode et de tannin, il faut une assez grande quantité de tannin pour dissimuler l'iode. Puis, le tannin ou les matières tannantes peuvent, par leurs propriétés astringentes, constituer un médicament incompatible pour le malade que l'on traite. Il a donc fallu avoir recours à un procédé chimique spécial, pour obtenir une heureuse combinaison. Ajoutons la nature même du vin — Malaga — et l'on verra que le *vin iodé* de M. Jolly est une excellente préparation à saveur agréable, nullement altérée par le procédé employé, conservant les qualités organoleptiques du vin ; avantage qui permet de suivre, même avec plaisir, un traitement toujours long.

Le vin iodé est un des succédanés les plus incontestés de l'huile de foie de morue. Jusqu'à ces derniers temps, on avait cherché à expliquer l'action de cette huile par sa composition, sans tenir assez compte de la présence de l'iode. C'est cet iode qui, en réalité, joue un rôle important dans les effets qu'on en peut retirer. Nous réservons, bien entendu, ses qualités d'aliment respiratoire.

Employée aujourd'hui sur une très-grande échelle, la falsification devait s'emparer de l'huile de foie de morue ; et souvent le médecin est étonné des résultats insignifiants qu'il en obtient. Ces falsifications sont d'autant plus regrettables qu'il n'existe aujourd'hui aucun moyen physique ni chimique qui permette de les déceler. Aussi, M. Dorvault, éminent directeur de la Pharmacie centrale des pharmaciens de France, avait-il, au mois d'août 1866, proposé un prix de 500 francs à celui qui découvrirait un procédé certain pour constater les falsifications de l'huile de foie de morue. Le concours terminé cette année n'a donné aucun résultat vraiment pratique et applicable à l'industrie. Enfin, la quantité d'huile de foie de morue réellement pure, fournie par le commerce, est loin de répondre aux besoins de la médecine, et les autres huiles employées, le plus souvent falsifiées, seront d'une digestion beaucoup plus difficile.

Il nous a été souvent donné de constater qu'à la suite de l'usage de certaines huiles, l'appétit se perd ; rien ne vient accuser leurs propriétés thérapeutiques, et leur moindre inconvénient est d'entretenir ainsi malheureusement les malades dans de trompeuses espérances, presque toujours déçues.

Il est donc préférable de s'adresser directement à un médicament titré, dont on peut, pour ainsi dire, mesurer la valeur. C'est ce qui a conduit M. Jolly à titrer au millième son vin iodé, qui nous semble très-heureusement répondre aux desiderata de la thérapeutique.

Les résultats qui ont déjà été obtenus avec le *vin iodé* de Jolly, nous engagent à attirer sur lui l'attention de nos confrères. Sans appuyer spécialement sur les diverses maladies auxquelles il peut s'appliquer, il nous suffit de faire reporter le médecin aux propriétés de l'iode.

L'usage du vin iodé n'exige aucune précaution spéciale. Un traitement hygiénique convenable, une alimentation substantielle favorisent l'effet du médicament. Deux fois par jour, une heure avant le repas, on donne le vin iodé aux enfants, à la dose d'une cuillerée à potage ; aux adultes, à la dose d'un petit verre à liqueur.

Au praticien maintenant à mettre en expérimentation un médicament qui nous semble réunir les qualités désirables.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 décembre 1867. — Présidence de M. Tardieu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le secrétaire perpétuel donne communication d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui contient l'ampliation d'un décret en date du 16 décembre courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Hérard dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Jadioux décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Hérard prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les registres d'inscription des malades traités en 1867 dans les hôpitaux thermo-militaires de Barèges, de Bourbon-l'Archambault et d'Hamamm-Meskoutin. (Commission des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur Denys-Dumont (de Caen) sur une épidémie de choléra qui a régné dans le Calvados en 1865 et 1866.

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1866 dans le département de la Charente. (Commission des épidémies.)

4° Les mémoires et bulletins de l'Académie royale de Belgique.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Lefort, Verneuil et Maurice Perrin, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

2° Un mémoire de M. le docteur Antonin de Beaufort (de Chaillac) sur la pathogénie et le traitement de la tuberculose. (Commissaire, M. Colin.)

3° Un essai sur les familles pathologiques par M. le docteur Gaillard (de Poitiers.) (Com., M. Pidoux.)

4° Une lettre de M. le docteur Garrigou Desarènes à propos de la réclamation de M. Bonnefont.

5° Une lettre de M. Drouin de Lhuys, président de la Société d'acclimatation, qui appelle l'attention de l'Académie sur les propriétés fébrifuges de l'encalyptus globulus, propriétés signalées par MM. Carvallo et Malingre. (Comm. des remèdes secrets.)

M. le D[r] Villemin adresse, au sujet de la discussion sur la tuberculose, une lettre dont nous reproduisons les principaux passages.

« Monsieur le président,

» . . . . . MM. Chauffard et Pidoux m'ont attribué des expériences d'après lesquelles j'aurais affirmé que la forme tuberculeuse, dite pneumonie caséeuse « était radicalement et » spécifiquement distincte de la tuberculose pulmonaire. » M. Pidoux a même déclaré avoir protesté contre mes conclusions. Puis ce savant académicien m'a fait faire ensuite un changement de front et confesser, au congrès médical international, l'origine phymatique de la matière caséeuse, et cela, *sans dire pourquoi*, me ralliant *tacitement*, selon lui, à son opinion, publiée trois mois auparavant, dans l'*Union médicale*. A dater de ce moment, ajoute M. Pidoux, « des produits naguère inféconds et non spécifiques reproduisirent entre les » mains de M. Villemin, la granulation grise qui continua » nonobstant à être spécifique. »

» Et d'abord, MM. Chauffard et Pidoux ont avancé un fait erroné, car je n'ai entrepris aucune expérience établissant une séparation entre le tubercule granuleux et le tubercule infiltré

ou pneumonie caséeuse. M. Pidoux n'a donc pas pu protester contre leurs résultats. Les seules expériences que j'ai faites sur ce point litigieux sont rapportées dans mes *Etudes sur la tuberculose*; elles affirment l'identité de la granulation tuberculeuse avec les masses caséeuses plus étendues des poumons des phthisiques. Par conséquent, je n'ai jamais reconnu féconds des produits que j'avais naguère déclarés stériles, de par l'expérimentation.

» J'ai cru autrefois, il est vrai, en 1866, qu'il y avait lieu de séparer les produits caséeux contenus dans les alvéoles pulmonaires, des granulations siégeant dans le tissu conjonctif interlobulaire. Mais, si j'ai reconnu et confessé mon erreur, ce n'est pas *sans dire pourquoi*, puisque ma conversion a eu pour point de départ la découverte d'un procédé appliqué à l'étude de la structure du poumon ; pour fondement, la constatation d'un élément cellulaire que je ne soupçonnais pas dans les parois des vésicules ; pour justification, un mémoire que j'ai publié dans les *Archives générales de médecine*, en octobre 1866, bien avant les *Fragments* de M. Pidoux, parus en mai 1867. Dans ce travail, je n'avais pas à faire la description du tubercule, j'y annonçais seulement, d'une façon sommaire, mais explicite, l'origine phymatique de la pneumonie caséeuse des phthisiques.

» Ma nouvelle manière de voir, développée au Congrès médical international, était donc basée sur de longues et laborieuses recherches histologiques. En revenant à une conception conforme, dans le fond, à celle de Laennec, je ne croyais pas méconnaître les droits d'autrui, parce que je ne citais pas tous ceux qui sont restés fidèles à la théorie de l'inventeur de l'auscultation.

» M. Pidoux m'a fait dire que le tubercule gris et dur était plus facilement inoculable que le tubercule jaune et ramolli; il est parti de cette erreur pour mettre en contradiction les résultats de mes inoculations avec les faits de contagion de la tuberculose qui se montrent à cette période de la maladie où la désagrégation et la fonte des tubercules entraînent leur expulsion au dehors. Or, c'est précisément l'assertion contraire que j'ai émise dans les deux communications que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, et je l'ai reproduite à la page 593 de mes *Études sur la tuberculose*.

» Enfin, parmi quelques autres erreurs dont la rectification donnerait à cette lettre trop d'étendue, je ne relèverai que celle par laquelle l'honorable M. Pidoux me prête une opinion des plus étranges, à savoir, que, d'après les inoculations du tubercule, j'aurais conclu « *que les causes des maladies sont toutes spécifiques*; » il me montre « proclamant une panspermie nosologique, faisant flotter dans les nuages les germes de la tuberculose et de *toutes les maladies*. » Le brillant orateur n'a oublié qu'un mot qui, sans rendre parfaitement ma pensée, lui aurait au moins donné les apparences d'une conception sérieuse; il a sans doute voulu dire : *toutes les maladies zymotiques*.

» M. Pidoux a du reste généralement renversé l'ordre des idées exprimées dans mon livre; il a cru voir dans les principes généraux que j'y ai développés, des *déductions forcées* de mes inoculations dont les résultats m'auraient *grisé, fasciné*, selon lui. Tandis qu'au contraire, ce sont ces principes, puisés dans des études d'anatomie et de physiologie générales, dans des recherches de pathologie comparée, dans l'observation clinique, etc., etc., qui m'ont amené depuis longtemps à croire à la spécificité de la tuberculose et à tenter son inoculation.

» Je suis, avec respect, Monsieur le président, etc.

» VILLEMIN. »

M. Pidoux, après cette lecture, avoue que M. Villemin a pu croire que des erreurs de faits se sont glissées dans son argumentation, il se réserve, à la reprise de la discussion, de justifier les opinions qu'il a avancées.

— **M. Guéneau de Mussy** présente : 1° de la part de M. le Dr Achille Foville, une brochure sur le delirium tremens. 2° De la part de M. le Dr Lino Ramirez un mémoire sur le traitement des abcès du foie. 3° En son propre nom, ses « leçons cliniques sur la tuberculisation pulmonaire, » sur « la toux, » sur « les phlegmons du ligament large, » etc.

M. Ricord présente, de la part de M. le Dr Favrot, une brochure sur la nomenclature médicale des Arabes.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le Dr Giraldès un volume intitulé : *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. 2° Au nom de M. le Dr Lahillonne, une brochure sur Pau et ses environs, au point de vue des affections paludéennes.

M. Vernois dépose sur le bureau un travail manuscrit sur l'existence des microzoaires dans l'expectoration des malades atteints de rougeole.

M. Pidoux offre en hommage, en son nom et comme un dernier souvenir du professeur Trousseau, le 1er volume de la 8e édition du *Traité de thérapeutique et de matière médicale*.

M. Gosselin présente : 1° Au nom de M. le Dr Voillemier, la première partie d'un *Traité des maladies des voies urinaires*. 2° L'éloge de Valentine Mott, membre correspondant, par M. le Dr Alfred Post (de New-York).

M. Bouvier présente, de la part de M. le Dr Deschamps, une brochure sur les générations spontanées.

M. le Président annonce la perte regrettable faite par l'Académie dans la personne de M. Lagneau, l'un des doyens de la Compagnie et le vétéran de la chirurgie française.

Sur l'invitation de M. le président, M. Broca donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Lagneau.

L'assemblée accueille cette lecture par des applaudissements.

M. le Président déclare une place vacante d'associé libre. M. le Président fait connaître ensuite la situation des membres correspondants, et engage les commissions chargées de rapports, à hâter leurs présentations.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède au renouvellement du bureau pour l'année 1868.

Un premier tour de scrutin a lieu pour l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Ricord qui passe à la présidence.

Sur 68 votants, M. Blache obtient 67 suffrages et M. Jules Guérin, 1.

M. Béclard est réélu à l'unanimité, et par acclamation, secrétaire annuel.

MM. Devilliers et Gavarret sont nommés membres du conseil.

LECTURE.

Du Veratrum viride et de son action physiologique et thérapeutique.

M. Oulmont, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique, lit, sous ce titre, un mémoire dont voici une analyse.

Le veratrum viride est un médicament peu connu en France, très-vanté en Amérique comme apyrétique, à cause de son action très-rapide sur la circulation et la température du corps. — Il est presque regardé comme un spécifique dans les maladies inflammatoires fébriles et, en particulier, dans la fièvre puerpérale.

Un travail du Dr Kocher, publié en 1866 à Wurtzbourg, sur le traitement de la pneumonie fibrineuse par les préparations de veratrum, signalait des résultats si remarquables que M. Oulmont résolut d'expérimenter le médicament.

Plusieurs malades atteints de pneumonie aiguë franche furent traités par la teinture de veratrum viride et M. Oulmont put constater qu'au bout de douze ou vingt-quatre heures après l'administration du médicament (même au deuxième ou troisième jour de la maladie), la fièvre cessait brusquement, le pouls tombait de 40 à 50 pulsations, la température baissait de 1 à 2 1/2 degrés, et la pneumonie guérissait.

Mais, avant de poursuivre ses recherches, M. Oulmont voulut s'assurer du degré d'activité et de l'action physiologique de ce médicament si puissant. Il institua une série d'expériences sur plusieurs espèces d'animaux, des grenouilles, des lapins et des chiens, et c'est le résultat de ces expériences qui a fait l'objet de son travail.

Après une étude botanique et pharmacologique du veratrum viride d'Amérique, M. Oulmont aborde la relation de ses expériences, dont voici le résumé :

Le veratrum viride, administré à des doses non toxiques, exerce sur les animaux une action multiple, localisée particulièrement sur les voies digestives, respiratoires, circulatoires, et sur les forces générales.

Il détermine rapidement des nausées, des vomissements violents, qui durent quelquefois quinze à vingt heures, et de la diarrhée. Lorsque les animaux meurent, on ne trouve pas de traces d'inflammation gastro-intestinale. L'action sur les voies digestives se manifeste même quand on a injecté le médicament par la méthode hypodermique.

La respiration est rapidement et profondément modifiée. Elle devient inégale, irrégulière, tantôt très-rapide, tantôt d'une lenteur telle qu'elle tombe à deux et même à un mouvement respiratoire par minute; quelquefois, chez les grenouilles, elle se suspend complétement.

La circulation se ralentit très-rapidement. Le pouls baisse au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure de 20, 40 à 60 pulsations. Chez l'homme, en dehors de l'état fébrile, le veratrum, pris à l'intérieur, à la dose de un à 4 centigrammes, fait tomber le pouls de 30 à 40 pulsations.

La température suit une progression descendante un peu moins marquée. Au bout de une heure et demie à deux heures seulement, elle descend de 2, 3 et même 5 degrés, et peut y rester vingt-quatre heures sans que l'animal meure.

L'action hyposthénisante du veratrum viride se manifeste dès le début. L'affaiblissement et la prostration vont en augmentant et quand ils ont atteint le plus haut degré, l'animal meurt.

Il ne survient jamais de contractures, de roideurs musculaires ou de convulsions tétaniformes. Les symptômes d'excitation du système musculaire constituent le caractère spécial de l'action de la vératrine.

La teinture de veratrum viride devient toxique chez les grenouilles à la dose de 20 gouttes, chez les lapins à 60 ou 80 gouttes et chez les chiens à 120 et 150 gouttes.

M. Oulmont étudie ensuite l'action du veratrum album indigène, pour la comparer à celle du veratrum d'Amérique. Après avoir rappelé que ces deux variétés ne se distinguent entre elles que par un petit nombre de caractères botaniques pharmacologiques, il constate que l'action du veratrum album sur les différentes fonctions et les divers animaux est la même que celle du veratrum viride.

Elle n'en diffère que par son action plus violente sur les voies digestives, qui portent toujours les traces d'une vive inflammation, et par sa foudroyante activité ; l'animal succombe en 40 minutes ou 2 heures à une dose de moitié moindre que la dose de veratrum viride nécessaire pour amener la mort.

Enfin, M. Oulmont, étudiant comparativement l'action physiologique de la vératrine et celle du veratrum viride arrive à conclure que cet alcaloïde, qui entre pour une notable proportion dans la composition du veratrum, n'en est pas le principe actif. Cette conclusion s'est trouvée confirmée par une expérience faite sur un lapin avec le veratrum viride privé de vératrine, expérience qui reproduisit exactement les mêmes phénomènes que ceux du veratrum viride pur.

M. Oulmont tire de tous ces faits la conséquence que le veratrum viride peut être considéré comme un poison du cœur, analogue à la digitale, dont il diffère par son extrême rapidité d'action.

(Le mémoire de M. Oulmont est renvoyé à la section de thérapeutique constituée en commission d'élection.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — **M. Gubler**, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes.

Les conclusions négatives de tous ces rapports sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CONCOURS DES HOPITAUX.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

1. MM. Richelot, Curtis, Grancher, Monod, Muron, d'Espine, Humbert, Bax, Ducastel ;

11. Flamain, Thaon, Joffroy, Bloch, Labadie-Lagrave, Hubert-Valleroux, Malassez, Calmettes ;

21. Rosapelly, Demeules, Villard, Deshayes, Chaume, Cot, Pomiez, Sénac-Lagrange, Huchard, Cornillon ;

31. Basserau, Peltier, Frémy, Lordereau, Guihal, Tribes, Langlet, Jank-Guistel, Lassalas, Martin.

INTERNES PROVISOIRES. — 1. MM. Casteran, Sevestre, Lagrelette, Spillmann, Schlumberger, Suchard, Visca, Filhol, Barthelemy, Deboves ;

11. Lamblin, Renault, Rigaud (Emile), Lepiez, Charpentier, Pozzi, Gschwender, Briand, Barety, Bonamy ;

21. Challaud, Dumaz, Magnin, Decornière, Defoix, Abadie, Thénieux, Geslin.

PRIX DE L'INTERNAT. — 1re *Division*. — Le prix (médaille d'or) a été accordé à M. Hayem ; — l'accessit (médaille d'argent), à M. Delens.

1re mention honorable : MM. Audhoui, Monod, Gadaud ; — 2e mention honorable : MM. Perruchot, Farabeuf, Larcher.

2me *division*. — Le prix (médaille d'argent) a été accordé à M. Felizet ; — l'accessit (des livres), à M. Prompt.

1re mention : MM. Jolly, Landrieux ; — 2me mention : MM. Hybord (Albert), Lucas-Championnière.

— Le concours de l'Externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1. Rendu, Tilloy, Bourdon, Bergeron, Dissandes-Lavillatte, Hubert, Terrillon, Gazales, Coyne, Watelet ;

11. Lachanaud, Lorey, Phaphoutakis, Robinson-Beverley, Dubois, Campenon, Menu, Deffaux, Fontagnères, Homolle ;

21. Peyrot, Richet, Sabatie, Chrétien, Chouppe, Renault, Labarraque, Marcé, Landouzy, Malherbe ;

31. Bosvieux, Guignard, Fougère, Martin (Marc-Edouard), Meusnier (Paul), Devy, Courtaux, Labuze, Sabourin, Croisier ;

41. Hybre, Leroy (Alph.), Bosc, Voulet, Goyard, Ory, Fortin, Bouilly, Bouyer, Demange ;

51. Lemaire, Motais, Regnault (Louis), Dupuy (Léopold), Douillet, Warnet, Castiaux, Dumée, Porak, Cadet ;

61. Deroy, Camboulives, Misset, Cottin, Coudroy de Lauréal, Floy, Guillie, Lestage, Martin (Georges), Mhichel ;

71. Percheron, Sudnik, Beau, Monsnereau, Mdlé, Bertail, Gairal, Grellet, Mauguié, Maréchal ;

81. Spiral, Bez, Caudron, Witkooski, Gayat, Martel, Meunier (Jules), Pasqnet-Labroue, Pairier, Simon ;

91. Jablonski, Markheim, Anfagat, Bonny, Carret, Cochy-Moncan, Delouline, Lassaigne, Coubet, Verron ;

101. Diday, Audoyneaud, Bredou, Bureau, Cassaignes, Hardy, Hanet, Gaspais, Phélebon, Ballay ;

111. Blain, De Vezeaux de Lavergne, Fourmer (Emile), Hamel, Nebout, Buty, Planteaux, Barbin, Fourmer (Alfred), Gauthier ;

121. Lambry, Laurent, Piéchaud, Renault (Charles), Ricard, Rouch, Stanesco, Nicolle, Carpentier (Jules-Eugène ;

131. Sebileau, De Festugières (Paul), Ferry, Garrigul, Legougeux, Verdun, Coqueret, Chaparre, Delacou, Mendouze ;

141. Bernard, Cauchy, De Gruchy, Fidelin, Fort (Lucien), Guérin, Lebail, Morin (Eugène), Rativeau, Roque ;

151. Mascarène de Rayssac, Faure (Marcellin), Dessoliès, Courtois, Blazard, Breuillard, Chaudron, Festy, Guyot, Iszenard ;

161. Jourdan, Pouillet, Rhétoret, Boyron, Mascarel, Roy, Budin, Parpentier (Louis-Joseph), Cordier, Coupat ;

171. Dupuis (Albert), Fleury, Leboucher (Charles), Leboucher (Jacques), Millot, Roblin, Satre, Jardin, Chauvin (Georges), Tachard ;

181. Beugnon, Biau, Decaesterker, Decuignières (Joseph), Mérigot, Oyon, Paulier, Sueur, Thério, Thierry ;

191. Lebouteiller, Larrieu, Lisnard, Tssel, Pageot, Bricard, Tardif, Bonnet, Astay, Garmer ;

201. Dalleix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date des 18 et 21 décembre 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique en Algérie,

Au grade d'officier : MM. Frison, Perret et Couderc, méde-

cins-majors de 1re classe; Raoult, médecin-major de 2e classe;

Au grade de chevalier : MM. Mourlon et Chevassu, médecins-majors de 2e classe; Georgeon, Moussu et Leblanc, médecins aides-majors de 1re classe; Vivier, Dubois, Massoutié et Verger, médecins aides-majors de 2e classe; Laugier, chirurgien sous-aide; Courant, pharmacien-major de 2e classe; Privat, pharmacien aide-major de 1re classe; Payn, médecin de la maison centrale de l'Harrach; Renucci, médecin de colonisation.

—Par décret en date du 14 décembre 1867 ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels des médecins :

A Evreux, M. le Dr Fortin. — A Angers, M. le Dr Daviers. — A Albi, M. le Dr Caussé.

— Par décision impériale en date du 18 décembre 1867, le gouverneur général de l'Algérie est autorisé à décerner, au nom de l'Empereur, aux médecins dont les noms suivent, de médailles d'honneur pour services rendus pendant l'épidémie cholérique, savoir :

Médailles d'or de 1re classe : MM. les Drs Miguères (Alger); Garny (Marengo); Martin (Sétif); Charbonnier (Alger); Turot (Saint-Denis du Sig); Quantin (Penthièvre); Mazet (Bou Medfa).

Médailles d'argent de 1re classe : MM. les Drs Blancsubé (Mostaganem); Evesque (Relizane); Desarbres (Coléah); Audibert (El Arrouch); Robert (Cherchell); Aumas, interne.

— Par divers arrêtés ministériels :

Faculté de médecine de Paris. — M. Wilm, préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chef des travaux chimiques à ladite Faculté (emploi nouveau).

M. Salet, bachelier ès lettres, licencié ès sciences physiques, est nommé premier préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Wilm, appelé à d'autres fonctions.

M. Bouchardat (Gustave), licencié ès sciences physiques, est nommé deuxième préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Wolf est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Wœhrlin, démissionnaire.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Porson, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur de chimie et de matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Polasck.

Ecole préparatoire de médecine de Marseille. — M. Bartoli, professeur démissionnaire de pathologie interne à l'école de médecine de Marseille, est nommé professeur honoraire de ladite école.

M. Bishopp, sujet anglais, docteur en médecine et en chirurgie de l'Université d'Aberdeen (Ecosse), est autorisé à exercer la médecine en France.

— M. le Dr Dagron, directeur-médecin de l'asile de Prémontré (Aisne), vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile public des aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Marne). Le nouvel et magifique établissement de Ville-Evrard appartient au département de la Seine; il sera ouvert le 1er janvier prochain et ne recevra que des malades de la Seine, pensionnaires ou indigents.

— M. le Dr Sentoux, ancien interne de la maison impériale de Charenton, est nommé médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Blois.

— Si nous sommes bien informés, la liste des mutations qui devaient avoir lieu dans le service chirurgical des hôpitaux de Paris vient d'être modifiée comme il suit :

M. Péan passe à Lourcine, où devait aller M. Guéniot.
M. Guéniot prend le service des Enfants-Assistés.
M. Cruveilhier est nommé chirurgien de la Salpêtrière.

— M. Asselin, libraire-éditeur, nous prie d'annoncer que son *Agenda* pour 1868 renferme un *Code médical et professionnel* par M. Legrand du Saulle, médecin de Bicêtre. Nous nous empressons de réparer l'oubli involontaire que nous avions fait de cette utile innovation, dans l'annonce bibliographique de samedi dernier.

Quelques abonnements au prix réduit de 15 francs viennent de se produire parmi nos souscripteurs, par leur passage dans la classe de 20 francs.

Nous prions nos confrères qui désireraient prendre place dans la classe de 15 francs, de nous en donner immédiatement avis, en joignant à leur demande un mandat-poste de 15 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Métamorphoses, mœurs et instincts des insectes (Insectes, myriapodes, arachnides, crustacés), par M. Emile BLANCHARD, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Magnifique volume pour étrennes, grand in-8 avec 200 figures originales dans le texte et 40 planches tirées à part. Prix broché, 30 fr.; relié, 35 fr. — Paris, chez Germer-Baillière.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. le Dr CHASSAIGNAC. 2 vol. gr. in-8 compactes. Prix : 18 francs. — Paris, chez V. Masson et fils.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par M. le Dr CHASSAIGNAC, 2 vol. in-8, avec 180 figures dans le texte. Prix : 28 fr. — Paris, V. Masson et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. FANO, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec 152 figures et dessins en chromo-lithographie. Prix : 17 francs. — Paris, 1866, Adrien Delahaye.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

(1952) — Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72-80

N° 152. — MARDI 31 DÉCEMBRE 1867. (40e ANNÉE) MARDI 31 DÉCEMBRE 1867. — N° 152.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes

PARIS, 30 DÉCEMBRE 1867.

Sociétés savantes et Hôpitaux

Encore une année qui se termine ; on s'apprête pour la suivante ; les sociétés savantes renouvellent leurs bureaux ; on donne un souvenir aux morts, une pensée aux derniers travaux des vivants ; et puis on se hâte de faire des projets et des plans pour l'avenir.

A la Société médicale des hôpitaux, M. Gubler a remplacé comme président M. Hérard, et M. Moutard-Martin, comme vice-président, M. Gubler.

Le reste du bureau a été conservé toujours le même, et c'est justice. Le secrétaire général, M. Laillier, le trésorier, M. Labric, les vices-secrétaires, MM. Besnier et Desnos, s'acquittent trop bien de leurs fonctions pour qu'il soit possible d'espérer mieux.

M. Laillier a fait un rapport sur la situation de la Société, situation de plus en plus prospère à tous les points de vue.

De ce rapport très-écouté, très-applaudi, nous signalerons seulement quelques réflexions sur l'état actuel de l'enseignement médical en France, sur son avenir, les modifications qu'il doit subir, et le rôle que peuvent jouer dans sa transformation les médecins des hôpitaux.

M. Laillier, d'accord avec M. Lorrain, qui vient de publier sur ce sujet une brochure, au retour d'un voyage en Allemagne, déplore la supériorité que donne aux écoles d'outre-Rhin le développement des laboratoires, des amphithéâtres, des appareils et de toute l'organisation instrumentale qui peut servir aux progrès de la science.

Mais M. Laillier nous a paru attacher bien moins d'importance que ne le fait M. Lorrain aux procédés mathématiques appliqués à l'observation des maladies.

La clinique, en effet, doit toujours rester une. Elle ne se borne pas à quatre ou cinq séries d'études parallèles sur l'état du pouls, sur la température, tant dans le rectum que dans la bouche, aux aisselles, aux mains, aux aines, aux jambes, etc., sur les variations que les malades peuvent éprouver journellement dans leurs poids, sur la quantité des *ingesta*, le volume, la densité, et la composition des divers *excreta* : toutes choses que des instruments ou appareils peuvent indiquer avec une précision presque absolue. Il est un millier de remarques qui doivent attirer l'attention des praticiens et qui pourtant sont à peine susceptibles d'être représentées par des courbes.

Je faisais ces réflexions en lisant un ouvrage dont j'aurais beaucoup de bien à dire. C'est un mémoire de M. Lorrain sur le choléra. On ne peut s'empêcher d'admirer ce qu'il a fallu de temps, de zèle et de patience pour recueillir ces documents, et surtout d'art pour les mettre en œuvre d'une manière aussi distinguée. Certainement l'auteur est trop modeste quand il attribue uniquement à la perfection de la méthode les résultats qu'il a su tirer de ces études, et les progrès qu'il a réalisés dans nos connaissances sur ce sujet.

Les hommes d'un esprit ingénieux et original comme M. Lorrain, se laissent souvent prendre aux charmes de la difficulté vaincue, et se complaisent dans un labeur qui serait ingrat pour tout autre.

Mais ce n'est pas le moment de rendre compte de cet ouvrage. Nous en parlerons en même temps que de plusieurs autres livres publiés cette année, et de ces travaux sérieux, de plus en plus nombreux, qui se font en province.

Nous allons répondre d'abord à quelques questions qui nous sont faites, et qui touchent aux intérêts professionnels.

Jurisprudence médicale. — Honoraires médicaux fixés par abonnement.

Un de nos confrères des Pyrénées nous écrit que, dans son pays, il est de coutume immémoriale pour les familles de contracter avec leurs médecins un abonnement en vertu duquel elles reçoivent les soins médicaux pour une somme annuelle fixée d'avance, et qui ne varie pas avec leur état de santé.

C'est une sorte de marché à forfait qu'on trouve assimilé au louage de services dans un arrêt déjà ancien.

Les familles ont tout intérêt à cette espèce d'assurance contre les frais de maladie ; et, de son côté, le médecin peut trouver encore un avantage à donner à ses revenus un caractère moins aléatoire : si les visites ont été nombreuses, il reçoit sans doute beaucoup moins ; mais il reçoit plus, si les maladies ont été rares.

Seulement parfois il arrive, dans ce dernier cas, qu'un client de mauvaise foi refuse de payer le prix convenu.

Le confrère qui nous écrit a rencontré un débiteur de cette espèce, et à ce sujet il nous adresse les questions suivantes :

« 1° L'abonnement médical se continue-t-il fatalement par tacite réconduction, s'il n'y a pas contre-ordre du client ou du médecin ?

» 2° Peut-on invoquer le maintien de la volonté pour savoir s'il y a eu continuation d'abonnement et fonder un désabonnement sur un défaut de payement ou une lettre restée sans réponse ?

» Autrement dit, le fait du désabonnement peut-il résulter du défaut de payement ?

» 3° Un client peut-il invoquer la prescription pour éluder le payement d'abonnements échus ?

» La prescription appliquée aux visites médicales s'applique-t-elle de la même façon aux abonnements qui sont d'usage immémorial dans le midi de la France ?

» 4° Les abonnements qui ne sont que des marchés ou contrats synallagmatiques ne sont-ils pas régis comme les conventions en général ? »

La dernière question doit conduire à résoudre les précédentes.

Oui, sans doute, les abonnements dont il s'agit sont des contrats synallagmatiques ; ils sont régis par les lois générales qui s'appliquent à ces contrats.

Ils doivent donc être interprétés d'après la volonté des parties contractantes, telle qu'elle est exprimée d'une manière formelle ou telle qu'elle est présumée d'après les usages locaux.

Si donc l'abonnement avait été fait pour une durée indéfinie, il n'est nullement besoin de tacite réconduction pour qu'il dure, ininterrompu, d'année en année.

La convention première n'avait nullement besoin d'être renouvelée pour produire tous ses effets, du moment où elle n'indiquait aucun terme ; le payement annuel devait être considéré comme un arrérage, et rien de plus.

Si, au contraire, l'abonnement était contracté d'abord pour un temps limité, un an, par exemple, sauf à être renouvelable l'année suivante à la volonté des parties, il deviendrait très-délicat de définir dans quelles circonstances on pourrait admettre qu'il y ait eu tacite réconduction.

Le droit français moderne est bien moins favorable aux tacites réconductions que ne l'était le droit ancien ; pour qu'il en ait une en cas de location d'immeubles, il exige la possession par le preneur ; pour le médecin, il faudrait sans doute que quelque visite médiate eût été faite depuis l'expiration de l'ancien contrat.

Mais il est probable que l'abonnement médical se contracte habituellement dans le midi pour une durée indéfinie, et, dans cette hypothèse, il ne pourrait suffire, pour y mettre fin, que le client eût oublié de payer ou de répondre à une lettre qui lui rappelait cet oubli.

Quant aux arrérages de l'abonnement, ils ne peuvent évidemment subir la prescription d'un an, comme les visites et soins médicaux qu'on devrait toujours payer sans retard.

Ils constituent, en effet, une dette conventionnelle, et par suite, ils diffèrent entièrement des honoraires médicaux proprement dits. Tandis que ceux-ci, qui sont basés sur des services, peuvent, s'ils ne sont pas prescrits, quelque soit du reste leur montant, être réclamés devant les tribunaux, les arrérages d'abonnement, au contraire, en l'absence d'un acte écrit, ne craignent pas la prescription annale, mais ne peuvent être l'objet d'une demande judiciaire si le total ne dépasse la somme fixée dans les art. 1341 et suiv. du Code civil.

Cette distinction fondamentale a été oubliée dans un jugement récent qui n'est point appelé à faire jurisprudence et d'après lequel un médecin devrait toujours faire un contrat écrit avant de donner ses soins à un malade, s'il prévoyait que ses honoraires pussent dépasser la somme ci-dessus et s'il voulait en être payé.

Soins médicaux donnés à une femme qui avait abandonné le domicile conjugal. — Refus de payement de la part du mari.

Le mari doit-il des aliments à sa femme qui a abandonné le domicile conjugal, sans séparation judiciaire, et qui se refuse à y rentrer ?

La cour de Colmar a jugé que non (le 10 juillet 1833).

Est-il obligé de payer les sommes nécessaires à son entretien ?

Le tribunal civil de la Seine a jugé que non (le 21 octobre 1830).

Doit-il au moins payer au médecin les soins qu'il a pu donner à sa femme pendant une grave maladie ?

Le tribunal de Montargis vient de juger que non.

Nous donnons le texte de ce jugement, précédé d'un exposé sommaire des faits qui nous est adressé par un confrère.

« Les époux C... vivent à Ferrières, séparés de fait. La femme a aujourd'hui 76 ans, environ vingt-cinq ans de plus que son mari. Elle avait, il y a environ dix ans, formé contre lui une demande en séparation de corps et de biens qui avait été accueillie par le tribunal de Montargis, mais qui a été rejetée en appel par la cour d'Orléans. Mariés sous le régime de la communauté, le mari, qui en est le chef, jouit seul et exclusivement à sa femme, de la petite fortune de cette dernière. Quant à elle, elle vit de la charité de ses sœurs ; son mari, avec qui elle refuse de cohabiter, ne lui donne absolument rien.

» En 1865, la pauvre femme a été atteinte d'une pneumonie des plus graves, et a appelé le Dr B... pour la soigner. Elle a fini par se rétablir ; il était dû au médecin 92 francs pour visites et médicaments. Sa cliente ne pouvant le payer, celui-ci s'est adressé au mari, qui a refusé de faire droit à sa demande. Alors il a assigné, conjointement, les deux époux devant le juge de paix, en condamnation solidaire.

» A l'audience, C... a non-seulement soutenu qu'il ne devait rien au médecin, mais encore il a formé une demande reconventionnelle de 1000 francs en dommages-intérêts contre lui, en raison du tort que sa demande principale pouvait faire à sa réputation, à lui mari, et de l'encouragement qui en ressortait dans la révolte de sa femme contre l'autorité maritale.

» Le juge de paix, jugeant en premier ressort sur les deux demandes, a condamné les époux C... à payer solidairement au Dr B... la somme de 92 francs, avec intérêts suivant la loi et aux dépens.

» Le mari seul a fait appel du jugement, devant le tribuna de Montargis, qui a rendu le jugement dont la teneur suit :

« Le tribunal, jugeant sommairement et en dernier ressort :

» Attendu que les devoirs des époux sont réciproques et que » le mari doit protection à sa femme, et celle-ci lui doit obéis» sance ;

» Attendu, en conséquence, que la femme qui refuse d'habi» ter avec le mari, ne saurait avoir droit à ce que celui-ci » pourvoie, selon ses facultés et son état, à ce qui est néces» saire pour les besoins de la vie ;

» Attendu que la loi est d'ailleurs sur ce point d'une extrême » sagesse ; qu'en effet la femme qui pourrait user des ressources » du ménage légal, sans vivre au foyer domestique, serait très» souvent conduite à en faire profiter des unions illégitimes, ce » qui d'ailleurs ne se présente pas dans la cause ;

» Attendu que le demandeur, qui ne pouvait ignorer l'exis» tence anormale de la femme C..., aurait dû la considérer » comme une personne n'ayant légalement ni feu ni lieu, et ne » s'inspirer que de son humanité et de ses devoirs profession» nels pour la secourir dans son indigence ;

» Attendu, en résumé, qu'il est sans droit à obtenir aucune » rétribution pour des soins auxquels le défendeur est resté » étranger, comme il l'est forcément devenu à l'ensemble des » faits et gestes de sa femme ;

» Attendu qu'il ressort suffisamment de ces considérations » que les faits subsidiairement articulés en preuve ne sont ni » pertinents ni admissibles ;

» Attendu, d'autre fait, que le préjudice que C..... » prétend lui avoir été causé par le présent procès n'est pas » justifié, et qu'ainsi la demande reconventionnelle de dom» mages et intérêts n'est pas fondée ;

» Par ces motifs, sans s'arrêter ni avoir égard aux fins, » moyens et conclusions du médecin B., non plus qu'à son » articulation de faits, laquelle est déclarée non recevable et » inadmissible ;

» Reçoit le sieur C... appelant du jugement rendu contre
» lui au profit de M. R... par le juge de paix du canton de
» Ferrières, le 16 février 1856, et statuant, dit qu'il a été mal
» jugé et bien appelé du jugement;

» Décharge C... des condamnations prononcées contre lui
» ordonne la restitution de l'amende consignée, rejette la de-
» mande reconventionnelle de C... en dommages et intérêts, et
» condamne R... en tous les dépens. »

Voilà le jugement, les dépens se sont élevés à 139 fr. 70 c.

Les motifs sur lesquels ce jugement se base sont susceptibles de plus d'une objection; peut-être eût-il été réformé si l'on n'eût pas reculé devant les frais énormes d'un recours en cassation. Mais on doit le rapprocher des autres jugements qui se sont produits dans le même sens; il est donc bon que nos confrères se tiennent désormais pour avertis et sachent que les maris pourraient se refuser à payer les dettes les plus légitimes des femmes qui les ont quittés et qui s'obstinent à vivre loin d'eux.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS. — M. Sonrier.

Mutilation complète des organes génitaux. — Suicide.

L'histoire des blessures de l'organe viril serait aussi curieuse qu'intéressante à lire, si on pouvait colliger les quelques rares observations qui ont été publiées sur ce sujet; nous disons rares observations, car Larrey lui-même, malgré son immense pratique, n'a pas consacré un seul chapitre à ce genre de lésions.

Depuis, les faits sont devenus plus nombreux; les annales matrimoniales, les vengeances personnelles d'amour trompé nous montreraient que de petites mains féminines, poussées par un vif sentiment de jalousie, ont fait preuve d'un grand courage lorsqu'il s'est agi d'infliger un châtiment justement mérité (Nélaton, tome V, page 668). Ailleurs, c'est une jeune Kabyle de 10 ans qui, pour soustraire ses organes à peine éclos aux caresses brutales d'un époux trop ardent, détruit le membre qui lui cause tant de douleurs (Vedrenne, « Recueil de mémoires de médecine militaire, » 3e série, tome III, page 209). Dans d'autres circonstances, on voit que l'urèthre a été déchiré par le procédé du coup de poing appliqué sur une uréthrite cordée, afin de rompre l'obstacle. (Sonrier « Gazette des hôpitaux, » 1867.) D'autres fois, la rupture du bulbe est survenue chez un individu qui, surexcité par l'absorption des cantharides, avait attiré brusquement sa femme sur lui (Huguier, cité par Richet « Traité d'anatomie médico-chirurgicale, » page 702). Enfin, cet accident est quelquefois le résultat d'un acte insensé, d'une aberration mentale, et c'est le suicide qui, en armant une main égarée, cherche la mort dans les organes mêmes de la vie.

L'observation suivante, qui rentre dans cette dernière catégorie, nous semble doublement intéressante, en raison de la rareté, et surtout de la gravité de la mutilation.

Le 8 juillet dernier, notre aide-major, M. Humann, est appelé en toute hâte près d'un sergent atteint de plaies graves des organes génitaux. Il le trouve sous sa tente, dans le décubitu, latéral, recourbé sur lui-même, grelottant, couvert de hontes ne demandant rien qu'à boire.

A côté de lui, on voit la verge et les testicules gisants sur le sol; de l'autre, un petit couteau de poche, dit eustache, à lame effilée et encore imprégnée de sang. A en juger par la prostration profonde dans laquelle il se trouve, l'hémorrhagie, qui a traversé matelas, paillasse, et qui s'étale en une mare de sang sous son lit, a dû être abondante. Le pouls est filiforme, fuyant; l'hémorrhagie continue.

Il ne sait à quelle heure est arrivé l'accident, personne n'a rien vu, rien entendu; cependant il suppose que c'est vers six heures du matin. Après lui avoir donné les premiers soins, voici les renseignements que nous avons recueillis :

D..., 46 ans, né dans l'Ariége, sergent au 60e régiment, constitution robuste, tempérament sanguin, se recommande par d'excellents antécédents, par une bonne conduite habituelle; pas d'excès de boissons, pas de relations avec les femmes; il est médaillé pour ses bons services.

Depuis quelque temps, il est devenu triste et taciturne, évite de partager les plaisirs de ses camarades au Grand-Mourmelon; il voit venir, avec regret, la fin de sa carrière militaire; que deviendra-t-il dans la classe civile? Toutes ces réflexions assombrissent son caractère. Ajoutons que son sergent-major l'a admonesté au sujet d'une dette qui doit être réclamée à son colonel. Il a été tellement affecté de cette réprimande qu'il en a pleuré comme un enfant. A dix heures du soir, il s'est couché comme d'habitude, aucun bruit, dans la nuit, n'a transpiré de sa demeure de toile, ses voisins de tente n'ont rien entendu; il est vrai qu'à cet âge le sommeil est si profond!

Au réveil, sonné à cinq heures et demie, on ne le voit pas sortir; ce n'est qu'à huit heures qu'on s'est décidé à déboucler la porte de sa tente, et qu'on l'a trouvé dans l'état ci - dessus décrit.

La mutilation est affreuse, énorme; 10 centimètres de long dans le sens vertical, sur 6 de largeur; la verge est coupée au ras du pubis, ainsi que les testicules dont les enveloppes flottent sur cette plaie; d'un seul coup il a fait une double amputation. Au milieu de ces désordres, on ne distingue plus rien, tout est masqué par une pluie de sang qui ruisselle de tous côtés. Le doigt, promené de haut en bas, constate d'abord, à droite et à gauche, deux ouvertures qui ne sont autre chose que les canaux inguinaux avec les débris de la tunique vaginale et les éléments du cordon rétracté. Sous la symphyse, on sent un ligament auquel est suspendu un corps résistant, semi-circulaire, ensanglanté par deux jets saccadés artériels C'est là que se trouvait le pénis, dont il ne reste plus que le moignon.

Trois indications à remplir :

1° Arrêter l'hémorrhagie;

2° Assurer le libre cours de l'urine;

3° Ranimer le malade.

Chercher à faire des ligatures dans une région où la richesse vasculaire est extrême (artères dorsales de la verge, caverneuses, honteuses externes, superficielles du périnée, spermatiques, crémastériques, déférantes, c'était tenter l'impossible, d'autant plus que les petites artères étaient masquées et rétractées dans le tissu érectile spongieux. Des lotions froides d'abord, puis l'application de boulettes de perchlorure de fer arrêtèrent immédiatement l'hémorrhagie.

Après quelques tâtonnements pour retrouver l'urèthre, on parvint à y placer une sonde de femme pour l'écoulement de l'urine. Le malade est ranimé par les boissons tièdes excitantes; on l'entoure de chaleur, on administre des cordiaux.

A midi, le pouls se relève, la chaleur revient, le facies a plus d'expression, la vie circule de nouveau dans cet homme exsangue. Les pièces de pansement sont imprégnées de sang.

3 heures du soir. Vive réaction; pouls à 70, développé, face colorée, soif intense; l'urine coule par la sonde et en dehors, Potion antispasmodique.

9 heures du soir. Même état; on ne touche pas au pansement.

9 juillet. Nuit assez bonne; le malade est calme; peau moite; pouls à 70. On lève l'appareil ensanglanté, une seule artère donne sur le moignon de la verge. Perchlorure de fer.

Introduction d'une sonde bougie molle, moins irritante pour la vessie, et facilitant l'écoulement de l'urine. Sommeil d'épuisement dans la journée. L'urine mouille encore le pansement; mais, à neuf heures du soir, on en trouve environ 200 grammes dans l'urinoir. Potages; limonade sulfurique; vin sucré et de quinquina.

10 juillet. Nuit assez bonne; quelques douleurs dans la vessie, l'artère spermatique donne un peu de sang. L'appareil est toujours mouillé d'urine.

3 heures du soir. L'hémorrhagie, malgré le perchlorure de fer et la compression, continue encore; pouls à 64 assez développé.

11 juillet. Nuit assez bonne, sensibilité vésicale, ecchymose vert jaunâtre répandue dans les régions inguinales, déterminée par une infiltration sanguine dans les mailles très-extensibles du tissu lamineux de l'aine. Potages et vin de quinquina.

12. Nuit excellente; pouls à 60. L'urine coule toujours mipartie en dehors et en dedans de la sonde. Soupe et un œuf; quart de vin, limonade.

13. Plaie rosée de bon aspect. On recommande au malade de se mettre sur le côté, afin que la sonde, dirigée vers l'urinoir placé au dehors de la cuisse, s'écoule plus facilement; ce moyen réussit très-bien. Pansement avec décoction de quinquina.

Du 14 au 20. Rien à signaler. Amélioration progressive; bon aspect de la plaie qui bourgeonne et se rétrécit chaque jour; bon sommeil, appétit renaissant; l'urine s'écoule en petite quantité en dehors de la sonde; l'ecchymose inguinale persiste et s'étend même vers le grand trochanter.

Du 20 au 25. Amélioration rapide. La plaie, couverte de bourgeons charnus très-vivaces et gorgés de séve, se rétrécit (4 centimètres de long sur 3 de large), la peau y a contribué dans une certaine limite, la cicatrice fera le reste; érection cette nuit, c'est-à-dire un bout d'érection caractérisée par des rêves érotiques avec jouissance sèche, du moins, on n'a rien trouvé dans le pansement; il faut supposer, alors, que la source du sperme était tarie; les vésicules séminales ne contiennent plus de sperme seize jours après l'accident.

Du 26 au 31. Amélioration: le pansement n'est presque plus mouillé par l'urine; on ferme la sonde pour permettre à la vessie de reprendre ses dimensions normales.

Du 1er au 5 août. La plaie est presque cicatrisée.

6 août. Rêve érotique avec jouissance vive et écoulement de mucus, spasme vésical; ce sont là les dernières protestations de son sexe.

12 août. On retire la sonde pendant le jour; mais, quand le besoin d'uriner se fait sentir, il faut qu'il soit immédiatement satisfait. La plaie est cicatrisée.

22. Il n'existe plus d'incontinence; il arrête même la miction à volonté. Désormais, il urinera avec une canule en caoutchouc; n'a plus d'érection; dorénavant, il n'est plus d'aucun sexe.

Sorti le 30 août, avec un congé de convalescence de six mois, qui lui permettra d'aller attendre sa retraite dans ses foyers, où il espère cacher son infirmité.

Quand on se rappelle la gravité de cette double mutilation, le temps qui s'est écoulé (deux heures et demie) entre l'accident et les premiers soins, on demeure confondu d'étonnement en pensant que le malheureux ait pu survivre à l'hémorrhagie; sans doute qu'il n'a dû son salut qu'aux syncopes fréquentes.

Les auteurs recommandent d'une manière expresse, avec sollicitude même, de faire la ligature de toutes les artères lésées; c'est un conseil plus facile à donner qu'à suivre; comment voulez-vous, au milieu d'une pluie de sang, sous des caillots qui se renouvellent sans cesse, distinguer des artères aussi ténues qui se sont rétractées dans les mailles du tissu aréolaire et spongieux?

Si la verge seule eût été amputée au-devant du pubis, nous aurions étreint le moignon dans une compression circulaire, après avoir préalablement introduit une bougie dans l'urèthre, comme le conseillait Dupuytren, et, en définitive, nous eussions fait une ligature en masse; mais, ici, il n'y fallait pas songer, et puis, à quoi bon, quand le sel de fer peut avoir raison de cette hémorrhagie?

Nous avons introduit immédiatement une sonde dans la vessie; c'est une précaution qu'il ne faut pas négliger, car presque constamment on observe la rétention d'urine, qui est produite par la rétraction de l'urèthre, la tuméfaction des corps caverneux, qui compriment son orifice, et, sans doute aussi, par la commotion et la stupeur des parties lésées. Barthélemy et Rennes (de Bergerac) rapportent qu'à la suite d'une amputation de verge, il fallut, pour évacuer la rétention d'urine, recourir à la ponction vésicale et à la boutonnière. Béclard aurait perdu un malade par suite de l'impossibilité de retrouver le canal et de pratiquer le cathétérisme. D'un autre côté, cette bougie maintenue à demeure, a pour but de combattre l'atrésie du méat urinaire qui survient par la rétraction du tissu inodulaire.

Après avoir gagné sa confiance, nous avons demandé à D..., à diverses reprises, quel était le mobile qui l'avait poussé à cet acte de désespoir; nos questions, faites avec toute la discrétion possible, semblent l'embarrasser, et il s'enferme dans un silence absolu. Ajoutons que, chez lui, l'intelligence est tant soit peu obtuse; il est vieux sergent dans l'acception la plus large du mot, c'est-à-dire la discipline incarnée, l'obéissance passive, esclave du devoir, et, de plus très-chatouilleux au point de vue de l'honneur militaire. Cette menace de son sergent-major l'ayant profondément affecté, il a résolu d'en finir avec la vie; longtemps il a hésité pour accomplir sa funeste résolution, puis, sa main égarée a fait le reste. Il avait perdu la tête.

Nous n'ignorons pas combien est fâcheuse l'influence qu'exerce cette mutilation sur le moral des malades; aussi avons-nous fait surveiller notre sous-officier, en recommandant d'enlever tout instrument qui pourrait servir à une nouvelle tentative dans une région plus dangereuse.

« Ces personnes, dit Richerand, nourrissent pendant le trai-
» tement et après la guérison, une mélancolie qui les dispose
» éminemment aux fièvres de mauvais caractère; elles ne re-
» couvrent jamais leur hilarité; rien ne peut adoucir l'amer-
» tume de leurs regrets. Cette observation m'a d'autant plus
» frappé, que je l'ai faite sur des vieillards pour qui la partie
» enlevée était depuis longtemps inutile. »

Réflexion pleine de justesse, et confirmée par Lisfranc luimême, quand il dit que l'homme met sa dignité dans cet organe.

Mais, chez D..., la perte des attributs masculins semble peu l'inquiéter, et le souci de son aptitude virile ne le tourmente nullement. Ce qui l'intéresse le plus, c'est l'espoir d'une guérison prochaine; il a la ferme volonté de vivre. Cette résolution sera-t-elle définitive? ne s'évanouira-t-elle pas devant les quolibets de ses compatriotes? C'est à craindre.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Note sur le rôle des matières dites extractives dans les maladies

Par le Dr P. Chalvet.

Dans les analyses des humeurs de l'organisme, les chimistes ont longtemps donné le nom générique de matières extractives à un groupe de substances cristalloïdes et colloïdes qu'ils dosaient d'abord collectivement. — Lorsqu'on eut compris que, pour bien apprécier les phénomènes physiologiques et morbides qui s'opèrent dans les tissus, il était nécessaire de mieux connaître la composition atomique des déchets, on tenta avec succès l'isolement de chacun de ses produits (1).

Dans cette note, le mot de matières extractives, tant dans les urines que dans le sang, désignera l'ensemble des *principes solubles dans l'alcool absolu*, à l'exception de l'urée.

Les matières extractives des urines ont peu fixé l'attention des observateurs. Tous, sans exception, depuis Becquerel et Rodier, Biard, Parker, Hassel, jusqu'à Belle, Neubauer et Vogel, Robin, etc., pensent avec raison que ces matières, très-variables dans les divers états morbides, n'ont pas encore de signification précise en pathologie.

Il n'en est pas de même des matières extractives du sang; Schottin, Scherer et Hoppe, ayant constaté un excès de ces matières dans le sang des albuminuriques, ont opposé à la théorie de Wilson (excès d'urée dans le sang) et à celle de Frerichs (ammoniémie), une théorie nouvelle par laquelle ils ont rattaché les accidents cérébraux urémiques à la *dépuration imparfaite du sang par les urines.*

Cette dernière théorie aura toujours sur les précédentes l'avantage de reposer sur un fait incontestable, L'excès des matières extractives, dont parle Schottin, est un fait constant, non-seulement dans le sang des albuminuriques, mais dans toutes les maladies qui retentissent sur l'organisme entier; tandis que l'accumulation de l'urée dans cette humeur, chez les urémiques, est tout au plus une exception fort rare, puisque, dans une dizaine d'analyses, j'ai constamment trouvé l'urée diminuée dans le sang et dans les urines. Les trois observations de Parker, de Schottin et de Mosler, citées par M. Jaccoud, et dans lesquelles il est dit que l'encéphalopathie urémique coïncidait avec la présence d'un excès d'urée dans les urines (27; 26, 26, 40, 2 grammes en vingt-quatre heures) ne peuvent être interprétées que par une complication ou une augmentation proportionnelle des matières extractives, ce qui n'est pas indiqué.

Relativement à cette question, on peut affirmer, règle générale : 1° que, pendant l'attaque dite urémique, l'urée diminue

(1) Voir pour les détails : la Chimie anatomique, par Ch. Robin et Verdeil, 1853; — les Leçons sur la chimie animale, par W. Odling, Londres, 1866; — les Leçons sur les humeurs, par Ch. Robin.

parallèlement dans le sang et dans les urines; 2° qu'après l'attaque, l'urée augmente parallèlement dans le sang et dans les urines, sans jamais atteindre les limites inférieures de l'état physiologique.

Un nombre considérable d'analyses m'ont permis de saisir un rapport utile entre le chiffre de l'urée retenue dans le sang et celui de ce même produit éliminé par les reins. Ce rapport est exprimé en centièmes, c'est-à-dire qu'il y a en moyenne autant de centigrammes d'urée dans 1,000 grammes de sang, que de grammes de ce même déchet dans 1,000 grammes d'urine. Cette relation existe à l'état morbide comme à l'état sain. Dans ce dernier état, en effet, j'ai trouvé pour moyenne 0,18 d'urée pour 1,000 grammes de sang, et 18 grammes d'urée pour la même quantité d'urine.

Chez les albuminuriques, dans l'intervalle des attaques, l'urée varie de 9 à 12 grammes pour 1,000 dans l'urine, et de 0,09 à 0,12 pour 1,000 dans le sang.

Pendant l'attaque éclamptique, ces quantités sont modifiées sans changer de rapport.

Ainsi, lorsque l'on sonde le malade pendant l'accès, on constate que l'urée des urines diminue à mesure que l'on s'éloigne du commencement de la crise, et que le chiffre varie de 4 à 7 grammes pour 1,000; si l'on fait en même temps une petite saignée de 20 grammes, sur une des veines superficielles de l'avant-bras, on peut s'assurer facilement que l'urée est en petite quantité dans le sang, à tel point que, pour pouvoir doser l'urée dans ces cas, il faut opérer sur 60 grammes environ de sang, tandis qu'à l'état normal, 20 grammes de ce liquide permettent d'extraire de 9 à 12 milligrammes de nitrate d'urée, quantité aisément pondérable. On constate, par ce moyen, que l'urée du sang varie de 0,04 à 0,07 pendant l'attaque éclamptique.

Les chiffres ne sont pas toujours exprimés avec cette exactitude proportionnelle; mais, dans ce résumé, je reste dans la vérité des faits en traduisant les résultats généraux par des chiffres ronds.

Ces recherches prouvent, une fois de plus, que c'est pendant les accidents réputés urémiques que le sang est le moins chargé d'urée. Cette coïncidence paraît facile à interpréter. Lorsque l'innervation des tissus est profondément troublée pendant l'attaque, la désassimilation peut être modifiée au point qu'il ne se produise que peu ou pas d'urée dans l'organisme. Mais l'élimination par les urines de l'urée déjà formée ou de la petite quantité qui se forme n'étant pas supprimée, il en résulte que, pendant l'accès, le sang se débarrasse progressivement de ce produit et l'on comprend sa diminution parallèlement dans les deux humeurs. Il se passe ici l'inverse de ce que l'on observe dans le choléra. Dans la première période, l'urée se forme en assez grande abondance dans les tissus, mais, les reins n'excrétant plus d'urine, l'urée s'accumule dans le sang, et, dans quelques analyses, j'ai trouvé que son chiffre pouvait atteindre quatre grammes par mille.

Il est bon de remarquer que cette accumulation énorme d'urée dans le sang des cholériques est une expérience naturelle qui prouve qu'un excès d'urée dans le sang ne détermine pas l'éclampsie. Des expériences personnelles, faites avec le plus grand soin, m'autorisent à partager l'opinion de ceux qui nient la réalité de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque. Lorsque je me suis mis complétement à l'abri des causes d'erreurs, je n'ai jamais constaté la présence de ce composé, ni dans l'air expiré ni dans le sang. Les faits sont assez précis actuellement pour que l'on puisse affirmer que ces théories de l'urémie proprement dite et l'ammoniémie ne reposaient que sur des hypothèses rationnelles ou sur des exceptions inexplicables qui ne s'offriraient que rarement aux observateurs.

J'ai cru devoir formuler ici les conclusions de mes recherches sur les théories de Wilson et de Frérichs, parce qu'elles comptent encore beaucoup d'adhérents, malgré les justes critiques dont elles ont été l'objet (1).

Flint lui-même (*Leçons sur les humeurs*, par Robin) s'exprime ainsi : « De même que l'accumulation de l'urée dans le sang tue avec les symptômes que l'on désigne sous le nom d'urémie, de même l'assimilation de la cholestérine dans ce liquide, constitue la cholestérémie que l'on observe, par exemple, dans l'ictère grave. »

(1) M. Jaccoud, dans son dernier ouvrage (*Clinique médicale*), que tout le monde relira bien des fois avec fruit, accepte fermement les théories de Wilson et de Frérichs, sans rejeter celle de Schottin. M. Jaccoud base sa foi en l'*ammoniémie* sur la constatation de l'ammoniaque dans les matières fécales, dans les matières vomies, dans le sang et dans l'air expiré des malades urémiques. Je crois devoir ne pas accepter les résultats de ces analyses. D'abord la présence de l'ammoniaque dans les matières fécales ne prouve rien, attendu que dans la plupart des maladies graves, les déjections intestinales ont pu subir la fermentation ammoniacale, avant leur excrétion.

Les matières vomies peuvent subir la même altération en quelques heures, le temps de porter ces matières au laboratoire et de préparer l'analyse.

Quant au sang et à l'air expiré, je ne crois pas, jusqu'à nouvel ordre, que des analyses conduites avec prudence, surtout en évitant d'élever la température au-dessus de 30 degrés, aient jamais donné un pareil résultat.

M. Jaccoud déclare lui-même, du reste, n'être pas parvenu à constater la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré, en se servant du papier hématoxyline préparé sur ses indications par l'un de ses élèves, M. Jagou.

MM. A. Ollivier et G. Bergeron, dans une note de leur traduction de S. Beale, affirment n'avoir pas été plus heureux.

Le carbonate d'ammoniaque n'a été trouvé dans les urines fraîches que dans certaines affections organiques du foie (Graves, Alf. Becquerel). Le même fait, que je sache, n'a pas été démontré dans l'albuminurie proprement dite.

Des recherches aussi nombreuses que variées, me permettent de formuler les conclusions suivantes, à l'égard de l'urémie classique : 1° l'urée ne s'accumule pas dans le sang des albuminuriques, ni dans l'intervalle, ni pendant l'attaque éclampsique 2° l'accumulation de l'urée dans le sang est un phénomène très-rare, ne s'observant bien que chez les cholériques, tant que dure la suppression urinaire; 3° aucune analyse positive n'a démontré jusqu'ici la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang même.

Nous allons voir, au contraire, que loin d'être un principe nuisible dont l'économie aurait hâte de se débarrasser comme d'un poison, l'urée est un diurétique naturel favorisant l'élimination par les émonctoires, d'autres déchets moins inoffensifs qui, mélangés au sang dans certaines proportions, sont capable, de produire des troubles fonctionnels variés et notamment les accidents désignés sous le nom d'urémie.

Autant les assertions de Frérichs sur l'urémie sont en opposition avec les résultats fournis pour mes expériences, autant l'acholie de ce même auteur et la cholestérémie de Flint sont conformes à ce que j'ai constamment observé.

Je reprocherai à ces deux théories d'être trop restreintes et d'attribuer aux acides biliaires et à la cholestérine des phénomènes que peut déterminer l'accumulation dans le sang d'un grand nombre d'autres produits destinés à être éliminés, non pas seulement par les reins, mais par tous les émonctoires de l'organisme.

La périphrase d'insuffisance rénale (Jaccoud) ne donne pas à l'urémie sa signification complète, car la dépuration suffisante du sang ne peut pas s'effectuer par les reins seuls, comme le démontrent la nécessité des crises, la diarrhée dans la fièvre typhoïde, le stade de sueurs dans les fièvres intermittentes, les exanthèmes et les exanthèmes dans les fièvres éruptives (1).

Des phénomènes, absolument comparables à l'encéphalopathie urémique, peuvent s'observer en dehors de l'insuffisance rénale, car l'insuffisance de l'uropoièse ne saurait être invoquée quand les reins sont parfaitement sains et fonctionnent normalement.

J'ai observé, il y a quelques mois, dans le service de M. le professeur Sée (laboratoire de Beaujon), une femme qui présentait tous les phénomènes de l'encéphalopathie urémique moins l'albuminurie. Cette femme avait un cancer de l'utérus. Ses urines analysées avec soin, donnèrent les principaux résultats que voici :

Albumine...........	0	
Urée...............	9.60 pour 1000 gr. d'urine.	
Matières extractives..	2.040	id.

On peut affirmer, dans ce cas comme dans bien d'autres que j'ai observés et que l'on observe journellement sans y prendre garde, toutes les fois que l'albuminurie fait défaut, que les reins remplissaient exactement leurs fonctions. Ces organes ne peuvent éliminer que l'urée préformée dans le sang; la diminution de ce produit dans le cas présent prouve tout au plus l'insuffisance des oxydations organiques. L'augmentation considérable des matières extractives relativement au chiffre de l'urée confirme ce fait.

J'ai déjà dit que, dans l'état normal, le chiffre des matières extractives des urines est à peine inférieur à celui de l'urée (: : 17 : 18). Dans l'observation que je viens de citer, ces matières sont représentées par un chiffre plus que double. Bien que l'analyse du sang n'ait pas été faite chez cette malade, d'après des relations fournies par d'autres analyses, relations qui sont pour moi, en quelque sorte, des lois de diffusion, je puis rationnellement admettre que le chiffre des matières extractives retenues dans le sang n'est pas inférieur à celui de ces matières excrétées par les urines quand il dépasse celui de l'urée.

En effet, un excès d'urée favorise l'élimination de ces déchets que je vais étudier collectivement, mais, lorsque l'urée est en moins grande quantité que ces matières, j'ai trouvé habituellement le même chiffre de ces dernières dans le sang et dans les urines.

Avant de pousser plus loin ces interprétations, je dois indiquer comment par induction j'ai été conduit à entreprendre les séries d'expériences qui ont servi de prémisses aux conclusions de cette note.

En 1862 (service de M. Matice), j'entrepris des recherches sur les sécrétions morbides en général. J'avais surtout pour but de comparer cliniquement les troubles de sécrétion dans les fièvres et dans les phlegmasies. Mes premières analyses portèrent sur les urines dans la fièvre typhoïde. Après avoir constaté une augmentation parallèle des matières extractives et de l'urée, je fus également frappé de la diminution subite et passagère que subissait l'urée dans certains cas de cette fièvre à forme grave (adynamique et atoxoadynamique). Comme cette diminution de l'urée coïncidait souvent avec une augmentation de la diarrhée, je supposais, que l'urée s'échappait, sans doute, par une autre voie. Je cherchais ce principe dans les matières diarrhéiques et je constatais, en effet, de faibles quantités d'urée (nitrate d'urée) dans ces déjections.

(1) Je pourrais ajouter et surtout de la variole modifiée ou non. L'éruption variolique est la véritable crise du poison varioleux; aussi il n'y a pas de variole frustre. La variole qui ne peut pas se juger par l'exanthème est maligne et se termine par la mort. Dès que l'éruption s'est faite, au contraire, la fièvre s'apaise, les accidents généraux s'amendent, parce que le sang est dépuré en grande partie par l'exanthème, jusqu'au moment où la résorption par les pustules vicie secondairement le sang. — Il n'en est pas de même de la scarlatine et de la rougeole : l'exanthème et l'uropoièse peuvent les juger; aussi les accidents généraux sont moins influencés par l'exanthème parce que la dépuration se fait surtout par d'autre, émonctoires. Ces différences cliniques auront leur explication dans le résumé de nos analyses.

Bientôt de nouvelles analyses me démontrèrent que l'urée pouvait baisser dans les urines sans augmentation concomitante de la diarrhée, et de plus, que les déjections contenaient de petites quantités d'urée, lors même que ce corps était en excès dans les urines.

Ayant observé le même fait dans tous les états typhoïdes, il était naturel de penser que, dans l'adynamie, les combustions organiques étaient parfois insuffisantes pour produire l'urée et qu'il se faisait alors des produits intermédiaires représentés par les matières extractives des urines.

Cette supposition était rationnelle, car ces modifications de l'uropoièse correspondaient habituellement à une aggravation des états organiques et des troubles fonctionnels.

Je m'aperçus bientôt qu'il était impossible d'admettre dans les urines la substitution pure et simple des matières extractives à l'urée. Des dosages précis vinrent me démontrer que ces matières suivaient les mêmes fluctuations que l'urée. Ainsi, une première analyse des urines d'une fièvre typhoïde m'avait donné :

Urée.	35 grammes pour 1,000 grammes.	
Matières extractives.	22 —	1,000 —

Une nouvelle analyse donna :

Urée.	15 grammes pour 1,000 grammes.	
Matières extractives.	18 —	1,000 —

La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures était la même, 850 grammes; mais les phénomènes nerveux s'étaient aggravés.

C'est alors que, sans connaître les travaux de Schottin, de Reuling, de Hoppe et de Oppler, sur l'accumulation des matières extractives dans le sang des urémiques, je pensai qu'il était important de s'assurer si l'urée et ces matières n'étaient pas retenues dans le sang non-seulement des albuminuriques, mais de tous les malades, avec des symptômes graves du côté du système nerveux.

La difficulté d'obtenir du sang en quantité suffisante pour faire des analyses par les procédés classiques, chez des malades où les émissions sanguines étaient contre-indiquées, fut pendant longtemps un obstacle à ces recherches. Cette difficulté fut en partie levée le jour où je fus convaincu qu'un dosage en *masse* de ces matières extractives suffisait pour servir de base à un premier travail, et quand je fus arrivé à pouvoir doser l'urée du sang et des urines avec quelques grammes de liquide.

Cette modification des analyses, qui n'a d'inédit que le tour de main, a bien son importance pratique; elle permet, dans toutes les circonstances, de pouvoir se procurer une quantité suffisante des diverses humeurs organiques, et l'on comprend les services que peut rendre cette méthode d'investigation, non-seulement à la pathologie, mais surtout à la thérapeutique (1).

Dans ces analyses du sang, je pouvais négliger les recherches relatives aux globules, à la plasmine, à la fibrine, c'est-à-dire aux principes qui sont principalement modifiés par la nutrition, car les hématologistes ont, en quelque sorte, épuisé ce sujet dans toutes les espèces morbides. Si les globules paraissent physiquement altérés dans quelques maladies générales, ces altérations peuvent être consécutives aux modifications de la crase du plasma.

Ces recherches devaient donc porter sur les vingt et quelques principes qui peuvent être isolés dans le sérum à titre de déchets de la dénutrition physiologique ou morbide. Je résolus d'en faire le dosage comparatif et en masse dans le sang et dans les urines. Je reconnais l'insuffisance de ce procédé; mais il était important, je le répète, d'avoir un fait général, expérimentalement démontré, pour servir de base à ces études humorales.

(*A suivre.*)

La distribution des prix aux élèves en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, ainsi que la proclamation des noms des internes et externes nouvellement nommés, ont eu lieu dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique.

M. Husson, directeur, assisté des principaux fonctionnaires de son administration et des membres des jurys des concours, présidait la séance.

Après une allocution du président, dans laquelle il a rappelé les services rendus à Paris et à Amiens par les élèves des hôpitaux, constaté la force exceptionnelle du concours de 1867, et rappelé les pertes que l'administration hospitalière a faites dans la personne de MM. Rostan, Trousseau, Velpeau, Rayer, etc., il a été donné connaissance des résultats des divers concours.

Les discours dans lesquels il en a été rendu compte ont été prononcés par M. le docteur Siredey, pour le concours des prix

(1) Pour pouvoir apprécier toute la portée d'un médicament, il ne suffit pas d'étudier ses effets directs sur les différentes espèces d'éléments anatomiques, c'est-à-dire ses effets physiologiques *primitifs*, il faut de plus pouvoir apprécier ses conditions et ses voies d'élimination, et surtout les modifications consécutives qu'il produit sur la nutrition des divers tissus. Ce dernier effet ne peut être étudié que par l'analyse qualitative et quantitative des déchets. Un exemple formulera mieux notre pensée : l'alcool est un agent d'épargne (*sic*) mais il est de plus un *éliminateur* des matières extractives, comme nous le démontrerons.

de l'internat; par M. le docteur Féréol, pour le concours des prix de l'externat et la nomination des internes, et par M. le docteur Paul, pour le concours de l'externat.

Le prix de l'internat (1re division), consistant en une médaille d'or, a été remporté par M. Hayem (Georges), interne de 4e année à l'hospice de la Vieillesse femmes.

L'accessit (médaille d'argent) a été obtenu par M. Delens (Adrien-Emile), interne de 4e année à l'Hôtel-Dieu.

Par une faveur spéciale et afin de constater les brillants résultats du concours, il a été accordé à M. Delens la faculté de faire dans les hôpitaux une année supplémentaire d'internat.

Une première mention honorable a été accordée à MM. Au-d'houi, Monod et Gadaud.

Une deuxième mention à MM. Perruchot, Farabœuf et Larcher.

Le prix de l'internat (2e division), consistant en une médaille d'argent, a été remporté par M. Félizet (Georges-Marie), interne de 1re année à l'hôpital du Midi.

L'accessit (des livres) par M. Prompt, interne de 2e année à l'Hôtel-Dieu.

Une première mention honorable a été accordée à MM. Joly et Landrieux, et une deuxième mention à MM. Hybord et Lucas-Championnière.

Le prix de l'externat (des livres) a été remporté par M. Richelot (Gustave-Louis), externe de 1re année à l'hôpital Beaujon.

M. Richelot a reçu des mains de M. le Directeur la trousse d'instruments acquise chaque année, au premier interne nommé, avec le produit de la rente léguée par M. le docteur Ernest Godard, ancien interne des hôpitaux.

M. Richelot recevra également, outre l'indemnité réglementaire allouée par l'administration, la rente de 800 francs léguée par M. le baron Barbier, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce. Il sera remis au même élève des livres à son choix pour une somme de 150 francs, produit d'une rente léguée dans cette intention par M. le docteur Dusol, en faveur du premier interne nommé au concours.

L'accessit a été obtenu par M. Curtis (Thomas), externe de 3e année à l'Hôtel-Dieu.

La médaille de bronze, témoignage d'assiduité et de bonne conduite, a été accordée à 22 élèves internes et 57 élèves externes sortant après l'expiration de leurs fonctions.

Par suite des nominations faites à l'issue des divers concours, 40 nouveaux internes et 201 nouveaux élèves externes entreront en fonctions le 1er janvier 1868.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 28 décembre 1867 ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur ;

Au grade de grand-officier : M. Michel Lévy, médecin inspecteur.

Au grade d'officier : MM. Pichaud et Battarel, médecins principaux de la marine ; Marit, médecin principal de 1re classe ; Carion, médecin major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Chastang, Durand, Rey, médecins de 1re classe de la marine ; Fichaud, pharmacien de 1re classe de la marine ; Vidal, médecin de 2e classe de la marine ; Duhamel et Royre, médecins auxiliaires de la marine ; Vieillard, médecin de la marine à la Nouvelle-Calédonie ; Boris, pharmacien de la marine à la Réunion ; Hervé, Petit, Ducrest-Lorgerie et Jailliot médecins majors de 2e classe ; Fontaine, pharmacien major de 2e classe.

— Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient, sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs services et leurs travaux, pendant l'année 1866, savoir :

Médaille d'or. — Le Dr Lenoël, secrétaire du conseil central de la Somme.

Rappel de médaille d'or. — Le Dr Pilat, secrétaire [du] conseil central du Nord.

Médailles d'argent. — Géhin, chimiste et pharmacien [à] Metz, secrétaire du conseil central de la Moselle. — Le Dr G[ui]trac (Henri), secrétaire du conseil central de la Gironde. — [Le] Dr de Lonjon, secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité [de] Tours. — Demange, secrétaire du conseil central de la Meurt[he]. — Le lieutenant-colonel Frémont, vice-président du cons[eil] d'hygiène de Lille. — Le Dr Hecquet, membre du conseil d'hy[giène] et de salubrité d'Abbeville. — Martin-Barbet, pharm[a]cien, membre du conseil d'hygiène de Bordeaux. — Carca[s]sonne, secrétaire du conseil central du Gard. — Le Dr Simon[in], membre du conseil d'hygiène de Nancy. — Le Dr Allau[d], membre du conseil d'hygiène de Pamiers (Ariége). — Dr Lefebvre (Ernest), secrétaire du conseil d'hygiène de Mo[nt]didier (Somme).

Médailles de bronze. — Duverger, membre du conseil d'hy[giène] de Tours. — Caverne, secrétaire du conseil d'hygi[ène] d'Avesnes. — Soula, membre du conseil d'hygiène de Pami[ers] (Ariége). — Henrion, vice-président du conseil d'hygiène [de] Bar-le-Duc (Meuse). — Mangot, vétérinaire, membre [du] conseil d'hygiène de Montdidier (Somme). — Lecointe, sec[ré]taire du conseil central d'hygiène de l'Aisne. — Blouet, ph[ar]macien, membre du conseil d'hygiène de Péronne (Somme). [—] Bala, membre du conseil d'hygiène de Bar-le-Duc (Meu[se]). — Le Dr Pauly, membre du conseil d'hygiène de Pami[ers] (Ariége). — Cassan, membre du conseil d'hygiène d'Alby. [—] Guichard, secrétaire du conseil d'hygiène du Jura. — Le D[r] B[...] secrétaire du conseil central de la Sarthe. — Julien, phar[ma]cien, membre du conseil d'hygiène d'Evreux. — Le Dr P[...] secrétaire du conseil central d'hygiène de la Charente.

— La Société de médecine de Paris, tiendra sa proch[aine] séance le 3 janvier à trois heures et demie à l'Hôtel-de-V[ille].

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

(1959)— Paris. Imp. A.-E. Rochette, boulevard Montparnasse, 72.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES — 1867

N. B. Deux erreurs se sont glissées dans le foliotage : les pages 392 et 395 sont répétées deux fois

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Paris. — Imp. A.-E. ROCHETTE, boulevard Montparnasse, 72-8[…]